



RIZIV



RIZIV

Jaarverslag 2010

RIZIV
Jaarverslag
2010

Het jaarverslag 2010 is tot stand kunnen komen dankzij de waardevolle medewerking van

Viviane Aernouts, Francis Arickx, Daniël Bodart, Rudi Bockaert, Michel Breda, Isabella Bruzzese, Bernadette Bultynck, Danny Borreman, Francis Colla, Benoît Collin, de Communicatiecel (Sandrine Bingen, Doris Cappoen, David Constant, Marie-Thérèse Crabbé, Sandra De Clercq, Bernard De Jaegher, Lawrence de Marneffe, Ludwig Moens, Fabrice Neufcoeur, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Marc De Falleur, Jan Demey, Christian De Smet, André De Swaef, Hilde De Swaef, Marie de Ghellinck, Ri De Ridder, Frank Douchy, Godfried Drijvers, Pedro Facon, Florence Garet, Alain Ghilain, Laurent Gilson, Patricia Heidbreder, André Jansen, Olivier Labarre, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Dirk Marcelis, Cindy Meira De Oliveira, Pascal Meeus, Joris Merckx, Olivier Michiels, Pierre Paermentier, François Perl, Eriend Pulinx, Bernard Rauw, Frederik Remorie, Didier Renauld, Rodrigo Ruz Torres, Erik Rossignol, de Secretariaat van de Dienst voor geneeskundige verzorging, de algemene secretariaat van de algemene ondersteunende diensten, Chris Segaert, Marie-Jeanne Servotte, Alfred Smith, Michael Stiernon, An Taelemans, Eric Teunkens, Joos Tielemans, Johan Tistaert, Kris Van de Velde, Christian Van Ende, Pieter Van Meenen, Liesbeth Verbruggen, Tom Verdonck, Patrick Verliefde, Hilde Verreth, Geert Verscuren, de vertaal- en vertolkingsdienst, Sylvie Willemsens, Bert Winnen, Pascale Wydouw.

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

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

Druk: JCB Offset, juni 2011

Wettelijk depot: D/2011/0401/11



De elektronische versie van dit jaarverslag is beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

Inhoud

Voorwoord	5
1 ^e Deel - Het RIZIV: identiteitskaart	7
I. Opdrachten van het RIZIV	8
II. Organigram van het RIZIV	8
III. Personeel van het RIZIV	9
IV. Administratiekosten van het RIZIV	10
V. Inkomsten en uitgaven (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)	11
2 ^e Deel - Behoorlijk beheer en bestuur	15
3 ^e Deel - Evolutie van de verzekering	21
I. Institutionele en administratieve aspecten	22
II. Verzekering voor geneeskundige verzorging	27
III. Uitkeringsverzekering	47
IV. Geneeskundige evaluatie en controle	50
V. Administratieve controle	51
4 ^e Deel - Thematische uiteenzettingen	55
I. Strijd tegen sociale fraude: balans van de acties	56
II. De uitkeringsverzekering in de steigers: 1 ^e bilan van de taskforce “arbeidsongeschiktheid”	62
III. De strijd tegen Kafka	72
5 ^e Deel - Statistische gegevens	81
I. Statistieken van de geneeskundige verzorging	82
II. Statistieken van de uitkeringen	106
III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle	117
IV. Statistieken van de administratieve controle	123
V. Statistieken van de sociaal verzekerden	131
6 ^e Deel - Het RIZIV in de praktijk	137
I. Adressen van de burelen van het RIZIV	138
II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2011	139
III. Studies en onderzoek	143

Voorwoord

Ondanks de aanslepende regeringsvorming gaat de dynamiek verder in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dit rapport brengt hierover verslag uit en laat u kennismaken met de belangrijkste recente ontwikkelingen.

Dit jaarverslag is in feite een soort triptiek.

Het eerste paneel schetst een beeld van de belangrijkste evoluties en initiatieven in de verschillende domeinen.

Daarnaast belicht het ook de werking van het instituut zelf, waarbij de nieuwe bestuursovereenkomst ook in de kijker staat. Het verslag verwijst ook naar een aantal belangrijke studies en publicaties verricht door de medewerkers van het RIZIV.

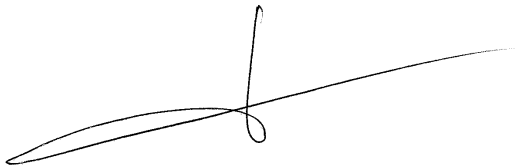
In het centraal paneel wordt ingezoomd op een aantal actuele thema's:

- de strijd tegen de sociale fraude
- de conclusies van de taskforce “arbeidsongeschiktheid”, die een nieuwe dynamiek in de sector wil brengen
- het meerjarenplan op het vlak van de administratieve vereenvoudiging dat voorziet in een grondige modernisering van een aantal processen.

De statistische gegevens vormen een laatste luik. De cijfers geven een goede impressie van het belang van deze sector van de sociale zekerheid.

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is een drukke werf, waar constant getimmerd wordt, samen met alle betrokken stakeholders, aan een betere sociale bescherming van de burgers. Om hen is het te doen. Uit het rapport over de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem, opgesteld door het Federaal kenniscentrum van de gezondheidszorg (KCE) en onder coördinatie van het RIZIV, blijkt duidelijk dat er nog “werk aan de winkel” is¹.

Het RIZIV wenst hierin een actieve rol te spelen.



Jo De Cock
Administrateur-generaal



Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal

¹ KCE, Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem, Rapport 128A, 2010



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).

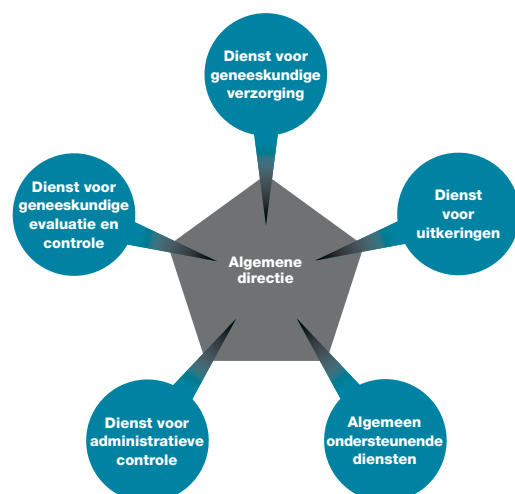
De GVU-verzekering heeft een rechtstreekse invloed op het dagelijkse leven, aangezien zij zorgt voor de:

- 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.).

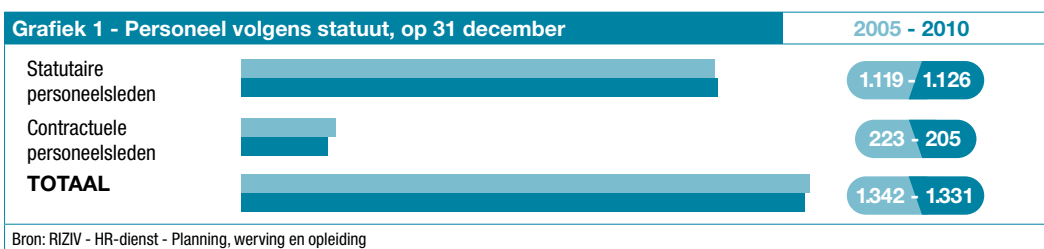
De Administrateur-generaal en de Adjunct-administrateur-generaal zorgen samen met het Directiecomité voor het dagelijks bestuur van het RIZIV. Dat comité bestaat uit de leidend ambtenaren van elke dienst en de diensthoofden informatica, human resources en communicatie.

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

III. Personeel van het RIZIV

In een instituut zoals het RIZIV, gericht op administratie en beleidsondersteuning in het kader van haar opdrachten van publieke dienstverlening, is het personeel het belangrijkste middel om de operationele doelstellingen te verwezenlijken. Het is dus belangrijk om kort de situatie en evoluties in 2010 te schetsen.

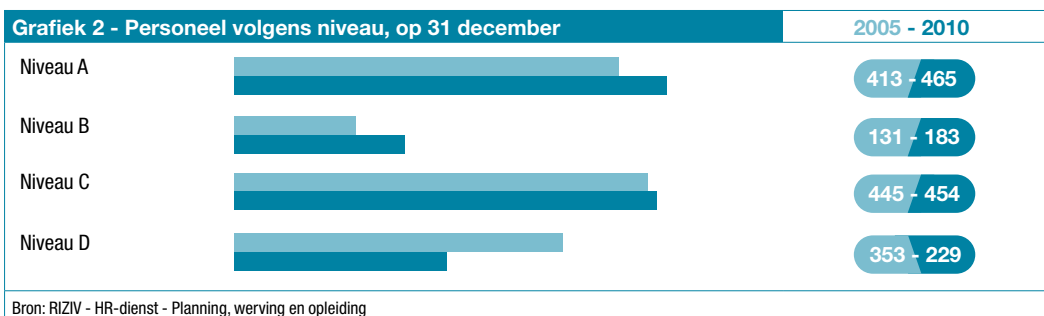
1. Personeel volgens statuut



We stellen vast dat het statutair personeel relatief stabiel blijft (+0,6%) en dat het aantal contractuele personeelsleden vermindert (-8%).

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

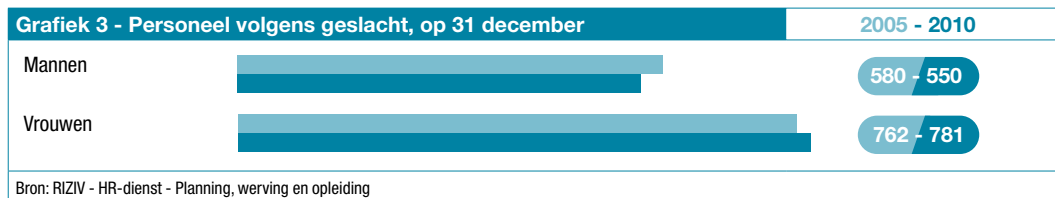
2. Personeel volgens niveau



Er is een sterke stijging van het personeel van niveau B (+39,7%) en niveau A (+12,6%). Niveau C stijgt licht (+2%). Het personeel kent een belangrijke vermindering in niveau D (-35%).

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 nog versterkt sinds 2005. Ze vertegenwoordigen 58,7% in 2010.

IV. Administratiekosten van het RIZIV

Tabel 1 - Administratiekosten van het RIZIV (in EUR) (*)

Uitgaven	Realisaties 2008	Realisaties 2009	Voorlopige realisaties 2010
Personeelskosten	74.321.953	77.392.620	77.925.404
Informatica	14.892.104	15.290.326	17.904.494
Betwiste zaken	15.085	17.194	3.573
Kosten voor huur, onderhoud en energie	9.484.401	8.881.333	9.380.753
Kantoorkosten	4.029.213	4.066.737	4.093.884
Aankoop patrimoniale goederen behalve informaticamateriaal (meubelen, machines en boeken)	316.976	372.343	307.805
Aankoop onroerende goederen	3.505.127	0	0
Waardevermeerderende werken aan gebouwen	2.507.730	465.837	3.739
Andere werkingskosten	3.400.775	2.783.098	3.383.546
Totaal uitgaven	112.473.364	109.269.488	113.003.198
Ontvangsten	399.005	175.300	144.517
Netto administratiekosten	112.074.359	109.094.188	112.858.681

Bron: RIZIV - Financiële dienst

(*) 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, waarvan het grootste deel werd ondergebracht in de opdrachtenbegroting.

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

1. Inkomsten in 2010

Tabel 2 - Begroting van de GVV - Dienstjaar 2010 - Ontvangsten (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Ontvangsten globaal beheer	23.154.267	5.109.887	315.053	3.321	28.582.528
Ontvangsten §1bis - Loontrekkenden	19.173.685	5.109.887	-	3.321	24.286.893
Ontvangsten §1bis - Zelfstandigen	1.911.828	-	315.053	-	2.226.881
Alt. financiering §1 quater - Loontrekkenden	1.771.952	-	-	-	1.771.952
Alt. financiering §1 quater - Zelfstandigen	176.683	-	-	-	176.683
Overdracht zelfstandigen - Gemengde loopbanen	120.119	-	-	-	120.119
Opbrengst BTW - Tabaksaccijnzen	2.468.365	0	0	0	2.468.365
Alt. Financiering - Wet ziekenhuizen	1.624.228	-	-	-	1.624.228
Alt. Financiering - Diversen	844.137	-	-	-	844.137
Bijdragen	865.093	700	0	0	865.793
Persoonlijke bijdragen	12.106	700	-	-	12.806
Bijdragen gepensioneerden	852.987	-	-	-	852.987
Toegewezen ontvangsten	993.106	116.610	17.116	0	1.126.832
Ontvangsten revalidatie	476.973	-	-	-	476.973
Automobielverzekering	156.405	116.610	17.116	-	290.131
Bijdragen hospitalisatieverzekering	100.107	-	-	-	100.107
Vergoeding op verpakkingen geneesmiddelen	3.972	-	-	-	3.972
Heffing zakencijfer farmaceutische producten	255.649	-	-	-	255.649
Artikel 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Overdrachten	0	0	0	81	81
RVP - Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	81	81
Opbrengsten van beleggingen	4.130	250	10	0	4.390
Interesten op beleggingen V.I.	698	250	10	-	958
Beleggingen bijdragefondsen	3.428	-	-	-	3.428
Beleggingen fondsen boni's	4	-	-	-	4
Diversen	378.964	8.750	110	32	387.856
Vernieuwing SIS-kaarten	733	-	-	-	733
Internationale verdragen	359.507	1.550	60	-	361.117
Belgo-Luxemburgs verdrag	-	-	-	-	0
Gerechtelijke interesten	4.819	2.500	50	-	7.369
Terugvorderingen artikel 157 (Zorgverleners)	4.033	-	-	-	4.033
Recuperatie FOD Justitie (Gedetineerden)	372	-	-	-	372
Terugvordering Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	32	32
Referentiebedragen: Storting ziekenhuizen	5.500	-	-	-	5.500
Overdracht chronische ziekten	-	4.700	-	-	4.700
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
TOTAAL ONTVANGSTEN	27.863.925	5.236.197	332.289	3.434	33.435.845

Bron: RIZIV - Financiële dienst

2. Uitgaven in 2010

Tabel 3 - Begroting van de Gvu - Dienstjaar 2010 - Uitgaven (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Prestaties	24.249.164	5.016.894	319.572	2.643	29.588.273
Geneeskundige verstrekkingen - Basisbedrag	23.604.975	-	-	-	23.604.975
Geneeskundige verstrekkingen - Toekomstfonds	294.189	-	-	-	294.189
Evenwicht sociale zekerheid	350.000	-	-	-	350.000
Primaire arbeidsongeschiktheid	-	1.299.810	67.436	-	1.367.246
Moederschaps- en vaderschapsrust	-	586.921	17.406	-	604.327
Invaliditeit	-	3.123.529	234.730	-	3.358.259
Begrafeniskosten	-	6.634	-	-	6.634
Invalideitspensioenen mijnwerkers	-	-	-	2.387	2.387
Vakantiegeld	-	-	-	113	113
Verwarmingstoelage	-	-	-	143	143
Administratiekosten V.I.	887.748	194.273	11.360	0	1.093.381
Forfait administratiekosten 5 V.I.	842.612	170.026	10.829	-	1.023.467
Forfait administratiekosten NMBS	17.368	-	-	-	17.368
Administratiekosten HZIV	16.374	3.281	209	-	19.864
Bijkomende administratiekosten:					
◦ 20% intresten op beleggingen en boni's	141	40	2	-	183
◦ % op terugvorderingen	10.520	20.926	320	-	31.766
Vernieuwing SIS-kaarten	733	-	-	-	733
Lasten RIZIV	544.324	18.810	1.247	725	565.106
Administratiekosten RIZIV					
◦ beheerskosten	99.725	18.511	1.194	725	120.155
◦ opdrachtenkosten	261	49	3	-	313
Expertise	1.622	-	-	-	1.622
Sociaal statuut	167.837	-	-	-	167.837
Stagemeesters	18.452	-	-	-	18.452
Artikel 56 - 22	86.242	-	-	-	86.242
Campagnes	2.000	-	-	-	2.000
Overdracht kenniscentrum	6.995	250	50	-	7.295
Sociaal plan kine	100	-	-	-	100
Bestrijding tabaksgebruik	2.000	-	-	-	2.000
Sociaal akkoord	131.805	-	-	-	131.805
IMA - steekproef	117	-	-	-	117
Dotatie (E-care, kankerregister, enz.)	6.775	-	-	-	6.775
Dotatie (eHealth)	10.958	-	-	-	10.958
Oorlogsinvaliden	1.200	-	-	-	1.200
Patiëntenvereniging	216	-	-	-	216
Kas der zeelieden - Autoverzekering	5	-	-	-	5
Subsidie SISD	2.014	-	-	-	2.014
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Participatiefonds	2.000	-	-	-	2.000
Fonds vergoeding ongevallen	P.M.	-	-	-	P.M.
FOD Volksgezondheid - Wet ziekenhuizen	1.624.228	0	0	0	1.624.228

Tabel 3 - Begroting van de Gvu - Dienstjaar 2010 - Uitgaven (in duizenden EUR) (vervolg)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Ziekenhuizen (22,77% ligdag), PVT, beschut wonen, gevangenen, andere instell. & geïnterneerden	1.624.228	-	-	-	1.624.228
Overdrachten	0	0	0	40	40
RVP - Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	40	40
Diversen	558.461	6.220	110	26	564.817
Internationale verdragen	628.633	600	20	-	629.253
Internationale verdragen - Spanje	14	-	-	-	14
Internationale verdragen - Ziekenhuizen	-30.000	-	-	-	-30.000
Belgo-Luxemburgs verdrag	-	-	-	-	0
Aanvullende uitkering grensarbeiders	-	70	-	-	70
Gerechtelijke interesten	78	350	50	-	478
Verhoogde kosten tarificatiediensten	4.202	-	-	-	4.202
Assignatiekosten	-	-	-	10	10
Oninvorderbare prestaties	-	-	-	16	16
Interesten op fonds bijdragen en boni's	3.431	-	-	-	3.431
Vermindering heffing zakencijfer farmaceutische producten	36.500	-	-	-	36.500
Negatieve uitgaven	-40.167	-	-	-	-40.167
Stabiliteitsprovisie niet-financiering	-49.730	-	-	-	-49.730
Toekomstfonds referentiebedragen	5.500	-	-	-	5.500
Overdracht herscholing uitkeringen	-	5.200	40	-	5.240
TOTAAL UITGAVEN	27.863.925	5.236.197	332.289	3.434	33.435.845

Bron: RIZIV - Financiële dienst



2^e Deel

Behoorlijk beheer en bestuur

I. Inleiding: modernisering in 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.

II. 3^e bestuursovereenkomst 2010-2012

Het jaar 2010 is het 1^e uitvoeringsjaar van de 3^e 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.

Vanuit inhoudelijk perspectief zijn alle verbintenissen 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 2010:

- een persoonlijk activiteitenverslag voor elke huisarts met feedback over zijn praktijk in 2008
- een syntheserapport over de statistische evoluties op het vlak van primaire arbeidsongeschiktheid tot en met de gegevens van 2009
- een plan van aanpak inzake de uitdagingen met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, in het kader van de Taskforce Arbeidsongeschiktheid



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 verzekeringsinstellingen (V.I.), het Nationaal intermutualistisch college (NIC), het Intermutualistische agentschap (IMA), de universiteiten, enz.



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. Daarnaast bevat het charter de visie van het RIZIV op extern en intern vlak, en ook de waarden en normen waarvoor het RIZIV staat. De missie wordt vertaald in een reeks strategische en operationele doelstellingen.

- o een geïntegreerd 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 een vernieuwde nota voor het Algemeen beheerscomité met relevant cijfermateriaal over de ledentallen (sociaal verzekerden), en onder meer aandacht voor de aantallen verzekerden met recht op de verhoogde tegemoetkoming en het Omnio-statuu
- o een standaardformulier (op de website) voor het aanvragen van gegevens over de ledentallen
- o elektronische verkiezingen voor de artsen
- o een inventaris van de mogelijke gegevensstromen die het RIZIV via de eHealthBox ter beschikking kan stellen aan diverse doelgroepen (o.a. apothekers, tandartsen, verpleegkundigen en artsen)
- o consolideren van het referentiebestand van de labo's
- o uitzuiveren van het referentiebestand van de rusthuizen
- o uitzuiveren van het referentiebestand van de verpleegkundigen
- o uitwerken van reglementaire bepalingen en informeren (via omzendbrief en de website van het RIZIV) van alle betrokken actoren in het kader van de stelselmatige uitrol van "MyCareNet" naar verschillende doelgroepen van zorgverleners (thuisverpleegkundigen, labo's, tarifieringsdiensten, rusthuizen, enz.)



Via MyCareNet kunnen zorgverleners via het internet op een rechtstreekse en veilige manier 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 pacemakers
- o ter beschikking stellen van een webtoepassing aan de artsen voor de online opvolging van hun accrediteringsdossier en de controle van hun aanwezigheid op de gevolgde navormingsactiviteiten en in hun lokale kwaliteitsgroep (LOK)
- o voorbereiden van de reglementaire teksten over de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en een betere bescherming van chronisch zieken
- o een projectfiche en procesanalyse voor het opstarten van het project kwaliteitsonderzoek in de sector invaliditeit
- o optimaliseren van de leesbaarheid van administratieve documenten:
 - o de interne herwerking van 2 bestaande formulieren voor verzekerden op basis van de leesbaarheidsprincipes
 - o een checklist voor de diensten van het RIZIV, specifiek voor het opstellen van leesbare formulieren
 - o leesbaarheidsadvies voor alle nieuwe formulieren voor verzekerden
- o overeenkomsten met het Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (WIV) en het Intermutualistisch agentschap (IMA) met betrekking tot de evaluatie van de zorgtrajecten
- o oprichten van een begeleidingscomité voor de permanente evaluatie en bijsturing van de zorgtrajecten
- o voor 66 geselecteerde projecten inzake alternatieve en ondersteunende zorgvormen in de ouderenzorg: afsluiten van een overeenkomst met het Verzekeringscomité, organiseren van informatiesessies, opstarten van de financiering, vastleggen van een reeks rapporterings- en evaluatiemodaliteiten
- o uitwerken van info over het nieuwe vergoedingssysteem voor apothekers en die info bezorgen aan de apothekers, de groothandels, de verzekeringsinstellingen (V.I.) en de industrie
- o publiek agenderen en bespreken in het Verzekeringscomité van het eerste Belgisch plan voor zeldzame ziekten
- o formuleren van toekomstige actiepunten voor de versterking van de administratieve controle van de rusthuizen en de revalidatiecentra
- o uitvoeren van diverse geneeskundige evaluatieprojecten en impactmetingen

- een verslag met de analyseresultaten van de bestanden van de tarifieringsdiensten en de farmaceutische bedrijven
- verder uitbouwen van een systeem (Flowdos) om de enquêtedossiers ten aanzien van de zorgverleners op een meer doeltreffende en efficiënte wijze te beheren
- een geïntegreerd rapport over de resultaten op het vlak van sociale fraude
- “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
- kwaliteitsanalyse van de feedback van de V.I. betreffende de dossiers van fictieve onderwerping
- twee themacontrole rapporten: één over geneeskundige verzorging en een over uitkeringen
- een 1^e rapport met een synthese van de besprekingen gedurende de voorbije maanden inzake het huidig responsabiliseringssysteem van de administratiekosten van de V.I. en de aanzet tot een toekomstig systeem
- analyse van en rapporteren over de bestaande klachtensystemen van de V.I. en de ziekenfondsen, in samenwerking met het Nationaal intermutualistisch college (NIC).
- “Infobox”-brochures (informatieve brochures over de reglementering) voor de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen
- samenstellen van het Observatorium voor de patiëntenmobiliteit
- COOPAMI:
 - ontwikkelen van een opleidingsprogramma en organiseren van opleidingen in het Engels en in het Frans
 - opstarten, met bepaalde landen, van een uitwisseling van expertise via een systeem van videoconferentie.



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

III. Projectmanagement

De behoefte aan resultaatgericht realiseren van de projecten in het RIZIV brengt de behoefte aan projectmanagement met zich mee. Grondig projectmanagement, waarvan planning, implementatie en opvolging de bouwstenen vormen, is immers de sleutel tot een succesvol project. Degelijke projectresultaten halen is slechts mogelijk als er een goede opvolging is van de scope of omvang, de tijd, de middelen, de kwaliteit en de organisatie. Een methodologie van projectmanagement laat toe om die aspecten op een professionele wijze op te volgen.

De voorbije jaren heeft het RIZIV de nodige organisatie en praktijken voorzien om de projecten te plannen, uit te voeren en op te volgen. Centraal daarbij staat de opmaak van een fiche die elk project vanuit verschillende aspecten beschrijft. Voor alle projecten zijn er ook projectverantwoordelijken of projectleiders aangeduid.

Het RIZIV heeft het voorbije jaar het project “Project management culture” (PMC) gelanceerd om de methodologie van geïntegreerde projectvoering, projectmanagement en projectcoördinatie verder te professionaliseren. De methodologische aanpak van projectmanagement gebeurt onder de coördinatie van het platform Beleids- en beheersondersteuning (BBO), waarin alle decentrale BBO-coördinatoren zetelen en waarvoor de centrale Moderniseringscel als sturende actor optreedt.

De volgende elementen zijn opgenomen in het PMC-project.

- Op het vlak van projectdocumentatie is in 2010 een nieuwe template van de projectfiche opge-
maakt, en ook een gebruikershandleiding daarvoor. Aansluitend daarop zijn er informatieses-
sies gegeven aan een groot deel van de projectleiders van het RIZIV.
- Vervolgens is er een werkgroep samengesteld die de verschillende fasen van een project zal
uittekenen, de “levenscyclus” van een project (al dan niet afhankelijk van het type project): van
de initiatie, over het bepalen van de scope, naar het uitvoeren, tot en met de evaluatie en de
afsluiting van een project.
- De uitbouw van een opvolgingssysteem voor de projecten is verder gezet, zowel binnen de
diensten (Business steering groups of BSG) als op RIZIV-niveau (Directiecomité). In de meeste
diensten zijn nu BSG operationeel en is er dus een systematische opvolging van de projecten.
- Aansluitend op die opvolging zijn een unieke projectidentificatie en projectlijst in voorbereiding.
Die zullen toelaten om op efficiënte wijze een geïntegreerde rapportering op RIZIV-niveau op
te maken.
- In 2011 zal verder worden gewerkt aan de uitrol van een ICT-tool, als ondersteunend instrument
voor het projectmanagement. Die tool zal het elektronisch bijhouden van de projectdocumen-
tatie mogelijk maken, net als een snelle raadpleging van de stand van zaken bij de uitvoering
van het project.



3^e Deel Evolutie van de verzekering

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Observatorium voor de chronische ziekten

Met de Programmawet van 22 december 2008 was bij de wetenschappelijke raad een Observatorium voor chronische ziekten opgericht. Het koninklijk besluit van 11 februari 2010 legt vanaf 8 maart 2010 de uitvoeringsmodaliteiten vast.

De wijze van samenstelling van de raadgevende afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten is vastgelegd en ook de wijze waarop het zitting houdt.

Het "Comité voor advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen" wordt de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium. De samenstelling ervan is uitgebreid met vertegenwoordigers van de eerstelijnszorg.

2. Farmaceutische specialiteiten

a. Prijsverminderingen

Het koninklijk besluit van 31 januari 2010 wijzigt vanaf 28 februari 2010 artikel 56bis van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. De wijziging heeft als bedoeling de integratie van de nieuwe reglementering van toepassing bij de Federale overheidsdienst (FOD) Economie, KMO, Middenstand en Energie met betrekking tot de prijsverminderingen van sommige vergoedbare geneesmiddelen.

In de nieuwe reglementering is voorzien dat telkens op 1 januari en op 1 juli de prijzen en vergoedingsbases van sommige specialiteiten verminderen. Het betreft de specialiteiten ingeschreven in de hoofdstukken I, II en IV van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. En van die lijst betreft het enkel die waarvan, in de loop van het voorafgaande semester, het werkzaam bestanddeel voorkomt in een specialiteit die meer dan 12 jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was of in een specialiteit die meer dan 15 jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was. Van de eerste specialiteit daalt de prijs met 14% en van de tweede specialiteit met 2,3%.

b. Verpakkingen

Het koninklijk besluit van 31 januari 2010 belast de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen er, vanaf 28 februari 2010, expliciet mee om de adequaatheid en de relevantie van de verpakkingen te beoordelen bij het evalueren van aanvragen voor wijzigingen van de lijst van vergoedbare specialiteiten.

Het doel van de maatregelen is:

- verspilling vermijden veroorzaakt door verpakkingen onaanpast aan de behandeling en die het onderwerp uitmaken van een vraag tot inschrijving.
- firma's aansporen om adequate verpakkingen voor de behandeling op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten op te nemen.

c. Chronische medicatie

Vanaf 28 februari 2010 voert het koninklijk besluit van 31 januari 2010 ook een administratieve vereenvoudiging door. Het gaat hierbij om de vergoeding van geneesmiddelen gebruikt voor de behandeling van chronische aandoeningen.

- Een nieuwe multiplicator laat de aflevering toe van een variabel aantal vergoedbare verpakkingen van een specialiteit, voldoende voor de behandeling gedurende drie maanden. Het gaat over de behandeling van Parkinson, Epilepsie, Arteriële hypertensie, ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) en over een beperkt aantal groepen van specialiteiten, namelijk de hypolipemiërende geneesmiddelen en de orale antidiabetica.
- Het is nu mogelijk dat bij een voorschrift op stofnaam:
 - een behandeling van drie maanden voor te schrijven
 - alle verpakkingen, noodzakelijk voor deze behandelingsduur, te vergoeden.

d. Overeenkomsten tussen het RIZIV en de aanvrager


Dankzij het koninklijk besluit van 21 december 2001 is het mogelijk dat het RIZIV en de aanvrager voor specialiteiten klasse 1 een overeenkomst kunnen sluiten wanneer:

- de vergoedingsbasis niet in verhouding wordt geacht tot de evaluatie van de criteria in het koninklijk besluit
- de minister een negatieve beslissing heeft genotificeerd in afwachting van de elementen ter verantwoording van de voorgestelde vergoedingsbasis.

Het koninklijk besluit van 11 februari 2010 definieert nieuwe voorwaarden die het afsluiten van een overeenkomst voorafgaan:

- het uitbreiden en herformuleren van het toepassingsgebied van de overeenkomsten
- het uitbreiden van de compensatiemodaliteiten door de aanvrager
- het verduidelijken van de procedure die kan leiden tot het afsluiten van een overeenkomst tussen het RIZIV en de aanvrager voor de vergoeding van een farmaceutische specialiteit.

e. Oude geneesmiddelen

 **Oude geneesmiddelen** zijn farmaceutische specialiteiten waarvan de verplichte verzekering het actieve bestanddeel langer dan 12 of 15 jaar vergoed. De prijs en vergoedingsbasis van deze geneesmiddelen vermindert na 12 jaar met 15% en drie jaar later met bijkomend 2,35%.


Vanaf 1 januari 2011 legt de wet van 29 december 2010 een bijkomende prijsdaling op aan de oude geneesmiddelen. Dit leidt concreet tot een prijsdaling van respectievelijk 17% en 19,41%.

De wet bepaalt vanaf 1 april 2011 wel in twee uitzonderingsmogelijkheden op de toepassing van de bijkomende prijsdaling na 15 jaar vergoedbaarheid. Het gaat over de farmaceutische specialiteiten waarvan:

- de aanvrager heeft aangetoond dat op het ogenblik van de toepassing van de bijkomende prijsdaling na 15 jaar vergoedbaarheid, de prijs en de vergoedingsbasis, op het niveau buiten bedrijf, minstens 65% lager is ten opzichte van de eerste opname op de lijst.
- de totale jaarlijkse omzet van het werkzaam bestanddeel of de combinatie van werkzame bestanddelen, minder dan 1,5 miljoen EUR bedraagt.

f. Goedkoper voorschrijven

Sinds 2006 moeten artsen en tandartsen een bepaald percentage goedkopere geneesmiddelen voorschrijven.

-  **Goedkoper voorschrijven** betekent dat de artsen en tandartsen voor een bepaald percentage, afhankelijk van hun specialisatie, kiezen voor het voorschrijven van:
- originele merkgeneesmiddelen waarvan de prijs gedaald is, zodat de patiënt geen supplementair remgeld moet betalen
 - generische geneesmiddelen
 - geneesmiddelen op algemene benaming (= voorgeschreven onder de naam van de molecule).

Het vaststellen van voorschrijfpercentages van goedkopere geneesmiddelen:

- laat toe om de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging te beheersen
- verbetert ook de toegang tot de geneeskundige verzorging:
 - Innovatieve geneesmiddelen of nieuwe geregistreerde indicaties kunnen vlugger worden vergoed
 - de patiënten moeten een lager persoonlijk aandeel betalen.

Vanaf 1 januari 2011 verhoogt de wet van 29 december 2010 de voorschrijfpercentages goedkopere geneesmiddelen die artsen en tandartsen moeten behalen, afhankelijk van hun specialisatie. De observatieperiode van het voorschrijfprofiel van de arts en het minimum aantal verpakkingen dat de artsen moeten voorschrijven om in aanmerking te komen, worden ook aangepast.

3. Sociale akkoorden

In het kader van de begrotingsopmaak voor 2010 werden in het budget van het RIZIV middelen voorzien voor het financieren van de sociale akkoorden gesloten in 2005 en met betrekking op de federale gezondheidssectoren. Het gaat om volgende maatregelen.

a. Peterschap in ziekenhuizen

De bedoeling van het koninklijk besluit van 13 juni 2010 is het compenseren door nieuwe aanwervingen van het aantal uren dat een oudere werknemer zijn kennis en ervaring overdraagt aan jongeren met minder basisopleiding.

Kostprijs voor het jaar 2010:

- private ziekenhuizen: 4.553.855 EUR
- publieke ziekenhuizen: 2.732.313 EUR.

b. Bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die niet genieten van de maatregelen voor eindloopbaan

Hetzelfde koninklijk besluit van 13 juni 2010 kent aan werknemers die niet kunnen genieten van de maatregelen van de eindloopbaan het voordeel van bijkomende verlofdagen toe. Deze verlofdagen moeten worden ingenomen door nieuwe banen, waarvan er 262 ter beschikking zijn gesteld.

Kostprijs voor het jaar 2010:

- private instellingen: 5.901.796 EUR
- openbare instellingen en diensten: 3.643.084 EUR.

c. Thuisverpleging, de diensten van het Rode Kruis en de wijkgezondheidscentra

De sociale akkoorden voorzien verschillende maatregelen voor de sector die betrekking hebben op de werknemers van de thuisverpleging, de diensten van het Rode Kruis en de wijkgezondheidscentra. Het koninklijk besluit van 13 juni 2010 legt de financiële opsplitsing van het sociaal akkoord voor het jaar 2005 vast als volgt:

- attractiviteitspremie: 7.526.390 EUR
- bijkomende tewerkstelling: 4.052.210 EUR
- het supplement voor zondagnacht verhoogt van 50% naar 56%: 213.811 EUR
- functiecomplement hoofdverpleegkundige in een dienst voor thuisverpleging: 211.303 EUR.

Er zijn telkens ook opsplitsingen naar gelang het openbare of private diensten of centra betreft.

In het sociaal akkoord van het jaar 2000 was er voor dezelfde sector door het koninklijk besluit van 15 juni 2010 nog volgende financiering voorzien. In totaal 47.178.158 EUR waarvan 46.249.583 EUR aan de private sector toekomt en 928.575 EUR aan de publieke sector.

d. Vergoeding voor de onregelmatige prestaties

Het koninklijk besluit van 13 juni 2010 financiert de toeslag voor avond- en nachtprestaties, geleverd door het “personeel aan het bed van de patiënt” in de ziekenhuizen, de rustoorden, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de diensten voor thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra, als volgt:

- voor de uren gepresteerd van 19 uur tot 20 uur (en dit prorata van de effectief uitgevoerde prestaties):
 - voor het personeel betaald volgens het regime “per prestatie”: 20% van het barema-uurloon ongeacht de dag van de week, waarbij de toeslag op zaterdag, zon- en feestdagen van toepassing is indien voordeliger dan 20%
 - voor het personeel betaald via het forfait van 11%: de toeslag voor het nachtuurloon toegevoegd aan het basisbarema van 111%, ongeacht de dag van de week, inclusief zaterdag en zon- en feestdagen
 - de akkoorden of gebruiken die betere voorwaarden bepalen, blijven van toepassing ook wat betreft de andere personeelscategorieën en andere sectoren
- voor elke uurschijf tussen 20 uur en 6 uur (en dit prorata van de effectief uitgevoerde prestaties in deze uurschijf) en voor elk uur van een prestatie die eindigt na middernacht, ook al is die begonnen voor 20 uur of eindigt die na 6 uur:
 - voor het personeel betaald volgens het regime “per prestatie”: de toeslag toepasselijk op 31 december 2009 op het barema-uurloon ongeacht de dag van de week waarbij de toeslag op zaterdag, zon- en feestdagen van toepassing is indien voordeliger dan die toeslag
 - voor het personeel momenteel betaald via het forfait van 11%: de toeslag voor het nachtuurloon toegevoegd aan het basisbarema van 111%, ongeacht de dag van de week, inclusief zaterdag en zon- en feestdagen
 - de akkoorden of gebruiken die betere voorwaarden bepalen, blijven van toepassing ook wat betreft de andere personeelscategorieën en andere sectoren.



