



RIZIV
Jaarverslag
2011

RIZIV
Jaarverslag
2011

Het jaarverslag 2011 is tot stand kunnen komen dankzij de waardevolle medewerking van

Hervé Avalosse, Daniël Bodart, Pierre Bonte, Danny Borreman, Benoît Collin, de Communicatiecel (Sandrine Bingen, Doris Cappoen, David Constant, Sandra De Clercq, Lawrence de Marneffe, Véronica Franceschini, Mélissa Hermie, Ludwig Moens, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Gorik Cools, Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Astrid De Poix, Ri De Ridder, Emilie De Smet, André De Swaef, Pedro Facon, Freddy Falez, Alain Ghislain, Kathleen Haelterman, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Martine Hottat, Serge Jacquinet, Olivier Labarre, Etienne Laurent, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Marie-Hélène Mangon, Pascal Meeus, Olivier Michiels, Virginie Millecam, François Perl, Anne Remacle, Didier Renauld, het Secretariaat van de Dienst voor geneeskundige verzorging, het Algemene secretariaat van de Algemene ondersteunende diensten, An Talemans, Eric Teunkens, Joos Tielemans, Tessy Van Berlo, Sigrid Vancorenland, Wouter Van Damme, Christian Van Ende, Maryse Van Audenhaege, Liesbeth Verbruggen, de vertaaldienst, Charlotte Wilgos, Sylvie Willemsens.

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

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

Druk: juli 2012

Wettelijk depot: -



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	25
III. Uitkeringsverzekering	36
4 ^e Deel - Thematische uiteenzettingen	41
I. 10 jaar Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen	42
II. Het sociaal inspectiewerk van het RIZIV in het perspectief van het nieuwe sociaal strafwetboek	48
III. E-Care	60
IV. De professionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden van de uitkeringsverzekering	70
5 ^e Deel - Het woord van de verzekeringsinstellingen	79
I. Langdurige arbeidsongeschiktheid - De levensloop van personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid	80
II. Een uitdaging: de evaluatie van de langdurige arbeidsongeschiktheid hervormen	96
6 ^e Deel - Statistische gegevens	107
I. Statistieken van de geneeskundige verzorging	108
II. Statistieken van de uitkeringen	132
III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle	144
IV. Statistieken van de administratieve controle	151
V. Statistieken van de sociaal verzekerden	159
7 ^e Deel - Het RIZIV in de praktijk	165
I. Adressen van de burelen van het RIZIV	166
II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012	167
III. Studies en onderzoek	171

Voorwoord

“Ondanks de aanslepende regeringsvorming gaat de dynamiek verder in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”.

Met die zin begon ons voorwoord van het jaarverslag voor 2010!

Diezelfde vaststelling was in 2011 nog altijd van toepassing, aangezien het enerzijds tot december 2011 heeft geduurd alvorens een echte, nieuwe regering met volledige bevoegdheid aantrad en anderzijds de functionele dynamiek van ons Instituut en zijn opdrachten zich heeft doorgezet “doorheen de periode van lopende zaken”. Dat zult u vaststellen bij het lezen van dit verslag, waarin een terugblik wordt geboden op de belangrijkste recente evoluties ter zake.

Dit jaarverslag bestaat zoals elk jaar uit drie grote delen.

Het 1^e overzicht schetst de voornaamste evoluties en initiatieven in de verschillende domeinen. U krijgt er uitleg over de werking van het Instituut en er wordt tevens verwezen naar belangrijke studies en publicaties van de RIZIV-medewerkers.