“Personeel aan het bed van de patiënt” gaat over

- de verpleegkundigen
- de zorgkundigen
- de functie van opvoeder/zorgverlener in de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen en in de zorgequipes van de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

e. Financiering van Rustoorden voor bejaarden (ROB), Rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en Centra voor dagverzorging (CDV)

Op 1 juli 2010 treedt het koninklijk besluit van 30 juni 2010 in werking met betrekking tot de financiering van de rusthuizen:

- de RVT-personeelsnorm verhoogt vanaf 1 juli 2010 met 0,20 VTE (voltijds equivalent) voor het verzorgingspersoneel, met uitzondering van de norm eigen aan de C-compatiënten
- de vergoeding voor de onregelmatige prestaties op grond van het akkoord van 4 maart 2010 (hierboven punt d) wordt mogelijk gemaakt via het verhogen van de financiering van onregelmatige prestaties die van 12,75% naar 13,74% van het brutomaandsalaris wordt opgetrokken
- de daaruit voortvloeiende bedragen van de loonkosten worden geregeld via inhaalbedragen voor de inrichtingen die de maatregel vanaf 1 januari 2010 toepassen
- toevoeging van twee bijkomende graden in de anciënniteitschaal van de verpleegkundigen: anciënniteit kleiner dan vier jaar en anciënniteit vanaf 16 jaar.

4. Fonds voor medische ongevallen

Het Belgisch Staatsblad van 2 april 2010 publiceert de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Die wet bepaalt:

- het invoeren van een nieuw recht op schadeloosstelling voor de slachtoffers van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid (abnormale schade als gevolg van een medische handeling zonder fout)
- het oprichten van het Fonds voor medische ongevallen die het slachtoffer zal vergoeden in voorkomend geval. Het RIZIV zal de nodige diensten, personeel, uitrusting en installaties ter beschikking stellen van dat Fonds.

II. Verzekering voor geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Verhoogde tegemoetkoming

De wet van 10 december 2009 met diverse bepalingen inzake volksgezondheid:

- breidt het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming uit tot de eenoudergezinnen.
- schaft de leeftijdsvereiste voor langdurig werklozen af.

Het koninklijk besluit van 9 juli 2010 voert deze bepaling met ingang van 1 juli 2010 uit door die twee categorieën van rechthebbenden in te voegen in het kader van de “klassieke” verhoogde tegemoetkoming. Deze wordt toegekend op basis van de inkomens van het gezin en de samenstelling van het gezin op het ogenblik dat het de verhoogde tegemoetkoming aanvraagt.

Daarnaast bepaalt de wet dat het verlies van de hoedanigheid aan de basis van de verhoogde tegemoetkoming op zich niet meer leidt tot het verlies van de verhoogde tegemoetkoming.

b. Omnio

OPENING RECHT

Het koninklijk besluit van 22 juli 2010 bepaalt dat het recht op het Omnio-statuut vanaf 1 januari 2010 voor elk gezin opent op de eerste dag van het kwartaal in de loop waarvan zij de verklaring op eer indienden. De toekenning van het recht gebeurt dus niet meer op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de indiening van de verklaring op eer. De wijziging heeft terugwerkende kracht om een korte periode zonder recht te vermijden.

INTREKKING RECHT BIJ WIJZIGING GEZINSSAMENSTELLING

Er is geen onderscheid meer naargelang het ogenblik waarop het gezin wijzigt. Als de samenstelling van een gezin wijzigt neemt het recht een einde op 31 december van het jaar in de loop waarvan die wijziging is gebeurd.

INTREKKING RECHT NA INKOMENSCONTROLE

De intrekking met terugwerkende kracht wordt afgeschaft. Wanneer uit de controle van de inkomens van het jaar voorafgaand aan de verklaring op eer blijkt dat het gezin geen recht had op het Omnio-statuut, wordt dit recht volgens het koninklijk besluit van 9 juli 2010 ingetrokken. Dit gebeurt op 31 december van het jaar waarin die controle plaatsvond.

c. Handvest sociaal verzekerde

Vanaf 1 januari 2010 past het ministerieel besluit van 13 januari 2010 de Verordening aan van 22 mei 2006 van het Verzekeringscomité van het RIZIV. Die Verordening voert artikel 22, § 2, a) uit van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde:

- doorvoeren van formele aanpassingen naar aanleiding van de invoering van het Omnio-statuut
- invoegen van een behartenswaardige toestand bij het Omnio-statuut. Zo wordt aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag verzaakt in alle gevallen, waarin een herziening gebeurt van de bedraghoogte van het belastbaar gezinsinkomen als gevolg van een retroactieve aanslag
- aanpassen van de procedure: de verzekeringsinstelling (V.I.) verstuurt de aanvraag tot afstand naar de Dienst voor administratieve controle. Deze onderzoekt vervolgens het dossier en legt het voor advies voor aan de Werkgroep verzekerbaarheid. Op basis van dit advies neemt de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging een beslissing
- invoeren van een drempel van 125 EUR waaronder er geen afstand gedaan kan worden van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag.

d. Chronisch zieken

MAXIMUMFACTUUR

De maximumfactuur chronisch zieken werd ingevoerd op 1 januari 2009. De maatregel houdt een verlaging in van het bestaande remgeldplafond dat een gezin moet bereiken om de maximumfactuur te genieten. Dit gebeurt voor het gezin waarvan eenzelfde gezinslid telkens 450 EUR remgeld heeft gedragen in de twee kalenderjaren die onmiddellijk voorafgaan aan het jaar waarvoor het recht op de maximumfactuur wordt onderzocht. Het koninklijk besluit van 22 maart 2010 stelt het bedrag waarmee het remgeldplafond wordt verlaagd vast op 100 EUR.

ACTIEVE VERBANDMIDDELEN

Vanaf 1 september 2010 wijzigt het koninklijk besluit van 22 juli 2010. De wijziging slaat op de lijst van actieve verbandmiddelen die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in het kader van maatregelen voor de rechthebbenden met chronische wonden.

Deze tegemoetkoming bestaat enerzijds uit een forfaitaire tegemoetkoming van 20 EUR per maand voor de rechthebbende. Anderzijds bestaat ze uit een tegemoetkoming van 0,25 EUR per afgeleverde verpakking voor de registratie door de apotheker van dit verbandmiddel dat op de lijst van de aangenomen producten staat. De rechthebbenden op de tegemoetkoming zijn patiënten die lijden aan een wonde die na zes weken nog niet geheeld is.

e. Reiskosten

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komt vanaf 1 november 2010 tegemoet in de reiskosten van rechthebbenden die in een Centrum voor dagverzorging (CDV) zijn opgenomen. Het koninklijk besluit van 12 oktober 2010 legt de tegemoetkoming vast op 0,30 EUR per kilometer (jaarlijks geïndexeerd bedrag). Daarbij wordt een maximumafstand van 15 kilometer in acht genomen tussen de effectieve verblijfplaats en het CDV.

f. Acute pijn bij kinderen

De Belgische vereniging voor kindergeneeskunde en het Verzekeringscomité hebben een overeenkomst gesloten voor drie jaar. Dit met het oog op de financiering van tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen.

Het koninklijk besluit van 22 december 2010 verlengt deze overeenkomst met een jaar zodat die loopt tot 31 december 2010. De klinische fase van het project loopt dus verder in 2010. De maximale tussenkomst bedraagt 500.000 EUR.

g. Tuberculosebestrijding

Tussen het Verzekeringscomité en het Belgisch nationaal werk voor bestrijding van de tuberculose en de respiratoire aandoeningen was voor vijf jaar een overeenkomst gesloten. Dit gebeurde met het oog op de financiering van projecten inzake gecoördineerde zorgverlening in het kader van tuberculosediagnose en -behandeling.

Vanaf 1 februari 2011 past het koninklijk besluit van 23 december 2010 de financiering aan om de continuïteit van het project te verzekeren.

2. Zorgverleners

a. Artsen

MEDISCHE VERKIEZING

In 2010 vonden opnieuw medische verkiezingen plaats die de vertegenwoordiging van de beroepsorganisaties vaststellen en de mandaten verdelen onder de verschillende beslissings-, raadgevende, wetenschappelijke en controlerende organen op het niveau van de diensten van het RIZIV.

Deze verkiezingen zijn gekenmerkt door de invoering van de elektronische stemprocedure. In de nieuw ingestelde procedure blijven de stemming op papier en de elektronische stemming voorlopig naast elkaar bestaan. De procedure beoogt zowel:

- het moderniseren van de raadpleging van de kieslijsten
- het invoeren van een mogelijkheid van elektronische stemming
- het gebruiken van de techniek van optische lezing van de stemmen uitgebracht op papier. Daardoor wordt het tellen van de stemmen aanzienlijk verlicht.

De verplichting om diezelfde stemmen op papier aangetekend terug te sturen, is afgeschaft. Dat betekent ook een vereenvoudiging voor de personen opgeroepen voor die stemming.

GEBRUIK VAN TELEMATICA

Het koninklijk besluit van 6 februari 2003 voorziet in een jaarlijkse, forfaitaire vergoeding voor huisartsen die gebruik maken van een gelabeld softwarepakket.

Het eHealth-platform moet nagaan of de softwarepakketten voor het beheer van elektronische patiëntendossiers voldoen aan ICT-gerelateerde functionele en technische normen, standaarden en specificaties.

Vanaf 1 januari 2011 past het koninklijk besluit van 5 juli 2010 de labelingsprocedure als volgt aan:

- alleen softwarepakketten aanvaard door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) komen voor de EMD-tegemoetkoming (elektronisch medisch dossier) in aanmerking na eenvormig advies van het eHealth-platform
- de labelcriteria worden ter goedkeuring aan de NCGZ voorgelegd.

De gegevens die op de papieren aanvraagformulieren voorkomen, kunnen ook aan het RIZIV overgemaakt worden via elektronische weg of via een door het softwarepakket gegenereerd certificaat.

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN 2011

Op 13 december 2010 heeft de NCGZ een nieuw akkoord gesloten voor 2011. De voornaamste punten kunnen als volgt worden samengevat.

○ **Maatregelen met betrekking tot de huisartsen**

De honoraria en het accrediteringsforfait van de huisartsen, zoals vastgesteld op 31 december 2010, worden lineair geïndexeerd met 1,40% op 1 januari 2011.

Volgende voorstellen worden gedaan voor een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten:

- aanpassen en vereenvoudigen van de procedure voor het afsluiten van overeenkomsten inzake huisartsenwachtposten
- verankeren van de financiering in een structureel kader in plaats van in experimenteel verband
- preciseren van de financieringsvoorwaarden
- aanmoedigen tot het systematisch toepassen van de derdebetalersregeling in het kader van de wachtposten
- verhogen van het budget voor het uitbreiden van het aantal huisartsenwachtposten en voor het financieren van een aantal gelijkaardige oplossingen, via overeenkomsten met het Verzekeringscomité;
- periodiek opvolgen en evalueren van de betrokken maatregelen door een stuurgroep aangeduid door de NCGZ.

De NCGZ zal in de loop van 2011 een eerste evaluatie houden van het gebruik van de zorgtrajecten. Indien nodig zullen bijkomende middelen ter bevordering en ondersteuning van de ontwikkeling van de zorgtrajecten worden vrijgemaakt.

De huisartsen die toetreden, verbinden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen.

De toepassing kan echter worden geweigerd bij een vermoeden van misbruik, onregelmatigheden in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeenstemt met de voorwaarden. De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na één jaar. Dit zal gebeuren op basis van bevindingen zowel bij de artsen als bij de V.I.

De jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartspraktijk bedraagt 1.500 EUR voor het jaar 2011. Ze wordt toegekend aan erkende huisartsen die:

- ingeschreven zijn in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring
- een activiteitsdrempel bereiken van ten minste 1.250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar.

○ **Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten**

De honoraria en het accrediteringsforfait van de geneesheren-specialisten zoals vastgesteld op 31 december 2010, worden geïndexeerd met 1,40% op 1 januari 2011. Dit gebeurt voor:

- alle verstrekkingen van artikel 2 voorbehouden voor geneesheren-specialisten
- alle verstrekkingen van artikel 3 voorbehouden voor geneesheren-specialisten met uitzondering van de klinische biologie
- alle gynaecologische verstrekkingen van artikel 9, b) en c), en artikel 14, g)
- alle verstrekkingen van artikel 25.

De bijkomende honoraria voor prestaties uitgevoerd tussen 21 en acht uur of op zaterdag, zondag of op een feestdag tussen acht en 21 uur worden heringevoerd en geherwaardeerd.

Inzake speciale verstrekkingen worden:

- een aantal aanpassingen gevraagd aan de sleutelletter in afwachting van de technische aanpassing van de nomenclatuur
- een aantal aanpassingen gevraagd aan de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen hetzij andere, nieuwe maatregelen met een gelijkwaardige impact voor de betrokken zorgverleners.

Op het vlak van de medische beeldvorming werd bij het opstellen van de begroting uitgegaan van een besparing van 45 miljoen EUR ingevolge de regeringsbeslissing voor het jaar 2010. De verstrekkingen inzake medische beeldvorming in 2011 worden slechts vanaf 1 juli 2011 met 1,40% geïndexeerd na evaluatie door de NCGZ.

Indien het geraamde effect van de maatregel hoger zou liggen, zullen financiële middelen worden vrijgemaakt voor de ondersteuning van kwaliteitsbevorderende maatregelen.

De enveloppen medische beeldvorming en klinische biologie worden voor het jaar 2011 vastgelegd.

○ **Maatregelen met betrekking tot de verzekerden**

De toepassing van de remgelden zal vereenvoudigen voor raadplegingen van rechthebbenden bij de huisarts.

De V.I. zullen de nodige informatiecampagnes opzetten met het oog op de versterking van de sociale derdebetalersregeling en in overleg met de vertegenwoordigers van de artsen. Verder zullen zij initiatieven nemen om een informatisering van de administratieve procedures tot stand te brengen.

De bijkomende honoraria voor de raadplegingen van de huisarts tijdens de nacht, het weekend en op feestdagen zullen volledig worden terugbetaald.

De tegemoetkoming in het beheer van het globaal medisch dossier voor de huisarts en de patiënten, wordt vereenvoudigd vanaf het verlengingsjaar 2011 in afwachting van de invoering van MyCarenet.

o **Andere initiatieven**

De conventiegraad in bepaalde arrondissementen en voor bepaalde specialismen leidt tot ondoorzichtige informatie over de verschuldigde bedragen ten laste van gehospitaliseerde en ambulante patiënten. De NCGZ start een overleg op en bereidt de passende maatregelen voor inzake transparantie.

Om de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) door de farmaceutische industrie te vermijden, beslist de NCGZ om een bedrag van 1.360.000 EUR toe te wijzen aan de overheidsfinanciering van de LOK's.

FINANCIERING VAN DE HUISARTSENWACHTPOSTEN

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verleent sinds 2003 tegemoetkomingen in tijdelijke en experimentele projecten inzake door huisartsen georganiseerde wachtdiensten in bepaalde regio's. Het koninklijk besluit van 4 oktober 2010 bepaalt dat:

- o deze initiatieven worden verlengd voor 2010
- o het maximaal bedrag dat per jaar mag worden betaald 3.450.000 EUR bedraagt.

HUISARTSENGROEPERING

De verordening van 11 oktober 2010 voert vanaf 1 januari 2011 twee formulieren in waarmee een huisartsengroepering zich kan registreren en waarmee ze wijzigingen van de geregistreerde gegevens kunnen melden.

SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden, bedraagt 4.141,16 EUR voor het jaar 2010. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden, bedraagt het 2.036,77 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend voor wat betreft:

- o de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer voor maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens $\frac{3}{4}$ van het totaal van de praktijk.
- o de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen aan de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) voor maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen aan de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het koninklijk besluit van 15 december 2010 legt het bedrag van het rustpensioen voor 2010 vast op 5.081,85 EUR en dat van het overlevingspensioen op 4.234,99 EUR.

Om de aantrekkingskracht te vergroten van de toetreding tot het akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen zou voor 2011 het bedrag van het sociaal statuut worden vastgesteld:

- op 4.199,14 EUR voor de artsen die van rechtswege geacht worden tot het akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit
- op 2.065,28 EUR voor de artsen die slechts gedeeltelijk zijn toegetreden tot het akkoord.

b. Tandheelkundigen

NATIONAAL AKKOORD TANDHEELKUNDIGEN ZIEKENFONDSEN 2011-2012

Op 8 december 2010 werd in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor 2011-2012. De belangrijkste punten zijn als volgt samen te vatten.

○ Honoraria

Alle honoraria zoals vastgesteld op 31 december 2010, worden vanaf 1 januari 2011 lineair geïndexeerd met 1,40%.

○ Nomenclatuur

Volgende voorstellen voor 2011:

- uitbreiden leeftijdsgrens van het jaarlijks mondonderzoek
- wijzigen leeftijdsgrens uitgebreid parodontaal mondonderzoek tot de 50^{ste} verjaardag
- beperken remgeld parodontaal mondonderzoek tot de 50^{ste} verjaardag
- apexificatietechniek
- uitbreiden leeftijdsgrens voor het verwijderen van subgingivaal tandsteen tot de 50^{ste} verjaardag
- bijkomende honoraria tijdens een georganiseerde wachtdienst op maximum vier brugdagen per jaar
- profylactisch reinigen bij lichamelijk of geestelijk gehandicapten onder algemene anesthesie.

○ Impulsfonds 2012

Het probleem rond de noodzaak tot behoud van het aantal tandheelkundigen kan gedeeltelijk worden opgelost door het oprichten van een impulsfonds dat een tewerkstellingspremie toekent aan tandheelkundigen die een gekwalificeerde tandartsassistent in dienst hebben of nemen. In die zin zal een voorstel worden uitgewerkt met het oog op een inwerkingtreding op 1 januari 2012 voor zover de ter beschikking gestelde middelen dit toelaten. Ook zullen er voorstellen worden geformuleerd om tandheelkundigen die de pensioenleeftijd naderen langer aan het werk te houden. Ook zal de ondersteuning onderzocht worden van de vestiging van tandheelkundigen in zones met een lage tandheelkundige dichtheid.

○ Andere initiatieven (selectie uit de lijst van negen projecten)

De werkgroep TTR-TGR (Technisch Tandheelkundige Raad en Technisch Geneeskundige Raad) zal de problematiek onderzoeken van osteitis en van de algemene anesthesie in de tandheelkundige sector.

De impact van de bepalingen van het nieuwe hygiëneprotocol wordt geëvalueerd. Op basis van die evaluatie moeten die nieuwe bepalingen vanaf 2012 gefaseerd worden geïmplementeerd binnen de beschikbare middelen.

De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen zal de voorbereidingen starten voor het invoeren van MyCarenet in de tandheelkundige sector uiterlijk in de loop van 2013.

De Commissie zal tevens initiatieven nemen om aanbevelingen te formuleren over panoramische röntgenfoto's.

De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen zal meewerken aan:

- het opstellen van het profiel van de risicopatiënt
- het invoeren van maatregelen om voor bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld patiënten met een laag sociaaleconomisch niveau en een hoog risico op cariës) een aangepast individueel preventief zorgtraject of een behandelplan te kunnen beschrijven.

SOCIAAL STATUUT

Het koninklijk besluit van 15 december 2010 legt voor het jaar 2010 de jaarlijkse bijdrage tot het instellen van een regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen op 2.058,08 EUR.

De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen stelt voor om het bedrag van 2011 vast te leggen op 2.086,89 EUR en om voor 2012 een verhoging van dit bedrag te overwegen.

c. Kinesitherapeuten

SELECTIE-EXAMEN

Op 30 oktober 2010 is er opnieuw een selectie-examen georganiseerd om te bepalen welke pas afgestudeerde kinesitherapeuten verstrekkingen mogen attesteren in de praktijkkamer en bij de patiënt thuis.

SOCIAAL STATUUT

Het koninklijk besluit van 15 december 2010 stelt de jaarlijkse bijdrage vast op 1.390,49 EUR voor het jaar 2009. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort die bijdrage in de context van de regeling van de sociale voordelen voor kinesitherapeuten en per kinesitherapeut die aan de voorwaarden voldoet.

d. Apothekers

HERVORMING VAN DE VERGOEDING VOOR APOTHEKERS

De vergoeding voor apothekers die in een voor het publiek toegankelijke officina werken, wordt herzien vanaf 1 april 2010.

In de oude situatie stond de afleveringsmarge van de apothekers in direct verband met de verkoopprijs aan publiek van een geneesmiddel. De herziening houdt in dat de honorering van de apothekers opgesplitst wordt in:

- een economische marge die afhankelijk blijft van de buiten bedrijf prijs van het geneesmiddel en die de lasten moet dekken die inherent verbonden zijn aan de economische activiteit van de apotheker
- honoraria die de vergoeding vormen voor de farmaceutische basiszorgen en specifieke farmaceutische zorgen en die bestaan uit vaste bedragen.

De herziening heeft als doel:

- een einde te stellen aan de vroegere distributiemarge, omwille van de economische evolutie
- de rol van de apotheker ten opzichte van de patiënt te herwaarderen, gekoppeld aan een grotere erkenning van een kwaliteitsvolle farmaceutische opvolging uitgevoerd door de apothekers (correct geneesmiddelengebruik, therapietrouw). De apotheker begeleidt immers meer en meer de patiënten voor een optimaal geneesmiddelengebruik.

De honorering van de apotheker bestaat uit drie pijlers:

○ **Eerste PIJLER**

Een economische marge gekoppeld aan de buiten bedrijf prijs, die de kosten dekken voortvloeiend uit de economische activiteiten van de apotheker. Deze economische marge zit vervat in de verkoopprijs van het geneesmiddel.

Het ministerieel besluit van 18 maart 2010 wijzigt deze marge vanaf 1 april 2010.

○ **Tweede PIJLER**


Het koninklijk besluit van 16 maart 2010 legt het basishonorarium per aflevering op 3,88 EUR per verpakking. Dit basishonorarium vormt de vergoeding voor basisprestaties en zit vervat in de verkoopprijs van het geneesmiddel.

○ **Derde PIJLER**

Het koninklijk besluit van 16 maart 2010 legt de honoraria voor specifieke farmaceutische zorgen vast:

- een honorarium voor de “begeleiding van een eerste aflevering”: het betreft een jaarlijks forfaitair bedrag van 500 EUR per apotheek voor een beperkt aantal therapeutische klassen van geneesmiddelen (antibiotica, thrombocytenaggregatieremmers, niet-steroidale anti-inflammatoire middelen, inhalatiecorticoïden, orale antidiabetica)
De apotheker bezorgt de patiënt of zijn gemachtigde systematisch nuttige informatie bij de eerste aflevering van een vergoedbaar geneesmiddel. Hij geeft die info ook indien een farmaceutische specialiteit of een andere specialiteit met hetzelfde werkzame bestanddeel, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm, zes maanden of langer geleden voor de eerste keer afgeleverd werd.
- een honorarium voor de “uitvoering van een voorschrift op algemene benaming” van een geneesmiddel opgenomen in het referentierugbetalingssysteem (honorarium van 1,19 EUR per aflevering)
- een honorarium “hoofdstuk IV” voor de uitvoering van een aflevering van een geneesmiddel ingeschreven in hoofdstuk IV van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die aanleiding geeft tot de toepassing van de derdebetalersregeling (honorarium van 1,19 EUR per aflevering).

De verzekering voor geneeskundige verzorging neemt de specifieke honoraria integraal ten laste. Ze maken geen onderdeel uit van de verkoopprijs van het geneesmiddel.

 De **verkoopprijs aan publiek** van een geneesmiddel bestaat uit de buiten bedrijf prijs, de marge van de groothandelaar, de economische marge van de apotheker, het basishonorarium en de BTW (6%).

Om een financiële neutraliteit van de hervorming te garanderen voor de patiënt, wordt de persoonlijke tussenkomst van de rechthebbende berekend op de prijs buiten bedrijf van de geneesmiddelen.

SOCIAAL STATUUT

Het koninklijk besluit van 9 december 2010 legt de jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2009 vast op 2.575,84 EUR. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort die bijdrage in de context van de regeling van sociale voordelen voor apothekers. Ze doet dit per apotheker die aan de voorwaarden voldoet. Die bijdragen worden verminderd tot:

- 1.931,88 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
- 1.287,91 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.

e. Financiering representatieve beroepsorganisaties

De koninklijke besluiten van 20 juli en 30 juli 2010 voeren zowel voor de logopedisten als voor de apothekers nieuwe bepalingen in vanaf 1 september 2010 over de financiering van hun representatieve beroepsorganisaties.

Het jaarlijks toegekende bedrag bestaat uit:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie
- een aanvullend bedrag dat afhankelijk is van het aantal leden van de organisatie en van het percentage van geconventioneerde zorgverleners in de betreffende sector.

Het jaarbedrag wordt gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het RIZIV

De betaling gebeurt in twee schijven:

- 75% vóór 31 maart van het betrokken jaar en voor 2009 in augustus 2010 (= de maand van de bekendmaking van het koninklijk besluit in het Belgisch staatsblad
- 25% binnen de drie maanden nadat de algemene vergadering de jaarrekening goedgekeurde voor het betrokken jaar en ze aan het RIZIV werd bezorgd.

De Algemene Raad kan beslissen de laatste schijf niet te betalen indien ze vaststelt dat het bedrag niet volledig werd gebruikt voor de voorziene doeleinden.

Het bedrag is samengesteld uit enerzijds een basisbedrag van 80.000 EUR per organisatie en anderzijds een variabel bedrag van 25 EUR vermenigvuldigd met het aantal leden en met het percentage van geconventioneerde zorgverleners.

f. ROB en RVT

Het koninklijk besluit van 4 mei 2010 wijzigt vanaf 1 juli 2010 de financiering van de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen als volgt:

- voorzien in de financiering van een referentiepersoon voor de behandeling van dementie
- uitsluiten uit de financiering van personen die al worden gefinancierd op basis van artikel 22 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna GUVU-wet genoemd)
- aanzetten van de instellingen om de opleiding en de sensibilisering inzake palliatieve verzorging en dementie uit te breiden tot het volledige personeel
- toelichten van de opleiding die de hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de coördinerende verpleegkundigen moeten volgen
- verlenen van de bijkomende financiering voor de behandeling van de demente A patiënten.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

WEEFSELS VAN MENSELIJKE OORSPRONG

De wet met diverse bepalingen inzake volksgezondheid van 23 december 2009 had al voorzien in de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten voor het afleveren van menselijk lichaamsmateriaal.

Het koninklijk besluit van 2 juni 2010 definieert de voorwaarden waaronder dit mogelijk is met ingang van 1 december 2009.

Voor tegemoetkoming komt enkel het menselijk lichaamsmateriaal in aanmerking opgenomen in de lijst in bijlage bij het koninklijk besluit van 2 juni 2010. Deze lijst bevat voor elk menselijk lichaamsmateriaal:

- de pseudo- nomenclatuurcodenummers voor de facturering
- de benaming
- het bedrag van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt enkel toegerekend indien aan alle formaliteiten is voldaan en wanneer met name het kennisgevingsdocument werd opgemaakt en overhandigd aan het ziekenhuis en aan de V.I.

BLOED

Het koninklijk besluit van 20 april 2010 verandert vanaf 24 juli 2009 de wijze van tegemoetkoming in de kosten van menselijk vol bloed en sommige labiele bloedproducten:

- volgende producten vervoegen de lijst van de labiele bloederivaten van menselijke oorsprong:
 - Gedeleukocyteerd erythrocyten-concentraat – autologe eenheid
 - Gedeleukocyteerd erythrocyten-concentraat bestraald
 - Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat
 - Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat bestraald
 - Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat pathogeen gereduceerd
- omschrijven van de voorwaarden voor verzekeringstegemoetkoming voor de gedeleukocyteerde erythrocyten-concentraten
- schrappen van de papieren versies van de attesten en verzamelattesten en vervanging door een digitale gegevensstroom.

NOMENCLATUUR

- **Raadplegingen, bezoeken, adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen**

Geneesheren-specialisten

Vanaf 1 november 2010 legt het koninklijk besluit van 26 augustus 2010 een plafond op aan het persoonlijk aandeel van rechthebbenden (zonder voorkeurregeling) voor alle raadplegingen van geneesheren-specialisten. Het remgeld bedraagt nu dus 40% van het niet-geaccrediteerd honorarium met een plafond tot 15,5EUR (niet geïndexeerd).

Algemene internist

Het koninklijk besluit van 18 augustus 2010 voert vanaf 1 oktober 2010 een nieuwe verstrekking in, voorbehouden aan de algemene internist en de geaccrediteerde algemene internist voor een “second opinion” raadpleging. Deze verstrekking is enkel aanrekenbaar mits een uitgebreide gemotiveerde schriftelijke verwijzing door de behandelend geneesheer-specialist of de behandelend huisarts.

Huisarts

Vanaf 1 november 2010 treden de koninklijke besluiten van 26 augustus 2010 in werking om de verstrekkingen van huisartsen te vereenvoudigen. Die vereenvoudiging impliceert het gebruik van hetzelfde verstrekkingnummer voor de weekends en de feestdagen, ongeacht de plaats waar de verstrekking wordt verricht (thuis, instelling), ongeacht de situatie van de patiënt (palliatief of niet) en met of zonder GMD (globaal medisch dossier).

Samengevat:

- behouden van één nomenclatuurnummer voor de bezoeken tijdens het weekend en op feestdagen
- behouden van één nummer voor de bezoeken aan één rechthebbende in een instelling
- behouden van één nummer voor de bezoeken aan twee of meer rechthebbenden
- schrappen van de speciale nummers voor de palliatieve patiënten.

Er moet echter een specifiek nummer worden behouden voor de bezoeken bij één rechthebbende thuis, omdat er historisch gezien een klein verschil in remgeld is, vergeleken met de bezoeken in een instelling.

○ Algemene speciale verstrekkingen

Het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 verhoogt vanaf 1 januari 2011 het aantal terugbetalingen voor de vullingen van een pijnpomp van vier naar zes keer, weliswaar aan een verminderd tarief:

- de meeste gebruikte vullingen hebben een stabiliteit van minder dan 90 dagen
- lagere concentraties zijn aanbevelingswaardig waardoor de frequentie moet worden verhoogd
- de populatie van chronische patiënten die op deze verstrekking beroep moet doen, leeft vaak van een vervangingsinkomen. Zo moet de patiënt niet zelf een aantal vullingen bekostigen.


○ Heelkunde

Het koninklijk besluit van 4 maart 2010 voert vanaf 1 mei 2010 in het hoofdstuk oftalmologie een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur in. Deze voorziet in de tegemoetkoming van de verstrekking voor de fluor-angiografie. Hiermee wordt het netvlies onderzocht op vasculaire, inflammatoire, degeneratieve, dystrofische en kwaadaardige aandoeningen. Een groot deel van de onderzoeken gebeurt in het kader van diabetes.

In de afdeling “heelkunde op de thorax” voert het koninklijk besluit van 31 januari 2010 een nieuwe verstrekking in die toelaat dat vanaf 1 april 2010 de okseluitruiming ook geattesteerd kan worden voor een andere tumor dan een borsttumor.

Het koninklijk besluit van 21 december 2009 neemt vanaf 1 april 2010 in de afdeling “heelkunde op het abdomen” de HIPEC (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie) methode voor de behandeling van peritoneale carcinomatosis op in de nomenclatuur.

Het koninklijk besluit van 17 december 2009 voegt vanaf 1 maart 2010 nieuwe verstrekkingen in die een vergoeding toelaten van de plaatsing en het wegnemen van de benodigdheden om een ECMO (extra-corporele membraan oxygenatie) te installeren.

 ECMO is een specifieke techniek waarbij de patiënt met zware respiratoire en/of cardiale insufficiëntie zowel pulmonaire als cardiale ondersteuning krijgt.

Het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 neemt vanaf 1 januari 2011 een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur op die betrekking heeft op het plaatsen van een stent in de traanwegen.

○ **Behandeling van obesitas**

Het koninklijk besluit van 13 juni 2010 breidt de voorwaarden van de terugbetaling van bariatrische heelkunde uit vanaf 1 september 2010. In de huidige reglementering moet de patiënt een BMI hebben van ≥ 40 ofwel voor diabetici een BMI van ≥ 35 . De ondergrens van BMI van ≥ 35 wordt nu uitgebreid tot patiënten:

- met therapieresistente hypertensie
- met het slaapapneusyndroom
- die al eerder een bariatrische ingreep ondergingen en omwille van complicatie of onvoldoende resultaat een nieuwe bariatrische ingreep wensen te ondergaan.

Deze BMI-meting gebeurt op het moment van de chirurgische indicatiestelling, dit is bij het multidisciplinair overleg.

○ **Gynaecologie**

Het koninklijk besluit van 6 april 2010 creëert vanaf 1 juni 2010 een bijkomende allround echografieprestatie voorbehouden aan de gynaecologen, bij echografieën buiten toezicht op de zwangerschap.

○ **Medische beeldvorming**

Het koninklijk besluit van 2 juni wijzigt vanaf 1 augustus 2010 de artikelen 17 en 17ter van de nomenclatuur. Beide artikelen voeren een osteodensitometrieprestatie in. Dit onderzoek mag om de vijf jaar herhaald worden. De resultaten van deze botdensitometrie vormen een voorwaarde voor de terugbetaling van anti-osteoporotische medicatie.

Het koninklijk besluit van 17 december 2009 voegt vanaf 1 maart 2010 een nieuwe verstrekking in artikel 17quater van de nomenclatuur in, waardoor gastro-enterologen, algemene internisten, gerieters en pediaters "echografieën van het totale abdomen" zullen kunnen aanrekenen.

○ **Inwendige geneeskunde**

Het koninklijk besluit van 17 december 2009 voegt vanaf 1 maart 2010 een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur in, die betrekking heeft op de vergoeding van de therapeutische plasma- of cytaferese met behulp van een cellenseparator.

Daarnaast wordt artikel 20 van de nomenclatuur grondig geherstructureerd naar aanleiding van de wijziging van de connexiteitsregels. De achterliggende bedoeling is de verschillende verstrekkingen toe te wijzen aan volgende verschillende categorieën:

- de verstrekkingen toegankelijk voor alle geneesheren-specialisten (deze worden verzameld in art. 11 van de nomenclatuur)
- de verstrekkingen toegankelijk voor verschillende categorieën van geneesheren-specialisten
- de verstrekkingen die door hun hoge graad van techniciteit enkel toegankelijk zijn voor één bepaalde categorie van geneesheren-specialisten.

○ **Hematologische transplantaties**

Vanaf 1 oktober 2010 treedt het koninklijk besluit van 18 augustus 2010 in werking met betrekking tot de bloedcel-transplantaties en het beendermergregister:

- invoegen van een nieuw coördinatieforfait voor niet verwante donoren, waarbij de kosten voor registratie en selectie van donoren worden toegevoegd aan het honorarium
- toevoegen van een bijkomend forfaitair bedrag aan het coördinatieforfait voor bijkomende testen en confirmatory typing.

○ **Geriatricie**

Aansluitend aan de erkenning van de geneesheer-specialist in de geriatricie wijzigt vanaf 1 maart 2010 het koninklijk besluit van 17 december 2009 de artikelen 20 en 25 van de nomenclatuur, zodat de geneesheer-specialist in de geriatricie ook toegang heeft tot de vergoeding voor een aantal verstrekkingen.

Het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 heft vanaf 1 februari 2011 de beperking tot eenmaal per jaar op voor de verstrekking pluridisciplinaire geriatricische evaluatie met verslag door de geneesheer-specialist in de geriatricie.

○ **Oncologie**

De koninklijke besluiten van 18 december 2009 passen de nomenclatuur aan vanaf 7 februari 2010 om de medische oncologen, hematologen en endocrinologen te herwaarderen:

- invoegen van zes nieuwe verstrekkingen voor de specifieke raadplegingen van de geneesheer specialist in de medische oncologie, de geneesheer specialist houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie en de geneesheer specialist houder van de bijzondere beroepstitel in pediatische hematologie en oncologie
- verhogen van het honorarium voor de raadpleging bij de geaccrediteerde geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocri-no-diabetologie
- invoegen van het coördinatiehonorarium, aan te rekenen door de medisch oncoloog voor patiënten die in dagziekenhuis verblijven voor een antitumorale medicamenteuze behandeling
- invoegen van twee bijkomende honoraria in het kader van het multidisciplinair oncologisch consult.

Het koninklijk besluit van 18 augustus 2010 brengt vanaf 1 november 2010 een aantal wijzigingen aan in de nomenclatuur die betrekking hebben op geneesheren-specialisten, erkende algemeen geneeskundigen en geneeskundigen met verworven rechten:

- wijzigen van de omschrijvingen en toepassingsregels betreffende het multidisciplinair oncologisch consult (MOC)
- toevoegen van een nieuwe verstrekking: het follow-up consult en een eventueel bijkomend consult in een ander ziekenhuis
- toevoegen van een nieuwe verstrekking: toelichting van de diagnose en van het voorstel van aanvullende onderzoeken, follow-up en behandelingsplan aan de patiënt volgens het verslag van het voorafgaand multidisciplinair oncologisch consult tijdens een afzonderlijk overleg met de patiënt.

○ **Dermato-venerologie**

Het koninklijk besluit van 17 december 2009 voegt vanaf 1 maart 2010 een nieuwe verstrekking in voor de behandeling door dermatologen van (pre)neoplastische huidletsels door middel van een lichtbron en een fotosensibilisator.