Het 2^e aandachtspunt gaat over bepaalde actuele thema’s waaraan door onze verschillende diensten in 2011 een studie is gewijd:

- Ter gelegenheid van haar 10^e verjaardag maakte de Commissie voor de tegemoetkoming van de geneesmiddelen van de Dienst voor geneeskundige verzorging een balans op van haar werkzaamheden en ervaring, van de sector. Tijdens een “verjaardags”-symposium werden een aantal hervormingen voorgesteld om tegemoet te komen aan de toekomstige behoeften en aan de gewenste verbeteringen in haar werking.
- De effecten van het nieuwe Sociaal Strafwetboek op het werk van de diensten voor sociale inspectie van het RIZIV. Bij de analyse wordt onderzocht welke daarbij de bevoegdheden zijn van de inspectie en worden tenlasteleggingen en sancties volgens het sociaal strafwetboek en volgens de GVVU-wetgeving met elkaar vergeleken.
- De Dienst voor geneeskundige verzorging analyseert hoever het staat met de informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de sector van de geneeskundige verzorging en welke hier de uitdagingen voor de toekomst zijn. Begrippen als eHealth en eCare komen in die context aan bod.
- De evolutie van de professionele re-integratie van arbeidsongeschikte gerechtigden sinds de Dienst voor uitkeringen die bevoegdheid in 2009 heeft overgenomen. Wat is er te vertellen over het “Back to Work”-plan? Welke zijn de doelstellingen van de re-integratie? Wat hebben de reeds ondernomen acties opgeleverd en welke zijn de pistes voor de toekomst?

In een 3^e deel worden onze activiteiten en opdrachten belicht doorheen de statistische gegevens. Elk jaar opnieuw bevestigen zij het belang van de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen, ook wat de controle of evaluatie op medisch, administratief of sociaal vlak betreft.

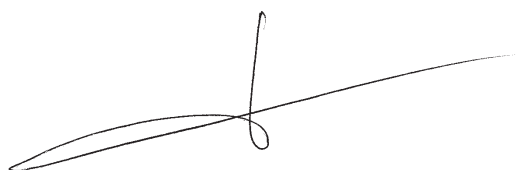
In het RIZIV-jaarverslag van dit jaar krijgen de verzekeringsinstellingen een aantal pagina’s om een almaar actueler onderwerp aan te kaarten: de langdurige arbeidsongeschiktheid.

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is voortdurend in beweging, niet voortdurend in beroering. De verschillende actoren trachten samen de verbetering van de sociale bescherming van de burgers te combineren met een betere bescherming van ons sociaal systeem van geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het RIZIV wil een hoofdrol spelen bij het promoten van die creatieve solidariteit, als dynamische partner van de overheid en van de andere actoren, vanuit een gemeenschappelijk streven naar een sociale bescherming als een van de elementen van een beleid van maatschappelijke verantwoordelijkheid.

In diezelfde geest van maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben we ons ertoe verbonden dit jaarverslag via onze website te verspreiden en niet op papier. De dagelijkse uitvoering van onze opdrachten door onze teams is een ander voorbeeld van een verbintenis op grotere schaal. Aan u om te oordelen, op basis van dit verslag.

We wensen u veel elektronisch leesplezier!



Jo De Cock
Administrateur-generaal



Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal



1^e Deel Het RIZIV: identiteitskaart

I. Opdrachten van het RIZIV

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV):

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

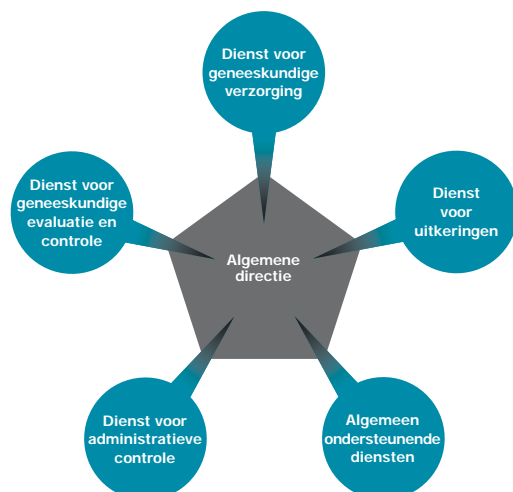
De GVU-verzekering heeft een rechtstreekse invloed op het dagelijkse leven, aangezien zij zorgt voor de:

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

Het RIZIV:

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

II. Organigram van het RIZIV



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

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

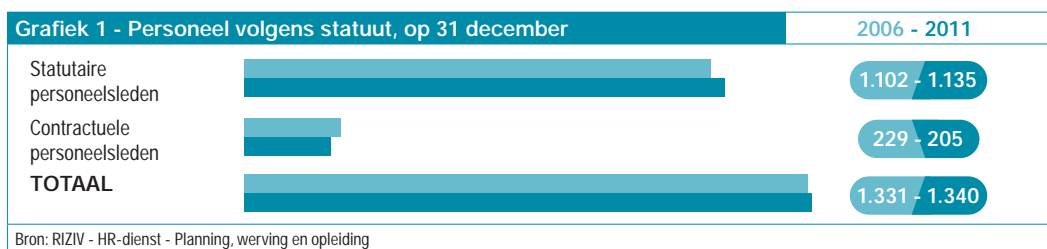
De Administrateur-generaal en de Adjunct-administrateur-generaal zorgen samen met het Directiecomité voor het dagelijks bestuur van het RIZIV. Dat comité bestaat uit de leidend ambtenaren van elke dienst en de diensthoofden informatica, human resources en communicatie.

@ Voor meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de verschillende diensten 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 als het RIZIV, gericht op administratie en beleidsondersteuning in het kader van openbare dienstverlening, is het personeel het belangrijkste middel om de operationele doelstellingen te verwezenlijken. Het is dus belangrijk om even de situatie en personeelsevoluties in 2011 te schetsen.

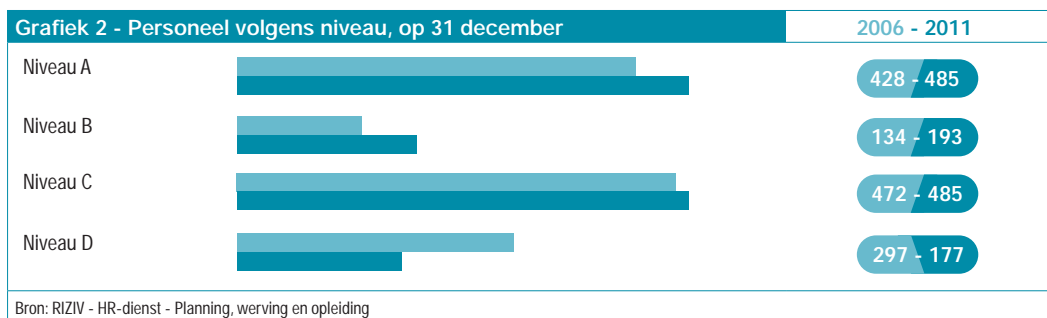
1. Personeel volgens statuut



We stellen vast dat, gedurende de voorbije 5 jaar, het statutair personeel met 3% is toegenomen en het aantal contractuele personeelsleden met ruim 10% is gedaald.

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

2. Personeel volgens niveau

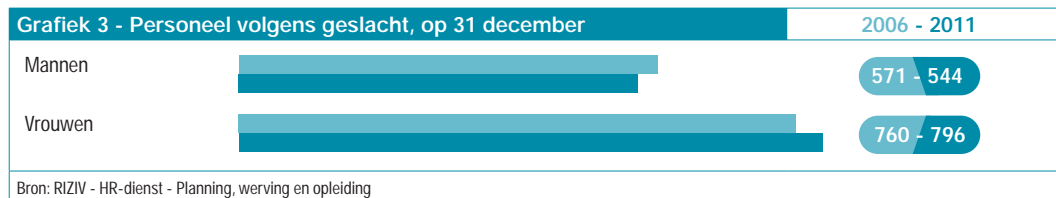


Er is een sterke stijging van het personeel in de niveaus B (+44%) en A (+13%), en een kleine stijging in het niveau C (+3%). Het personeel kent een belangrijke vermindering in niveau D (-40%).

De stijging van het personeel in de niveaus A en B is te verklaren door de vele projecten en opdrachten die aan het RIZIV worden toevertrouwd (bestuursovereenkomst en strategisch plan).

Steeds meer gespecialiseerde expertisefuncties en een opgedreven basisopleiding zijn dus vereist. Deze evolutie is bovendien een indicator van een grotere professionalisering in functie van een groeiende complexiteit van de inzet en de opdrachten.