Het koninklijk besluit van 31 januari 2010 kent vanaf 1 april 2010 een hogere terugbetaling toe aan de verstrekkingen die betrekking hebben op het opzoeken van allergenen in de afdeling allergologie (de “patch testen”).

○ **Klinische biologie**

Het koninklijk besluit van 17 december 2009 voert vanaf 1 maart 2010 in de nomenclatuur een detectietest van *Helicobacter pylori*-antigenen in de fecaliën in, voor de diagnose en de follow-up van de spijsvertering.

Inzake klinische biologie leiden de besparingsmaatregelen van het koninklijk besluit van 26 augustus 2010, vanaf 1 november 2010 tot volgende wijzigingen:

- schrappen van achterhaalde verstrekkingen
- verlagen van de waarde van de sleutelletter B van sommige verstrekkingen die voornamelijk door de toegenomen automatisering van de analysemethoden minder duur zijn geworden
- invoeren van strikte cumulatierregels voor verschillende analyses om de gevolgen te controleren en te beperken van de voorschriften die volgens de guidelines van de verenigingen niet kunnen worden verantwoord
- invoeren van duidelijke diagnoseregels om het gebruik van sommige verstrekkingen te beperken.

Vanaf 1 februari 2011 bestaan er met het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 twee nieuwe terugbetaalbare verstrekkingen die verband houden met de therapeutische opvolging van prostaatkanker:

- verstrekking voor de klassieke screening bij mannen vanaf 50 jaar oud
- verstrekking voor de screening bij mannen met familiale antecedenten van prostaatkanker die vóór de leeftijd van 65 jaar werden gediagnosticeerd, omdat die screening vanaf de leeftijd van 40 jaar mag worden uitgevoerd.

○ **Moleculaire biologische testen op menselijk genetisch materiaal**

Omdat de omschrijving van de diagnoseregels verschillend werd geïnterpreteerd, herziet het koninklijk besluit van 4 mei 2010 met ingang van 1 augustus 2010 de tekst van artikel 33bis van de nomenclatuur.

Daarnaast voegt het koninklijk besluit van 2 juni 2010 met ingang van 1 augustus 2010 ook een nieuwe verstrekking toe aan artikel 33bis van de nomenclatuur. Het betreft de JAK-2 test die het chronisch myeloproliferatief syndroom opspoort.

o Radiologie

Vanaf 1 oktober 2010 wijzigt het koninklijk besluit van 14 juli 2010 de verstrekkingen met betrekking tot de CT-scan.

Er komen drie afzonderlijke nomenclatuurcodes voor de CT prestatie van de hals-keelzone, de thorax en het abdomen. Vroeger bestond voor al deze zones slechts één nomenclatuurnummer. Bovendien vermindert het honorarium met 175% indien bij dezelfde patiënt twee of drie van deze prestaties samen moeten worden uitgevoerd.

Vanaf 1 februari 2011 wijzigt het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 de verstrekkingen in verband met het kleurenduplexonderzoek van bloedvaten in de ledematen.

b. Tandheelkundigen

NOMENCLATUUR

Vanaf 1 juni 2010 brengt het koninklijk besluit van 18 april 2010 volgende wijzigingen aan de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur aan:

- o bepaling van de paradontale index (DPSI) mag enkel gecumuleerd worden met een semestrieel onderzoek, de radiografieën en de raadpleging en niet met de verzegeling van groeven en putjes
- o aanpassing van wat er moet genoteerd worden bij het jaarlijks mondonderzoek
- o bij elke vulling van caviteiten en opbouw uit de rubriek “conserverende verzorging” moet het vullingsmateriaal rechtsreeks worden aangebracht en hoofdzakelijk in de mond uit te harden (directe methode)

Ook vanaf 1 juni 2010 wijzigt het koninklijk besluit van 18 april 2010 artikel 5, § 2 van de nomenclatuur:

- o optrekking van de leeftijdsgrens voor het verwijderen van subgingivaal tandsteen met vijf jaar tot de 45^e verjaardag. Deze verstrekking zal voortaan kunnen aangerekend worden bij rechthebbenden tussen de 18^e en de 45^e verjaardag.
- o uitbreiding van de leeftijdsgrenzen voor de extracties en de bijhorende wondhechting met vijf jaar. Het wordt voortaan mogelijk om de extracties en het bijkomend honorarium voor wondhechting aan te rekenen bij rechthebbenden vanaf de 55^e verjaardag.

c. Kinesitherapeuten

ARTIKEL 7 VAN DE NOMENCLATUUR

Het koninklijk besluit van 22 juli 2010 wijzigt vanaf 1 september 2010 artikel 7 van de nomenclatuur. Naast technische aanpassingen die de toepassingsregels verduidelijken en coherenter maken, voert dit besluit ook enkele bijkomende vergoedbare verstrekkingen in:

- o nieuwe verstrekkingen in de “Fb-lijst” voor 20 zittingen na de eerste 60 zittingen van het kalenderjaar, met een specifiek terugbetalingsniveau
- o nieuwe verstrekkingen van 45 minuten in subacute situaties na het verblijf van de rechthebbende in een ziekenhuis of revalidatiecentrum voor bepaalde aandoeningen uit de “E-lijst”
- o nieuwe verstrekkingen met een duur van minimaal 60 minuten en bestaande uit minstens twee verschillende behandelingsperioden op dezelfde dag bij brochopulmonale surinfecties voor de bepaalde aandoeningen uit de “E-lijst”.

VERMINDERING VAN HET PERSOONLIJK AANDEEL

Het koninklijk besluit van 18 april 2010 vermindert vanaf 1 januari 2010 de remgelden voor de verstrekkingen waarvan de honoraria op 1 januari 2009 werden verhoogd. Zo betekent die verhoging in bijna alle situaties geen meerkost voor de patiënt. Het gaat onder meer over de grote individuele kinesitherapiezittingen met een globale duur van 20, 30, 60 en 120 minuten voor de courante aandoeningen, de “F-lijsten” en de “E-lijst”.

d. Vroedvrouwen

Het koninklijk besluit van 19 mei 2010 wijzigt vanaf 1 juli 2010 artikel 9, a) van de nomenclatuur als volgt:

- invoeren van het onderscheid voor de verstrekking “toezicht op en uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw” bij een gehospitaliseerde patiënte, naargelang de verstrekking op een ‘werkdag’ en ‘in het weekend’ of op een ‘feestdag’ wordt uitgevoerd. Dit gebeurde door de toevoeging van een verstrekking “toezicht op en uitvoering van de verlossing door een vroedvrouw in het weekend of op een feestdag” met een opwaardering van het honorarium met 50% ten opzichte van de verstrekking op een werkdag
- uitbreiden van de raadplegingen rond borstvoeding tot alle ambulante settings zodat die dus niet langer beperkt zijn tot de thuisomgeving van de patiënte.

e. Bandagisten

NOMENCLATUUR

Op 1 september 2007 is het verhuursysteem van rolstoelen in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen in werking getreden.

Het koninklijk besluit van 26 september 2010 wijzigt vanaf 1 januari 2011 deze regelgeving als volgt:

- bijhouden van het serienummer voor de rolstoelen afgeleverd volgens de regels van de klassieke nomenclatuur
- uitbreiden van het aantal gegevens door de bandagist bijgehouden, voor de rolstoelen afgeleverd in het kader van het verhuursysteem
- oprichten van de databank voor de opvolging van de verhuurde rolstoelen en evalueren van het verhuursysteem.

f. Implantaten

NOTIFICATIE

Met het koninklijk besluit van 1 maart 2009 is de notificatieprocedure uitgewerkt voor implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik. Deze is in verschillende fasen opgesplitst. In een eerste fase konden de bedrijven hun producten notificeren via een online toepassing. Zij kregen daarvoor een termijn van één jaar, tot 30 april 2010.

Kosten van niet genotificeerde implantaten komen vanaf 1 augustus 2010 niet in aanmerking voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en mogen evenmin de rechthebbenden ten laste worden gelegd. Daarvoor lag de datum op 1 mei 2010, maar deze is door het koninklijk besluit van 26 april 2010 met drie maanden verlengd om de ziekenhuizen de gelegenheid te geven om hun informaticasystemen en de overeenstemmende instructies over de facturering naar gelang deze notificaties aan te passen.

NOMENCLATUUR

○ Orthopedie en traumatologie

Vanaf 1 maart 2010 brengt het koninklijk besluit van 9 december 2009 drie wijzigingen aan in het hoofdstuk “gewrichtsprothesen”, meer in het bijzonder wat betreft:

- het cerclagemateriaal
- de nomenclatuur van de knieënprothesen
- het cement gebruikt voor het plaatsen van enkelprothesen.

Het koninklijk besluit van 26 januari 2010 hevelt de verstrekkingen die betrekking hebben op het beendermassief van het gelaat vanaf 1 mei 2010 over van artikel 28 naar artikel 35 van de nomenclatuur. Het voegt bovendien nog een aantal nieuwe verstrekkingen toe.

Het koninklijk besluit van 3 september 2010 verhuist de verstrekkingen met betrekking tot de nomenclatuur van implantaten gebruikt voor traumatologie van artikel 28 naar artikel 35 vanaf 1 november 2010.

Het koninklijk besluit van 15 november 2010 wijzigt de nomenclatuur van de implantaten voor de wervelkolom vanaf 1 februari 2011:

- transfer van de verstrekkingen van artikel 28 naar artikel 35 van de nomenclatuur
- creatie van nieuwe verstrekkingen in artikel 35.

○ **Oftalmologie**

Het koninklijk besluit van 9 december 2009 neemt vanaf 1 maart 2010 de torische lenzen op in artikel 35 van de nomenclatuur.

○ **Neurochirurgie**

Het koninklijk besluit van 9 december 2009 voegt vanaf 1 maart 2010 de verstrekkingen in die betrekking hebben op de terugbetaling van elektroden voor de lokalisatie van refractaire epilepsie.

Vanaf 1 augustus 2010 brengt het koninklijk besluit van 13 juni 2010 in artikel 35 van de nomenclatuur wijzigingen aan in verband met de implanteerbare pompen. Daarnaast voegt het verstrekkingen toe voor vervangingspompen en hulpstukken.

○ **Oto-rhino-laryngologie**

Het koninklijk besluit van 19 januari 2010 brengt de verstrekkingen met betrekking tot de filters en kleppen voor gelaryngectomiseerde patiënten naar een andere categorie over vanaf 1 mei 2010. De vergoeding voor deze verstrekkingen zal forfaitair zijn en zonder lijst.

○ **Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel**

Het koninklijk besluit van 19 januari 2010 voegt vanaf 1 april 2010 een nieuwe verstrekking in het artikel 35bis in, die betrekking heeft op de materialen voor HIPEC.

○ **Heelkunde op de thorax en cardiologie**

Het koninklijk besluit van 3 september 2010 wijzigt de omschrijving van de thermodilutiekatheters en voegt alle toebehoren voor metingen toe vanaf 1 november 2010. Vroeger bestond het risico dat dit toebehoren apart aangerekend werd.

Het koninklijk besluit van 3 september 2010 wijzigt vanaf 1 december 2010 de nomenclatuur van de hartstimulatoren op verschillende punten.

- De verantwoordelijke voor het zorgprogramma P is medeverantwoordelijk voor de indicatiestelling en moet mee het gestandaardiseerd hartstimulatorregistratieformulier ondertekenen.
- Een garantie van zes jaar voor de toestellen opgenomen in de limitatieve lijst: een volledige garantie van vier jaar en voor de volgende twee jaar een garantie pro rata. De firma die het oorspronkelijke toestel leverde, moet de garantievoorzwaarden naleven, ongeacht of deze firma de vervangende hartstimulator leverde of niet.

- Bij vervanging van een hartstimulator na zes jaar, moet de reden van vervanging worden opgegeven. Tevens moeten de gegevens over de batterijstatus in het dossier worden bewaard.
- Het dossier van de patiënt moet een kopie bevatten van het ECG (electrocardiogram) dat de indicatie voor de eerste implantatie verantwoordt.

○ **Gynaecologie, plastische en reconstructieve heelkunde**


Het koninklijk besluit van 22 april 2010 breidt vanaf 1 juli 2010 de voorwaarden uit waaronder tegemoetkoming mogelijk is in de lus voor endoscopische verwijdering van obstructief weefsel en tumoren van urogenitale tractus.

Persoonlijk aandeel

Het koninklijk besluit van 22 april 2010 stelt vanaf 1 juli 2010 het persoonlijk aandeel vast van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van artikel 35bis van de nomenclatuur.

g. Orthopedisten

De interpretatieregule van 14 december 2009 bij artikel 29 van de nomenclatuur verduidelijkt vanaf 12 januari 2010 de situatie met betrekking tot de “computer controlled motion” (CCM) en vermijdt dat deze wordt aangerekend aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

 De CCM is een hulpmiddel dat gebruikt wordt tijdens revalidatiesessies in combinatie met een orthese.

h. Opticiens

De verordening van 21 december 2009 past vanaf 1 maart 2010 het formulier van aflevering aan, bestemd voor de opticiens:

- toevoegen van een kolom supplement voor de patiënt
- toevoegen van elementen die de rechthebbende moet invullen en waarmee hij bevestigt door de opticien duidelijk geïnformeerd te zijn over:
 - het totale bedrag dat ten zijne laste valt
 - de mogelijkheid om glazen van goede optische kwaliteit te verkrijgen aan terugbetalingstaraief.

i. Revalidatieverstrekingen

ZORGTRAJECTEN

Het koninklijk besluit van 22 oktober 2010 bepaalt, met toepassing vanaf 1 juni 2009, de volgende begeleidende maatregelen voor de inwerkingtreding van de zorgtrajecten.

- Patiënten met een zorgtraject krijgen toegang tot de diëtië en podologieverstrekingen.
- Diabeteseducatieverstrekingen worden eveneens toegankelijk voor zorgtrajectpatiënten.
- Diabeteseducatoren kunnen worden erkend. Diëtisten, podologen en kinesitherapeuten kunnen hiervoor in aanmerking komen.

 Voor verpleegkundigen is er een afzonderlijke regeling buiten het kader van de revalidatienomenclatuur.

- Leveranciers die geen apothekers zijn kunnen ook het zelfzorgmateriaal zoals glycemiecontrole materiaal en bloeddrukmeter afleveren en aanrekenen.
- Diabetespatiënten die geen zorgtraject sluiten kunnen soms ook vergoeding krijgen voor glycemiecontrole materiaal.
- Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apothekers zijn (maar bijvoorbeeld diabetespatiëntenverenigingen, thuiszorgwinkels en mediatheken) kunnen alleen worden erkend, voor zover zij voldoen aan de voorwaarden van het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.
- De indicaties voor podologieverstrekingen worden uitgebreid. Deze verstrekingen hebben een belangrijke preventieve functie om dure medische complicaties, amputaties en een verlies aan zelfredzaamheid te vermijden.

Het koninklijk besluit van 31 januari 2010 maakt de tegemoetkoming mogelijk via de derdebetalersregeling in de educatie van diabetespatiënten en het zelfzorgmateriaal. Deze aanpassing gebeurt ook retroactief met ingang vanaf 1 juni 2009, samen met het ingaan van de reglementering inzake de zorgtrajecten.

ERGOTHERAPIE NA LOCOMOTORISCHE REVALIDATIE

Met ingang van 25 december 2010 voorziet de revalidatienomenclatuur in de vergoeding van ergotherapieverstrekingen door ergotherapeuten ingevolge het koninklijk besluit van 19 november 2010.

○ Ergotherapieverstrekingen

De ergotherapieverstrekingen kunnen worden verleend aan rechthebbenden die een locomotorisch of neurologisch revalidatieprogramma in een geconventioneerd centrum hebben beëindigd. Voor deze patiënten kan ergotherapie de verworvenheden van de revalidatie consolideren en de integratie bevorderen.

De verstrekingen moeten in de leefomgeving van de patiënt worden verricht.

De geneesheer-specialist moet de verstrekingen voorschrijven in de revalidatie van het centrum waar de rechthebbende een volledig revalidatieprogramma heeft gevolgd.

De verstrekingen moeten worden verricht binnen de zes maanden na het einde van het volledige revalidatieprogramma. Er is voorzien in een kennisgeving aan de adviserend geneesheer en in een functioneel eindbilan.

○ Ergotherapeuten

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV verzekert de erkenning van de ergotherapeuten tot aan de erkenning van het beroep van ergotherapeut door de FOD Volksgezondheid. De ergotherapeut vraagt de erkenning bij de Leidend ambtenaar van de dienst. De aanvraag bevat:

- een afschrift van het diploma “ergotherapie”
- de verbintenis om de verstrekingen te attesteren zoals vastgelegd in de nomenclatuur
- de verbintenis om de honoraria die daarin zijn vastgelegd toe te passen.

○ De derdebetalersregeling

Het koninklijk besluit van 15 november 2010 voorziet dat de ergotherapieverstrekingen verleend aan rechthebbenden die een locomotorisch of neurologisch revalidatieprogramma in een geconventioneerd centrum hebben beëindigd, kunnen worden vergoed via de derdebetalersregeling.



Voor apothekers is er een afzonderlijke regeling buiten het kader van de revalidatienomenclatuur.

j. Farmaceutische sector

PUBLIEKSVERPAKKINGEN

Het koninklijk besluit van 19 mei 2010 schaft de verplichting af tot vermelden van het persoonlijk aandeel op de publieksverpakking zonder afbreuk te doen aan de informatieverstrekking aan de patiënten. Deze kunnen onder andere via het kasticket beschikken over de duidelijke volledige en correcte informatie over de verkoopprijs aan publiek en de persoonlijke bijdrage voor de afgeleverde geneesmiddelen.

VERPAKKING

De publiekverpakkingen van de farmaceutische specialiteiten moeten vanaf 17 juli 2010 niet langer de bedragen van het aandeel van de rechthebbenden vermelden. De reden hiervoor zijn de soms zeer frequente wijzigingen in terugbetaling die steeds een herdruk van de verpakkingen vragen. Tegelijkertijd doet de afschaffing van de verplichting door het koninklijk besluit van 22 juni 2010, geen afbreuk aan de informatie die aan de patiënt wordt geleverd.

AANBEVELINGEN PROTONPOMPINHIBITOREN

De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) heeft vanaf 1 september 2010 de aanbevelingen herzien voor het gebruik en voorschrijven van protonpompinhibitoren (PPI):

- voorschrijven:
 - bij gastro-oesofagale reflux en refluxoesofagitis beveelt de CTG aan om een PPI voor te schrijven in plaats van een continue behandeling wanneer de klinische toestand het vereist
 - bij gastro-oesofagale reflux moet een endoscopie niet meer binnen een bepaalde termijn worden uitgevoerd. De aanbevelingen geven wel enkele typische voorbeelden waarvoor een endoscopie nog noodzakelijk is.
- vereenvoudiging van de elementen die de arts in het medisch dossier moet bewaren.

AANBEVELINGEN STATINES

De CTG heeft ook vanaf 1 september 2010 de aanbevelingen herzien voor het gebruik en voorschrijven van statines.

- De CTG beveelt aan om voor de eerste behandeling ofwel simvastatine ofwel pravastatine voor te schrijven:
 - altijd in primaire preventie
 - meestal in secundaire preventie
 - meestal in geval van diabetes
- Vereenvoudiging van de elementen die de arts in het medisch dossier moet bewaren.

k. Thuisverpleging - zorgtrajecten

Een zevende wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen verpleegkundigen en V.I. voert vanaf 1 januari 2011 enkele aanpassingen in rond de verstrekkingen van verpleegkundigen in de zorgtrajecten voor patiënten die lijden aan diabetes mellitus type 2. Deze aanpassingen leiden tot een snellere toegang tot opvolgeducatie of educatie bij problemen. Ze zorgen ook voor meer duidelijkheid in het veld door een afstemming met andere regelgeving omtrent die zorgtrajecten.

III. Uitkeringsverzekering

1. Wijzigingen op het vlak van de gezinslast

De uitkeringsverzekering hanteerde tot vóór 1 januari 2010 twee inkomensdrempels (maandbedragen). Deze drempels bepaalden of een arbeidsongeschikte gerechtigde mag worden vergoed als een gerechtigde met gezinslast dan wel als een alleenstaande of een samenwonende gerechtigde.

Deze bedragen worden geïndexeerd en zijn op 1 januari 2010 respectievelijk gelijk aan 805,06 EUR en 1.387,49 EUR.

Indien de partner van een arbeidsongeschikte gerechtigde een maandinkomen heeft lager dan of gelijk aan de eerste drempel, dan heeft betrokkene recht op een uitkering met gezinslast. Als inkomen voor deze drempel worden zowel een beroepsinkomen als een vervangingsinkomen in aanmerking genomen.

Indien de partner van een arbeidsongeschikte gerechtigde een maandinkomen heeft tussen de eerste en de tweede drempel, dan heeft betrokkene recht op een uitkering als alleenstaande. Als inkomen voor deze drempel worden enkel een beroepsinkomen of een beroepsinkomen samen met een vervangingsinkomen in aanmerking genomen.

Het gevolg hiervan is dat een arbeidsongeschikte gerechtigde die samenwoont met een partner die uitsluitend een vervangingsinkomen ontvangt, hoger dan de laagste drempel (805,06 EUR), onmiddellijk terugvalt van een uitkering met gezinslast naar een uitkering als samenwonende. Dit betekent een groot inkomensverlies voor de betrokkene.

Vanaf 1 januari 2010 voorziet het koninklijk besluit van 22 februari 2010 in een oplossing door een derde inkomensdrempel in de uitkeringsverzekering in te bouwen. Ook hier betreft het een geïndexeerd maandbedrag dat op 1 januari 2010 gelijk is aan 930 EUR. Door de invoering van de nieuwe inkomensdrempel kan de arbeidsongeschikte gerechtigde die samenwoont met een partner die een vervangingsinkomen heeft dat zich situeert tussen de eerste drempel van 805,06 EUR en de nieuwe drempel van 930 EUR, aanspraak maken op een uitkering als alleenstaande.

Verder legt het koninklijk besluit van 31 januari 2010 nog het volgende vast. In geval het inkomen van de samenwonende persoon hoger ligt dan het toepasselijke drempelbedrag, alleen maar door een revalorisatiemaatregel genomen in het kader van de wet betreffende het generatiepact, dan wordt hiermee geen rekening gehouden bij het bepalen van de uitkeringscategorie. De arbeidsongeschikte gerechtigde blijft m.a.w. zijn vroegere hoedanigheid behouden. Dit op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt. Deze bepaling heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2009.

2. Werknemer met persoon ten laste

De overgangsmaatregel van artikel 225, §5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 is door het koninklijk besluit van 13 juni 2010 verlengd tot 31 december 2010. Krachtens deze maatregel behoudt de arbeidsongeschikte gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast vanaf 1 januari 2006, wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het grensbedrag overschrijden om nog verder als persoon te laste te kunnen worden beschouwd, enkel omwille van de verhoging van het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen ingevolge het koninklijk besluit van 23 december 2005. Voorwaarde blijft wel dat de arbeidsongeschikte gerechtigde zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

3. Erkenning van arbeidsongeschiktheid

Inzake erkenning van arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer, brengt de verordening van 17 november 2010 ten gevolge van de Europese regelgeving twee belangrijke aanvullingen aan de verordening van 16 april 1997 aan. Die aanvullingen gelden voor de personen die vallen onder het toepassingsgebied van de Verordening (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 en nr. 987/2009 van 16 september 2009.

a. Geneeskundige beslissingen in geval van aanvang of van voortduren van een arbeidsongeschiktheid

Indien de gerechtigde bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont en aangifte heeft gedaan van zijn arbeidsongeschiktheid, brengt de adviserend geneesheer zijn beslissing ter kennis met een formulier conform de nieuwe modellen. Hij gebruikt hiervoor het toepasselijke formulier naargelang het gaat om een beslissing waarbij de staat van arbeidsongeschiktheid wordt erkend of niet.

b. Einde van de ongeschiktheid

Indien de gerechtigde, bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont, kan de adviserend geneesheer, zonder over te gaan tot een voorafgaand geneeskundig onderzoek, een einde stellen aan de erkenning. De adviserend geneesheer kan dit doen vanaf de datum van einde van de ongeschiktheid vermeld op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid, opgesteld door de behandelend geneesheer van de Staat van de verblijf- of woonplaats of door het bevoegde orgaan van de verblijf- of woonplaats.

4. Regularisatie na niet toegelaten werkhervatting

Artikel 101 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) voorziet in een regularisatieprocedure van de situatie van een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een activiteit heeft hervat zonder de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer of die de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd.

Het koninklijk besluit van 12 december 2010 wijzigt de modaliteiten van deze regularisatie vanaf 31 december 2010.

Vanaf die datum wordt de medische regularisatie voor het verleden opgeheven. De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft verricht, moet wel nog een geneeskundig onderzoek ondergaan. Dit heeft echter uitsluitend betrekking op de evaluatie van de ongeschiktheid op het ogenblik van het onderzoek en later.

De termijn waarbinnen dit geneeskundig onderzoek moet worden uitgevoerd, is vastgesteld op 30 werkdagen. Die termijn is te rekenen vanaf de vaststelling, door de V.I., van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling ervan aan de V.I..

De beslissing inzake het einde van de erkenning moet worden betekend binnen dezelfde termijnen als de actueel toepasselijke voor de beslissingen over het einde van de arbeidsongeschiktheid (in primaire arbeidsongeschiktheid en in invaliditeit).

- Dit betekent dat in een tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, de beslissing over einde van erkenning van de arbeidsongeschiktheid onmiddellijk na het geneeskundig onderzoek wordt bezorgd aan de verzekerde. Indien hij weigert het ontvangstbewijs te ondertekenen wordt de beslissing hem onverwijld per aangetekende brief verzonden.
- In een tijdvak van invaliditeit, wordt de beslissing over het einde van de arbeidsongeschiktheid ter kennis gebracht binnen drie werkdagen volgend op de dag van de beslissing.

5. Verzekerbaarheid: dagen verlof voor pleegzorgen

Het koninklijk besluit van 15 oktober 2010 stelt vanaf 23 november 2008 de dagen verlof voor pleegzorgen gelijk met arbeidsdagen die in aanmerking worden genomen voor het berekenen van de wachttijd vooraleer men het recht op uitkeringen kan doen gelden.

6. Inhaalpremie

Op 1 mei 2010 voert het koninklijk besluit van 2 juni 2010 een inhaalpremie in voor de langdurig invaliden. Deze premie wordt één keer per jaar gestort in de maand mei.

7. Werkverwijdering van zwangere werkneemsters

Sedert 1 januari 2010 is de bevoegdheid inzake de financiële tussenkomst bij werkverwijdering, gebonden aan een beroepsziekerisico, overgedragen van het Fonds voor Beroepsziekten naar de sector van de uitkeringsverzekering.

Bij volledige verwijdering van het werk van de zwangere werkneemster, ontvangt zij vanwege haar ziekenfonds een uitkering die 78,237% van het (begrensd) gemiddeld dagloon bedraagt. Zij heeft recht op deze uitkering vanaf de eerste dag van werkverwijdering tot de zesde week (of de achtste week bij de geboorte van een meerling) voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum. Deze maatregel is van toepassing op alle gevallen van werkverwijdering die ingaan vanaf 1 januari 2010.

Indien de werkneemster volledig van het werk verwijderd is na de periode van moederschapsrust, dan ontvangt zij een uitkering die 60% van het (begrensd) gemiddeld dagloon bedraagt. Deze bepaling van het koninklijk besluit van 18 april 2010 betreft werkneemsters die bevallen zijn of die borstvoeding geven.

8. Zelfstandigen

a. Moederschapsrust voor zelfstandigen

Het koninklijk besluit van 21 februari 2010 wijzigt het koninklijk besluit van 20 juli 1971 op het vlak van de moederschapsrust. De nieuwe bepalingen hebben uitwerking vanaf 1 januari 2010 en kunnen als volgt worden samengevat.

- Op verzoek van de gerechtigde kan het tijdvak van moederschapsrust verlengd worden wanneer het pasgeboren kind meer dan zeven dagen te rekenen vanaf de geboorte opgenomen moet blijven in het ziekenhuis. Het tijdvak van moederschapsrust wordt dan verlengd met een duur gelijk aan het aantal volledige weken hospitalisatie van het kind die deze eerste zeven dagen overschrijdt. De duur van deze verlenging mag echter 24 weken niet overschrijden.
- Wanneer de gerechtigde haar facultatieve nabevallingsrust (al dan niet gespreid) opneemt, is het mogelijk dat tussen de opeenvolgende periodes een indexatie is opgetreden. Om hieraan tegemoet te komen, wordt het bedrag van de moederschapsuitkering aangepast op de eerste dag van elke week van moederschapsrust.
- De uitbetaling van de moederschapsuitkering gebeurt voortaan per periode van opname. Concreet is dit uiterlijk één maand na de laatste week van elke (ononderbroken) periode van opname.
- In geval van overlijden van de moeder, is de uitkering nog verschuldigd voor de volledige week van het overlijden. De weken van moederschapsrust die nog niet waren opgenomen, kunnen worden overgedragen aan de zelfstandige gerechtigde die het kind onthaalt in zijn/haar gezin na het overlijden van de moeder.

b. Beroepsherscholing zelfstandigen

Het koninklijk besluit van 10 januari 2010 wijzigt het koninklijk besluit van 20 juli 1971 op het vlak van de beroepsherscholing. De wijziging zorgt voor een overeenstemming met de bepalingen van de wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling. De bepalingen treden vanaf 1 juli 2009 in werking.

- Voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheidsstaat wordt rekening gehouden met de tijdens het beroepsherscholingsprogramma verworven beroepscompetenties. Dit gebeurt na afloop van een periode van zes maanden die aanvangt bij het verstrijken van de maand waarin dit programma werd doorlopen.
- De gerechtigden behouden de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid tijdens een revalidatieprogramma goedgekeurd door het College van geneesheren-directeurs. Dit kan ook tijdens een programma van beroepsherscholing, goedgekeurd door de Hoge commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit. Het betreft hier een louter formele aanpassing.
- De bepaling dat de uitkeringen worden verminderd met 10% zolang de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan een programma van beroepsherscholing, wordt opgeheven.

IV. Geneeskundige evaluatie en controle

De wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid voegt een nieuw artikel 77quater in de GUV-wet. Hierdoor zijn apothekers er toe gehouden voor elke werkelijk afgeleverde verpakking van terugbetaalbare geneesmiddelen, de unieke streepjescode te registreren, en deze streepjescode mee te delen aan de tarifieringsdiensten (T.D.). Ter gelegenheid van de tarifiering moeten zij eveneens de geneesmiddelen aanwijzen (flaggen) die onder hun internationale benaming zijn voorgeschreven.

Diezelfde wet wijzigt ook artikel 150 van de GUV-wet. De natuurlijke of rechtspersonen die inlichtingen of documenten onder zich houden die de inspecteurs en de controleurs nodig hebben voor de uitoefening van hun opdracht, zijn eveneens tot een medewerkingplicht gehouden. De T.D. worden toegevoegd aan de lijst van de personen of organismen die gegevens en documenten, waartoe de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) toegang heeft, dienen mee te delen aan het Instituut.

In het kader van de reorganisatie van de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV, maken de sociaal controleurs van de DGEC, voortaan deel uit van de DAC.

V. Administratieve controle

Met het oog op het bestrijden van de sociale fraude, neemt de Wet van 19 mei 2010 een aantal maatregelen die de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV optimaliseren en de administratieve sancties actualiseren.

1. Technische commissie

Het comité van de DAC houdt op te bestaan. De DAC ontvangt nu zijn richtlijnen van het Algemeen beheerscomité. Een Technische commissie wordt opgericht. Deze structurele hervormingen zijn opgenomen in de artikelen 160 en 161 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

De Technische commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen (V.I.) en van de DAC. De Technische commissie wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de DAC of een door hem aangewezen ambtenaar. Deze Technische commissie zal onder meer als opdracht hebben:

- er voor zorgen dat de reglementering over de administratieve controle efficiënt en duidelijk is. Daartoe wordt ze belast met het adviseren en het voorstellen van wijzigingen van de reglementering
- het analyseren en het geven van adviezen en voorstellen over de rapporten van vaststellingen gedaan door de DAC tijdens de verschillende controles
- het geven van adviezen inzake het beheer van de gegevensstromen, bewijsstukken, systematische controle van de financiële en administratieve toegankelijkheid tot de verzekering en het archiveren en het bewaren van stukken.

2. Sancties



Administratieve sancties zijn middelen om de naleving van wetten, reglementen en instructies af te dwingen.

Een louter repressief optreden is echter niet altijd aangewezen omdat het niet noodzakelijk het meest efficiënte middel is om een scheefgegroeide situatie recht te zetten.

Een waarschuwing en/of een termijn van rechtzetting zullen in voorkomend geval efficiënter zijn dan een boete om een V.I. ertoe aan te zetten een niet reglementaire situatie te verhelpen. Indien de V.I. geen gevolg geeft, is het echter belangrijk om vervolgens te kunnen sanctioneren.

Ook werden zowel ten aanzien van de V.I. als ten aanzien van de sociaal verzekerde bijzondere bepalingen ingevoegd. Deze laten toe om rekening te houden met verzachtende omstandigheden, uitstel uit te spreken en rekening te houden met verschillende principes zoals *non bis in idem* of het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel.

a. Inbreuken door de V.I.

Het aantal administratieve sancties werd herleid van 20 tot 9. De eerste twee administratieve sancties vastgelegd in artikel 166 van de GVU-wet, viseren een algemene houding van het ziekenfonds of een probleem in de organisatie of het dossierbeheer. De administratieve geldboete werd opgetrokken tot 1.250 EUR waarbij een waarschuwing en een regularisatietermijn voorzien werd. De zeven daaropvolgende administratieve sancties hebben betrekking op overtredingen vastgesteld bij het onderzoek van een specifiek dossier.

Volgende inbreuken worden administratief beteugeld:

- indien de V.I., ondanks een schriftelijke waarschuwing, binnen een termijn van één maand, de verplichting niet vervult om documenten en informatie aan de inspectiediensten van het RIZIV te bezorgen of de controle van deze diensten belemmert
- indien de V.I., ondanks een schriftelijke waarschuwing, de vastgestelde terugkerende tekortkomingen van dezelfde aard in de organisatie of in het dossierbeheer niet oplost binnen een termijn van 12 maanden
- indien de V.I. de verjaring niet heeft gestuit voor de terugvordering van onverschuldigde betalingen van 151 EUR of meer. Deze bepaling voorziet geen waarschuwing of regularisatietermijn omdat het een tekortkoming betreft die niet meer recht te zetten valt. De verjaarde bedragen kunnen niet langer worden teruggevorderd. Wanneer het verjaarde bedrag hoger is dan 1.250 EUR, dan wordt het bedrag van de geldboete opgetrokken van 62,50 EUR tot 125 EUR
- indien de V.I. het onverschuldigde bedrag door haarzelf of door de DAC vastgesteld, niet heeft ingeschreven op de bijzondere rekening en in mindering heeft gebracht van de uitgaven van de verplichte verzekering
- indien de V.I., ten gevolge van een fout, vergissing of nalatigheid, onverschuldigde prestaties of te hoge prestaties heeft betaald aan een verzekerde of een zorgverlener, dan wel onvoldoende bijdragen of onvoldoende aanvullende bijdragen heeft geïnd
- indien de V.I. binnen een termijn van één tot zes maanden vanaf de kennisgeving van een schriftelijke waarschuwing, niet het bewijs heeft geleverd dat de aansluiting of inschrijving van een verzekerde in een verkeerde hoedanigheid werd geregulariseerd of dat de verhoogde tegemoetkoming of de maximumfactuur gelinkt aan het inkomen is opgeheven. Dit is een nieuwe procedure want de V.I. moet het bewijs leveren van de rechtzetting
- indien de V.I. na afloop van een termijn van twee maanden vanaf de kennisgeving van een schriftelijke waarschuwing, niet heeft bewezen dat het onverschuldigde bedrag of het bedrag van de geldboete ten laste van de administratiekosten is genomen. Dit is een nieuwe procedure want de V.I. moet het bewijs leveren van de rechtzetting
- indien de V.I. bedragen heeft ingeschreven, op de lijsten van effectief teruggevorderde bedragen terwijl het bedrag er niet op mocht voorkomen of het ten onrechte vermeld bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd. De geldboete varieert in functie van het bedrag dat ten onrechte werd ingeschreven.

b. Inbreuken door de sociaal verzekerde

Artikel 13 van de wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake Volksgezondheid heeft het koninklijk besluit van 10 januari 1969 tot vaststelling van de administratieve sancties toepasselijk op de rechthebbenden van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, opgeheven en vervangen.

De administratieve sancties worden nu hernomen en geactualiseerd in artikel 168quinquies en 168sexies van de GVV-wet.

Het aantal inbreuken initieel voorzien, werd beperkt door het koninklijk besluit van 10 januari 1969 tot vaststelling van de administratieve sancties toepasselijk op de rechthebbenden van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Enkel de vijf belangrijkste worden weerhouden:

- het vals bescheid
- het nalaten om een wijziging van het inlichtingsblad mee te delen
- het uitoefenen van een activiteit zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer tijdens de arbeidsongeschiktheid
- de V.I. niet op de hoogte brengen van het hervatten van een activiteit
- de inkomsten niet aangeven aan de V.I..