3. Personeel volgens geslacht



De vrouwen zijn in de meerderheid en de tendens is nog versterkt sinds 2006. In 2011 is 59% van het totale aantal personeelsleden van het vrouwelijk geslacht.

IV. Administratiekosten van het RIZIV

Tabel 1 - Administratiekosten van het RIZIV (in EUR)

Uitgaven	Realisaties 2009	Realisaties 2010	Voorlopige realisaties 2011
Personeelsuitgaven	77.392.618	77.920.041	83.511.083
Gewone werkingsuitgaven	15.751.852	16.883.411	16.826.394
Werkingsuitgaven informatica	14.182.095	17.370.726	13.921.809
Investeringsuitgaven	1.946.412	854.703	633.830
onroerende investeringen	477.446	3.740	76.771
investerings informatica	1.108.231	543.158	222.410
roerende investeringen	360.735	307.805	334.649
Totaal uitgaven	109.272.977	113.028.881	114.893.116
Ontvangsten	215.902	825.625	153.483
Netto administratiekosten	109.057.075	112.203.256	114.739.633

Bron: RIZIV - Financiële dienst

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

1. Inkomsten in 2011

Tabel 2 - Begroting van de GVV - Dienstjaar 2011 - Ontvangsten (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Ontvangsten globaal beheer	24.490.529	5.566.849	344.869	2.968	30.405.215
Ontvangsten §1bis - Loontrekkenden	19.223.668	5.566.849	-	2.968	24.793.485
Ontvangsten §1bis - Zelfstandigen	1.937.579	-	344.869	-	2.282.448
Alt. financiering §1quater - Loontrekkenden	2.912.369	-	-	-	2.912.369
Alt. financiering §1quater - Zelfstandigen	293.542	-	-	-	293.542
Overdracht zelfstandigen - Gemengde loopbanen	123.371	-	-	-	123.371
Opbrengst BTW - Tabaksaccijnzen	2.619.268	0	0	0	2.619.268
Alt. Financiering - Wet ziekenhuizen	1.756.985	-	-	-	1.756.985
Alt. Financiering - Diversen	862.283	-	-	-	862.283
Bijdragen	919.581	400	0	0	919.981
Persoonlijke bijdragen	11.932	400	-	-	12.332
Bijdragen gepensioneerden	907.649	-	-	-	907.649
Toegewezen ontvangsten	1.028.663	123.798	18.241	0	1.170.702
Ontvangsten revalidatie	486.993	-	-	-	486.993
Automobilverzekering	165.666	123.798	18.241	-	307.705
Bijdragen hospitalisatieverzekering	113.075	-	-	-	113.075
Vergoeding op verpakkingen geneesmiddelen	4.137	-	-	-	4.137
Heffing zakencijfer farmaceutische producten	258.792	-	-	-	258.792
Heffing farmaceutische specialiteiten 2010 - Afrekening	P.M.	-	-	-	P.M.
Participatiefonds	P.M.	-	-	-	P.M.
Artikel 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Overdrachten	0	0	0	71	71
RVP - Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	71	71
Opbrengsten van beleggingen	4.130	120	10	0	4.260
Interesten op beleggingen V.I.	698	120	10	-	828
Beleggingen bijdragefondsen	3.428	-	-	-	3.428
Beleggingen fondsen boni's	4	-	-	-	4
Diversen	405.384	7.810	110	28	413.332
Vernieuwing SIS-kaarten	733	-	-	-	733
Internationale Verdragen	377.512	1.000	60	-	378.572
Gerechtelijke interesten	4.819	2.000	50	-	6.869
Terugvorderingen artikel 157 (Zorgverleners)	5.006	-	-	-	5.006
Recuperatie FOD Justitie (Gedetineerden)	1.000	-	-	-	1.000
Terugvordering Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	28	28
Referentiebedragen: Stortingen ziekenhuizen	5.000	-	-	-	5.000
Overdracht chronische ziekten	-	4.810	-	-	4.810