De huidige regelgeving voorziet twee soorten sancties:

- een geldboete voor gezondheidszorgen (van 50 tot 500 EUR)
- een tijdelijke uitsluiting van toekomstige prestaties voor uitkeringen (zoals voorheen eveneens het geval was).

De leidend ambtenaar van het RIZIV legt de administratieve geldboete voor gezondheidszorgen op en int ze. Hij doet dit eventueel in samenwerking met de Federale overheidsdienst Financiën. De uitsluiting van uitkeringen in de uitkeringsverzekering (d.w.z. nu zowel de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps-, en adoptieverlof), gebeurt door de V.I. die belast zijn met de concrete uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de niet toegelaten “arbeid” (bedoeld in de art. 100 en 101 van de GVU-wet), is de duur van de inbreuk, d.w.z. het aantal dagen dat gewerkt werd, determinerend voor de omvang van de administratieve sanctie. Het “tarief” is voorzien in artikel 168quinquies, § 3 van dezelfde wet.

Een administratieve sanctie kan niet meer worden opgelegd vanaf de dag dat er drie jaar zijn verlopen sinds het vergrijp is begaan. De kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk stuit nu de verjaring in alle gevallen. Eventuele strafrechtelijke vervolging schorst de verjaring.

De uitgesproken administratieve sanctie verjaart na drie jaar. Deze termijn wordt geschorst voor periodes waarin de uitkeringsverzekering niet tussenkomt als gevolg van werkloosheid of de cumulregels bedoeld in artikel 136, § 2 van de GVU-wet. Het beroep ingesteld bij de arbeidsrechtbank door de sociaal verzekerde, schorst ook de verjaring.

c. Gemeenschappelijke bepalingen inzake administratieve sancties

Artikel 168sexies van de GVU-wet bepaalt dat de administratieve sancties enkel kunnen worden opgelegd, voor zover het openbaar ministerie oordeelt dat er geen strafvervolging moet worden ingesteld. Deze bepaling strekt ertoe het *non bis in idem* beginsel strikt te eerbiedigen.

De nieuwe wet is van toepassing op inbreuken begaan na de inwerkingtreding. Indien de feiten hebben plaatsgevonden vóór de inwerkingtreding van de nieuwe wet en er nog geen administratieve sanctie werd opgelegd, dan wordt de meest gunstige wet voor de sociaal verzekerde of de V.I. toegepast.

3. De uitoefening van de controleopdrachten

De wijzigingen van de artikelen 162, 150 en 162bis van de GVU-wet door de wet van 19 mei 2010 brengen een aantal verbeteringen aan in de wet om de controleopdrachten sluitend te maken.

- De sociaal inspecteurs en controleurs van het RIZIV zijn bevoegd om de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikarbeid op te sporen en vast te stellen. Zij zijn voortaan ook bevoegd om op te treden ten aanzien van de werkgever die een arbeidsongeschikte verzekerde tewerkstelt zonder de DIMONA (Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte) verklaring.
- De natuurlijke of rechtspersonen die inlichtingen of documenten onder zich houden die de inspecteurs en de controleurs nodig hebben voor de uitoefening van hun opdracht, zijn eveneens tot een medewerkingplicht gehouden.
- De DAC voert tevens de taken van opmaak, algemeen beheer, toezicht en controle uit van de gegevens en bescheiden op basis waarvan de toegang tot de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, krachtens de GVU-wet aan de sociaal verzekerden wordt verleend, behouden of ingetrokken. Ze doet dit ook voor de gegevens en bescheiden op basis waarvan de maatregelen van financiële toegankelijkheid in het raam van deze wet worden toegekend, behouden of ingetrokken.

In het kader van de reorganisatie van de DAC van het RIZIV, maken de sociaal controleurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, voortaan deel uit van de DAC.

4. Bewijskracht

De wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake Volksgezondheid wijzigt artikel 163/1 van de GUV-wet. Het vervangt daarbij ook het rangnummer van het artikel door het rangnummer 163bis.

Vanuit de bekommernis tot administratieve vereenvoudiging en optimalisering van procedures, worden de bepalingen van de bewijskracht gewijzigd voor gegevens die enkel worden bewaard of opgeslagen door de V.I. en ter beschikking worden gehouden van de controlediensten van het RIZIV.

Deze gegevens wordt bewijskracht verleend tot bewijs van het tegendeel. Dit gebeurt door toepassing van de bepalingen van de wet van 4 april 1991 tot regeling van het gebruik van de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen door ministeriële diensten en door de instellingen van sociale zekerheid die onder het Ministerie van Sociale voorzorg ressorteren.

5. Sociaal strafwetboek

In het Belgisch Staatsblad van 1 juli 2010, eerste editie, werd de wet van 6 juni 2010 tot invoering van het Sociaal strafwetboek gepubliceerd. Het Sociaal strafwetboek treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum en uiterlijk één jaar na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad. Het Sociaal strafwetboek bevat een groot aantal opheffings- en wijzigingsbepalingen in tal van sectoren van de sociale zekerheid, onder andere in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De artikelen 170 tot en met 173 van de GUV-wet worden opgeheven. Artikel 163 wordt gewijzigd en artikel 169 vervangen.

Het Sociaal strafwetboek beoogt de gecoördineerde hergroepering van de bepalingen betreffende de tenlasteleggingen van de inbreuken op het sociaal strafrecht, de incriminaties, de strafrechtelijke sancties en de administratieve geldboeten in de sociale wetten. Bovendien worden ook de strafrechtelijke procedureregels eigen aan de materie gecodificeerd.



4^e Deel
Thematische
uiteenzettingen



Sociale fraude op het vlak van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) voorkomen en bestrijden is een prioriteit voor de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

Al drie jaar bestaat er een “actieplan tegen sociale fraude”. In de volgende thematische uiteenzetting vindt u een balans van de ondernomen acties in 2008 en 2009. U krijgt cijfers, opgesplitst op basis van de aard van de vastgestelde fraude:

- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) aangegeven, maar niet-toegestane activiteit of met een vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst
- cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane activiteit die door een sociaal controleur is vastgesteld
- frauduleuze onderwerpingen aan de sociale zekerheid.

I. Strijd tegen sociale fraude: balans van de acties

Sinds 2008 zijn de acties om sociale fraude te bestrijden een prioritair onderzoeksterrein voor de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV. De werkzaamheden die de DAC in die context uitvoert, kaderen in het “actieplan tegen sociale fraude” dat de federale regering lanceerde. In dat actieplan krijgt voorkomen en bestrijden van sociale fraude op het vlak van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de nadruk.

De DAC richt de aandacht in het bijzonder op drie onderzoeksdomeinen:

- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) aangegeven, maar niet-toegestane activiteit of met een vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst
- cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane activiteit die door een sociaal controleur is vastgesteld
- frauduleuze onderwerpen aan de sociale zekerheid.

1. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een bij de RSZ aangegeven, maar niet-toegestane activiteit of met een vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst

a. Reglementair beginsel

Enerzijds moet men alle beroepswerkzaamheden hebben stopgezet om arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend¹. Iedere werkhervatting waarvoor de adviserend geneesheer niet voorafgaandelijk de toestemming heeft verleend, beëindigt de arbeidsongeschiktheid² en de daarmee verbonden uitkering. Als de werknemer zijn ziekenfonds niet meldt dat hij het werk heeft hervat, blijft hij ten onrechte arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangen.

Anderzijds kan de werknemer geen aanspraak maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor het tijdvak waarin hij recht had op een vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst³. Werknemers die niet melden dat ze dat voordeel genieten, krijgen ten onrechte arbeidsongeschiktheidsuitkeringen gedurende het tijdvak dat de vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst dekt.

b. Opsporing aan de hand van datamatching

De DAC organiseert jaarlijks een kruising van gegevens (datamatching) van de documenten met betrekking tot de invaliditeitsuitgaven en de multifunctionele aangiften bij de RSZ (Déclaration multifonctionnelle/Multifunctionele aangifte - DMFA). De dienst doet dat om te speuren naar de gevallen die invaliditeitsuitkeringen cumuleren met niet-toegestane activiteiten of vergoedingen wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst.

1 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), art. 100, § 1.
 2 Sinds 31.12.2010 wijzigt art. 101 van de GVU-wet deze voorwaarde: enkel de niet-beperkte activiteiten beëindigen de arbeidsongeschiktheid.
 3 GVU-wet, art. 103, § 1, 3°.

 Aan de hand van de multifunctionele aangifte bij de RSZ (DMFA) deelt de werkgever de loongegevens en de arbeidstijd van zijn werknemers mee. Alle socialezekerheidsinstellingen kunnen die aangifte gebruiken.

Bij niet-toegestane activiteiten verleent de DAC prioriteit aan de gevallen van een zekere omvang, met andere woorden aan die gevallen die een cumulatie van meer dan twee weken laten vermoeden. De dienst brengt de verzekeringsinstellingen (V.I.) op de hoogte van de andere gevallen.

Voor ieder geval van niet-toegestane activiteit van meer dan twee weken of van vergoedingen wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst voert het ziekenfonds een specifiek onderzoek, voor zover de V.I. in kwestie het geval nog niet heeft geregulariseerd.

De vaststellingen van onverschuldigde bedragen worden betekend aan de V.I., die de bedragen daarna terugvorderen. Bij niet-toegestane activiteit volgt er ook een proces-verbaal ten laste van de betrokkene, met mogelijke uitsluiting van het recht op uitkeringen voor een wisselend aantal daguitkeringen tot gevolg.

c. Vaststellingen

De onderstaande tabel geeft de vaststellingen van de onderzoeken weer.

Tabel 1 - Vaststelling van cumulatie van uitkeringen met een bij de RSZ aangegeven, maar niet-toegestane activiteit of met een vergoeding wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst - Evolutie 2008-2009			
	Type cumulatie	2008	2009
Aantal foutieve gevallen	Met niet-toegestane, aangegeven activiteit	391	170
	Met vergoedingen wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst	81	74
	Totaal	472	244
Onverschuldigd bedrag (EUR)	Met niet-toegestane, aangegeven activiteit	8.627.077,84	2.730.081,76
	Met vergoedingen wegens stopzetting van de arbeidsovereenkomst	144.510,03	167.125,40
	Totaal	8.771.587,87	2.897.207,16
Uitsluiting (aantal daguitkeringen)	Met aangegeven, niet-toegestane activiteit	16.971	9.421

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen en strijd tegen sociale fraude

2. Cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane activiteit die door een sociaal controleur is vastgesteld

a. Reglementair beginsel

Ook hier geldt het beginsel: om arbeidsongeschikt te worden erkend, moet men alle arbeidsactiviteiten hebben stopgezet⁴. Iedere werkhervatting zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer beëindigt de arbeidsongeschiktheid⁵ en de daaraan gekoppelde uitkering. Als hij zijn ziekenfonds niet meldt dat hij het werk heeft hervat, blijft de werknemer onverschuldigde invaliditeitsuitkeringen ontvangen.

4 GVV-wet, art. 100, § 1.

5 Sinds 31.12.2010 wijzigt art. 101 van de GVV-wet deze voorwaarde: alleen de niet-beperkte activiteiten beëindigen de arbeidsongeschiktheid.

b. Opsporing op basis van controles op de werkvloer

De sociaal controleurs van de DAC moeten onwettige cumulatie opsporen en vaststellen van het genot van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of van frauduleuze arbeid. Daartoe voeren zij onaangekondigde controles uit op de werkvloer, om vast te stellen of de begunstigen van uitkeringen een beroepsactiviteit hebben hervat zonder toestemming van hun adviserend geneesheer, dan wel of zij in het zwart werken.

In die gevallen geven de sociaal controleurs de vaststellingen van de onverschuldigde bedragen door aan de V.I., die daarna overgaan tot terugvorderingen. Op basis van het proces-verbaal dat ten laste van de betrokkene wordt opgesteld, kan de leidend ambtenaar van de DAC hem uitsluiten van het recht op uitkeringen voor een wisselend aantal daguitkeringen.

c. Vaststellingen

Het aantal vaststellingen dat de DAC ter kennis heeft gegeven, is gestegen.

Tabel 2 - Vaststelling door een sociaal controleur van cumulatie van uitkeringen met een niet-toegestane activiteit - Evolutie 2008-2009		
	2008	2009
Aantal foutieve gevallen	191	216
Onverschuldigd bedrag (EUR)	1.405.810,66	1.849.698,31
Uitsluiting (aantal daguitkeringen)	12.613	10.261

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen en strijd tegen sociale fraude

3. Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid

a. Reglementair beginsel

Alleen de personen die in de hoedanigheid van gerechtigde zijn erkend en die dus daadwerkelijk aan de sociale zekerheid zijn onderworpen, kunnen het recht op geneeskundige verstrekkingen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen genieten⁶.

b. Opsporing via de lijsten van frauduleuze vennootschappen die door de RSZ zijn geïdentificeerd

Sinds 2008 behandelt de DAC, in samenwerking met de gerechtelijke overheden, een grootschalig dossier met betrekking tot fraude in de sociale zekerheid. Het onderzoek bevestigt het bestaan van een wijdvertakt netwerk dat gebruik maakt van verschillende procedés om de klanten van dat malafide netwerk in het bezit te stellen van valse documenten. Op die manier kunnen zij op bedrieglijke wijze aanspraak maken op uitkeringen van de sociale zekerheid.

De RSZ heeft aangetoond dat de betrokken vennootschappen in de betwiste tijdvakken geen activiteiten hebben ontplooid en dat er geen arbeidsovereenkomst bestond tussen die vennootschappen en de personen die bij de RSZ onder hun identificatie waren aangegeven. De RSZ heeft bijgevolg beslist om de onderwerping van al die werknemers teniet te doen. Op 31 december 2009 heeft de RSZ zijn beslissing voor 131 vennootschappen aan de DAC meegedeeld.

6 GVV-wet, art. 32 en 86.

De DAC bezorgt de landsbonden van de ziekenfondsen de lijst van de personen die valse documenten hebben gebruikt, en ook alle gegevens die nodig zijn om de vaststellingen te doen. Op basis van die gegevens onderzoeken de ziekenfondsen ieder afzonderlijk dossier, zowel voor de sector uitkeringen als voor de sector geneeskundige verzorging.

c. Vaststellingen

In de onderstaande tabel vindt u de onverschuldigde bedragen in het kader van de fictieve onderwerpen die aan het licht zijn gekomen op basis van:

- de vaststellingen van de ziekenfondsen op basis van de 1.949 dossiers die men op 31 december 2009 had ontvangen
- de vaststellingen van de sociaal inspecteurs van de DAC die bepaalde dossiers onderzoeken.

Tabel 3 - Onverschuldigde bedragen in het kader van de frauduleuze onderwerpen aan de sociale zekerheid (in EUR) - Evolutie 2008-2009

		2008	2009
Voor de geneeskundige verzorging	Vaststelling door de ziekenfondsen	236.697,09	803.834,43
	Vaststelling door de DAC	304.675,32	39.510,77
	Totaal geneeskundige verzorging	541.372,41	843.345,20
Voor de uitkeringen	Vaststelling door de ziekenfondsen	659.143,53	1.898.212,81
	Vaststelling door de DAC	1.356.190,15	260.500,52
	Totaal uitkeringen	2.015.333,68	2.158.713,33
Totaal geneeskundige verzorging + uitkeringen		2.556.706,09	3.002.058,53

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen en strijd tegen sociale fraude

In de onderstaande tabel staan de uitsluitingen die zijn opgelegd ingevolge de vaststellingen van de sociaal inspecteurs van de DAC.

Tabel 4 - Uitsluitingen ingevolge de vaststelling van een bedrieglijke onderwerping aan de sociale zekerheid - Evolutie 2008-2009

	2008	2009
Voor de geneeskundige verzorging (aantal maanden)	870	386
Voor de uitkeringen (aantal daguitkeringen)	10.222	9.137

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen en strijd tegen sociale fraude



Het aantal mensen dat de arbeidsmarkt tijdelijk of permanent verlaat wegens arbeidsongeschiktheid stijgt voortdurend.

In 2010 waren er in België 411.000 gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar arbeidsongeschikt). Bijna 6% van de actieve bevolking geniet een invaliditeitsuitkering.

Er bestaan verschillende verklaringen voor die stijging:

- demografische factoren (vergrijzing van de bevolking en stijgende pensioenleeftijd bij vrouwen)
- medische factoren (ontstaan van nieuwe pathologieën)
- sociaal-economische factoren.

Die toestand heeft het RIZIV ertoe aangezet een Taskforce “Arbeidsongeschiktheid” op te richten met de volgende doelstellingen:

- beter leren begrijpen van de administratieve en medische aspecten van arbeidsongeschiktheid
- bepalen van beleidsopties die het mogelijk maken de arbeidsongeschiktheid beter te begrijpen.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen heeft het verslag van die Taskforce op 16 februari 2011 goedgekeurd.

Deze thematische uiteenzetting geeft een overzicht van de aanbevelingen die de Taskforce heeft geformuleerd. Die aanbevelingen beogen het vergoedingssysteem van de arbeidsongeschiktheid te verbeteren.

II. De uitkeringsverzekering in de steigers: 1^e bilan van de taskforce “arbeidsongeschiktheid”

1. Inleiding

De permanente toename van het aantal personen dat de arbeidsmarkt tijdelijk of blijvend verlaat wegens een arbeidsongeschiktheid, is één van de belangrijkste uitdagingen voor de systemen van sociale bescherming van de industrielanden.

Zoals het Internationaal Verbond van Sociale Zekerheid¹ onderstreept: *“Ondanks de duidelijke verbetering van de gezondheidstoestand van hun bevolking hebben de meeste welzijnsstaten gedurende de voorbije twee decennia een belangrijke verhoging gekend van het aantal personen dat uitkeringen voor langdurige ziekte of tegemoetkomingen voor personen met een handicap geniet. Die paradox is één van de meest complexe en dringende uitdagingen voor de systemen van sociale bescherming geworden”.*

De uitkeringsverzekering in België volgt die tendens.

Tussen 2004 en 2010 heeft de verzekering 50.239 invaliden meer vergoed. Dat brengt het aantal invaliden in 2010 op meer dan 272.000. Die tendens is het rechtstreekse gevolg van wat is vastgesteld in de primaire ongeschiktheid. Daar bedraagt het aantal vergoede gevallen per jaar meer dan 411.000, terwijl het in 2004 in de buurt kwam van 310.000 gevallen.

In totaal geniet bijna 6% van de actieve bevolking in België een invaliditeitsuitkering. Dit cijfer houdt geen rekening met het aantal gevallen van primaire ongeschiktheid.

a. Situatie in Europa

Dit fenomeen is niet eigen aan België. Het aandeel van de openbare uitgaven besteed aan de vergoeding van de arbeidsongeschiktheid, schommelt in Europa tussen 1,4% en 7,2% (cijfers 2007). In België bedraagt het aandeel van het bruto binnenlands product (BBP) besteed aan de invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, 2,1%. Dat lijkt ons land te situeren in het onderste deel van de middenmoot van de industrielanden. Dit cijfer moet echter worden gelinkt aan het bedrag van de vergoeding. Deze bevindt zich eveneens in het onderste deel van de middenmoot van de OESO-landen (Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling).

b. Kosten arbeidsongeschiktheid – Gegevens waarmee rekening moet worden gehouden

Bovendien geven die gegevens niet de volledige sociaal-economische kosten van de arbeidsongeschiktheid weer. Om met al die kosten rekening te houden, moet hieraan ook het verlies aan productiviteit als gevolg van de afwezigheid van die werknemers, maar ook als gevolg van de activiteit van de werknemers die ondanks hun ziekte naar het werk gaan, worden toegevoegd.

Een recent door Accountemps gevoerd onderzoek vestigde de aandacht op dit fenomeen. Er werd vastgesteld dat 42% van de Belgische werknemers ziek naar het werk ging. Om het probleem volledig te vatten (ook al heeft de arbeidsongeschiktheid een andere oorzaak), is het interessant om rekening te houden met de evoluties in de regelingen voor de arbeidsongevallen, de beroepsziekten en zelfs in de werkloosheidsverzekering.

1 Sick Societies, Trends in disability benefits in post industrial welfare states, ISSA, Genève 2006

c. Redenen voor toename van invaliditeit/arbeidsongeschiktheid

De Directie financiën en statistieken van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV analyseert sedert enkele jaren de redenen van die toename kunnen verklaren van het aantal gerechtigden op uitkeringen voor invaliditeit en primaire ongeschiktheid zoals vastgesteld sinds 2004.

Zij heeft factoren geïdentificeerd die de vastgestelde verhogingen gedeeltelijk kunnen verklaren:

- demografische factoren: de vergrijzing van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd voor de vrouwen
- medische factoren: het verschijnen van nieuwe pathologieën, die bovendien lijken te leiden tot een langere invaliditeit, zoals de psychologische en psychiatrische stoornissen of de musculoskeletale aandoeningen
- sociaal-economische factoren:
 - een zekere schaarste op de arbeidsmarkt en de verslechtering van de arbeidsomstandigheden, vast te stellen in bepaalde activiteitssectoren
 - conjuncturele factoren.

Die ernstige tendens lijkt niet spoedig te zullen keren. De hardnekkigheid van die verschillende factoren en de opkomst van nieuwe fenomenen, kunnen laten vermoeden dat de systemen van sociale bescherming de volgende jaren voor een permanente stijging zullen staan van het aantal rechthebbenden op invaliditeitsuitkeringen. Onder nieuwe fenomenen vallen hier bv. de toename van de prevalentie van chronische ziekten, zoals de World health organisation (WHO) die van nu tot 2030 verwacht.

2. De Taskforce arbeidsongeschiktheid

Die evolutie heeft het RIZIV ertoe aangezet om de oprichting van een Taskforce “arbeidsongeschiktheid” in de bestuursovereenkomst 2010-2012 in te schrijven.

Het doel van die Taskforce is tweeledig:

- een beter begrip krijgen van de administratieve en medische aspecten van arbeidsongeschiktheid
- beleidsopties bepalen die het mogelijk maken de arbeidsongeschiktheid beter te begrijpen.

De Taskforce is in april 2010 opgericht. Ze is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende partners die in het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn vertegenwoordigd. Ze heeft een dubbele werkmethode gedefinieerd:

- oprichten van twee werkgroepen:
 - de ene gewijd aan het probleem van de medische evaluatie
 - de andere gewijd aan de socioprofessionele re-integratie
- organiseren van een seminarie met meer dan 60 actoren, die dagelijks bij het systeem zijn betrokken. Een universitair team van de Universiteit Antwerpen (UIA) (bege)leidt dit seminarie.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen heeft het verslag tijdens zijn vergadering van 16 februari 2011 goedgekeurd. Het bevat operationele aanbevelingen, die het systeem van vergoeding van de arbeidsongeschiktheid op termijn beduidend zouden kunnen verbeteren.



Het Beheerscomité werknemers van de Dienst voor uitkeringen is samengesteld uit

- vertegenwoordigers van de werknemers
- vertegenwoordigers van de werkgevers
- vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen
- regeringscommissarissen (Sociale zaken, Tewerkstelling en arbeid, begroting)
- een vertegenwoordiger van de Controledienst van de ziekenfondsen

3. De aanbevelingen

Hierna volgt een overzicht van de geformuleerde aanbevelingen.

a. Verbeteren van de evaluatiecriteria voor arbeidsongeschiktheid

De Taskforce heeft zich gebogen over de evaluatiecriteria van de arbeidsongeschiktheid. Daarbij stelde ze vast dat een aantal verbeteringen mogelijk zouden zijn, met name op het vlak van de coherentie van de genomen beslissingen. Daarvoor zou het RIZIV op educatief en wetenschappelijk vlak richtlijnen moeten kunnen ontwikkelen in het kader van de evaluatie van de ongeschiktheid en de gevolgen ervan en van de functionele beperkingen, veroorzaakt door bepaalde aandoeningen.

Dankzij het gebruik van de Internationale classificatie van de functionering, de handicap en de gezondheid (ICF) in de dossiers, kan de behandeling ervan worden verfijnd. Met name omdat het actie mogelijk maakt, op individueel vlak, op het vlak van arbeidsomgeving maar ook wat de bepalingen inzake beroepsherinschakeling betreft.



ICF is een classificatie opgesteld door de WHO waarin de handicap beschouwd wordt als het gevolg van een interactie tussen het individu en zijn omgeving.

De persoon met een handicap wordt niet meer geëvalueerd in functie van zijn ongeschiktheidsgraad maar wel van zijn aanpassing (fysiek, psychisch en sociaal) aan verschillende functioneringsdomeinen.

Die classificatie laat toe om op een precieze manier te werken op de incidentie van omgevingsfactoren die zich voordoen ofwel als hinderpalen ofwel als facilitatoren.

b. Standaardiseren van de aangifte van arbeidsongeschiktheid

De Taskforce wil een reflectie laten starten over een gestandaardiseerd geneeskundig getuigschrift van arbeidsongeschiktheid, dat tegelijk de nadruk legt op de gediagnosticeerde pathologie en op de overblijvende capaciteiten van de sociaal verzekerde. Bij die standaardisering moeten de behandelende geneesheren en de arbeidsgeneesheren worden betrokken. De betrokkenheid van beiden dient om echte synergieën te creëren tussen alle partners die bij de follow-up van de arbeidsongeschikt erkende persoon zijn betrokken. Daartoe moet de communicatie, ook de al bestaande, worden verbeterd.

c. Verbeteren van coherentie tussen systemen van sociale uitkeringen

De criteria van de medische evaluatie van de ongeschiktheid, gebruikt in de verschillende regelingen voor sociale uitkeringen, zijn niet altijd coherent. Zie hiervoor de regeling voor de personen met een handicap, voor de werkloosheid en voor het leefloon. Tot op heden is het niet evident te bevestigen dat de verzekerde de juiste uitkering krijgt.

De Taskforce raadt aan om de verschuivingen te analyseren tussen de regelingen van de werkloosheid, van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van de toelagen voor personen met een handicap. Die analyse heeft niet tot doel één van die regelingen te bekritisseren, maar wel om de verzekerde de uitkering toe te kennen die het best in overeenstemming is met zijn situatie.

Inzake primaire ongeschiktheid en invaliditeit zijn er discussies over de vraag tot behoud van twee zo sterk afgebakende periodes in de Europese context of de tendens tot harmonisering van die twee begrippen (primaire ongeschiktheid en invaliditeit).

In elk geval zou de mogelijkheid van vroegtijdige aangifte van invaliditeit (dus vóór het einde van de primaire ongeschiktheid) moeten worden onderzocht voor de gevallen waarin een langere invaliditeit duidelijk is. En dit zonder te raken aan de vergoeding van de sociaal verzekerde.

d. Optimaliseren van de socioprofessionele re-integratie

De socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden is zeer vaak besproken.

De Taskforce heeft de volgende vaststellingen geformuleerd:

- het toegelaten werk is een slecht of weinig gebruikt middel tot socioprofessionele re-integratie
- de invoering in de reglementering van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, wat toelaat een beperkte beroepsactiviteit te bewaren, is een te onderzoeken spoor.

Twee aandachtspunten:

- enerzijds afstemmen op de geldende regels in de werkloosheidsverzekering en de valkuilen bij de werkhervatting vermijden
- anderzijds geen afbreuk doen aan de huidige rechten van de sociaal verzekerden.

Meer in het algemeen heeft de Taskforce vastgesteld dat de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte personen in België “onafgewerkt” blijft.

In ons land bestaat er in tegenstelling tot landen met een vergelijkbaar sociaal zekerheidssysteem, geen gecoördineerde strategie om het behoud van werk of de terugkeer naar het werk te bevorderen van de rechthebbenden op de uitkeringsverzekering.

Sinds enkele jaren heeft het RIZIV echter het bestaande wettelijke kader uitgevoerd (de wet van 13 juli 2006 en zijn koninklijk uitvoeringsbesluit van 30 maart 2009 definiëren een duidelijke en pragmatische procedure) en een reeks strategische initiatieven genomen, zoals het afsluiten van akkoorden met de instanties van de gemeenschappen en gewesten die met de tewerkstelling en de opleiding belast zijn.

De invoering van een dergelijke strategie is dus een must.

Ze moet zijn gebaseerd op:

- kwantitatieve doelstellingen die op een objectieve en correcte evaluatie van de gezondheidstoestand zijn gebaseerd. Het is hier niet de bedoeling om louter kwantitatieve doelstellingen vast te stellen, zonder rekening te houden met de reële situatie van de verzekerden.
- kwalitatieve doelstellingen, met name in termen van “wedertewerkstelling”. Het proces van de socioprofessionele re-integratie is niet gericht op het overhevelen van bepaalde verzekerden van de uitkeringsverzekering naar de werkloosheidsregeling, maar moet zijn inspanningen richten op de terugkeer naar de arbeidsmarkt.

Het succes van dit beleid valt slechts te meten aan de hand van ambitieuze en realistische doelstellingen, maar moet op de geest van de wet van 13 juli 2006 gebaseerd blijven. Dus met name op het feit dat het aanvatten van een integratieproces:

- een gemeenschappelijk initiatief blijft van de adviserend geneesheer en de verzekerde
- geleid wordt:
 - enerzijds, door de evaluatie van de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde door de adviserend geneesheer
 - anderzijds, door overwegingen in verband met zijn welzijn.

De socioprofessionele re-integratie moet niet worden gezien als een beheersinstrument voor de ledentallen van de uitkeringsverzekering.

e. Ontwikkelen van een beleid van “vroege interventie”

Aan elke socioprofessionele re-integratie moet een beleid op basis van de vroege interventie voorafgaan.

Het huidige systeem is vooral gericht op de vergoeding van de arbeidsongeschikte personen. Samen met de vergoeding moet het systeem de arbeidsongeschikte personen die het wensen, de mogelijkheid kunnen bieden om zich snel opnieuw op de arbeidsmarkt te integreren.

Die vroege interventie moet gebaseerd zijn op een dynamische werkmethode in verschillende fases. Daarbij zou de situatie van de betrokkene meer op basis van het referentieberoep worden geëvalueerd:

- in een eerste fase is een persoon tijdelijk ongeschikt om de oorspronkelijke activiteit te hervatten en moet hij de nodige tijd krijgen om dit werk weer op te nemen. Die wedertewerkstelling moet immers prioritair blijven, met name om de rechten van de werknemer te waarborgen (anciënniteit, enz.). Op dat vlak heeft de werkgever eveneens een belangrijke rol te spelen
- in een tweede fase kan er met de verschillende referentieberoepen rekening worden gehouden. Vaak is het onmiddellijk uitoefenen van een referentieberoep onmogelijk, maar is de nagestreefde doelstelling bereikbaar via een kleine interventie, bijvoorbeeld zich met de werkpost vertrouwd maken of zijn kennis bijschaven over een referentieberoep
- in een derde fase kan het gebeuren dat de gerechtigde niet meer in aanmerking komt voor de uitoefening van een referentieberoep. In dat geval bestaat de mogelijkheid te kiezen voor een professionele heroriëntering
- in een vierde fase ten slotte kan geen enkele beroepsherscholing meer worden overwogen en is de sociale re-integratie voor de betrokken persoon nog de enige haalbare doelstelling.



Referentieberoepen zijn beroepen die de betrokkene kan uitoefenen gelet op zijn beroepservaring en zijn competenties.

f. Bijzondere aandacht voor personen met psychische en mentale problemen

De Taskforce is eveneens van mening dat bijzondere aandacht moet gaan naar de personen met psychische en mentale problemen (PMP).

De sensibilisering van de psychiaters voor de re-integratie op de arbeidsmarkt, als een aspect van de behandeling van hun patiënten, moet worden voortgezet.

Voor gerechtigden die niet meer terecht kunnen op de gewone arbeidsmarkt, zelfs niet gedeeltelijk, zouden bijkomende sporen voor de vergoeding van de arbeidsongeschiktheid moeten worden ontwikkeld. Dit om een bepaalde sociale integratie en een individuele en collectieve valorisatie te behouden.

g. Bevorderen van preventie van arbeidsongeschiktheid

De leden van de Taskforce hebben vastgesteld dat aan de preventie van de arbeidsongeschiktheid tot op heden nooit genoeg aandacht is besteed. Dit concept is zeer breed en de algemene bescherming van de gezondheid speelt natuurlijk een rol in de bescherming tegen de arbeidsongeschiktheid in het bijzonder. De arbeidsomstandigheden zijn een andere belangrijke factor van de arbeidsongeschiktheid. De opsporing en preventie van de risico's moeten in het re-integratiebeleid worden opgenomen.

h. Responsabiliseren en sensibiliseren van actoren

De responsabilisering en sensibilisering van de actoren is een belangrijk actiepoint dat tijd en bijkomende middelen vergt.

SOCIAAL VERZEKERDEN

De sociaal verzekerden moeten correcte informatie ontvangen, zowel over hun rechten op uitkeringen als over de re-integratiemogelijkheden.

WERKGEVERS

De werkgevers zijn natuurlijk één van de andere te sensibiliseren groepen, met name door de invoering van stimulansen maar ook door een beter onderzoek van de mogelijkheden van beroepsherscholing binnen de onderneming. Zij moeten eveneens onderzoeken of de onderneming in staat is om een individueel traject aan te bieden.

Volgens de Taskforce zou de toepassing van de reglementering inzake aangepaste werkplaatsen moeten worden verbeterd. Die sensibilisering vereist begeleiding of ten minste de levering van methodologische instrumenten om met dergelijke situaties om te gaan.

BEHANDELENDE GENEESHEREN

Er moet meer rekening worden gehouden met de rol van de behandelende geneesheren. Vandaag zijn zij weinig gesensibiliseerd voor het proces van evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en voor de eventuele re-integratiemogelijkheden van een patiënt op de arbeidsmarkt. Het zou verstandig zijn hen te betrekken bij het re-integratieproces en ook dat zij het belang van een snelle wedertewerkstelling erkennen. Zij zouden hun kennis van het domein van de arbeidsongeschiktheid en van de evaluatie ervan moeten vergroten en meer bij het hele evaluatieproces moeten worden betrokken.

Die grotere betrokkenheid van de behandelende geneesheren valt onder meer te realiseren in het kader van de opstelling van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid. In vele Europese landen moeten de behandelende geneesheren zowel de begin- als de einddatum van de ongeschiktheid vermelden, terwijl in België slechts de begindatum vereist is.

ARBEIDSGENEESHEREN

Een grotere sensibilisering van de arbeidsgeneesheren voor het belang van de samenwerking met de adviserend geneesheren is wenselijk. Laatstgenoemden moeten kunnen beschikken over een betere registratie en een betere beoordeling van het werk en zo over een betere feedback en visie op hun activiteiten inzake socioprofessionele re-integratie.

Dit betekent nadenken over de kwaliteit van het beheer van de re-integratiedossiers.

ADVISEREND GENEESHEREN

De adviserend geneesheren hebben natuurlijk een fundamentele rol in het beheer van de arbeidsongeschiktheid.

De Taskforce stelt voor hun rol met de volgende maatregelen te versterken:

- de adviserend geneesheren, als specialisten in het evaluatieproces toelaten hun rol in het evaluatieproces optimaal te vervullen. Belangrijk is dat zij over voldoende tijd beschikken om hun opdracht op het vlak van de socioprofessionele re-integratie te kunnen uitvoeren.

- o het begeleiden van de adviserend geneesheren door een medisch-sociaal team. Hierbij ook overgaan van een verticaal dossierbeheer naar een echt pluridisciplinair “case management”. De opleiding van “Disability case managers”, die de verzekerde zouden ondersteunen bij zijn re-integratiestappen, zou kunnen worden onderzocht. In het buitenland of in andere sectoren zijn dergelijke oefeningen al verricht. Daarvoor zijn natuurlijk bijkomende financiële middelen nodig.



Het doel van het **Disability management** is de re-integratie te optimaliseren en te ondersteunen en het behoud van de tewerkstelling van werknemers met gezondheidsproblemen of handicaps.

Disability management is een begrip dat de systematische acties op het niveau van de onderneming of de instelling van sociale zekerheid omvat én de coördinatie, door één actor, van het individuele traject van re-integratie en behoud van de tewerkstelling van een werknemer met een gezondheidsprobleem of een handicap.

Die coördinator is de **Disability case manager**, die het traject begeleidt – zowel qua inhoud als procedure – van elke persoon met een gezondheidsprobleem of een handicap.

De Disability case managers hebben een specifieke opleiding gevolgd inzake wetgeving, functie-analyse, job matching, communicatie en het invoeren van een beleid inzake Disability management.

- o het aanmoedigen van de samenwerking tussen de adviserend geneesheer en de professionele wereld (met inbegrip van de arbeidsgeneesheer) en de behandelende geneesheer van de betrokkene
- o het toezien door het RIZIV dat de adviserend geneesheren zich verantwoordelijk gedragen en de wetgeving logisch toepassen
- o het ontwikkelen van de verslaggeving aan het RIZIV op het vlak van de socioprofessionele re-integratie over de activiteit van de adviserend geneesheren
- o het analyseren van het eventuele voorstel om na een jaar arbeidsongeschiktheid een verslag van de verzekering voor geneeskundige verzorging te sturen. Dit voorstel is volgens bepaalde leden van de werkgroep zeker op korte termijn concreetiseerbaar.
- o het precies omschrijven van de rol en de opdrachten van de adviserend geneesheren en die van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI), met zijn commissies (met name de Hoge commissie en de gewestelijke commissie).
- o het administratief actief ondersteunen van de Technisch medische raad voor invaliditeit (TMRI) zodat hij efficiënt kan functioneren



Het doel van de **TMRI** is zo goed mogelijk een gelijke behandeling tussen de verzekerden garanderen, het verbeteren van de kwaliteit van de medico-sociale evaluatie en de adviserend geneesheren ondersteunen in hun taken.

- o voor het zo snel mogelijk ten laste nemen: niet alle uit te voeren taken zijn specifiek medisch. Een grotere efficiëntie zal mogelijk zijn door de aanwerving van andere professionals onder de coördinatie van de adviserend geneesheer (psychologen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, sociaal assistenten, specialisten van de arbeidsmarkt, enz.), met een precieze omschrijving van ieders rol.

VERZEKERINGSINSTELLINGEN

De mogelijkheid en de bepalingen voor het invoeren van een financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen (V.I.'s) inzake beheer van de arbeidsongeschiktheid moet ook kunnen worden onderzocht.



De Geneeskundige raad voor invaliditeit:

- stelt de staat van invaliditeit vast en bepaalt de duur of stelt het einde vast
- onderzoekt de vragen over de invaliditeitsperiode die hem worden voor advies voorgelegd door de Minister, het Beheerscomité, de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen of de verzekeringsinstellingen
- bepaalt de richtlijnen en algemene medische criteria om zo goed mogelijk de evaluatieproblemen inzake arbeidsongeschiktheid op te lossen.

i. Expertisecentrum

Als laatste aanbeveling legt de Taskforce de nadruk op de ontwikkeling van de technische expertise door bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV een expertisecentrum inzake arbeidsongeschiktheid te ontwikkelen.

4. Conclusies

Zoals andere takken van de sociale zekerheid is de uitkeringsverzekering ontworpen voor en aangepast aan een voornamelijk industriële maatschappij. De economische veranderingen van de voorbije 30 jaar hebben de omstandigheden van welzijn op het werk grondig gewijzigd. Voorts zijn de gezondheidsomstandigheden in onze landen ook sterk gewijzigd. De ontwikkeling van bepaalde chronische pathologieën, de vooruitgang van de geneeskunde maar ook het optreden van nieuwe “sociale ziekten” zijn allemaal fenomenen, die een niet te verwaarlozen impact hebben gehad op de aard zelf van de arbeidsongeschiktheid.

Het is dus niet verwonderlijk dat er behoefte is aan het aanpassen van de uitkeringsverzekering aan die verschillende veranderingen maar met behoud van de basisfilosofie, namelijk een vervangingsinkomen bieden aan personen die om medische redenen niet opnieuw aan het werk kunnen.

Maar die “hervormingen” zijn niet de enige voorwaarden om te slagen in onze maatschappij. De stigmatisering van personen met een pathologie en in het bijzonder met psychische pathologieën die hen verhinderen te werken, blijft een belangrijke rem op de adequate tenlasteneming van het leed als gevolg van de ziekte. Wanneer het gaat om sociaal verzekerden die voor meer dan één jaar de arbeidsmarkt verlaten, heeft het voortdurend gebruik van het woord invalide een pejoratieve connotatie, die de stigmatisering alleen maar versterkt.

De grote uitdagingen die op stapel staan na de goedkeuring van het verslag van de Taskforce arbeidsongeschiktheid, moeten dus ook gericht zijn op het slopen van die onzichtbare maar hardnekkige hinderpalen. Deze staan immers de re-integratie van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden in de weg.



Het RIZIV en zijn sleutelpartners zitten op dezelfde golflengte: samen werken aan de modernisering, vereenvoudiging en de informatisering van de administratieve processen.

Vereenvoudiging en informatisering zijn daarbij geen doel op zichzelf, maar een middel om de dienstverlening aan de klanten – sociaal verzekerden, zorgverleners, verzekeringsinstellingen (V.I., ziekenfondsen), ondernemingen, enz. – te verbeteren. De voordelen van modernisering en informatisering zijn talrijk. Alvast enkel voorbeelden:

- voor de patiënt: automatische, correcte en transparante toekenning van rechten, snellere toekenning van rechten, verdwijnen van SIS-kaart vanaf 2013 als er aan een aantal voorwaarden is voldaan
- voor de zorgverlener: verdwijnen van papieren formulieren en snellere gegevensuitwisseling en verwerking
- voor het ziekenfonds: verdwijnen van het papieren circuit, minder invoerwerk en minder fouten, correctere facturatie en minder rechtzettingen, meer tijd voor het informeren en begeleiden van de patiënt
- voor het RIZIV: correctere toepassing van de reglementering, sneller beschikbare gegevens en beleidsinformatie, betere dialoog tussen partners.

Vereenvoudiging en informatisering zijn overigens geen nieuwe uitdaging voor het RIZIV en zijn partners. Een zekere vooruitgang is al gerealiseerd. Daarvan geeft deze thematische uiteenzetting enkele voorbeelden. Vanzelfsprekend zijn er nog heel wat moderniseringsprojecten die op weg zijn naar hun realisatie. Om de vele uitdagingen op een gestructureerde wijze aan te pakken, hebben het RIZIV, de V.I. en het eHealth-platform een gemeenschappelijke visie, planning en een prioriteitenlijst opgesteld. Alvast een vooruitblik aan de hand van enkele belangrijke toekomstprojecten.

III. De strijd tegen Kafka: modernisering, vereenvoudiging en informatisering van administratieve procedures in de verzekering GVV

1. Administratieve vereenvoudiging: geen nieuwe, maar wel een voortdurende uitdaging

Al geruime tijd heeft het RIZIV oog voor de problematiek van de administratieve lasten in de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVV). De strijd tegen Kafka staat niet meer in zijn kinderschoenen!

De bekommernis voor deze problematiek komt onder meer tot uiting in de projecten en de engagementen van de bestuursovereenkomsten die het RIZIV sinds 2002 periodiek afsluit met de Staat (zie ook 2^e Deel - Behoorlijk beheer en bestuur). Administratieve vereenvoudiging is, net als beheersing van de uitgaven, kwaliteitsverbetering van de dienstverlening, eenvormige toepassing van de reglementering en strijd tegen sociale fraude, een van de krachtlijnen van de bestuursovereenkomst.

Administratieve controle komt verder ook aan bod in een aantal andere projecten, in het kader van:

- de strategische en operationele plannen van het RIZIV
- de akkoorden geneesheren-ziekenfondsen
- de regeringsbeslissingen en ministeriële beslissingen
- de samenwerkingsinitiatieven met de FOD Volksgezondheid, het eHealth-platform, de Europese instellingen, enz.

Sterk verbonden met de administratieve vereenvoudiging is de informatisering van processen en dienstverlening. De evoluties op het vlak van ICT hebben de laatste 10 jaar ook in het domein van de gezondheidszorg nieuwe mogelijkheden geschapen. Informatisering brengt niet automatisch vereenvoudiging met zich mee. De bestaande reglementering, processen, procedures, gegevensstromen, enz. in vraag stellen is een essentiële voorwaarde om tot vereenvoudiging te kunnen overgaan. Pas wanneer dat is gebeurd, is informatisering eventueel aan de orde.

Hoe dan ook zijn administratieve vereenvoudiging en informatisering geen doelen op zich. Ze moeten ten dienste staan van de modernisering van de verzekering GVV doordat ze

- de verzekering toegankelijker maken voor de sociaal verzekerden, zodat die hun rechten maximaal kunnen opnemen
- de zorgkwaliteit verbeteren
- de individuele zorgverleners en de verzorgingsinstellingen, de verzekeringsinstellingen (V.I.) en de overheden ondersteunen bij hun opdrachten, met bijzondere aandacht voor het beperken van de administratieve lasten
- de communicatie tussen de actoren in de gezondheidszorg verbeteren en gemakkelijker maken
- de transparantie verhogen
- de beleidsondersteunende capaciteit ten aanzien van de beleidsmakers versterken, onder meer door het beheer en de kwaliteit van de gegevens te verbeteren.

Een project van administratieve vereenvoudiging en/of informatisering is dus duidelijk geen louter technische kwestie.



Meer info over het eHealth-platform: zie 4.a. Betrokkenheid van het RIZIV in de ontwikkeling en uitbouw van het eHealth platform.

De 2 vragen die, in deze volgorde, aan bod moeten komen zijn:

- Wat is het eigenlijke doel van het project?
Bv. de dienstverlening eenvoudiger, sneller, toegankelijker of kwalitatiever maken, het aantal administratieve fouten verminderen, enz.
- Welke technische realisaties zijn er eventueel nodig?
Duidelijk definiëren van de technische voorwaarden, bv. op het vlak van snelheid, accuraatheid, beschikbaarheid en permanentie, is een must.

Daarnaast roept elk project ook juridische vragen op (bv. Moet het reglementair kader wijzigen? Wat met de bewijskracht van geïnformateerde gegevensstromen? Wat met de archivering van elektronische gegevens? enz.). En ook vragen op het vlak van de organisatie en de processen (bv. Wat is de impact van de vereenvoudiging en/of de informatisering op de interne organisatie en werkmethoden van de verschillende betrokkenen?).

2. Modernisering, vereenvoudiging en informatisering van administratieve procedures: een kwestie van samenwerken

Administratieve vereenvoudiging en informatisering realiseren vraagt een sterke samenwerking en een goede coördinatie tussen verschillende spelers, elk met een eigen rol en opdracht:

- de burgers in hun hoedanigheid van sociaal verzekerde of patiënt, die dus klant zijn van de dienstverlening in het kader van de GVV-verzekering
- de individuele zorgverleners en de verzorgingsinstellingen
- de V.I.
- de ondernemingen, zoals farmaceutische bedrijven, producenten van medische hulpmiddelen, en bv. ook informaticaleveranciers die softwarepakketten voor zorgverleners ontwikkelen, enz.
- het RIZIV zelf en andere overheidsinstellingen zoals het eHealth-platform, de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, de FOD Volksgezondheid, het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten, de FOD Sociale zekerheid, Bpost, de Dienst voor administratieve vereenvoudiging (DAV), de Europese commissie, enz.

Om samenwerking te kunnen uitbouwen zijn aangepaste structuren, processen en werkwijzen nodig. Vanuit die gedachte is in 2008 het "Overlegplatform administratieve vereenvoudiging en informatisering" opgestart tussen het RIZIV, de V.I., het Nationaal intermutualistisch college (NIC) en eHealth, het gezondheidsplatform van de overheid (zie 4.a. Betrokkenheid van het RIZIV in de ontwikkeling en uitbouw van het eHealth-platform).

De doelstelling van het Overlegplatform is op een overkoepelend niveau alle lopende en toekomstige projecten inzake administratieve vereenvoudiging en informatisering tussen de betrokken instellingen aansturen en coördineren.

De samenkomsten van het Overlegplatform starten met een update van de status van elk project.



Om de debatten binnen het Overlegplatform te structureren en te faciliteren, is er een inventaris opgemaakt met daarin een gemeenschappelijke planning van alle projecten inzake administratieve vereenvoudiging waarbij het RIZIV, de V.I., het NIC en het eHealth-platform betrokken zijn. Die inventaris fungeert de komende jaren als kader voor de betrokken spelers en bepaalt dus meteen ook een meerjarenstrategie (met meer dan 30 projecten). Elke betrokken speler vertaalt de prioriteiten naar de planning binnen zijn eigen organisatie en voorziet de nodige middelen voor de uitvoering van de projecten.


Het platform bespreekt en oordeelt dan over de volgende zaken:

- problemen bij de uitvoering van de projecten of bij de voorziene planning
- aanpassing van de prioriteiten
- wijzigingen van de scope van bepaalde projecten
- nieuwe projecten die zich aandienen.

Zo worden de prioriteiten, de planning en de fasering van de totale portefeuille van vereenvoudigingsprojecten op een gemeenschappelijke en afgestemde wijze aangepakt. De criteria voor de prioriteitstelling zijn divers: planning in het kader van het eHealth-platform, engagementen uit de bestuursovereenkomst, prioriteiten van de regering, vragen vanuit de sector, enz.

3. Realisaties

Modernisering, vereenvoudiging en informatisering van administratieve procedures mag geen verhaal zijn van louter mooie woorden en ronkende plannen. Integendeel, het moet aantoonbaar zijn en voelbaar op het terrein. De halfjaarlijkse rapporten over de uitvoering van de projecten uit de bestuursovereenkomst laten toe om de voortgang van heel wat projecten van nabij op te volgen.

 De rapporten staan op de website van het RIZIV, www.riziv.be > rubriek Het RIZIV > Bestuursovereenkomst.

Ook aan de DAV gebeurt er een periodieke rapportering over de geboekte vooruitgang.

Een volledig overzicht geven van alle realisaties die het RIZIV en zijn partners de voorbijgaande jaren hebben geboekt is hier niet mogelijk. Tijdens de persconferentie van 28 juni 2010, “Naar een modernisering en informatisering van de administratieve processen in de gezondheidszorg”, georganiseerd door RIZIV in samenwerking met het NIC en het eHealth-platform, zijn onder meer de volgende drie realisaties in het zonlicht geplaatst.

a. CareNet

Het telecommunicatienetwerk CareNet wil de financiële en administratieve relaties en de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen en V.I. moderniseren, beter organiseren en vereenvoudigen. Het omvat drie luiken.

- Een 1^e luik omvat de ziekenhuisadministratie, wat neerkomt op minstens drie boodschappen die per patiënt worden uitgewisseld tussen het ziekenhuis en de V.I. Door CareNet kan deze uitwisseling van boodschappen voortaan elektronisch gebeuren.
- Een 2^e luik heeft betrekking op de facturatie. Per maand stuurt het ziekenhuis zeven zendingen naar de V.I. en bijkomend is er een zending van het afrekeningsbestand dat de V.I. naar het ziekenhuis stuurt. Door CareNet kan deze uitwisseling van boodschappen voortaan elektronisch gebeuren.
- Tot slot maakt CareNet de afschaffing van de papieren factuur mogelijk. Papieren individuele facturen versturen is niet meer nodig, en dat geldt ook voor de verzamelfactuur (uitzondering: sommige bijlagen).

Het CareNet-platform is technisch in productie sinds 2002 en wordt, rekening houdend met technische en kwaliteitseisen, stelselmatig uitgerold. Ondertussen zijn 192 ziekenhuizen erbij aangesloten. Ze zijn allemaal al ingestapt in het luik ziekenhuisadministratie en de meesten ook al in het luik facturatie. Ongeveer de helft heeft ook al de papieren factuur afgeschaft.

 In de praktijk heeft het CareNet-platform betrekking op ongeveer 1,6 miljoen ziekenhuisopnames, wat neerkomt op meer dan 75 miljoen transacties in 2009.

De voordelen van CareNet op een rijtje:

- een correcte en volledige toewijzing van rechten aan de patiënt
- eenvoud van registratie van de patiënt
- minder fouten in de facturatiebestanden, met minder verwerpingen achteraf tot gevolg
- snellere gegevensuitwisseling, met als gevolg ook een snellere kijk op de uitgavenpatronen
- besparing op papier en verzendingskosten: CareNet heeft tot op vandaag al geleid tot een vermindering van de papieren facturen met 40% voor de 192 aangesloten ziekenhuizen. Deze vermindering zal zich uiteraard verder zetten naarmate meer ziekenhuizen voor meer CareNet-luiken in productie zijn
- de mogelijkheid om elektronisch te archiveren, waardoor er veel ruimte vrijkomt.

@ Meer informatie over CareNet staat op de website www.carenet.be

b. Geneesmiddelen Hoofdstuk IV

De voorbije jaren zijn er ook vereenvoudigingen ingevoerd in verband met de geneesmiddelen van het “Hoofdstuk IV”.

abc **Geneesmiddelen van het “Hoofdstuk IV”** zijn geneesmiddelen waarvoor een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds nodig is. Zonder die machtiging krijgt de patiënt geen terugbetaling.

Meer bepaald de volgende aspecten zijn vereenvoudigd:

- de geldigheidsduur van de machtigingen
- de automatische verlenging van machtigingen in bepaalde gevallen
- het formulier voor de aanvragen bij de adviserend geneesheer.

Die vereenvoudigingen waren positief voor de individuele zorgverleners, en uiteraard ook voor de patiënten die geneesmiddelen van het “Hoofdstuk IV” moeten nemen.

Er zijn zeker nog mogelijkheden voor verdere vereenvoudiging en ook voor informatisering. Zo is informatisering van de aanvraagprocedure, die nu nog steeds op papier verloopt, een van de toekomstplannen in het kader van MyCareNet (zie 4. Vooruitblik).

c. Online bestelling van getuigschriften door zorgverleners

Voor zorgverleners bestaat sinds 2006 de mogelijkheid om hun getuigschriften voor verstrekte hulp en de bijhorende overeenstemmingsstroken online te bestellen via een beveiligde website. Momenteel gaat het om een partnerschap met Speos/Bpost.

Dit project betekent een vereenvoudiging voor de individuele zorgverleners en zorginstellingen die dergelijke getuigschriften gebruiken.

Het is de bedoeling om dit project voor online bestelling verder uit te breiden naar geneesmiddelenvoorschriften en “attesten derde betaler”. In een nog latere fase zullen al deze papieren attesten verdwijnen, door de informatisering van de informatie-uitwisseling en de dienstverlening in het kader van MyCareNet (zie 4. Vooruitblik).



Een enquête van de DAV en de Artsenkrant, afgenomen tussen eind juni 2009 en begin 2010 bij een steekproef van huisartsen, heeft aangetoond dat dit effectief een belangrijke vereenvoudiging betekent.



Uit de enquête van de DAV en de Artsenkrant bleek appreciatie voor deze vernieuwing.

4. Vooruitblik

Ook de komende jaren zullen het RIZIV en zijn partners blijven investeren in de modernisering, de vereenvoudiging en de informatisering van de administratieve procedures in de verzekering GVVU. De meerjarenstrategie van het Overlegplatform administratieve vereenvoudiging en informatisering en de geïntegreerde planning voor alle betrokken spelers getuigt daarvan (zie 2. Modernisering, vereenvoudiging en informatisering van administratieve procedures: een kwestie van samenwerken).

Het is onmogelijk om hier alle initiatieven te bespreken. Hierna volgt niettemin wat toelichting bij drie belangrijke projecten voor de komende jaren.


a. Betrokkenheid van het RIZIV in de ontwikkeling en uitbouw van het eHealth-platform

Het eHealth-platform wil een goed georganiseerde, onderling elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg bevorderen en ondersteunen. Daarbij wil het platform de nodige waarborgen voorzien op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener, en het respect van het medische beroepsgeheim.


Meewerken aan de verdere uitbouw van het eHealth-platform is een belangrijke uitdaging voor het RIZIV in de komende jaren.

De bijdrage van het RIZIV situeert zich op minstens vier niveaus:

- o bijdragen tot de methodologische ontwikkeling van het platform, onder meer op het vlak van zijn basisdiensten, met de eHealthBox als voorbeeld

 De eHealthBox is een beveiligde elektronische brievenbus die elke actor in de gezondheidszorg ter beschikking zal krijgen en waarvan onder meer het RIZIV gebruik zal maken om berichten, formulieren en documenten naar bv. de zorgverleners te sturen. Het RIZIV heeft alvast een inventaris gemaakt van de mogelijkheden terzake.

- o ontwikkelen van referentiebestanden die als gevalideerde authentieke bron kunnen fungeren.
- o ontwikkelen van diensten met toegevoegde waarde om via het eHealth-platform ter beschikking te stellen.
- o bijdragen tot een klimaat van vertrouwen tussen de verschillende betrokken actoren bij de uitbouw van het eHealth-platform en zo elektronische stromen en dienstverlening tot stand brengen.

 Meer informatie over de eigen realisaties van het eHealth-platform staat op de website www.ehealth.fgov.be

b. Cruciale rol van het RIZIV bij de ontwikkeling van MyCareNet

Het is de ambitie van MyCareNet om de uitwisseling van informatie en gegevens tussen de V.I. en de zorgverleners te moderniseren, te informatiseren en te vereenvoudigen. De ontwikkeling van een aantal nieuwe diensten zal daarbij een toegevoegde waarde hebben voor zowel de zorgverleners als de rechthebbenden. MyCareNet fungeert als een dienst met toegevoegde waarde in het kader van de ontwikkeling van het eHealth-platform en zal ook gebruik maken van de basisdiensten van het eHealth-platform.

 Meer informatie over MyCareNet staat op het internet: <http://www.carenet.be/nl/activities/>

Het NIC coördineert de technische ontwikkeling van deze platformen.

Er worden drie basisfuncties voorzien:

- elektronische raadpleging door de zorgverlener van de gegevens inzake de verzekeraarbaarheid en rechten van de patiënt
- elektronische facturatie door de zorgverlener aan de V.I.
- elektronische aanvraag van akkoorden van de zorgverlener aan de adviserend geneesheer en raadpleging van die akkoorden.

De bijdrage van het RIZIV is drievoudig:

- creëren van een aangepast reglementair kader
- ontwikkelen van gevalideerde authentieke bronnen die een belangrijke rol spelen in het kader van het eHealth-platform
- informeren van de betrokken zorgactoren over de nieuwe reglementering en richtlijnen.

De voordelen van MyCareNet zijn talrijk.

- Voordelen voor de sociaal verzekerde:
 - automatische, correcte en transparante toekenning van rechten op basis van een bijgewerkt referentiebestand inzake verzekeraarbaarheid en rechten
 - snellere toekenning van rechten (bv. machtiging Hoofdstuk IV-geneesmiddelen, zie 3.b. Geneesmiddelen Hoofdstuk IV)
 - verdwijnen van de SIS-kaart (mogelijk vanaf 2013, indien er aan een aantal voorwaarden is voldaan).
- Voordelen voor de zorgverlener:
 - bijgewerkte informatie over de verzekeraarbaarheid van de patiënt
 - verdwijnen van het papieren circuit, minder administratieve rompslomp en dus meer tijd voor zorg
 - snellere gegevensuitwisseling en -verwerking (bv. machtiging Hoofdstuk IV-geneesmiddelen).
- Voordelen voor de V.I.:
 - verdwijnen van het papieren circuit
 - minder invoerwerk en minder fouten, en daardoor ook meer middelen en tijd voor focus op controle, advies en begeleiding van sociaal verzekerden, bv. door de adviserend geneesheren in de V.I.
 - correctere facturatie en dus ook minder verwerpingen en terugvorderingen achteraf
 - verdwijnen van het logistiek beheer rond de SIS-kaart.
- Voordelen voor het RIZIV zelf en de overheid in algemene zin:
 - correctere toepassing van de reglementering en daling van de fraudegevoeligheid
 - betere en directere dialoog tussen de partners binnen de sociale zekerheid.

Er is gekozen voor een gefaseerde uitrol van MyCareNet, namelijk per sector. Er is bovendien gekozen voor:

- een aanpak met “pilotinstellingen” die eerst aan de beurt komen, om daarna de volledige sector stelselmatig te integreren
- gefaseerd uitbreiden van de functionaliteiten.



Begin 2009 werd MyCareNet operationeel voor de sector van de thuisverpleging. Midden januari 2011 waren ongeveer 55% van de thuisverpleegkundigen ingestapt in MyCareNet en de verdere uitrol is volop bezig. Ook een reeks medische labo's maakt al gebruik van MyCareNet. Vanaf 1 april 2010 gingen een 20-tal piloten van start met MyCareNet: ongeveer 15% van de labo's. Sinds december 2010 zijn ook een aantal tarifieringsdiensten in pilotproductie gegaan.

De komende jaren zal MyCareNet in zijn verschillende functionaliteiten stelselmatig uitgerold worden bij andere groepen van zorgverleners, zoals de rusthuizen, de artsen, de apothekers, enz. Deze uitrol is opgenomen in de meerjarenstrategie van het Overlegplatform administratieve vereenvoudiging en informatisering. (zie 2. Modernisering, vereenvoudiging en informatisering van administratieve procedures: een kwestie van samenwerken)

c. Recip-e: het elektronisch voorschrift in de ambulante sector

Een 3e project is de ontwikkeling van het elektronisch voorschrift in de ambulante sector. Op termijn zal er voor elk type voorschrift, voor alle soorten verstrekkingen, een elektronische vorm komen. In een pilootfase ligt de focus op het geneesmiddelenvoorschrift in de ambulante sector.

Het betreft een project dat een ernstige vereenvoudiging voor de zorgverleners en de patiënten te weeg zal brengen. Bovendien is het project uniek in de Europese Unie op het vlak van zijn aanpak: het initiatief tot de ontwikkeling van het elektronisch voorschrift kwam namelijk vanuit de sector zelf.

Begin 2010 werd daarvoor een vzw Recip-e opgericht, waarin onder meer de verenigingen van alle ambulante zorgverleners zijn opgenomen (artsen, apothekers, kinesitherapeuten, tandartsen, verpleegkundigen), het RIZIV (die ondersteuning voorziet, onder meer op financieel vlak), het eHealth-platform (dat voor basisdiensten en technische begeleiding zorgt) en Accenture-Belgacom (die als technische partner voor het project werd uitgekozen).

De functionele en technische testen zijn inmiddels volop gestart. Daarna volgen, in een pilootfase, een aantal proefrealisaties voor het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift.

5. Besluit

De modernisering van de verzekering GVV door administratieve vereenvoudiging en informatisering opent nieuwe perspectieven:

- snellere, meer accurate en meer proactieve rechten voor de patiënt
- grotere tariefzekerheid
- meer transparantie en controlemechanismen
- de mogelijkheid voor de ontplooiing van de adviesfunctie van de adviserend geneesheer
- betere begeleiding van de chronische patiënten
- enz.

Administratieve vereenvoudiging en informatisering is geen eenvoudige opdracht, die enkel mogelijk is als aan volgende voorwaarden wordt voldaan:


- proactiviteit en constructieve ingesteldheid van alle betrokken actoren
- samenwerking en medewerking van vele actoren
- een gemeenschappelijke meerjarenstrategie en een goede opvolging daarvan
- duidelijke communicatie om de verwachtingen goed te kunnen beheren.

In partnerschap met alle betrokken actoren wil het RIZIV de komende jaren zeker blijven investeren in de modernisering van de verzekering GVV.



5^e Deel

Statistische gegevens

 U vindt meer statistische tabellen op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek “Wilt u meer weten?” > Statistieken van het RIZIV.

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.


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 drie cijfers toe volgens het specialisme. Die bevoegdheidscode maakt deel uit van het RIZIV-nummer.

HERGROEPING VAN DE MEDISCHE SPECIALISMEN

De internationale instellingen onderscheiden zes categorieën van specialismen: huisartsgeneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie-verloskunde, psychiatrie, medische specialismen en heelkundige 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 gegroepeerd in een van die categorieën, met uitzondering van de niet-erken- de 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 hernoemen 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 vermelden nog niet de nieuwe categorieën van geneesheren-specialisten die in 2010 zijn ingesteld (bv. hematologie). De tabellen hernemen enkel de beroepsbeoefenaars met een activiteit in 2009.

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 verstrekker 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 daarenboven 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:

- bandagisten, orthopedisten, verstrekkers van implantaten (enkel degenen die geen apotheker zijn)
 - logopedisten, audiciens, opticiens of orthoptisten (enkel degenen die geen apotheker zijn).
- Diëtisten en podologen hebben hun categorie behouden omdat er geen dubbels zijn.

Zorgkundigen: 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 2009 en 31 december 2010 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.

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



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

De beroepsbeoefenaars die op 31 december het recht hebben om prestaties te verrichten, worden 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 (raadplegingen, bezoeken, adviezen, enz.) en aktes (voorschrift van geneesmiddelen, verzorging, technische onderzoeken)
- de bijzondere praktijkcontext (stagemeester, stagiair, medisch huis, ziekenhuis, geïntegreerde diensten, apotheek, enz.).


Een activiteitsgraad is te vergelijken met een activiteitsdrempel of gelijk te stellen met een dergelijke 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 één 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 werken in een medisch huis (MH) dat het forfaitair betalingssysteem toepast, in een rust- en verzorgingstehuis (RVT), in een rustoord voor bejaarden (ROB) en voor de apothekers in een openbare apotheek.

Als aan een van de criteria is voldaan, is de beroepsbeoefenaar in kwestie als “actieve beroepsbeoefenaar” in de tabellen opgenomen, in de kolom “praktijk”.

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 overleden).

 Patiënten kunnen zich inschrijven in “medische huizen” die een akkoord hebben met de ziekenfondsen. 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. 2009) houdt slechts rekening met de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten op 31 december van dat jaar (in ons voorbeeld dus 2009).

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

Tabel 1 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2009 en 31-12-2010) en actieve beroepsbeoefenaars (2009) per beroepsgroep									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2009			Praktijk 2009	In opleiding 2009		Dichtheid 2009	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Progressie% 2010/2009
Geneesheren	6.920	33.459	40.379	31.578	3.825	12%	29,1	40.682	1%
Huisartsen	2.198	12.310	14.508	12.286	555	5%	11,3	14.547	0%
Kinderartsen	384	1.281	1.665	1.301	259	20%	1,2	1.701	2%
Gynaecologen	326	1.196	1.522	1.331	192	14%	1,2	1.540	1%
Psychiaters	484	1.735	2.219	1.914	308	16%	1,8	2.249	1%
Medische specialismen	1.882	8.299	10.181	8.500	1.387	16%	7,8	10.246	1%
Heelkundige specialismen	1.207	5.871	7.078	5.806	1.124	19%	5,4	7.217	2%
Niet-gespecialiseerde artsen	439	2.767	3.206	440	-	0%	0,4	3.182	-1%
Niet-medische beroepen	7.670	169.508	177.178	114.912	156	0%	106,0	181.058	2%
Apothekers	1.708	12.583	14.291	12.450	-	0%	11,5	14.665	3%
Tandartsen	979	7.707	8.686	7.655	156	2%	7,1	8.782	1%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.304	77.314	79.618	42.365	-	0%	39,1	80.796	1%
Kinesitherapeuten	1.111	25.494	26.605	18.570	-	0%	17,1	27.160	2%
Paramedische beroepen	1.264	11.461	12.725	8.637	-	0%	8,0	13.528	6%
Zorgkundigen	304	34.949	35.253	25.235	-	0%	23,3	36.127	2%
Algemeen totaal	14.590	202.967	217.557	146.490	3.981	3%	135,1	221.740	2%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

- **Recht om prestaties te verrichten:** zie punt c.
- **Praktijk:** Het aantal actieve beroepsbeoefenaars in de kolom "praktijk" komt overeen met de actieve beroepsbeoefenaars die aan een van de activiteitscriteria hierboven beantwoorden. Het gaat dus om de actieve beroepsbeoefenaars met meer dan één 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 2009 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 (basis = praktijk) 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 (31-12-2009 en 31-12-2010) en actieve beroepsbeoefenaars (2009) per beroep/specialisme

Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2009			Praktijk 2009	In opleiding 2009		Dichtheid 2009	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010	
	65 en +	-65	Totaal		Aantal	%		/10.000 inw.	Aantal
Geneesheren	6.920	33.459	40.379	31.578	3.825	12%	29,1	40.682	1%
Huisartsen	2.198	12.310	14.508	12.286	555	5%	11,3	14.547	0%
Kinderartsen	384	1.281	1.665	1.301	259	20%	1,2	1.701	2%
Kinderartsen	381	1.227	1.608	1.251	259	21%	1,2	1.643	2%
Neuropediaters	3	54	57	50	-	0%	0,0	58	2%
Gynaecologen	326	1.196	1.522	1.331	192	14%	1,2	1.540	1%
Psychiaters	484	1.735	2.219	1.914	308	16%	1,8	2.249	1%
Psychiaters	282	1.498	1.780	1.626	308	19%	1,5	1.819	2%
Neuropsychiaters	202	237	439	288	-	0%	0,3	430	-2%
Medische specialismen	1.882	8.299	10.181	8.500	1.387	16%	7,8	10.246	1%
Algemeen inwendige geneeskunde	410	1.267	1.677	1.276	485	38%	1,2	1.322	-21%
Inwendige en nucleaire geneeskunde	35	37	72	57	-	0%	0,1	70	-3%
Geriaters	24	222	246	237	30	13%	0,2	308	25%
Geriaters-Endocrinologen	1	15	16	16	-	0%	0,0	16	0%
Endocrinologen	31	183	214	201	-	0%	0,2	229	7%
Medisch oncologen	-	5	5	3	3	100%	0,0	195	3800%
Reumatologen	53	190	243	204	17	8%	0,2	245	1%
Reumatologie en fysische geneeskunde	22	1	23	10	-	0%	0,0	23	0%
Pneumologen	53	408	461	411	48	12%	0,4	480	4%
Gastro-enterologen	75	569	644	588	56	10%	0,5	667	4%
Cardiologen	180	903	1.083	942	110	12%	0,9	1.110	2%
Neurologen	5	333	338	314	92	29%	0,3	353	4%
Fysische geneeskunde	80	429	509	439	53	12%	0,4	519	2%
Dermatologen	147	601	748	675	64	9%	0,6	762	2%
Neus-keel-oorartsen	141	542	683	604	70	12%	0,6	690	1%
Radiotherapeuten	11	190	201	158	47	30%	0,1	214	6%
Radiotherapeuten-nuclearisten	42	38	80	56	-	0%	0,1	80	0%
Nucleaire geneeskunde	11	177	188	166	25	15%	0,2	195	4%
Biologen	154	304	458	265	52	20%	0,2	457	0%
Biologie en nucleaire geneeskunde	47	198	245	195	-	0%	0,2	242	-1%
Biologie en pathana	31	14	45	21	-	0%	0,0	44	-2%
Pathologische anatomie	47	285	332	266	43	16%	0,2	342	3%
Radiologen	282	1.388	1.670	1.396	192	14%	1,3	1.683	1%
Heelkundige specialismen	1.207	5.871	7.078	5.806	1.124	19%	5,4	7.217	2%
Anesthesiologen	251	1.894	2.145	1.678	384	23%	1,5	2.179	2%
Acute geneeskunde en urgentie-geneeskunde	3	266	269	257	96	37%	0,2	324	20%
Algemene heelkunde	394	1.241	1.635	1.261	261	21%	1,2	1.652	1%
Orthopedisten	181	869	1.050	917	155	17%	0,8	1.076	2%
Urologen	68	336	404	352	57	16%	0,3	403	0%
Neurochirurgen	25	168	193	163	38	23%	0,2	196	2%
Plastische chirurgen	33	217	250	211	42	20%	0,2	251	0%
Oftalmologische heelkunde	252	880	1.132	967	91	9%	0,9	1.136	0%
Niet-gespecialiseerde artsen	439	2.767	3.206	440	-	0%	0,4	3.182	-1%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	405	1.271	1.676	283	-	0%	0,3	1.651	-1%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	34	1.496	1.530	157	-	0%	0,1	1.531	0%

Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2009 en 31-12-2010) en actieve beroepsbeoefenaars (2009) per beroep/specialisme (vervolg)									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2009			Praktijk 2009	In opleiding 2009		Dichtheid 2009	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010	
	65 en +	-65	Totaal		Aantal	Aantal		%	Aantal
Niet-medische beroepen	7.670	169.508	177.178	114.912	156	0%	106,0	181.058	2%
Apothekers	1.708	12.583	14.291	12.450	-	0%	11,5	14.665	3%
Apothekers gerechtigden	722	5.194	5.916	5.194	-	0%	4,8	5.903	0%
Apothekers niet-gerechtigden	860	6.873	7.733	6.873	-	0%	6,3	8.110	5%
Apothekers-biologen	126	516	642	383	-	0%	0,4	652	2%
Tandartsen	979	7.707	8.686	7.655	156	2%	7,1	8.782	1%
Tandartsen	879	6.925	7.804	6.859	73	1%	6,3	7.878	1%
Paradontologen	-	128	128	124	21	17%	0,1	139	9%
Orthodontisten	12	403	415	392	33	8%	0,4	420	1%
Stomatologen	88	251	339	280	29	10%	0,3	345	2%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.304	77.314	79.618	42.365	-	0%	39,1	80.796	1%
Vroedvrouwen	431	3.174	3.605	1.727	-	0%	1,6	3.836	6%
Verpleegkundigen	1.253	66.242	67.495	36.393	-	0%	33,6	68.620	2%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	93	1.658	1.751	934	-	0%	0,9	1.801	3%
Verpleegassistenten	527	6.240	6.767	3.311	-	0%	3,1	6.539	-3%
Kinesitherapeuten	1.111	25.494	26.605	18.570	-	0%	17,1	27.160	2%
Paramedische beroepen	1.264	11.461	12.725	8.637	-	0%	8,0	13.528	6%
Diëtisten	10	1.648	1.658	658	-	0%	0,6	1.814	9%
Podologen	1	265	266	195	-	0%	0,2	295	11%
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	30	5.282	5.312	4.509	-	0%	4,2	5.762	8%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	1.223	4.266	5.489	3.275	-	0%	3,0	5.657	3%
Zorgkundigen	304	34.949	35.253	25.235	-	0%	23,3	36.127	2%
Algemeen totaal	14.590	202.967	217.557	146.490	3.981	3%	135,1	221.740	2%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

e. Telling van de actieve beroepsbeoefenaars per jaar (2001-2009)

Bij de telling (tabel 3) is van 2001 tot 2009, 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 2001-2009 volgens de geijkte formule.

In het jaarverslag 2009 omvatte de categorie van de apothekers alleen de apothekers-biologen, omdat voor de andere apothekers geen activiteitscijfers bestonden. In dit jaarverslag zijn de loontrekkende apothekers (in openbare apotheken) van minder dan 65 jaar daaraan toegevoegd.