Tabel 2 - Begroting van de GVV - Dienstjaar 2011 - Ontvangsten (in duizenden EUR) (vervolg)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Fiscale maribel	6.314	-	-	-	6.314
Contracten art. 81 geneesmiddelen	1.000	-	-	-	1.000
TOTAAL ONTVANGSTEN	29.467.555	5.698.977	363.230	3.067	35.532.829

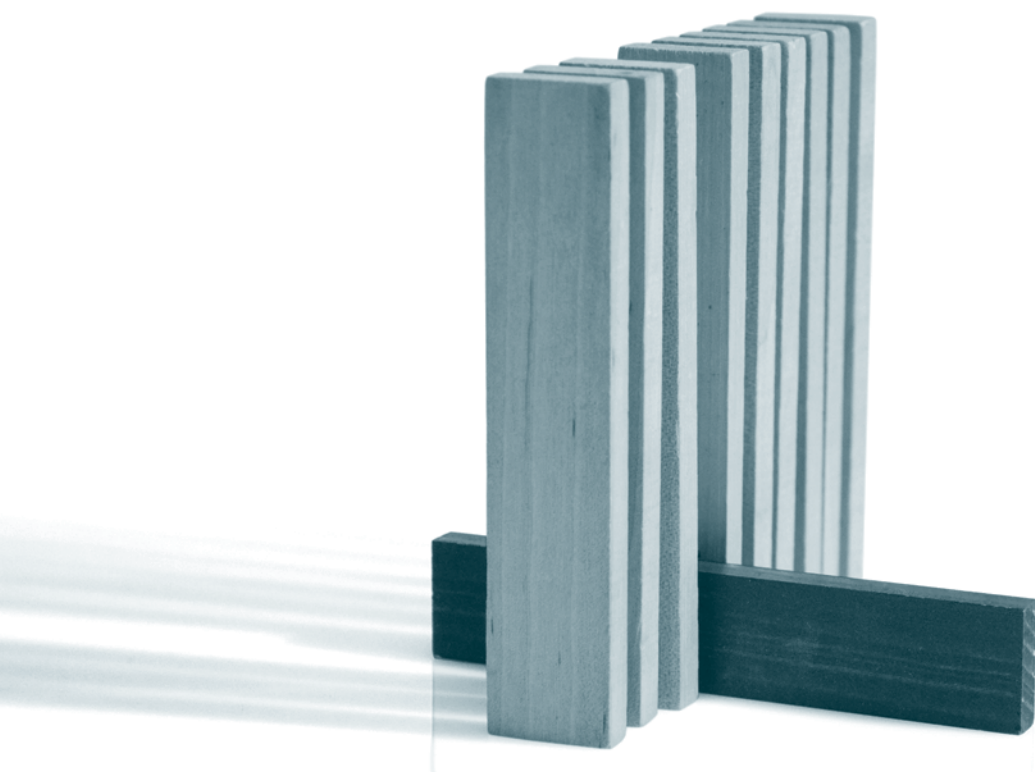
Bron: RIZIV - Financiële dienst

2. Uitgaven in 2011

Tabel 3 - Begroting van de GVV - Dienstjaar 2011 - Uitgaven (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Prestaties	25.869.336	5.467.236	350.168	2.284	31.689.024
Geneeskundige verstrekkingen - Basisbedrag	24.775.876	-	-	-	24.775.876
Evenwicht sociale zekerheid	1.093.460	-	-	-	1.093.460
Primaire arbeidsongeschiktheid	-	1.404.905	74.549	-	1.479.454
Moederschaps- en vaderschapsrust	-	619.697	16.893	-	636.590
Invaliditeit	-	3.436.000	258.726	-	3.694.726
Begrafeniskosten	-	6.634	-	-	6.634
Invalideitpensioenen mijnwerkers	-	-	-	2.053	2.053
Vakantiegeld	-	-	-	101	101
Verwarmingstoelage	-	-	-	130	130
Administratiekosten V.I.	906.746	200.023	11.636	0	1.118.405
Forfait administratiekosten 5 V.I.	861.169	173.821	11.071	-	1.046.061
Forfait administratiekosten NMBS	17.770	-	-	-	17.770
Administratiekosten HZIV	16.413	3.357	214	-	19.984
Bijkomende administratiekosten:					
• 20% intresten op beleggingen en boni's	141	40	2	-	183
• % op terugvorderingen	10.520	22.805	349	-	33.674
Vernieuwing SIS-kaarten	733	-	-	-	733
Lasten RIZIV	502.340	18.988	1.260	725	523.313
Administratiekosten RIZIV					
• beheerskosten	99.560	18.685	1.207	725	120.177
• opdrachtenkosten	2.318	53	3	-	2.374
Expertise	1.695	-	-	-	1.695
Sociaal statuut	164.993	-	-	-	164.993
Stagemeeesters	19.375	-	-	-	19.375
Artikel 56 - 22	88.795	-	-	-	88.795
Campagnes	2.000	-	-	-	2.000
Overdracht kenniscentrum	6.971	250	50	-	7.271
Sociaal plan kine	100	-	-	-	100
Bestrijding tabaksgebruik	2.000	-	-	-	2.000
Sociaal akkoord	82.010	-	-	-	82.010
IMA - Steekproef	119	-	-	-	119
Dotatie (eCare, kankerregister, enz.)	5.821	-	-	-	5.821

Tabel 3 - Begroting van de Gvu - Dienstjaar 2011 - Uitgaven (in duizenden EUR) (vervolg)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Dotatie (eHealth)	12.117	-	-	-	12.117