OPMERKING

"Actieve beroepsbeoefenaars" zijn beroepsbeoefenaars van wie men meer dan één 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 2001-2009

Specialismen/beroepen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Jaarlijkse gemiddelde stijging
Geneesheren	29.303	29.537	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	0,93%
Huisartsen	12.303	12.346	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	-0,03%
Kinderartsen	1.109	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	2,02%
Kinderartsen	1.109	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1,52%
Neuropediaters	-	-	-	-	-	-	-	49	50	
Gynaecologen	1.160	1.185	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1,73%
Psychiaters	1.715	1.748	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1,38%
Psychiaters	458	522	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	17,16%
Neuropsychiaters	1.257	1.226	1.203	441	334	324	308	298	288	-16,82%
Medische specialismen	7.280	7.455	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	1,96%
Algemeen inwendige geneeskunde	1.685	1.708	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	-3,42%
Interne en nucleaire geneeskunde	74	74	71	69	66	64	59	57	57	-3,21%
Geriaters	1	1	-	-	-	210	219	225	237	98,08%
Geriaters-endocrinologen	1	1	1	1	1	1	15	15	16	41,42%
Endocrinologen	-	-	-	-	-	-	187	195	201	
Medisch oncologen	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Reumatologen	188	204	206	206	209	208	208	203	204	1,03%
Reumatologie en fysische geneeskunde	22	21	16	13	11	12	10	10	10	-9,39%
Pneumologen	264	282	299	322	348	370	381	395	411	5,69%
Gastro-enterologen	355	377	386	407	443	461	488	523	588	6,51%
Cardiologen	728	757	761	779	802	826	898	922	942	3,27%
Neurologen	155	167	184	203	231	253	276	297	314	9,23%
Fysische geneeskunde	383	388	397	407	409	418	421	432	439	1,72%
Dermatologen	582	591	605	615	632	641	652	670	675	1,87%
Neus-keel-oorartsen	523	530	544	546	550	561	576	590	604	1,82%
Radiotherapeuten	120	128	130	136	138	144	149	152	158	3,50%
Radiotherapeuten-nuclearisten	73	71	69	67	65	64	59	60	56	-3,26%
Nucleaire geneeskunde	132	134	143	144	147	147	157	160	166	2,91%
Biologen	271	272	271	272	270	275	264	265	265	-0,28%
Biologie en nucleaire geneeskunde	197	204	207	203	201	199	198	194	195	-0,13%
Biologie en pathana	41	38	37	32	31	28	26	26	21	-8,02%
Pathologische anatomie	224	230	237	245	251	259	262	264	266	2,17%
Radiologen	1.261	1.277	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1,28%
Heelkundige specialismen	4.768	4.894	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	2,49%
Anesthesiologen	1.314	1.376	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	3,10%
Acute geneeskunde	-	-	-	-	-	-	150	244	257	
Algemene heelkunde	1.172	1.174	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	0,92%
Orthopedisten	798	831	823	828	857	869	893	902	917	1,75%
Urologen	306	308	311	315	322	328	339	342	352	1,77%
Neurochirurgen	117	123	129	138	141	149	155	161	163	4,23%
Plastische chirurgen	164	169	177	180	191	193	201	209	211	3,20%
Oftalmologische heelkunde	897	913	911	921	930	934	954	965	967	0,94%
Niet-gespecialiseerde artsen	968	785	684	626	504	497	473	442	437	-9,46%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	968	785	684	626	356	346	316	292	282	-14,29%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	-	-	-	-	148	151	157	150	155	

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2001-2009 (vervolg)

Specialismen/beroepen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Jaarlijkse gemiddelde stijging
Niet-medische beroepen	51.976	51.404	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	1,64%
Apothekers-biologen	376	372	374	364	367	364	363	388	383	0,23%
Tandartsen	7.680	7.685	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	-0,04%
Tandartsen	7.420	7.422	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	-0,98%
Paradontologen	-	-	-	-	-	-	108	118	124	
Orthodontisten	-	-	-	-	-	-	375	395	392	
Stomatologen	260	263	259	261	254	264	260	269	280	0,93%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	19.496	19.733	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	3,06%
Vroedvrouwen	1.119	1.180	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	5,29%
Verpleegkundigen	16.168	16.407	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	3,49%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	686	692	715	743	768	768	767	819	821	2,27%
Verpleegassistenten	1.523	1.454	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	-4,71%
Kinesitherapeuten	18.298	17.615	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	-0,35%
Paramedici	6.126	5.999	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	4,30%
Diëtisten	-	-	-	-	-	-	591	625	657	
Podologen	-	-	-	-	-	-	177	176	194	
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	2.084	2.040	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	9,97%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	4.042	3.959	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	-2,61%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

2. Uitgaven voor gezondheidszorg

Tabel 4 en grafiek 1 geven de evolutie, van 2007 tot 2011, 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 2009 zijn de gegevens voor 2009 in tabel 4 gewijzigd, naar aanleiding van nieuwe gegevens van de landsbonden en door 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, tandheelkundigen, 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 gegevens van 2010 zijn voorlopige gegevens. Voor 2011 stemmen de opgegeven bedragen overeen met de verschillende partiële begrotingsdoelstellingen die door de Algemene raad en het Verzekeringsc comité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV zijn vastgesteld.

Tabel 4 - Jaarlijkse uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen voor de periode 2007-2010 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2011 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverleners (in duizenden EUR)

	2007	2008	2009	2010	Doelstelling 2011
Geneesheren	5.608.139	6.135.935	6.637.649	6.658.263	7.113.974
Verpleegkundigen	836.892	930.676	1.001.744	1.066.570	1.143.373
Tandartsen	585.283	671.823	733.995	756.408	810.470
Kinesitherapeuten	445.990	503.183	549.049	580.007	585.715
Farmaceutische verstrekkingen	3.550.294	3.955.511	4.120.388	4.249.222	4.292.935
Paramedische medewerkers	657.865	723.249	781.548	834.888	1.026.617
Ziekenhuisopname	4.083.700	4.388.049	4.711.393	4.836.172	5.332.137
Andere verblijven	2.397.409	2.476.066	2.665.194	2.847.247	3.088.175
MAF	286.576	277.153	304.212	326.335	379.760
Toekomstfonds	0	0	0	0	1.093.460
Rest	423.340	615.545	916.628	671.761	1.002.720
Totaal	18.875.488	20.677.190	22.421.800	22.826.873	25.869.336

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

Grafiek 1 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2011 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of van zorgverleners

Geneesheren	27,5%	
Verpleegkundigen	4,4%	
Tandartsen	3,1%	
Kinesitherapeuten	2,3%	
Farmaceutische verstrekkingen	16,6%	
Paramedische medewerkers	4,0%	
Ziekenhuisopname	20,6%	
Andere verblijven	11,9%	
MAF	1,5%	
Toekomstfonds	4,2%	
Rest	3,9%	

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

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
- geestelijke gezondheidszorg
- 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 2 types MAF, met verschillende grensbedragen en regels, onder meer wat de gezinssamenstelling betreft. Die regels en grensbedragen bepalen de berekening van de MAF.

Een nieuwe rubriek betreft het “Fonds voor de toekomst van de geneeskundige verzorging” (Toekomstfonds), opgericht in toepassing van artikel 114 van de programmawet van 22 december 2008.

In het kader van de begrotingsmaatregelen voor 2011 heeft de regering beslist dat de bijdrage van de gezondheidszorg tot het financieel evenwicht van het globaal beheer van de sociale zekerheid in 2011 op 1.093.460 duizend EUR wordt gebracht. Dat is het bedrag dat overeenstemt met de toepassing van de norm van 4,5%. Enkel de opbrengst van de toepassing van het referentiebedragensysteem zal voor 2011 het Toekomstfonds financieren (artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

In de rubriek “rest” zijn de volgende prestaties opgenomen: dialyse, einde loopbaan, Bijzonder solidariteitsfonds, logopedie, andere kosten van verblijf en reiskosten, regularisatie en herfacturatie, chronische zieken, palliatieve zorgen (patiënt), menselijk lichaamsmateriaal, multidisciplinaire eerstelijnszorg, multidisciplinaire teams rolwagens, tabaksontwenning, psychiatrisch verzorgingscircuit, provisioneel bedrag sociaal akkoord, stabiliteitsprovisie, Fonds verslaving, inhaalbedragen ziekenhuizen, chronische zieken extra, medische huizen, bedden “sterke afhankelijkheid”, oncomfortabele verstrekkingen andere sectoren, Toekomstfonds en diversen (expertise gezondheidswet, budget ICT implantaten, eHealth, compromis klinische biologie, financiering artsensyndicaten, medicamenteuze abortus, kankerplan, transfer uitkeringsverzekering, Vinca-project verpleegkundigen, eenmalige informaticapremie verpleegkundigen, project zorgkundigenbegeleiding (art. 56, palliatieve dagcentra (art.56) en Impulseo I+II+III), MS/ALS/Huntington, zorgtrajecten (exclusief geneesheren) nierinsufficiëntie en diabetes, zeldzame ziekten, sociaal akkoord, solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie, technische correctie, Vergoedingsfonds, gedeelte budget van financiële middelen (BFM) en compensatie uitgaven buiten doelstelling.

 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.

3. Remgeld

Tabel 5 en grafiek 2 bevatten voor 2007 tot 2009 de bedragen ten laste van patiënten (remgeld of 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 remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden EUR)			
	2007	2008	2009
Geneesheren	655.304	708.539	749.168
Verpleegkundigen	6.890	6.910	7.672
Tandartsen	93.485	106.286	113.110
Kinesitherapeuten	136.515	139.422	141.519
Farmaceutische verstrekkingen	563.352	604.490	602.601
Paramedische medewerkers	43.149	59.818	116.935
Ziekenhuisopname	193.971	198.751	204.642
Andere verblijven	9.077	9.674	10.235
Rest	14.979	16.711	18.305
Totaal	1.716.722	1.850.601	1.964.187

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

Grafiek 2 - Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt in 2009		
Geneesheren	38,2%	
Verpleegkundigen	0,4%	
Tandartsen	5,8%	
Kinesitherapeuten	7,2%	
Farmaceutische verstrekkingen	30,7%	
Paramedische medewerkers	6,0%	
Ziekenhuisopnames	10,4%	
Andere verblijven	0,5%	
Rest	0,9%	

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 2004 en 2009, 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.

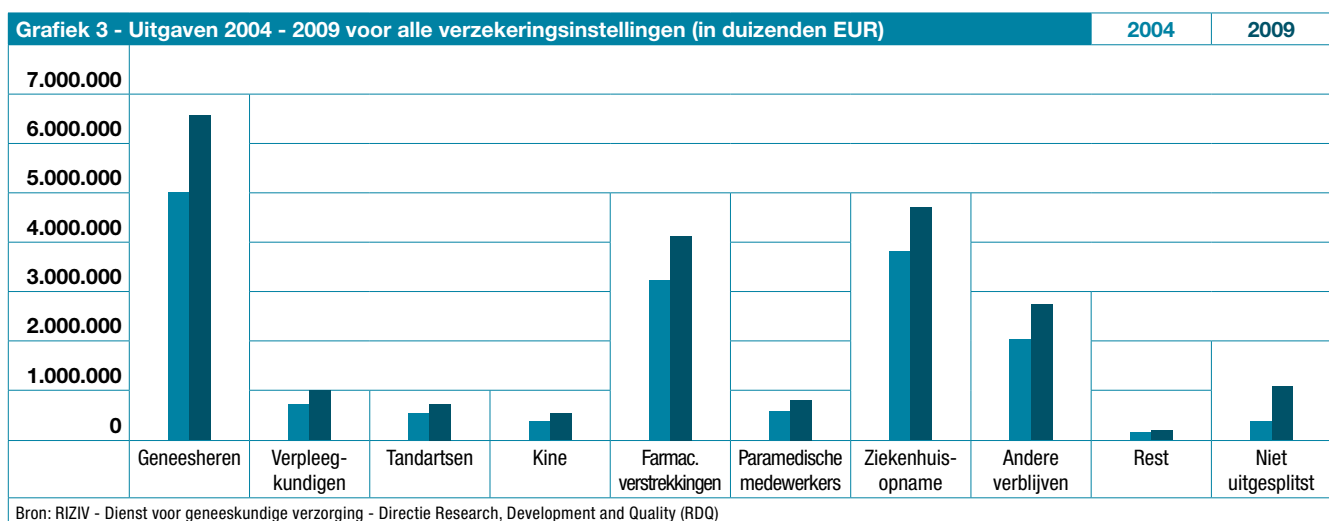
Van de totale uitgaven 2009 heeft 63,1% betrekking op ambulante patiënten en 36,9% op patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn. Van 2004 tot 2009 is het aandeel van de uitgaven voor ambulante patiënten gestegen van 59,8% naar 63,1%, wat neerkomt op een stijging met 3,3 procentpunten.

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 2004 en 2009 voor alle verzekeringsinstellingen (in duizenden EUR)									2004	2009
	Ambulant		%		Gehospitaliseerd		%		Totaal	
Geneesheren	3.142.799	4.334.343	62,6	66,1	1.876.550	2.226.550	37,4	33,9	5.019.349	6.560.893
Verpleegkundigen	702.676	1.001.744	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	702.676	1.001.744
Tandartsen	513.171	721.047	99,7	99,7	1.710	2.037	0,3	0,3	514.881	723.084
Kinesitherapeuten	347.721	495.345	89,5	91,3	40.933	47.006	10,5	8,7	388.654	542.351
Farmaceutische verstrekkingen	2.666.627	3.527.642	82,1	85,9	581.443	579.713	17,9	14,1	3.248.070	4.107.355
Paramedische medewerkers	212.745	335.411	37,1	42,9	360.255	446.137	62,9	57,1	573.000	781.548
Ziekenhuisopname	169.645	265.132	4,5	5,6	3.626.703	4.446.261	95,5	94,4	3.796.348	4.711.393
Andere verblijven	1.925.452	2.609.338	94,7	95,5	107.333	122.321	5,3	4,5	2.032.785	2.731.659
Rest	133.342	185.938	95,0	96,4	7.088	6.922	5,0	3,6	140.430	192.860
Totaal	9.814.178	13.475.940	59,8	63,1	6.602.015	7.876.947	40,2	36,9	16.416.193	21.352.887
Niet uitgesplitst									355.331	1.068.913
Algemeen totaal									16.771.524	22.421.800

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 2004 naar 2009 van de rubriek "niet uitgesplitst" weer.

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


	2004	2009
Honoraria van geneesheren		
Accreditering	10.615	15.615
Globaal medisch dossier	2.295	1.237
Forfait telematica (1)	4.627	5.980
Kwaliteitscontrole klinische biologie (2)	1.637	0
Forfait georganiseerde wachtdiensten	8.312	35.646
Impulsfonds	0	8.848
Tandheelkundigen - Accreditering	8.036	10.911
Kinesitherapeuten - Forfait telematica (1)	583	6.698
Loonharmonisering	136.760	264.298
Syndicale premie	2.024	2.295
Einde loopbaan	26.375	78.936
Regularisaties + Herfacturatie	-54.956	-104.458
MAF	179.286	304.212
Multidisciplinaire eerstelijnszorg	95	1.677
Multidisciplinaire teams rolwagens	0	467
Geïnterneerden	0	26.468
Provisioneel bedrag sociaal akkoord	0	0
Herceptine (art. 56)	0	54
Pneumokokkenvaccin (art. 56)	0	12.979
Tabaksontwenning	0	50
AIDS	0	709
Oncologische revalidatie	0	93
Palliatieve dagcentra	0	0
Fonds verslaving	0	676
eHealth	0	774
Dading klinische biologie laboratoria	0	0
Financiering artsensyndicaat	0	1.060
Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	2.016
Zorgvernieuwing	0	193
Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	9.430
Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0
Algologie (art. 56)	0	948
Vinca-project verpleegkundigen	0	7
Eenmalige informaticapremie verpleegkundigen	0	7.922
Project zorgkundigen (art. 56)	0	235
Medische huizen (3)	29.642	65.931
Chronisch zieken - MS/ALS/Huntington	0	1.416
Toekomstfonds	0	299.852
Kankerplan	0	913
Informaticapremie bandagisten	0	150
Transfer uitkeringsverzekering	0	4.675
Totaal	355.331	1.068.913
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 volgende rubrieken: geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapie		

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 2009
- de leden van de ziekenfondsen (ledentallen) in 2009
- de berekende gemiddelde kostprijzen per rechthebbende in 2009
- de procentuele evolutie van de gemiddelde kostprijzen van 2008 naar 2009 en van 2007 naar 2009.

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).

 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 uit te splitsen volgens de leeftijd en het geslacht van de verzekerden. Daarvoor was een uitsplitsing 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 2009 (in duizenden EUR)									
Leeftijd	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal	Totaal			
0 tot 9 jaar	292.819	381.126	86.284	122.683	882.911	28.136	38.231	66.367	949.278
10 tot 19 jaar	293.359	275.486	111.551	130.202	810.597	34.918	34.692	69.610	880.208
20 tot 29 jaar	561.522	309.805	145.150	133.937	1.150.414	36.740	25.144	61.885	1.212.299
30 tot 39 jaar	740.977	405.781	183.353	177.011	1.507.122	66.062	59.949	126.011	1.633.133
40 tot 49 jaar	790.488	611.085	292.445	263.351	1.957.369	85.387	114.673	200.060	2.157.430
50 tot 59 jaar	943.442	881.296	415.857	363.628	2.604.224	107.492	160.040	267.532	2.871.756
60 tot 69 jaar	948.175	1.056.746	498.371	418.209	2.921.502	107.106	144.601	251.707	3.173.209
70 tot 79 jaar	1.151.572	1.166.760	863.347	530.798	3.712.478	166.266	154.600	320.866	4.033.344
80 tot 89 jaar	1.103.390	710.504	1.255.166	448.768	3.517.827	203.844	123.939	327.784	3.845.611
90 jaar en +	223.153	77.153	386.382	74.363	761.051	68.542	20.864	89.406	850.457
Totaal	7.048.895	5.875.741	4.237.907	2.662.951	19.825.495	904.494	876.734	1.781.229	21.606.723

Ledentallen van de rechthebbenden in 2009									
Leeftijd	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal	Totaal			
0 tot 9 jaar	448.049	468.184	59.436	63.055	1.038.724	43.869	46.062	89.931	1.128.655
10 tot 19 jaar	467.568	485.679	77.619	83.061	1.113.927	55.894	58.800	114.694	1.228.621
20 tot 29 jaar	539.385	542.979	62.993	54.587	1.199.944	41.643	51.571	93.214	1.293.158
30 tot 39 jaar	572.978	560.756	57.738	45.562	1.237.034	57.696	95.463	153.159	1.390.193
40 tot 49 jaar	614.891	599.030	76.390	56.369	1.346.680	78.707	131.294	210.001	1.556.681
50 tot 59 jaar	547.882	533.935	98.749	70.576	1.251.142	67.527	105.761	173.288	1.424.430
60 tot 69 jaar	406.445	400.339	109.511	76.613	992.908	43.672	53.377	97.049	1.089.957
70 tot 79 jaar	306.831	276.933	139.654	77.918	801.336	39.263	32.698	71.961	873.297
80 tot 89 jaar	162.747	110.893	128.861	48.990	451.491	25.907	17.538	43.445	494.936
90 jaar en +	19.307	8.070	26.672	5.829	59.878	4.989	1.795	6.784	66.662
Totaal	4.086.083	3.986.798	837.623	582.560	9.493.064	459.167	594.359	1.053.526	10.546.590

Gemiddelde kostprijs per rechthebbende in 2009 (in EUR)									
Leeftijd	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal	Totaal			
0 tot 9 jaar	653,54	814,05	1.451,71	1.945,65	850,00	641,37	829,99	737,98	841,07
10 tot 19 jaar	627,41	567,22	1.437,17	1.567,55	727,69	624,72	590,00	606,92	716,42
20 tot 29 jaar	1.041,04	570,57	2.304,23	2.453,64	958,72	882,27	487,57	663,90	937,47
30 tot 39 jaar	1.293,20	723,63	3.175,60	3.885,05	1.218,33	1.145,01	627,98	822,75	1.174,75
40 tot 49 jaar	1.285,57	1.020,12	3.828,32	4.671,92	1.453,48	1.084,88	873,41	952,66	1.385,92
50 tot 59 jaar	1.721,98	1.650,57	4.211,26	5.152,29	2.081,48	1.591,83	1.513,22	1.543,86	2.016,07
60 tot 69 jaar	2.332,85	2.639,63	4.550,88	5.458,72	2.942,37	2.452,51	2.709,05	2.593,61	2.911,32
70 tot 79 jaar	3.753,11	4.213,15	6.182,04	6.812,27	4.632,86	4.234,67	4.728,13	4.458,89	4.618,52
80 tot 89 jaar	6.779,78	6.407,11	9.740,46	9.160,40	7.791,58	7.868,31	7.066,91	7.544,80	7.769,91
90 jaar en +	11.558,12	9.560,48	14.486,43	12.757,39	12.710,02	13.738,58	11.623,62	13.178,97	12.757,74
Totaal	1.725,10	1.473,80	5.059,44	4.571,12	2.088,42	1.969,86	1.475,09	1.690,73	2.048,69

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 2008 tot 2009 (2008=100) VROUWEN - MANNEN									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	104,91	106,02	98,04	97,63	106,03	131,60	125,41	128,02	107,06
10 tot 19 jaar	102,24	110,87	102,54	103,94	107,49	110,95	117,19	113,95	107,86
20 tot 29 jaar	105,94	106,52	101,38	95,96	106,20	110,49	113,12	111,62	106,40
30 tot 39 jaar	105,43	104,78	100,46	100,43	106,03	111,34	116,19	113,70	106,59
40 tot 49 jaar	105,78	106,05	103,78	98,43	106,66	111,56	113,97	112,89	107,17
50 tot 59 jaar	105,00	106,49	106,88	106,42	106,01	109,35	108,74	108,97	106,27
60 tot 69 jaar	104,72	105,70	106,95	107,86	105,68	105,41	104,52	104,99	105,63
70 tot 79 jaar	104,09	105,79	107,04	108,20	105,53	107,31	104,80	106,05	105,57
80 tot 89 jaar	105,32	105,16	105,97	106,59	105,40	106,94	108,41	107,44	105,57
90 jaar en +	103,41	103,64	104,37	102,75	103,30	107,86	108,14	107,90	103,77
Totaal	106,24	107,60	102,98	102,34	106,57	107,78	109,00	108,35	106,68

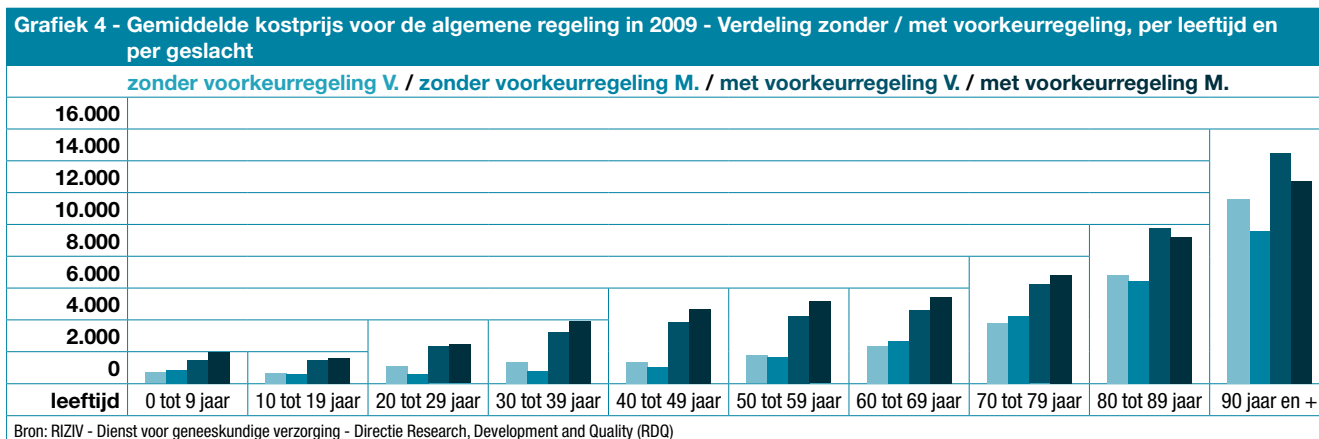
Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2007 tot 2009 (2007=100) VROUWEN - MANNEN									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	110,54	109,94	81,47	82,04	111,19	175,22	172,45	173,67	113,15
10 tot 19 jaar	121,71	117,02	96,16	96,21	120,14	206,00	179,07	191,65	123,24
20 tot 29 jaar	111,94	109,18	101,43	94,79	112,37	156,00	179,77	164,88	113,99
30 tot 39 jaar	113,03	111,22	87,73	94,68	113,88	164,86	209,45	183,37	117,27
40 tot 49 jaar	112,46	112,12	94,72	88,50	113,82	178,48	183,34	181,10	117,67
50 tot 59 jaar	111,57	110,05	113,37	110,54	111,77	161,42	158,68	159,72	114,93
60 tot 69 jaar	109,39	111,00	113,63	116,50	111,36	136,14	129,33	132,44	112,81
70 tot 79 jaar	109,32	110,67	112,46	113,63	110,41	136,79	132,62	134,67	112,06
80 tot 89 jaar	111,85	111,87	113,69	114,06	112,20	131,22	134,43	132,27	113,67
90 jaar en +	108,53	106,17	111,71	109,51	109,18	131,03	137,60	132,66	111,40
Totaal	114,69	114,54	101,45	99,91	113,62	142,46	148,66	145,34	115,55

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

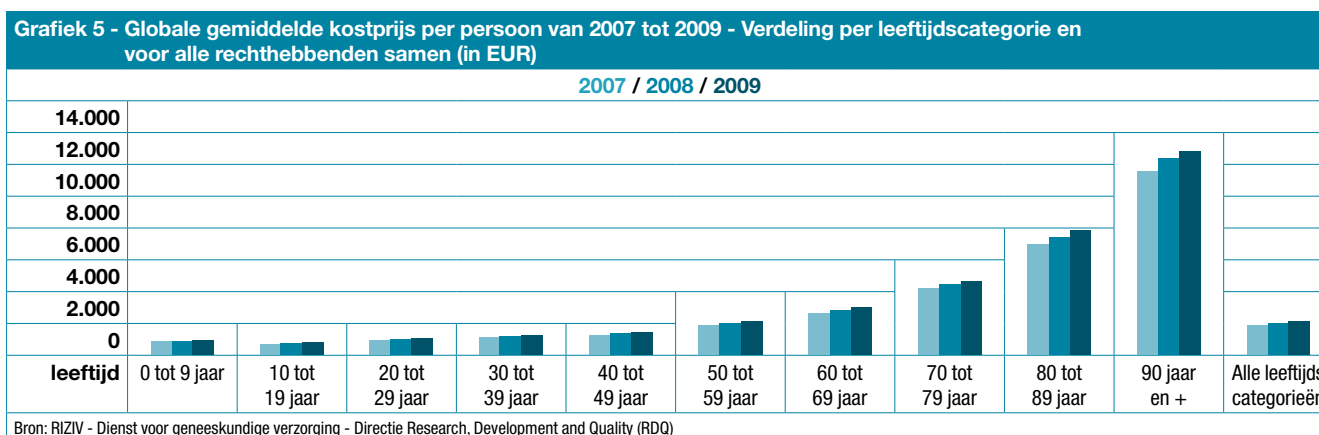
Bij de uitsplitsing volgens geslacht en leeftijd van de rechthebbenden is men uitgegaan van de nieuwe statistische gegevens met betrekking tot de ledentallen, op basis van de SIS-kaart. Sinds 1 januari 2007 zijn de oude statistieken definitief vervangen door de nieuwe.

De tabellen met de evolutie van de gemiddelde kosten per rechthebbende wijzen op een licht sterkere toename in de regeling van de zelfstandigen dan in de algemene regeling. Dit komt vooral doordat de uitbreiding van de kleine risico's van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tot de zelfstandigen (van toepassing vanaf 1 januari 2008) volledig in rekening is gebracht in 2009.

Grafiek 4 bevat de gegevens van de gemiddelde kostprijs 2009 voor de algemene regeling, uitgesplitst per geslacht, met of zonder voorkeurregeling, en per leeftijd.



Grafiek 5 bevat de globale gemiddelde kostprijs per persoon van 2007 tot 2009, per leeftijdscategorie en voor alle rechthebbenden samen.



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

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 tandheelkundigen tijdens het boekjaar 2009.

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

Tabel 8 bevat het terugbetaalde bedrag, gegenereerd door geneesheren of tandheekkundigen, en het aantal geneesheren of tandheekkundigen 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 tandheekkundigen.

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

De hoofding "tandheekkundigen" groepeerde de zorgverleners die de kwalificatie van geneesheerspecialist in de stomatologie hebben en diegenen die de kwalificatie van tandarts-stomatoloog hebben. De bedragen en akten voor de tandheekkundigen bevatten dus ook die voor de stomatologieverstrekkingen.

Tabel 8 - Terugbetaalde bedragen (in EUR) inzake de voorschriften van technische handelingen en de verstrekkingen - boekjaar 2009					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesh.-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheekkundigen
Voorschriften technische handelingen	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	1.158.826.782,49 17.525	52.156.218,24 2.926	1.212.520.089,22 21.851	2.423.503.089,95 42.302	9.922.491,68 3.613
Gehospitaliseerde patiënten	15.309.918,06 7.337	35.920.052,61 2.704	713.760.174,21 16.417	764.990.144,88 26.458	1.809.085,14 416
Totaal - Voorschriften technische handelingen	1.174.136.700,55 17.795	88.076.270,85 3.013	1.926.280.263,43 22.305	3.188.493.234,83 43.113	11.731.576,82 3.658
Voorgeschreven farmaceutische specialiteiten	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
	1.866.837.662 18.866	35.765.822 2.806	756.130.332 24.072	2.658.733.817 45.744	8.739.181 7.998
Verstrekkingen	Bedragen - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	1.128.790.832,99 13.462	2.896.082,08 1.175	2.840.792.677,13 19.070	3.972.479.592,20 33.707	773.812.663,08 7.918
Gehospitaliseerde patiënten	9.705.434,16 3.160	8.656.792,14 1.167	1.690.041.389,19 16.326	1.708.403.615,49 20.653	9.093.100,11 970
Totaal - Verstrekkingen	1.138.496.267 13.519	11.552.874 1.413	4.530.834.066 19.308	5.680.883.208 34.240	782.905.763 7.919

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)

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

Tabel 9 - Uitsplitsing van het aantal akten inzake voorschriften technische handelingen en verstrekkingen - boekjaar 2009					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesheren-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheekundigen
Voorschriften technische handelingen	Aantal akten - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	212.844.651 17.525	7.057.395 2.926	132.908.571 21.851	219.904.972 42.302	504.587 3.613
Gehospitaliseerde patiënten	5.797.983 7.337	13.112.633 2.704	98.830.919 16.417	117.741.535 26.458	134.225 416
Totaal - Voorschriften technische handelingen	218.642.634 17.795	20.170.028 3.013	231.739.490 22.305	337.646.507 43.113	638.812 3.658
Verstrekkingen	Aantal akten - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	58.597.390 13.462	135.660 1.175	197.670.733 19.070	256.403.783 33.707	27.886.066 7.918
Gehospitaliseerde patiënten	739.573 3.160	205.924 1.167	110.514.122 16.326	111.459.619 20.653	141.020 970
Totaal - Verstrekkingen	59.336.963 13.519	341.584 1.413	308.184.855 19.308	367.863.402 34.240	28.027.086 7.919

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 2008 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 tandheekundigen.

! 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 2009) (1)

ATC		Algem. geneeskundigen	Specialisten	Stagiairs	Tandartsen	Totaal
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling (bv. maagproblemen, diabetes)	215.417.159	59.210.582	2.790.065	195.514	277.613.319
B	Bloed en bloedvormende organen (bv. antistollingsmiddelen)	117.742.801	44.821.607	3.826.968	89.095	166.480.470
C	Hart vaatstelsel (bv. hoge bloeddruk, cholesterol)	585.025.163	56.144.690	3.961.985	429.866	645.561.704
D	Dermatologische preparaten (bv. schimmeldodende middelen, acne)	14.643.722	11.959.738	361.907	33.696	26.999.063
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (contraceptiva)	19.073.103	11.389.167	378.731	30.357	30.871.358
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd	38.162.704	35.698.727	1.676.063	61.977	75.599.470
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (bv. antibiotica, aids, vaccins)	161.398.775	88.120.114	5.747.846	6.126.581	261.393.316
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen (bv. kanker, antibraakmiddelen)	85.189.887	250.462.282	6.617.163	127.545	342.396.876
M	Skeletspierstelsel (bv. ontstekingsremmers)	83.491.584	13.855.919	808.279	1.138.024	99.293.806
N	Zenuwstelsel (bv. antidepressiva)	331.325.654	114.619.807	6.957.974	277.863	453.181.298
P	Antiparasitaire middelen	431.970	357.995	32.398	30.247	852.610
R	Ademhalingsstelsel (bv. astma, chronische obstructieve bronchopneumopathie: COPD)	186.697.083	39.906.857	1.701.263	175.545	228.480.748
S	Zintuiglijke organen (bv. geneesmiddelen voor de ogen)	7.041.581	24.539.234	548.647	19.715	32.149.177
V	Diverse middelen (bv. zuurstof)	21.196.477	5.043.615	356.535	3.157	26.599.784
	Totaal	1.866.837.662	756.130.332	35.765.822	8.739.181	2.667.472.998

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

(1) Enkel de door de verzekering 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 remgelden die de patiënten betalen.

EVOLUTIE 2005-2009

Tabel 11 geeft de evolutie over de periode 2005 - 2009 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 2009 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)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	243.306.790	231.754.898	241.165.605	280.294.250	278.976.061
B	Bloed en bloedvormende organen	125.024.156	131.738.415	137.272.936	154.903.221	167.430.833
C	Hart vaatstelsel	559.225.301	531.549.971	564.433.388	626.655.808	647.993.771
D	Dermatologische preparaten	33.403.433	26.453.737	25.247.958	28.143.115	27.204.917
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	46.248.180	45.450.414	33.015.279	33.462.881	31.050.768
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	58.769.398	61.408.791	66.549.252	74.144.013	75.883.237
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	204.997.079	188.441.231	213.291.514	267.644.064	263.166.333
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	222.618.652	235.909.456	262.076.815	316.676.050	343.824.157
M	Skeletspierstelsel	103.635.286	96.671.904	100.696.693	107.615.037	99.776.989
N	Zenuwstelsel	363.700.692	369.670.798	398.511.032	444.084.225	456.044.066
P	Antiparasitaire middelen	636.327	663.227	717.417	826.041	856.991
R	Ademhalingsstelsel	190.130.762	188.639.261	200.607.048	218.811.046	229.364.457
S	Zintuiglijke organen	27.718.030	27.417.308	27.840.449	31.047.802	32.369.039
V	Diverse middelen	24.171.899	25.310.014	26.471.136	27.009.934	26.895.357
	Totaal	2.203.585.986	2.161.079.426	2.297.896.521	2.611.317.487	2.680.836.978
	Remgeld (in EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	50.361.154	54.667.946	53.725.591	59.617.182	55.795.723
B	Bloed en bloedvormende organen	18.802.239	22.998.687	23.628.692	25.890.771	27.011.665
C	Hart vaatstelsel	153.349.258	156.810.352	159.485.142	167.895.753	163.359.876
D	Dermatologische preparaten	7.031.960	7.242.346	6.897.084	7.325.916	6.881.049
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	17.205.439	30.880.962	34.193.087	34.437.131	30.906.693
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	5.281.156	5.187.560	5.256.902	5.726.082	5.531.586
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	58.374.394	53.898.936	56.642.528	62.478.668	61.713.564
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	1.728.734	1.920.389	1.927.076	2.208.345	2.347.275
M	Skeletspierstelsel	32.811.740	32.500.628	32.083.426	34.052.621	33.063.269
N	Zenuwstelsel	91.453.107	91.573.733	96.621.394	104.236.072	100.515.409
P	Antiparasitaire middelen	235.127	224.020	216.751	249.642	258.428
R	Ademhalingsstelsel	68.152.172	68.897.692	73.142.239	80.306.706	84.353.215
S	Zintuiglijke organen	6.816.853	7.097.230	7.108.657	7.819.169	7.959.832
V	Diverse middelen	355.133	257.941	238.082	239.860	221.221
	Totaal	511.958.466	534.158.423	551.166.651	592.483.916	579.918.807
	DDD (in EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	372.712.392	384.394.440	423.673.920	499.523.434	545.189.296
B	Bloed en bloedvormende organen	75.088.485	77.763.177	83.967.640	140.043.521	321.887.533
C	Hart vaatstelsel	1.411.582.580	1.498.341.012	1.594.313.633	1.780.031.213	1.872.025.432
D	Dermatologische preparaten	25.514.415	24.145.865	23.117.279	25.648.862	25.502.862
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	168.437.541	266.487.596	295.803.969	305.454.168	295.266.822
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	123.505.533	128.208.434	135.317.330	150.926.776	156.702.810
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	104.628.076	104.159.992	110.981.476	122.406.962	126.781.859
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	35.358.420	35.816.674	38.342.829	43.463.521	45.686.073
M	Skeletspierstelsel	212.745.462	210.959.270	219.811.839	241.164.670	243.940.072
N	Zenuwstelsel	361.177.780	380.824.893	404.325.614	447.039.672	465.813.655
P	Antiparasitaire middelen	1.345.255	1.384.157	1.497.254	1.738.585	1.853.421
R	Ademhalingsstelsel	323.374.415	327.800.955	345.644.855	375.367.507	394.045.604
S	Zintuiglijke organen	71.430.006	69.940.482	70.584.552	74.771.057	73.043.805
V	Diverse middelen	1.354.202	1.425.345	1.498.859	1.556.027	1.565.211
	Totaal	3.288.254.561	3.511.652.291	3.748.881.050	4.209.135.977	4.569.304.454

Tabel 11 - Voorschriften van farmaceutische specialiteiten - Verdeling volgens de ATC-klassen (vervolg)

	Gemiddelde kost (terugbetaalde bedragen/DDD) (in EUR)	2005	2006	2007	2008	2009
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	0,65	0,60	0,57	0,56	0,51
B	Bloed en bloedvormende organen	1,67	1,69	1,63	1,11	0,52
C	Hartvaatstelsel	0,40	0,35	0,35	0,35	0,35
D	Dermatologische preparaten	1,31	1,10	1,09	1,10	1,07
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	0,27	0,17	0,11	0,11	0,11
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	0,48	0,48	0,49	0,49	0,48
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	1,96	1,81	1,92	2,19	2,08
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	6,30	6,59	6,84	7,29	7,53
M	Skeletspierstelsel	0,49	0,46	0,46	0,45	0,41
N	Zenuwstelsel	1,01	0,97	0,99	0,99	0,98
P	Antiparasitaire middelen	0,47	0,48	0,48	0,48	0,46
R	Ademhalingsstelsel	0,59	0,58	0,58	0,58	0,58
S	Zintuiglijke organen	0,39	0,39	0,39	0,42	0,44
V	Diverse middelen	17,85	17,76	17,66	17,36	17,18

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

Het is opvallend hoe de terugbetaalde bedragen (uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging) dalen in 2006. De daling werd al ingezet in 2005, na jaren van vrij aanzienlijke stijging. Ze is hoofdzakelijk te wijten aan budgettaire maatregelen die in de sector genomen zijn en die geleid hebben tot vermindering van de kosten van geneesmiddelen.

In 2007 en 2008 is het stijgingspercentage opnieuw op een niveau vergelijkbaar met de jaren vóór 2005 (+6,3% en +7,8%).

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 is positief, maar ligt een stuk lager (+2,7%)

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)
- N (antidepressiva).

Ondanks de verlaging van de gemiddelde kost, liggen de uitgaven voor de klassen A, B en C een stuk hoger in 2009 dan in 2005. 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 2005-2009					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeiders	16.077.207 567.898.138	17.075.244 614.736.217	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914
Bedienden	6.845.310 257.436.913	7.250.513 278.257.855	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296
Verbeteringen vorige dienstjaren	-58	786	-108.488	-6.248	1.158
Algemeen totaal	22.922.517 825.334.993	24.325.757 892.994.858	26.875.092 998.675.055	28.580.101 1.107.650.196	29.433.296 1.210.223.367
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,11% 4,73%	6,12% 8,20%	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

 De 1^e periode van arbeidsongeschiktheid wordt “primaire uitkeringsperiode” genoemd. Na één jaar ziekte komt de gerechtigde die nog arbeidsongeschikt erkend is in een periode van invaliditeit (zie cijfers in punt c).

Tabel 1 geeft het aantal dagen en de bedragen weer die werden uitgekeerd tussen 2005 en 2009 voor de periode van primaire ongeschiktheid, volgens de sociale stand. Het aantal dagen en de uitgekeerde bedragen liggen 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 arbeiders en 30 dagen voor bedienden. Arbeiders zijn dus vlugger ten laste van de uitkeringsverzekering.
- De aard van de arbeid die beide beroepsgroepen verrichten. Arbeiders voeren vaker fysiek zware en gevaarlijke taken uit dan bedienden. 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 2005 - 2009						
Duur in dagen	2005	2006	2007	2008	2009	% 2009
1 - 14 dagen	42.743	40.384	44.037	43.340	45.165	11,53%
15 - 98 dagen	214.522	217.785	224.995	229.588	217.828	55,62%
99 - 337 dagen	71.168	75.194	81.810	85.014	87.108	22,24%
338 - 365 dagen	28.384	30.475	34.072	38.266	41.547	10,61%
Totaal	356.817	363.838	384.914	396.208	391.648	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 totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid, uitgedrukt in dagen. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid eindigde in het betreffende jaar zelf mogen opgeteld worden in een categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid niet verder reikt dan het gewaarborgde loon en die bijgevolg niet vergoed zijn door de uitkeringsverzekering, zijn niet opgenomen in deze cijfers. Als de arbeidsongeschiktheid verder reikt dan het gewaarborgde loon, dan wordt het geval voor de ganse duur van de arbeidsongeschiktheid in aanmerking genomen.

De gevallen met een duur van minder dan 15 dagen zijn voornamelijk werklozen. Werklozen hebben geen recht op gewaarborgd loon en zijn dus vanaf de 1^e dag ten laste van de uitkeringsverzekering. In 2009 vertegenwoordigde deze groep 11,53% van het totale aantal gevallen.

De meeste primaire arbeidsongeschikten waren in 2009 tussen de 15 en 98 dagen werkonbekwaam (55,62%). Binnen de drie maanden hervatte de meerderheid van de arbeidsongeschikten zijn beroepsactiviteiten. Daarna nam het aantal arbeidsongeschikten in 2009 gestaag af (22,24% of 87.108 gevallen met een duur tussen 99 en 337 dagen).

De laatste periode in primaire arbeidsongeschiktheid (338-365 dagen) bevatte nog 10,61% van het totale aantal gevallen. Deze gerechtigden, die bijna een jaar lang arbeidsongeschikt zijn, hebben ernstige gezondheidsproblemen. Van 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 2005-2009										
Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Arbeiders	59,81	139,63	62,23	139,80	64,04	145,42	66,61	148,27	71,20	143,36
Bedienden	67,40	57,73	68,73	58,64	70,50	61,44	72,10	62,72	73,85	63,69
Totaal	61,88	100,64	64,03	101,12	65,84	105,34	68,15	107,16	71,98	104,90

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 3 toont:

- o de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid
- o het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden.


De duur van de periode van gewaarborgd loon 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 2005-2009										
Vergoede dagen - Uitgaven										
	2005	2006	2007	2008	2009					
Periode van moederschapsrust										
Arbeidsters	2.572.969	104.170.454	2.582.286	107.253.622	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792
Bedienden	4.226.842	232.449.686	4.270.366	241.743.027	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093
Totaal	6.799.811	336.620.140	6.852.652	348.996.649	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885
Periode van werkverwijdering										
Arbeidsters	552.789	15.353.187	577.270	16.430.084	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809
Bedienden	1.220.260	37.381.411	1.288.481	40.496.480	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484
Totaal	1.773.049	52.734.598	1.865.751	56.926.564	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293
Totaal ten laste van de uitkeringsverzekering (1)	1.286.548		1.371.804		1.411.320		1.462.487		1.466.591	
Vaderschapsverlof	365.195	29.770.559	373.764	31.115.154	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511
Adoptieverlof	12.312	856.063	8.905	630.344	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692
Verbeteringen vorige dienstjaren		- 7.111		-105		30		1.695		114
Algemeen totaal	8.950.367	419.974.249	9.101.072	437.668.606	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,21%	7,55%	1,68%	4,21%	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%
Invaliditeit	68.910	2.892.439	72.432	3.088.540	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970
(1) Aantal dagen ten laste van de uitkeringsverzekering na aftrek van de dagen die uiteindelijk door het Fonds voor beroepsziekten worden uitgekeerd.										
(2) Nog niet beschikbaar.										
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken										

Tabel 4 bevat vier soorten uitgaven.

○ **Uitgaven voor de moederschapsverzekering**

 De **moederschapsverzekering** verleent een vervangingsinkomen tijdens de periode van moederschapsbescherming. De periode van voorbevallingsrust begint op verzoek van de betrokkene ten vroegste de 6^e week vóór de vermoedelijke datum van bevalling. De nabevallingsrust strekt zich uit over een periode van negen weken, die begint op de dag van de bevalling.

Voor moederschapsrust was er in 2009 een bedrag uitgekeerd van 405.812.885 EUR voor 7.186.928 dagen.

Als de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, dan worden de dagen en de bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2009 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 4.354.970 EUR voor 92.782 dagen.

○ **Uitgaven voor de werkverwijdering**

De arbeidswet van 16 maart 1971 legt aan de werkgever bepaalde verplichtingen op die van toepassing zijn wanneer een werkneemster zwanger is. Als de uitoefening van haar werk risico's met zich meebrengt, dan moet de werkneemster die vermijden tijdens haar zwangerschap. Zij kan in die periode van het werk worden verwijderd en heeft daardoor recht op een vergoeding. In 2009 waren er 1.942.649 dagen vergoed, wat neerkwam op een bedrag van 65.600.293 EUR.

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. Sinds de invoering van de maatregel zijn het aantal dagen en de uitgaven gestegen tot 2008 alvorens te stabiliseren in 2009. De ingevoerde maatregel is dan ook succesvol.

o Uitgaven voor adoptieverlof

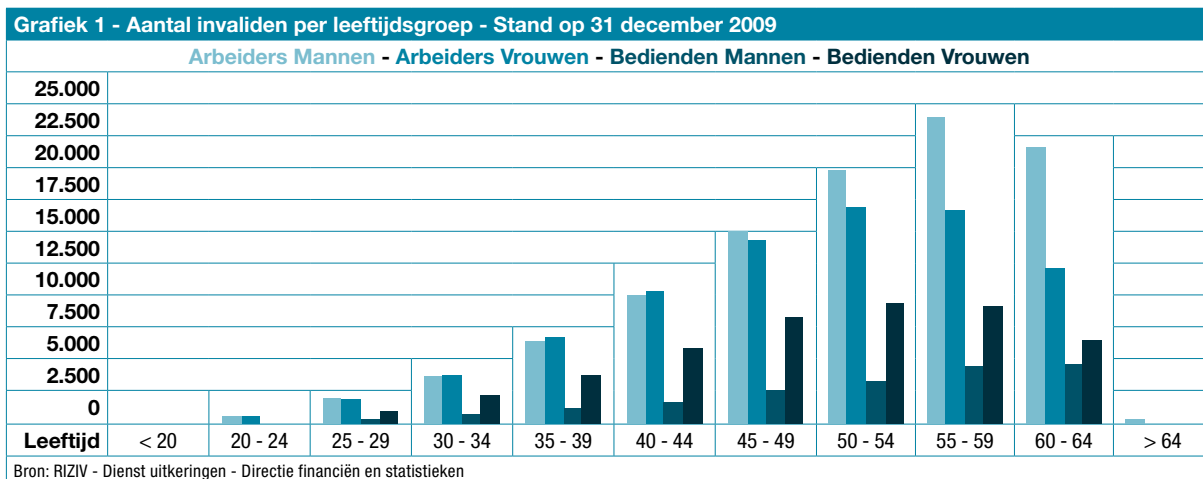
Vanaf 25 juli 2004 heeft een werknemer die een kind in zijn gezin onthaalt in het kader van een adoptie, recht op adoptieverlof. Het verlof duurt maximum zes weken (een aaneengesloten periode) als het kind bij het begin van dit verlof jonger is dan drie jaar, en vier weken in de andere gevallen. Het recht op adoptieverlof loopt af op het moment dat het kind acht jaar wordt. Het adoptieverlof is, net als het vaderschapsverlof, een succes.

Het aantal dagen steeg met 3.334 van 2008 naar 2009, al was er wel een daling van 2005 naar 2008.

c. Algemene regeling - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2009					
Leeftijdsgroep	Arbeiders Mannen	Arbeiders Vrouwen	Bedienden Mannen	Bedienden Vrouwen	Totaal
< 20	4	3	0	0	7
20 - 24	496	454	46	168	1.164
25 - 29	1.897	1.772	256	890	4.815
30 - 34	3.551	3.674	640	2.133	9.998
35 - 39	6.191	6.555	1.108	3.655	17.509
40 - 44	9.762	10.126	1.569	5.815	27.272
45 - 49	14.686	13.912	2.446	8.079	39.123
50 - 54	19.303	16.563	3.170	9.141	48.177
55 - 59	23.376	16.272	4.327	8.875	52.850
60 - 64	21.135	11.866	4.439	6.315	43.755
> 64	244	147	60	88	539
Totaal	100.645	81.344	18.061	45.159	245.209

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken



Tabel 5 en grafiek 1 tonen zeer duidelijk aan dat het aantal invaliden stijgt met de leeftijd. Deze vaststelling is logisch, want de kans om ziek te worden, stijgt met de leeftijd.

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2005-2009

Ziektegroep	2005	2006	2007	2008	2009
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	1.952	1.969	2.024	2.108	2.131
2. Gezwollen	12.197	12.918	13.592	14.266	15.103
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.152	5.214	5.308	5.430	5.598
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	368	373	390	392	413
5. Psychische stoornissen	68.272	70.833	74.054	78.112	83.247
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	13.024	13.450	13.821	14.347	14.883
7. Ziekten van het hartvaatstelsel	19.517	19.415	19.372	19.216	19.427
8. Ziekten van de ademhalingswegen	5.868	5.749	5.664	5.562	5.669
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	5.973	5.971	6.052	6.143	6.247
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	1.917	1.990	2.002	2.009	2.042
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambled	339	389	436	510	523
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	1.073	1.145	1.203	1.241	1.320
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	52.951	55.441	58.032	60.595	65.146
14. Congenitale afwijkingen	1.442	1.449	1.510	1.536	1.577
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	30	27	27	26	19
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.487	4.734	4.895	4.884	5.260
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	14.033	14.755	15.302	15.776	16.538
Niet bepaald	0	0	0	0	66
Totaal	208.595	215.822	223.684	232.153	245.209

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van 2005 tot en met 2009, volgens de ziektegroep waarin de invaliden erkend zijn.

De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 5, 13 en 7. Op 31 december 2009 bedroegen de percentages van invaliden in deze ziektegroepen respectievelijk 33,95%, 26,57% en 7,92%. In de periode van 2005 tot 2009 is het aantal invaliden met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen, enz.) sterk gestegen. Ook de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma, enz.) blijven een belangrijke oorzaak van invaliditeit. De ziekten in verband met het hart- en vaatstelsel (hartinfarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose enz.) zijn de 3^e belangrijkste ziektegroep, maar nemen in belang af behalve in 2009, terwijl het aantal gezwellen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2005-2009

Vergoede dagen - Uitgaven										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Arbeiders - Mannen	28.468.469	1.062.734.611	28.495.318	1.087.268.796	28.923.219	1.123.689.505	29.419.743	1.206.384.896	30.038.025	1.273.293.957
Arbeiders - Vrouwen	18.363.862	542.866.471	19.212.986	581.266.548	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571
Arbeiders - Totaal	46.832.331	1.605.601.082	47.708.304	1.668.535.344	49.146.332	1.750.593.609	50.861.835	1.914.536.806	53.121.692	2.065.215.528
Bedienden - Mannen	5.454.329	215.702.121	5.528.477	222.289.859	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664
Bedienden - Vrouwen	10.878.942	343.806.789	11.559.704	373.744.883	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015
Bedienden - Totaal	16.333.271	559.508.910	17.088.181	596.034.742	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679
Subtotaal	63.165.602	2.165.109.993	64.796.485	2.264.570.085	67.111.419	2.389.409.488	69.717.946	2.621.657.979	73.233.170	2.845.968.207
Allerlei	-327	-5.528	1.258	2.759	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038
Algemeen totaal	63.165.275	2.165.104.465	64.797.743	2.264.572.844	67.110.277	2.389.419.193	69.719.153	2.621.793.199	73.232.962	2.845.963.169
Evolutie t.o.v. vorig jaar	1,24%	3,88%	2,58%	4,59%	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 7 geeft het aantal dagen en de bedragen weer, uitgekeerd voor invaliditeit vanaf 2005 tot en met 2009.

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat het aantal uitgekeerde dagen de laatste jaren een constante groei kent. 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 dat tot op hogere leeftijd. De samenleving evolueert meer en meer naar een tweeverdienersmodel, waarbij zowel de man als de vrouw deelnemen aan het arbeidsproces. Het aantal uitkeringsgerechtigden dat sociale bijdragen betaalt en dat ook in aanmerking komt om arbeidsongeschikt te worden, stijgt dus.

○ De vergrijzing van de bevolking


De Belgische bevolking wordt ouder. 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, heeft het toenemend aantal oudere gerechtigden ook meer arbeidsongeschiktheid en invaliditeit tot gevolg.

○ Preventie

Er treden ook belangrijke verschuivingen op in de ziektebeelden die leiden tot invaliditeit. Dankzij de vooruitgang van de medische wetenschap zijn bepaalde ziekten goed te behandelen. Dat is bv. het geval voor hart- en vaatziekten: het aantal invaliden dat tot deze ziektegroep behoort, lag in 2009 een stuk lager dan 10 jaar daarvoor. 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 uitgewerkt kunnen worden, met bijzondere aandacht voor het voorkomen van de nieuw ontstane ziektebeelden. Ook de medische controle op de arbeidsongeschiktheid moet, in het kader van deze ontwikkelingen, de aandacht meer richten op de nieuwe pathologieën.

2. Regeling zelfstandigen

a. Regeling zelfstandigen - Primaire arbeidsongeschiktheid

 Het 1^e jaar arbeidsongeschiktheid wordt “primaire uitkeringsperiode” genoemd. Na één jaar ziekte komt de gerechtigde die nog arbeidsongeschikt erkend is in een periode van invaliditeit (zie cijfers in punt c).

Tabel 1 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2005-2009

Vergoede dagen - Uitgaven					
	2005	2006	2007	2008	2009
Zelfstandigen	1.520.656 38.861.837	1.571.126 40.568.670	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977
Meehelpende echtgenoten	146.620 3.525.192	131.396 3.223.749	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219
Algemeen totaal	1.667.276 42.387.029	1.702.522 43.792.419	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196
Evolutie t.o.v. vorig jaar	0,46% 2,76%	2,11% 3,32%	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 1 geeft het aantal dagen en de bedragen weer die werden uitgekeerd in de jaren 2005 - 2009 voor de periode van primaire ongeschiktheid, volgens het type van zelfstandige. In 2009 steeg het aantal dagen in het algemeen, ten opzichte van 2008, met 128.950 (+7,30%). Het aantal dagen in de categorie “zelfstandigen” steeg met 133.429 (+8,11%), terwijl het daalde met 4.479 (-3,65%) in de categorie “meehelpende echtgenoten”. De uitgaven in 2009 stegen (+12,60% ten opzichte van 2008), voornamelijk door de herwaarderingen van de forfaits primaire arbeidsongeschiktheid in 2009.

Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2005-2009

Duur in dagen	2005	2006	2007	2008	2009	% 2009
29 - 98 dagen	3.669	3.683	3.550	3.528	3.637	31,07%
99 - 337 dagen	4.056	4.105	4.078	4.170	4.407	37,65%
338 - 365 dagen	3.615	3.590	3.640	3.428	3.662	31,28%
Totaal	11.340	11.378	11.268	11.126	11.706	100,00%
Evolutie t.o.v. vorig jaar	4,41%	0,34%	-0,97%	-1,26%	5,21%	

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 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 een categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid de carenperiode van één maand niet overtreft, zijn niet opgenomen in de cijfers. Duurt de ongeschiktheid langer dan de carenperiode, dan is het geval in kwestie opgenomen voor de totale duur van de ongeschiktheid.

 De **carenperiode** is de periode die niet ten laste valt van de uitkeringsverzekering.

De tabel toont dat, in 2009, 31,07% van de gevallen tussen 29 en 98 dagen duurde, 37,65% tussen 99 en 337 dagen en 31,28% tussen 338 en 365 dagen. De periode van 338 tot 365 dagen bevat de ziektegevallen die bijna een jaar duren en die waarschijnlijk in invaliditeit treden.

Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval (in dagen) en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2005-2009

Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2005		2006		2007		2008		2009	
Mannen	142,97	20,91	140,80	20,60	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55
Vrouwen	143,08	20,24	142,45	20,48	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01
Totaal	143,01	20,69	141,34	20,56	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02

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 één maand, waarvoor er geen vergoeding is.

Verder toont de tabel het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden. Zo zien we dat er in 2009 per 1.000 zelfstandige gerechtigden 20,02 ziektegevallen zijn geregistreerd. Bij de mannelijke zelfstandige gerechtigden zijn er 19,55 ziektegevallen per 1.000 zelfstandigen, terwijl er bij de vrouwelijke gerechtigden 21,01 ziektegevallen zijn.

b. Regeling zelfstandigen - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede gevallen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2005 - 2009

GevalLEN - Uitgaven					
	2005	2006	2007	2008	2009
In primaire arbeidsongeschiktheid					
Zelfstandigen	4.725 9.508.198	5.056 10.354.587	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395
Meehelpende echtgenoten	403 805.476	320 644.280	240 538.069	250 676.360	199 557.540
Totaal	5.128 10.313.674	5.376 10.998.868	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935
In invaliditeit					
Zelfstandigen	11 22.301	12 24.386	11 18.369	14 32.156	7 19.272
Meehelpende echtgenoten	0 0	0 0	0 -1.924 (1)	0 0	0 0
Totaal	11 22.301	12 24.386	11 16.445	14 32.156	7 19.272
Evolutie t.o.v. vorig jaar	1,72% 4,58%	4,85% 6,65%	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%
Adoptieverlof					
Zelfst. + Meehelpende echtgenoten	- -	- -	25 47.554	47 90.051	33 63.442

(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.

Vanaf 1 juli 2007 bestaat de moederschapsrust uit een periode van acht weken. De gerechtigde kan er wel voor kiezen om de rust te beperken tot zes of zeven weken. De geboorte van een meerling verlengt de periode met een week. Vroeger was de periode zes weken (+ één week in geval van een meerling).

De uitgaven voor moederschapsrust tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid zijn van 2006 naar 2007 gestegen met 729.113 EUR. De invoering van de hierboven vermelde nieuwe maatregel (verlenging moederschapsrust, in werking getreden op 1 juli 2007) verklaart die stijging hoofdzakelijk. Ook van 2007 naar 2008 was er een opvallende stijging (+3.158.397 EUR). Drie aanpassingen aan de gezondheidsindex in 2008 verklaren die stijging, net als de maatregel die sinds 1 juli 2007 van kracht is (verlenging moederschapsrust). In 2008 was de maatregel immers op het hele jaar van toepassing, en in 2007 ging het maar over zes maanden. In 2009 bedroegen de uitgaven voor moederschapsrust tijdens primaire arbeidsongeschiktheid 15.219.935 EUR (+2,15% in verhouding tot 2008), voor 5.441 gevallen.

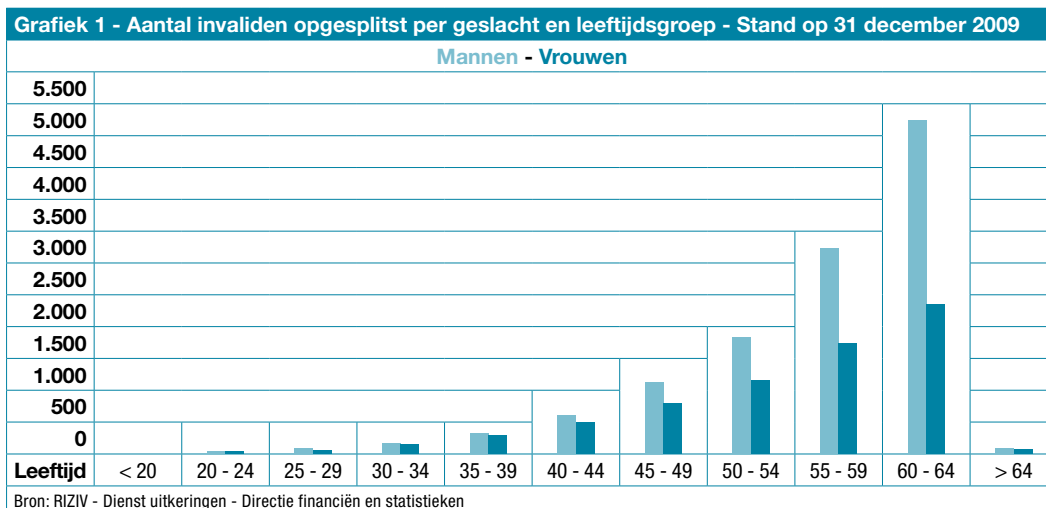
Als de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, dan worden de gevallen en bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2009 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 19.272 EUR voor 7 gevallen.

Op 1 februari 2007 werd het adoptieverlof ingevoerd. Er waren 25 gevallen van adoptieverlof in 2007, 47 gevallen in 2008 en 33 gevallen in 2009.

c. Regeling zelfstandigen - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden opgesplitst per geslacht en leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2009			
Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 20	1	0	1
20 - 24	11	11	22
25 - 29	71	32	103
30 - 34	148	127	275
35 - 39	304	262	566
40 - 44	579	461	1.040
45 - 49	1.109	785	1.894
50 - 54	1.816	1.142	2.958
55 - 59	3.213	1.720	4.933
60 - 64	5.218	2.334	7.552
> 64	65	50	115
Totaal	12.535	6.924	19.459

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken



Tabel 5 en grafiek 1 tonen 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 met de leeftijd.

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2005-2009

Ziektegroep	2005	2006	2007	2008	2009
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	169	172	181	181	186
2. Gezwollen	1.518	1.625	1.770	1.837	1.978
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	488	499	478	450	467
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	27	26	32	31	31
5. Psychische stoornissen	3.172	3.282	3.397	3.439	3.678
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	975	1.023	1.053	1.106	1.168
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	2.697	2.684	2.668	2.591	2.551
8. Ziekten van de ademhalingswegen	471	489	478	464	435
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	440	456	449	446	463
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	154	149	148	160	180
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	6	6	8	5	6
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	99	99	107	105	112
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	4.694	4.897	5.052	5.157	5.526
14. Congenitale afwijkingen	72	71	68	78	77
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	2	2	2	5	2
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	505	511	484	436	446
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	1.867	1.942	2.027	2.061	2.143
Niet bepaald	0	0	0	0	10
Totaal	17.356	17.933	18.402	18.552	19.459

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van 2005 tot 2009, volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is.

De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 13, 5 en 7. Op 31 december 2009 bedroegen de percentages van invaliden in deze ziektegroepen respectievelijk 28,40%, 18,90% en 13,11%.

In de periode 2005 tot 2009 is, net zoals bij de algemene regeling, het aantal invaliden met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen enz.), sterk gestegen. Ook de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma enz.) blijven een belangrijke oorzaak van invaliditeit. De ziekten in verband met het hart- en vaatstelsel (hartinfarct, hartritme-stoornissen, hypertensie, trombose enz.) zijn de 3^e belangrijkste ziektegroep, maar nemen procentueel gezien in belang af, terwijl het aantal gezwellen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2005-2009					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2005	2006	2007	2008	2009
Zelfstandigen					
Mannen	3.714.990 108.201.506	3.702.282 117.851.791	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300
Vrouwen	1.380.642 36.587.737	1.504.664 42.790.636	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484
Totaal	5.095.632 144.789.244	5.206.946 160.642.427	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784
Meehelpende echtgenoten					
Mannen	8.528 219.855	12.626 349.866	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060
Vrouwen	160.210 3.977.748	203.737 5.194.266	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399
Totaal	168.738 4.197.603	216.363 5.544.133	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459
Onbekend	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Algemeen totaal	5.264.370 148.986.846	5.423.309 166.186.560	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243
Evolutie t.o.v. vorig jaar	1,34% 3,30%	3,02% 11,54%	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Tabel 7 geeft het aantal dagen en de bedragen weer die uitgekeerd zijn in invaliditeit. De sterke stijging van de uitgaven in 2006 ten opzichte van 2005 (+11,54%) is in het bijzonder het gevolg van de koppeling van het forfait "met stopzetting van het bedrijf" aan het minimumbedrag "regelmatig werknemer", van toepassing in de algemene regeling op 1 januari 2006.

In 2007 stegen de uitgaven met 11,62% ten opzichte van 2006, door de koppeling van de uitkeringen aan de minimumpensioenen voor gerechtigden met gezinslast en alleenstaanden (koppeling aan het bedrag "minimumpensioen werknemer" voor de invaliden die hun bedrijf stopgezet hebben en aan het bedrag "minimumpensioen zelfstandige" voor de invaliden die hun bedrijf niet stopgezet hebben).

Van 2007 naar 2008 stegen de uitgaven met 8,87%. Drie aanpassingen aan de gezondheidsindex en twee verhogingen van de forfaits voor invaliden in 2008 kunnen dit verklaren.

Verschillenden herwaarderingen van de forfaits in 2009 verklaren de groei van 2008 naar 2009 (+7,26%).

III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) heeft als opdracht de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringsverzekering te evalueren, controleren en erover te informeren.

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 (GCGRI).

De DGEC voert zijn **informatietaak** naar de zorgverleners uit via didactische brochures, Infobox genoemd.

Door de zorgverleners te informeren over de draagwijdte van deze of gene wettelijke of reglementaire bepaling vervullen de inspecteurs hun opdracht van informatie en preventie.

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.

De evaluatieonderwerpen in verschillende domeinen voltooid in 2010 zijn:

- geëvoerde potentialen in neurologie
- impactmeting van de endotheelceltelling in oftalmologie
- impactmeting van de transvaginale echografieën
- PET-scan

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle **stelt ook de inbreuken** van zorgverleners **vast**, zowel op het vlak van de realiteit-conformiteit met de regelgeving als op dat van overconsumptie en het overdreven voorschrijven.

Hiervoor voert de dienst thematische enquêtes uit via de CENEC (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel), en ook individuele enquêtes.

1. Thematische enquêtes afgesloten in 2010

De volgende thematische enquêtes werden afgesloten in 2010:

- bronchoscopie bij geïntubeerde patiënten op intensieve zorgen
- aanrekening van forfait B in de thuisverpleging
- overfacturatie van Sévorane® in anesthesiologie
- PET-scan



Lijst van de beschikbare informatiebrochures "infobox"

- Infobox geneesheer-specialist
- Infobox huisarts – bijgewerkte versie
- Infobox verpleegkundige in de thuisverzorging
- Infobox kinesitherapeut
- Infobox apotheker

2. Individuele enquêtes

a. Afgesloten enquêtes

Tabel 1 - Aantal enquêtes afgesloten in 2010		
Bekwaming van de betrokkene	Aantal enquêtes	% op totaal enquêtes
Huisartsen	71	6,5%
Geneesheren-specialist	217	19,9%
Apothekers	130	11,9%
Tandartsen	78	7,1%
Verpleegkundigen	264	24,2%
Kinesitherapeuten	23	2,1%
Logopedisten	9	0,8%
Orthopedisten	4	0,4%
Bandagisten	4	0,4%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	5	0,5%
Gehoorthesisten	4	0,4%
Apothekers biologen	1	0,1%
Ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, -diensten of –centra	168	15,4%
ROB	16	1,5%
RVT	3	0,3%
Erkende laboratoria	4	0,4%
Verzekerden	29	2,7%
Andere	61	5,6%
Totaal	1.091	

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

b. Opgestarte enquêtes

Tabel 2 - Aantal enquêtes gestart in 2010		
Bekwaming van de betrokkene	Aantal enquêtes	% op totaal enquêtes
Huisartsen	62	7,2%
Geneesheren-specialist	161	18,6%
Apothekers	43	5,0%
Tandartsen	52	6,0%
Verpleegkundigen	198	22,9%
Kinesitherapeuten	59	6,8%
Logopedisten	4	0,5%
Orthopedisten	8	0,9%
Bandagisten	13	1,5%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	16	1,9%
Gehoorthesisten	7	0,8%
Apothekers biologen	2	0,2%
Ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, -diensten of –centra	145	16,8%
ROB	11	1,3%
Erkende laboratoria	3	0,3%
Verzekerden	27	3,1%
Andere	53	6,1%
Totaal	864	

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

c. Resultaten van de enquêtes

Tabel 3 - Resultaten van de enquêtes afgesloten in 2010		
	Aantal dossiers	% dossiers
Informatief	113	10,36%
Negatief	266	24,38%
Actie voor derden	39	3,57%
Verwittiging	82	7,52%
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	396	36,30%
Te vervolgen	161	14,76%
Te klasseren	9	0,82%
Andere	25	2,29%
Totaal	1.091	

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie “**informatief**” slaat op de dossiers die, na verhoor van de klager en/of de zorgverlener, werden afgesloten zonder dat er een inbreuk werd vastgesteld.
- De categorie “**negatief**” slaat op die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek niet gegrond bleken.
- De categorie “**actie voor derden**” bevat alle vaststellingen gedaan voor derden en overge maakt aan andere instellingen (bijv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren).
- De categorieën “**verwittiging**” en “**verwittiging met vrijwillige terugbetaling**” omvat die gevallen waar de zorgverlener bij vergissing, maar te goeder trouw, verstrekkingen ten onrechte aanrekende. In dat laatste geval wordt geen procedure bij de administratieve rechtsinstan ties ingeleid, maar een verwittiging verzonden met desgevallend de vrijwillige terugbetaling van de onverschuldigde prestaties.

Tabel 4 geeft de bedragen weer van die vrijwillige terugbetalingen.

Tabel 4 - Vrijwillige terugbetalingen - Enquêtes afgesloten in 2010		
Bekwaming van de betrokkene	Vrijwillige terugbetalingen (in EUR)	%
Huisartsen	11.096,21	0,24%
Geneesheren-specialist	1.168.565,00	25,37%
Apothekers	1.568.158,21	34,05%
Tandartsen	93.765,82	2,04%
Verpleegkundigen	363.184,27	7,89%
Kinesitherapeuten	3.845,84	0,08%
Logopedisten	2.389,44	0,05%
Bandagisten	82.740,05	1,80%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	91.707,77	1,99%
Ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, -diensten of -centra	1.131.650,41	24,57%
RVT	1.033,99	0,02%
Andere	87.841,64	1,91%
Totaal	4.605.978,65	

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie “**te vervolgen**” omvat de dossiers die werden ingediend bij een van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen.

d. Procedures

Wanneer een zorgverlener zich niet houdt aan de wettelijke en reglementaire bepalingen, wordt een administratieve procedure opgestart. Die procedure kan leiden tot opgelegde maatregelen zoals de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en/of het opleggen van een administratieve boete. Die administratieve procedure wordt gevoerd voor de rechtscolleges.

HET COMITE

De dossiers betreffende overconsumptie of het overdreven voorschrijven van verstrekkingen worden aan het Comité voorgelegd, dat kan beslissen het dossier af te sluiten zonder gevolg, het af te sluiten met een waarschuwing, of het aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg (KEA).

DE LEIDEND AMBTENAAR VAN DE DGEC

Door de gezondheidswetten van 2006 kreeg de Leidend ambtenaar (L.A.) de bevoegdheid kennis te nemen van de vaststellingen ten laste van zorgverleners die niet uitgevoerde of niet conforme prestaties hebben aangerekend.

Hij kan op basis van deze vaststellingen:

- de terugbetaling bevelen van deze onterechte aanrekeningen
- en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Drie cumulatieve voorwaarden beperken zijn bevoegdheid:

- hij behandelt slechts die zaken waar de waarde van de betwiste verstrekkingen niet hoger ligt dan 25.000 EUR
- er mogen geen aanwijzingen zijn van bedrieglijke handelingen
- er mogen geen antecedenten zijn binnen de vijf jaar die voorafgingen aan de vaststelling van de inbreuk.

Tabel 5 - Beslissingen van de L.A. in 2010

Bekwaming van de betrokkene	Aantal beslissingen	Opgelegde terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	12	52.533,87	39.935,20	15.481,86
Geneesheren-specialist	22	185.678,73	39.833,73	63.592,41
Apothekers	8	55.292,87	77.677,37	18.924,70
Tandartsen	24	78.296,46	27.203,12	18.067,28
Verpleegkundigen	72	249.845,76	94.503,22	33.277,00
Kinesitherapeuten	6	39.957,53	35.219,38	7.225,97
Logopedisten	1	4.493,42	2.246,71	2.246,71
Gehoorsprothesist	1	473,69	118,42	118,42
Ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, -diensten of -centra	1	21.415,43	0,00	0,00
ROB	2	13.214,77	462,38	462,38
Totaux	149	701.202,53	317.199,52	159.396,72

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


Aantal beroepen ingesteld tegen die beslissingen

Tabel 6 - Beroep voor KEA tegen de beslissing van de L.A. in 2010

Aantal beslissingen LA	Aantal beroepen bij de KEA	%
149	69	46

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, bijgestaan door vier leden benoemd door de Koning: twee leden op voordracht van de verzekeringsinstellingen, en twee leden op voordracht van de verschillende beroepscategorieën van zorgverleners.

Dit rechtscollege doet uitspraak:

- over de beroepen die werden ingesteld tegen de beslissingen van de L.A.