Oorlogsinvaliden	1.200	-	-	-	1.200
Patiëntenvereniging	98	-	-	-	98
Kas der zeelieden - Autoverzekering	5	-	-	-	5
Subsidie SISD	2.014	-	-	-	2.014
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Fiscale maribel	6.314	-	-	-	6.314
Accreditering adviserend geneesheren	835	-	-	-	835
FOD Volksgezondheid - Wet ziekenhuizen	1.756.985	0	0	0	1.756.985
Ziekenhuizen (22,77% ligdag), PVT, beschut wonen, gevangenen, andere instell. & geïnterneerden	1.756.985	-	-	-	1.756.985
Overdrachten	0	0	0	35	35
RVP - Invaliditeitspensioen mijnwerkers	-	-	-	35	35
Diversen	432.148	12.730	166	23	445.067
Internationale verdragen	670.973	600	20	-	671.593
Internationale verdragen - Ziekenhuizen	-146.000	-	-	-	-146.000
Aanvullende uitkering grensarbeiders	-	70	-	-	70
Gerechtelijke interesten	78	350	50	-	478
Verhoogde kosten tarificatiediensten	4.250	-	-	-	4.250
Assignatiekosten	-	-	-	9	9
Oninvorderbare prestaties	-	-	-	14	14
Interesten op fonds bijdragen en boni's	3.431	-	-	-	3.431
Vermindering heffing zakencijfer farmaceutische producten	36.500	-	-	-	36.500
Negatieve uitgaven	-92.084	-	-	-	-92.084
Stabiliteitsprovisie niet-financiering	-50.000	-	-	-	-50.000
Toekomstfonds referentiebedragen	5.000	-	-	-	5.000
Overdracht herscholing uitkeringen	-	11.710	96	-	11.806
TOTAAL UITGAVEN	29.467.555	5.698.977	363.230	3.067	35.532.829

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 zijn 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 2011 is het 2^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 meer 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 2011:


- een rapport over de impact van de vergrijzing wat betreft het thema orthopedie-traumatologie
- een rapport met gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging (basisgegevens 2006-2009)
- een plan van aanpak inzake de uitdagingen met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, in het kader van de Taskforce arbeidsongeschiktheid: finale bespreking en goedkeuring door het Beheerscomité van de Dienst uitkeringen.



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.

 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 Inter-mutualistische agentschap (IMA), de universiteiten, enz.