Bekwaming van de betrokkene	Aantal beslissingen	Opgelegde terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	1	58,58	0,00	58,58
Geneesheren-specialist	6	53.984,09	7.015,14	18.017,80
Tandartsen	2	15.545,49	0,00	0,00
Verpleegkundigen	1	6.916,30	5.187,23	1.729,08
Kinesitherapeuten	2	30.155,40	18.090,71	6.842,08
Logopedisten	2	15.542,50	0,00	15.542,50
Bandagisten	1	19.556,28	9.778,14	9.778,14
Andere	1	4.608,94	0,00	0,00
Totaal	16	146.367,58	40.071,21	51.968,17

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- In eerste aanleg
Zij doet in eerste aanleg ook uitspraak in alle zaken die niet tot de bevoegdheid van de L.A. behoren. Zoals de L.A. kan zij de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Bekwaming van de betrokkene	Aantal beslissingen	Opgelegde terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	1	9.054,90	0,00	0,00
Geneesheren-specialist	12	1.095.657,51	481.811,35	18.475,59
Apothekers	9	331.749,99	220.417,15	48.408,04
Tandartsen	9	228.264,66	139.627,72	77.334,21
Verpleegkundigen	13	233.751,35	231.052,40	0,00
Kinesitherapeuten	1	21.296,57	0,00	0,00
Orthopedisten	1	21.490,92	42.981,84	0,00
Totaal	46	1.941.265,90	1.115.890,46	144.217,84


Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Aantal beroepen tegen die beslissingen

Aantal beslissingen KEA (1 ^e instantie)	Aantal beroepen in KvB door de zorgverlener	%	Aantal beroepen in KvB door de DGEC	%
46	23	50	7	15

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

DE KAMER VAN BEROEP

 De **Kamer van beroep** (KvB) is eveneens een administratief rechtscollege, met een identieke samenstelling als de Kamer van eerste aanleg, met dit verschil dat enkel de voorzittende magistraat stemgerechtigd is. De vier andere leden hebben een adviserende stem.

Zij spreekt zich in graad van beroep uit over de beroepen ingesteld tegen de beslissingen van de Kamer van eerste aanleg.


Tabel 10 - Beslissingen van de KvB in 2010

Bekwaming van de betrokkene	Aantal beslissingen	Opgelegde terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	1	53.526,18	0,00	0,00
Geneesheren-specialist	8	14.938,78	0,00	0,00
Apothekers	3	7.466,59	59.427,41	0,00
Tandartsen	2	105.781,82	194.010,11	0,00
Verpleegkundigen	6	31.432,31	0,00	0,00
Apothekers biologen	3	0,00	0,00	0,00
Totaal	23	213.145,68	253.437,52	0,00

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

e. Rechtspraak

Het RIZIV publiceert op zijn website de definitieve beslissingen (geanonimiseerd) van de Leidend ambtenaar, de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep,.

 Meer info op de website het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners > Algemene info > Rechtspraak van de bestuurlijke en juridictionele 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 zeven verzekeringsinstellingen (V.I.)¹ 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 (FOD) financiën en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, om ervoor te zorgen dat het recht op die drie 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.

@ 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.

Hierna volgt, voor de jaren 2009 en 2010, een selectie van 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.

i De DAC maakt ook statistieken over de sociaal verzekerden: zie 5^e deel, V.

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

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 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%.

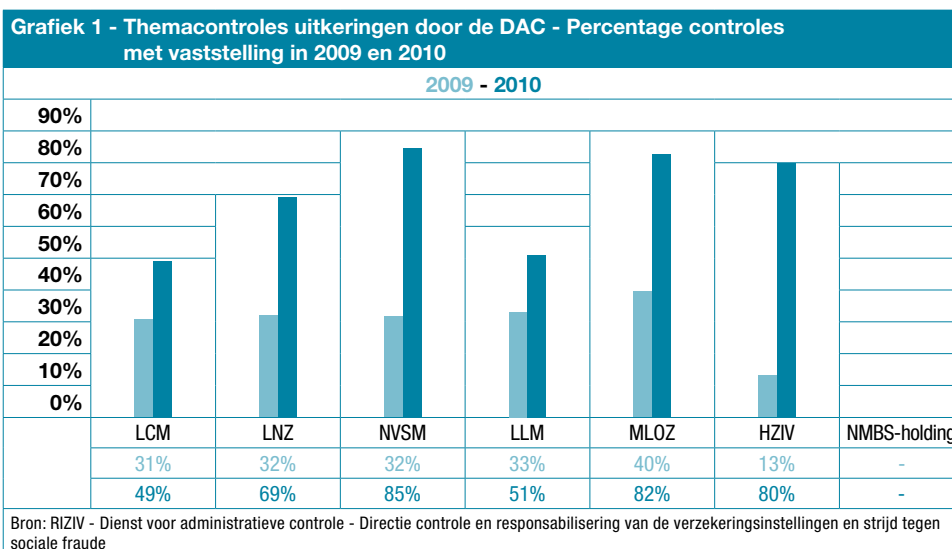
De doelgroep van de controles verschilt van themacontrole tot themacontrole. Het aantal aangesloten leden per ziekenfonds is bijgevolg niet het enige criterium voor het organiseren van de controles.

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.

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 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.

! 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)”.

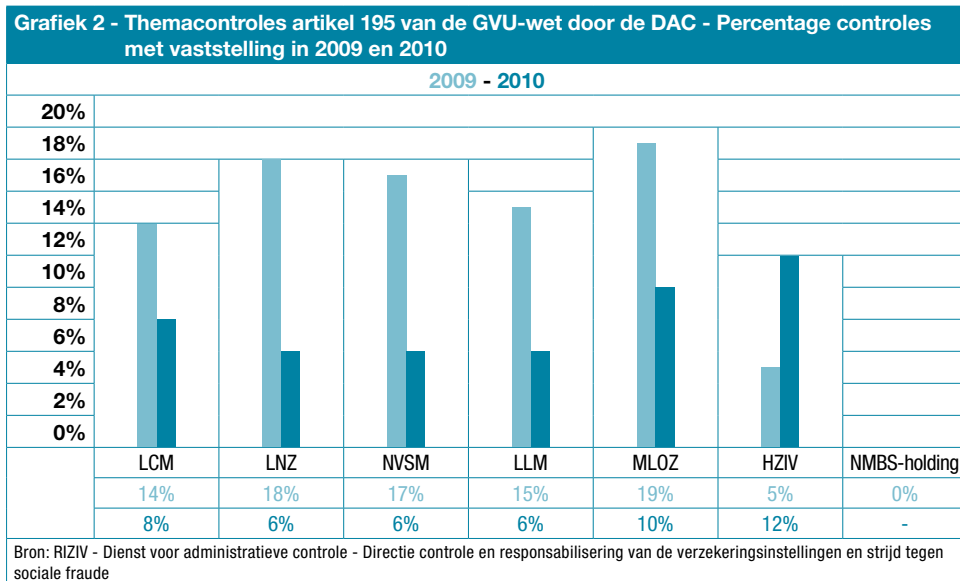
Personen of organisaties die ten onrechte prestaties hebben ontvangen van de GVU-verzekering zijn verplicht om de waarde ervan te vergoeden aan de V.I. die ze heeft uitbetaald (artikel 164 van de GVU-wet). De V.I. zijn op hun beurt verplicht om die prestaties terug te vorderen en de bedragen ervan op 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 GVU-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

@ Meer informatie over de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen staat op het internet: www.cdm-ocz.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.



+

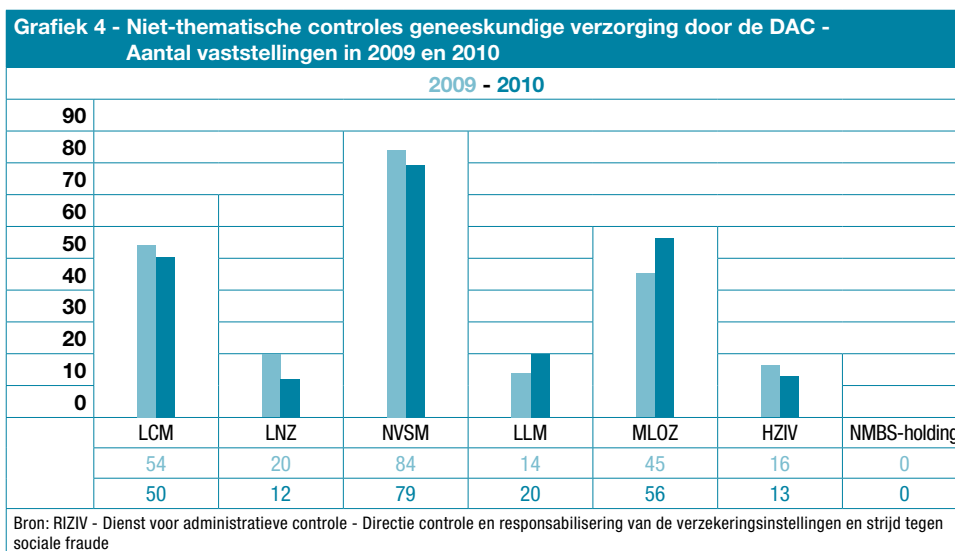
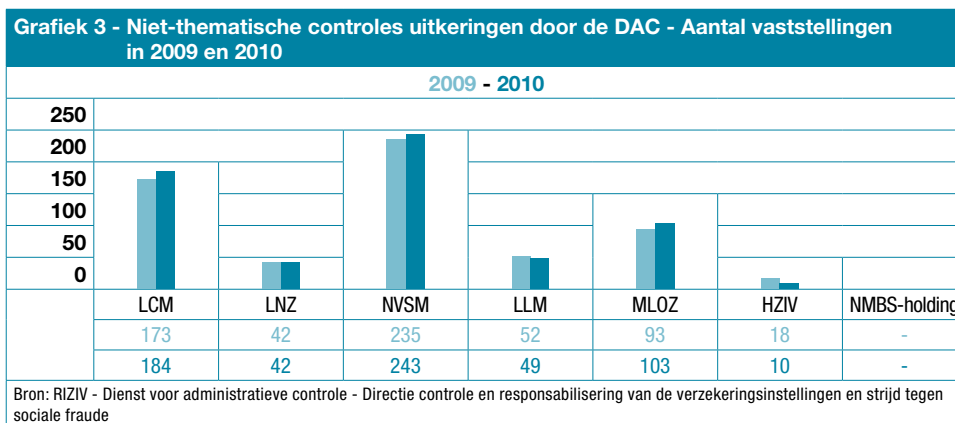
De Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen is bevoegd voor de uitvoering van en de controle op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (statuten, boekhouding, regels inzake aanvullende verzekering, enz.).

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.

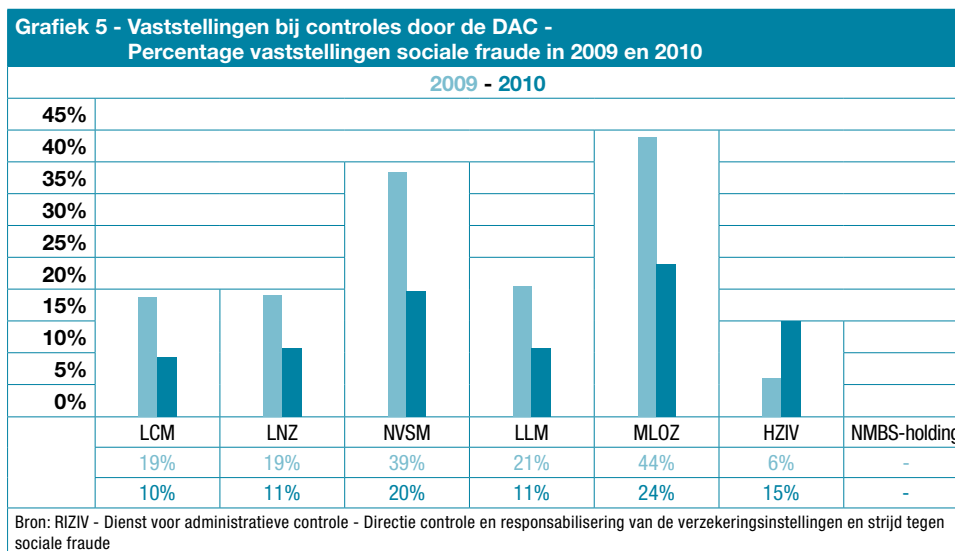
De oorsprong van die controles is divers: ze kunnen gebeuren op vraag van derden, in antwoord op klachten of vragen van arbeidsauditeurs, op aangeven van andere diensten van het RIZIV, van kabinetten of van andere sociale instellingen, enz. De nadruk bij deze controles ligt vaak op het geven van informatie.



3. Strijd tegen sociale fraude

De strijd tegen sociale fraude is essentieel voor de DAC (zie ook 4^e Deel, II. Strijd tegen sociale fraude: balans van de acties). 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.

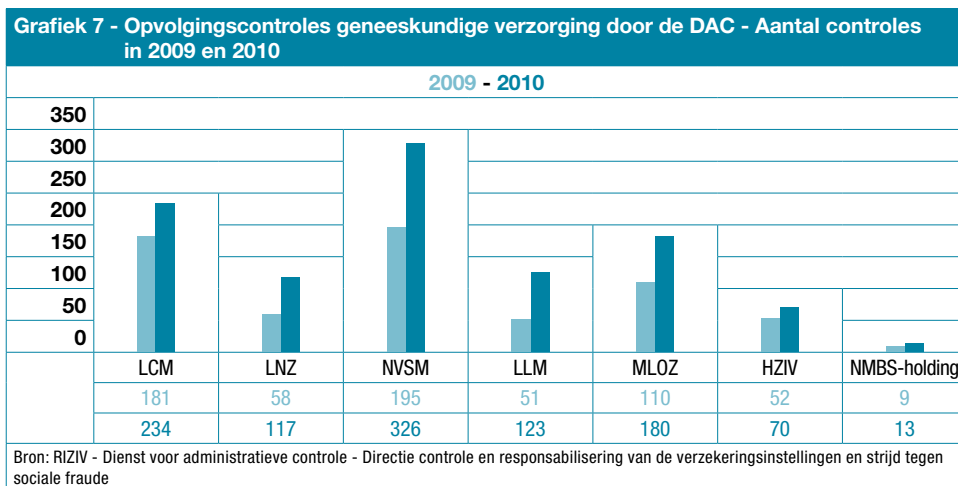
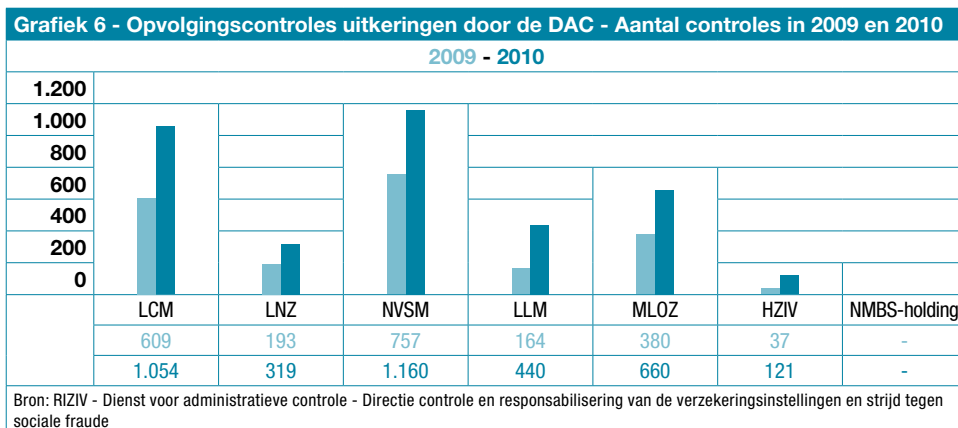


Om de strijd tegen sociale fraude op te voeren, is de DAC in de bestuursovereenkomst 2010-2012 het engagement aangegaan om via “datamatching” cumulatie van GUV-uitkeringen en aan de RSZ aangegeven prestaties op te sporen, om mee te werken aan de opsporing en bestrijding van fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid en om jaarlijks een rapport over de fraudebestrijding op te stellen.

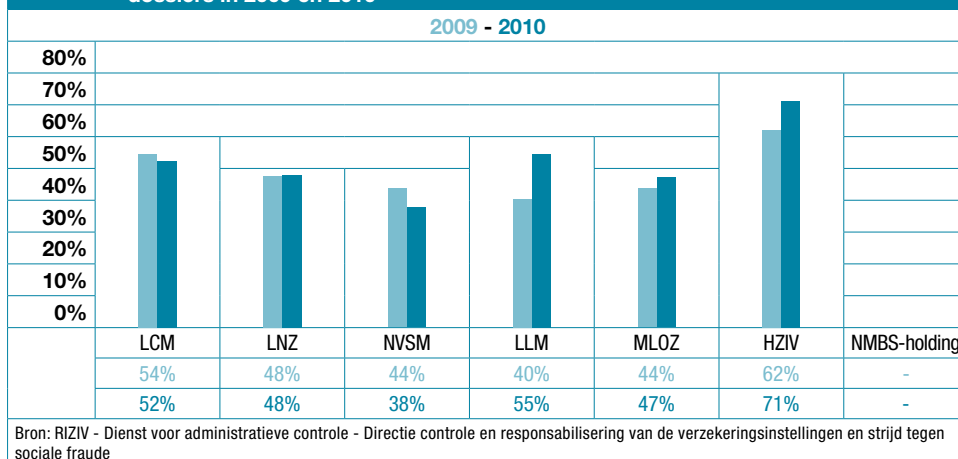
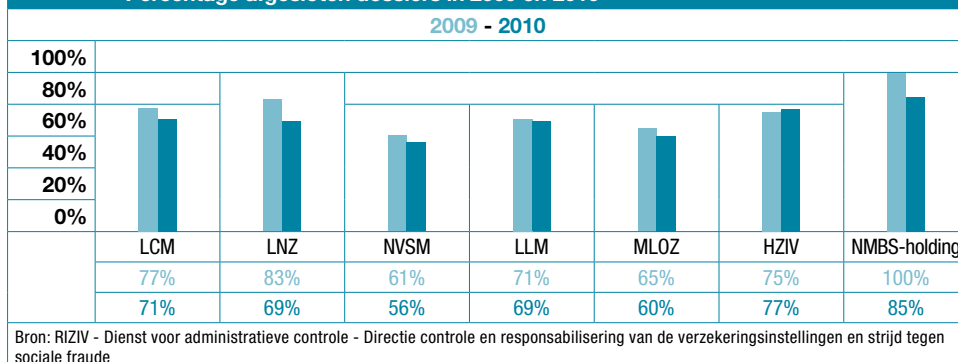
4. Opvolgingscontroles

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.

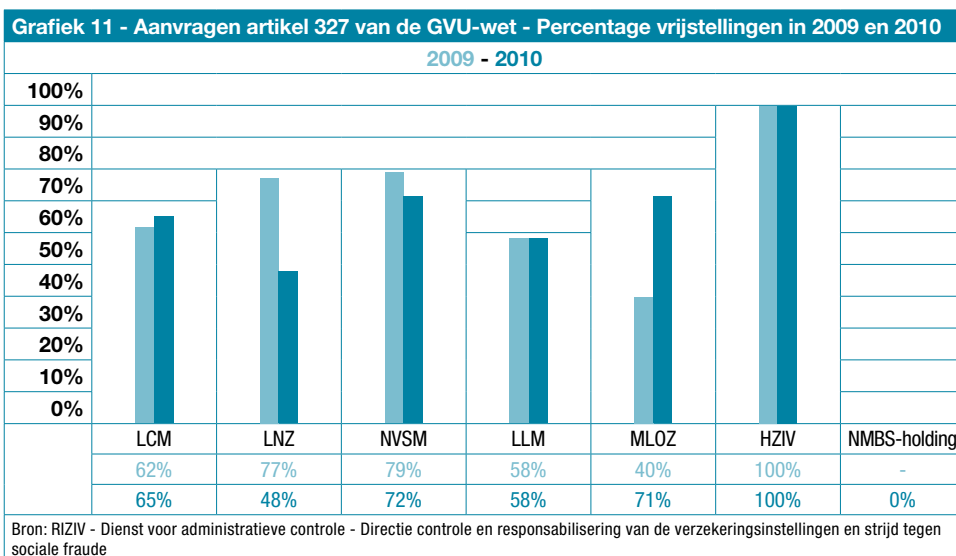
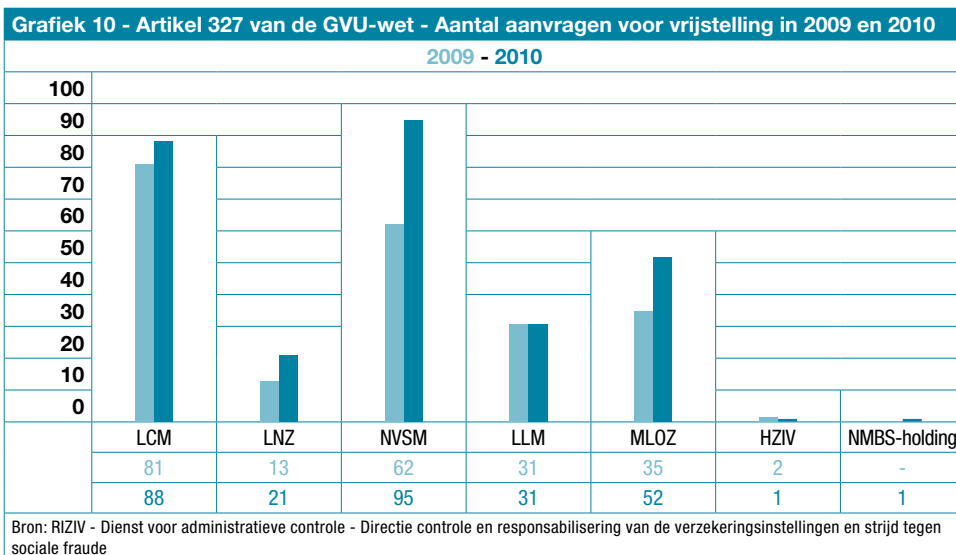
Grafiek 8 - Eerste opvolgingscontroles uitkeringen door de DAC - Percentage afgesloten dossiers in 2009 en 2010**Grafiek 9 - Eerste opvolgingscontroles geneeskundige verzorging door de DAC - Percentage afgesloten dossiers in 2009 en 2010**

5. Terugvordering

Als de V.I. er niet in slagen om niet-verschuldigde prestaties van sociaal verzekerden terug te vorderen (zie ook 1. Themacontroles) 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 gevallen (artikel 327 van de Gvu-wet):

- 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.



V. Statistieken van de sociaal verzekerden

Dit deel handelt over de evolutie van de personen die recht hebben op prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen naar regeling en verzekeringsinstelling (V.I.). Hiertoe moeten ze aansluiten bij een ziekenfonds.

De gegevens in dit deel zijn gebaseerd op de bestanden van de leden van de ziekenfondsen (ook “ledentallen” genoemd). De verzekeringsinstellingen (V.I.) maken deze bestanden twee keer per jaar over 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.

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 arbeidssactiviteiten uitoefent.

De verzekering voor geneeskundige verzorging kent twee categorieën rechthebbenden, namelijk gerechtigden en personen ten laste.

- Gerechtigden zijn de personen tot wie de verzekering zich in de eerste 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 descendenten.

Vanaf 1993 onderscheiden we naast de rechthebbenden een categorie van niet-verzekerde rechthebbenden. Met deze “niet-verzekerde rechthebbenden” worden de personen bedoeld die niet langer de voorwaarden vervullen om recht te hebben op prestaties. Meer bepaald gaat het daarbij om personen waarvoor met betrekking tot het voorafgaand kalenderjaar (en vanaf 1998: het tweede voorafgaande kalenderjaar):

- geen bijdragegegevens werden overgemaakt aan hun ziekenfonds
- en de vereiste bewijsstukken niet bezorgden aan hun ziekenfonds
- bijdragegegevens met een onvoldoende waarde aan hun ziekenfonds werden overgemaakt
- en die weigerden hun verschuldigde persoonlijke bijdrage te betalen

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 de regeling

Tot eind 2007 ressorteerden 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 wegens 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 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 één stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging.

Wel is het nog zo dat de uitgaven voor kosten van geneeskundige verzorging voor personen die de hoedanigheid van zelfstandige hebben, of een duidelijke band hebben met deze hoedanigheid, in principe gefinancierd worden vanuit het globaal financieel beheer van de sociale zekerheid der zelfstandigen, en niet vanuit het globaal financieel beheer van de sociale zekerheid der werknemers. Op basis hiervan kan men deze aantallen wel nog afzonderlijk vermelden. Het begrip "regeling" dient hier dus in die zin te worden begrepen.

Wat de uitkeringsverzekering aangaat, 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	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gerechtigden (1)							
PUG + Overh.pers. & gelijkgest.	4.061.057	4.099.222	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516
Invaliden	200.912	202.740	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187
Mindervaliden	64.235	67.423	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598
Weduwen, weduwnaars en wezen	360.603	365.524	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996
Gepensioneerden	1.210.760	1.230.194	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763
Personen ingeschreven in het Rijksregister (*)	170.404	175.299	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051
Totaal (1)	6.067.971	6.140.402	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	776.560	758.930	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357
Ascendenten	12.737	13.369	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929
Descendenten	2.441.153	2.456.723	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538
Totaal (2)	3.230.450	3.229.022	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824
Rechthebbenden (1+2)	9.298.421	9.369.424	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935
Niet-verzekerde gerechtigden (**)	65.549	62.470	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011
(*) 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)** zijn actieve werknemers, werknemers in primaire arbeidsongeschiktheid, werknemers in moederschapsrust, gecontroleerde werklozen, studenten hoger onderwijs en werknemers in de voortgezette verzekering.
- **Invaliden** zijn verzekerden die na een éénjarige primaire arbeidsongeschiktheidsperiode verder als arbeidsongeschikt werden erkend.
- **Mindervaliden** zijn verzekerden die, zonder recht te hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, ongeschikt werden erkend in het raam van de reglementering omtrent de tegemoetkomingen voor personen met een handicap, of in het raam van de kinderbijslagregeling.

- De categorie van de **gepensioneerden** omvat alle personen die recht hebben op een rustpensioen, een vervroegd pensioen of een als dusdanig geldend voordeel.
- De **weduwen, weduwnaars en wezen** van gerechtigden.
- Sinds 1 januari 1998 omvat de groep van gerechtigden voor de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ook de "**personen ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen**". Voor de ledentallen zal een persoon slechts opgenomen worden in deze categorie als hij niet in een andere categoriekan vermeld worden.

b. Zelfstandigen en kloostergemeenschappen

Tabel 2 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de regeling van de zelfstandigen met één 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	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gerechtigden (1)							
PUG	488.376	496.039	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225
Invaliden	16.116	16.069	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270
Gepensioneerden	83.891	83.811	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671
Weduwen, weduwnaars en wezen	32.872	32.529	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594
Starters				36.349			
IGO (Inkomens garantie voor ouderen)				9.400			
Mindervaliden					6.632	3.945	5.421
Totaal (1)	621.255	628.448	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	153.953	146.656	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647
Ascendenten	1.003	1.039	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743
Descendenten	206.130	203.378	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063
Totaal (2)	361.086	351.073	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453
Rechthebbenden (1+2)	982.341	979.521	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634
Kloostergemeenschappen	4.383	4.084	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

De verschillende categorieën van gerechtigden zijn:

- De **primaire uitkeringsgerechtigde zelfstandigen (PUG) en helpers** zijn actieve zelfstandigen/helpers en zelfstandigen/helpers in primaire arbeidsongeschiktheid of moederschapsrust.
- **Invaliden** zijn verzekerden die arbeidsongeschikt erkend bleven na de periode van primaire ongeschiktheid en voldoen aan de voorwaarden inzake invaliditeit vastgesteld door het koninklijk besluit van 20 juli 1971.
- De groep **gepensioneerden** omvat alle zelfstandigen die als zelfstandige recht hebben op een rustpensioen.
- De **weduwen, weduwnaars en wezen** van zelfstandige gerechtigden waarvan de echtgeno(o)t(e) gedurende minstens één jaar een beroepsactiviteit als zelfstandige heeft uitgeoefend.

- De **starters en “inkomensgarantie voor ouderen (IGO)”**: vanaf 1 juli 2006 hebben de “startende zelfstandigen” en de “zelfstandigen met IGO” recht op tegemoetkoming van zowel grote als kleine risico's.

Om die reden zijn ze nog als aparte categorieën opgenomen in de statistieken voor 2007. In de statistieken van 2008 zijn deze categorieën niet meer apart vermeld maar terug opgenomen in respectievelijk de primaire uitkeringsgerechtigden en de gepensioneerden. Vanaf 1 januari 2008 hebben alle verzekerde zelfstandigen immers recht op grote en kleine risico's.

- De groep **mindervalide zelfstandigen** omvat al die mindervalide gerechtigden, waar nog een band kan worden aangeduid met een hoedanigheid van zelfstandige.
- De leden van de **kloostergemeenschappen**.

2. Evolutie per verzekeringsinstelling

Hieronder vindt u grafieken en tabellen over de verdeling van de sociaal verzekerden per verzekeringsinstelling (V.I.), exclusief de niet verzekerde rechthebbenden.

Grafiek 1 geeft de omvang weer van de leden per V.I. op 30 juni 2010 voor de algemene regeling en grafiek 2 geeft dezelfde verdeling voor de zelfstandigen.

LCM	41,81%	
LNZ	4,23%	
NVSM	29,54%	
LLM	5,27%	
MLOZ	17,21%	
HZIV	0,75%	
NMBS Holding	1,20%	

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

LCM	44,43%	
LNZ	5,15%	
NVSM	14,99%	
LLM	6,85%	
MLOZ	28,23%	
HZIV	0,34%	

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 1999 t.e.m. 2010 in de algemene regeling. Tabel 4 geeft dezelfde evolutie voor de regeling van de zelfstandigen.

Tabel 3 - Algemene regeling - Evolutie van de rechthebbenden per V.I. op 30 juni (in%)

Jaar	LCM	LNZ	NVSM	LLM	MLOZ	HZIV	NMBS-Holding
1999	44,21	3,81	28,89	5,74	14,86	0,79	1,69
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

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	LNZ	NVSM	LLM	MLOZ	HZIV
1999	48,84	5,44	13,82	8,22	23,35	0,34
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

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 in de Tervurenlaan 211, 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 voor 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

Henegouwen

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tel.: 065 35 42 37
065 39 71 30
Fax: 065 35 50 21

Avenue Marius Meurée 94
6001 Marcinelle
Tel.: 071 60 06 60
Fax: 071 60 06 70

Rue des Choraux 29
7500 Tournai
Tel.: 069 22 61 00
069 45 29 70
Fax: 069 84 17 28

Limburg

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tel.: 011 45 77 00
Fax: 011 23 32 87

Luik

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tel.: 04 229 20 40
Fax: 04 229 20 99

Place Verte 23
1^e étage
4800 Verviers
Tel.: 087 35 48 22
Fax: 087 35 48 92

Luxemburg

Rue des Déportés 50
1^e étage
6700 Arlon
Tel.: 063 22 05 98
Fax: 063 23 40 91

Namen

Avenue Jean Materne 115-117
5100 Jambes
Tel.: 081 58 53 20
Fax: 081 74 30 57

Oost-Vlaanderen

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tel.: 09 321 80 10
Fax: 09 225 30 88

Vlaams Brabant

Interleuvenlaan 5
3001 Leuven
Tel.: 016 39 26 00
Fax: 016 39 26 39

Waals Brabant / Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Tervurenlaan 158
1150 Brussel
Tel.: 02 739 79 84
Fax: 02 739 79 67

West-Vlaanderen

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tel.: 050 39 04 10
Fax: 050 39 22 91

II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2011 (in EUR)

1. Informatieblad

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 30,00



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 3,00

Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 3,00

a. Wet van 14 juli 1994

Brochure 26,00

Bijwerkingen in 2011 26,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig 46,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 6,00

Bijwerkingen in 2011 13,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig 19,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 6,00

Bijwerkingen in 2011 3,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig 9,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 11,00

Bijwerkingen in 2011 3,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig 14,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure 38,00

Bijwerkingen in 2011 10,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig 48,00

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.....	7,00
Bijwerkingen in 2011.....	4,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig.....	11,00

g. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (a tot en met f)

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig.....	135,00
Bijwerkingen in 2011.....	35,00

h. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (c tot en met e)

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig.....	70,00
Bijwerkingen in 2011.....	20,00

@ 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 met name:

- 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 2011 Losbladig.....	60,00
Bijwerkingen in 2011.....	40,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2011 Losbladig.....	29,00
Bijwerkingen in 2011.....	6,00

@ 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 ¹provisie van 50,00
Index 1964-2008:	Brochure20,00
	cd-rom.....5,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering GVU	
Basistekst ² + bijwerkingen in 2011	Losbladig.....45,00
Bijwerkingen in 2011	7,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV.....gratis

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure.....gratis

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Foldergratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds (zolang de voorraad strekt)

Brochuregratis


e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Uitgave april 2008.....gratis

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 pas kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2011.

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 en het afhalen van de publicaties kunt u zich wenden tot:

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

De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnummer 679-0262153-59 of Europees nr. : BE84 6790 2621 5359 - PCHQBEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

III. Studies en onderzoek

Dit deel omvat de inleidingen op een aantal studies en onderzoeken: deze lijst is niet exhaustief.



U vindt deze studies en onderzoeken op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Studies & onderzoek.

1. De tandheelkundige nomenclatuur in beeld

In dit verslag wordt een stand van zaken opgemaakt van de vergoedingen die momenteel door de verzekering voor geneeskundige verzorging voor tandverzorging worden toegekend.

Dit verslag behandelt in het bijzonder de artikelen 4, 5 en 6 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarin alle tandheelkundige behandelingen die vergoed worden vanuit de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen.

In dit verslag wordt vooral aandacht geschonken aan onduidelijkheden en/of lacunes in de huidige regelgeving.

In dit verslag wordt onder andere gewezen op de onduidelijkheid omtrent het aanrekenen van de raadpleging bij tandheelkundige behandelingen die niet vergoed worden, of op de ongelijke vergoedingswijze van het preventief mondonderzoek bij jongeren en volwassenen.

De tandheelkundige nomenclatuur kan op dit vlak zeker nog worden verfijnd.

In deze studie komt ook een historische analyse aan bod, waarbij de evolutie inzake nomenclatuur en interpretatie sinds 1990 wordt toegelicht.

2. Medische beeldvorming: sensibiliseringscampagne voor voorschrijvers “Onnodige blootstelling aan stralingen vermijden”

Het RIZIV heeft een brochure naar alle artsen verstuurd in het kader van de sensibiliseringscampagne voor de voorschrijvers over het goed gebruik van medische beeldvorming.

Deze brochure, die op initiatief van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is opgesteld, bevat met name een selectie van onderzoeken met zeer beperkte indicaties volgens de meest recente aanbevelingen.

Voor elk van die onderzoeken worden meerdere becijferde vaststellingen gelinkt aan de geactualiseerde aanbevelingen inzake beeldvorming.

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen wenst dat elke voorschrijver zich afvraagt of de radiologische onderzoeken die hij voorschrijft wel nuttig zijn en zich van het blootstellingsrisico aan ioniserende stralingen bewust wordt, volgens het principe van verantwoording.

Door voor te schrijven volgens de geactualiseerde “guidelines” voor medische beeldvorming vermindert men de blootstelling aan medische ioniserende straling en vermijdt men nutteloze uitgaven voor de ziekteverzekering.

Het toepassen van de enkele (niet volledige) aanbevelingen uit deze brochure zou de blootstelling aan medische ioniserende straling door diagnostische onderzoeken kunnen verminderen met minstens 25%.

Bovendien zal de toepassing van die aanbevelingen jaarlijks 30 miljoen euro aan besparingen opleveren, een bedrag dat dan op een meer zinvolle manier zou kunnen worden besteed.

Deze brochure past in een ruimere sensibiliseringscampagne over het thema medische beeldvorming.

3. Ministerial Conference “Innovation and Solidarity on Pharmaceuticals”

Het RIZIV heeft in september 2010 deelgenomen aan een Ministeriële Conferentie, die in het kader van het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie was georganiseerd. Deze conferentie had tot doel conclusies te trekken over de manier om de toegang tot geneesmiddelen te verbeteren.

De grootste uitdaging voor het farmaceutische beleid van de EU bestaat erin meerdere doelstellingen tegelijk na te streven: verhoging van de kwaliteit, verbetering van de toegang en kostenbeheersing. Het stimuleren van echte en waardevolle farmaceutische innovatie is een belangrijk hulpmiddel bij de verwezenlijking van deze gecombineerde doelstellingen.

Er wordt voorgesteld om te werken aan een gecoördineerd Europees beleid dat erop gericht moet zijn innoverende en waardevolle farmaceutische producten aan te moedigen en deze toegankelijk te maken voor alle EU-burgers die ze nodig hebben.

Dit beleid moet een omgeving creëren waarin:

- het streven naar waardevolle innovatie en de ontwikkeling ervan optimaal worden gestimuleerd en in de hand gewerkt.
- de omvang van de innovatie en de medische behoeften kunnen worden gemeten aan de hand van logische structuren, transparante procedures en betrouwbare en valabele criteria.
- waardevolle geneesmiddelen op de markt worden gebracht en toegankelijk gemaakt worden voor alle patiënten die ze nodig hebben.

4. Brochure “Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem in België”

Deze brochure geeft een synthese van het rapport over de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem in België. Deze brochure is ook gepubliceerd in het kader van het Belgische voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie.

In deze brochure wordt een overzicht gegeven van de inspanningen die België momenteel levert op het vlak van de evaluatie van de performantie van de gezondheidszorg. Die inspanningen vormen het onderwerp van een basisrapport “Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem” dat in juli 2010 is gepubliceerd.

De doelstellingen van dit rapport:

- nagaan hoe een systeem voor de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem kan worden uitgewerkt
- de mogelijke toepassing ervan in België onderzoeken door een eerste reeks indicatoren samen te stellen en te meten.