- 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 elektronische verkiezingen voor de tandartsen
- o een referentiebestand van beschikbare, vergunde al dan niet vergoedbare geneesmiddelen van hoofdstuk IV
- 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 endoprothesen
- o opmaken van de reglementaire teksten over de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en een betere bescherming van chronisch zieken
- o in productie stellen van een module waarmee de artsen hun werkadressen en conventioneeringsmodaliteiten kunnen raadplegen en wijzigen
- o in productie stellen van een module waarmee de tandartsen hun werkadressen en conventioneeringsmodaliteiten kunnen raadplegen en wijzigen
- o optimaliseren van de leesbaarheid van administratieve documenten: intern herwerken van 2 bestaande formulieren voor verzekerden op basis van de leesbaarheidsprincipes:
 - o persoon ten laste van een gerechtigde op geneeskundige verzorging: verklaring op erewoord in verband met de inkomsten
 - o verhoogde verzekeringstegemoetkoming (sociaal voordeel): verklaring op erewoord in verband met de levenspartner
- o evalueren van het nieuwe vergoedingssysteem voor apothekers
- o publiek agenderen en bespreken in het Verzekeringscomité van het tweede Belgisch plan voor zeldzame ziekten
- o uitvoeren van diverse geneeskundige evaluatieprojecten en impactmetingen
- o een verslag met de resultaten van de analyses en controles inzake de "unieke streepjescode" op basis van de gegevens die het RIZIV ontvangt van de tarifieringsdiensten en de farmaceutische bedrijven
- o een rapport per V.I. met een cartografie van de activiteiten van de adviserend geneesheren op het niveau van het ziekenfonds en de V.I. (inclusief feedback aan de V.I.)
- o verder uitbouwen van een systeem (Flowdos) om de enquêtedossiers ten aanzien van de zorgverleners op een meer doeltreffende en efficiënte wijze te beheren
- o een geïntegreerd rapport over de resultaten op het vlak van sociale fraude
- o "datamatching" (kruisen van databanken) met de gegevens "Déclaration multifonctionnelle/ Multifunctionele aangifte" (DMFA) en de databank van de invaliden, en onderzoeken van de relevante gevallen in het ziekenfonds
- o kwaliteitsanalyse van de feedback van de V.I. betreffende de dossiers van fictieve onderwerping
- o twee themacontrorerapporten: één over geneeskundige verzorging en één over uitkeringen

- een rapport met voorstellen om de toepassingsregels aan te passen van het huidige responsabiliseringssysteem van de administratiekosten van de V.I. (met het oog op een toekomstig systeem)
- “Infobox”-brochure (informatieve brochure over de reglementering) voor de apothekers
- COOPAMI: ontwikkelen van een opleidingsprogramma en organiseren van opleidingen in het Engels en in het Frans.

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

III. Prioriteren van projecten

Het RIZIV heeft, zoals vele andere organisaties in de Belgische publieke sector, de voorbije 10 jaar sterk aan maturiteit gewonnen inzake het definiëren van zijn strategie. Uit de bestuursovereenkomsten en strategische en operationele plannen die tot nu toe zijn opgemaakt, blijkt een hoog ambitieniveau. Dat vloeit eerst en vooral voort uit het feit dat het RIZIV, vanuit politiek-maatschappelijk oogpunt, een niet te onderschatten positie inneemt. Het RIZIV beheert immers een dubbele sector van de sociale zekerheid (de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU)), die een budgettaire impact heeft van meer dan 35 miljard EUR (dienstjaar 2011). Door de demografische, maatschappelijke, medische, wetenschappelijke, technologische en institutionele evoluties is de GVU-verzekering bovendien in voortdurende beweging. Tot slot functioneert het RIZIV binnen een ruim veld van belanghebbenden (opdrachtgevers, partners en klanten) van diverse aard, op verschillende bestuursniveaus en met eigen belangen, die elk op hun manier prikkels uitoefenen op de organisatie. De combinatie van al die factoren maakt dat er ten aanzien van het RIZIV hoge verwachtingen bestaan op het vlak van de gevolgde strategie en de gestelde prioriteiten.

Een hoog ambitieniveau van binnenuit vult de verwachtingen van de opdrachtgevers, partners en klanten nog aan. De planningscyclus van het RIZIV is open en democratisch van aard. De strategie wordt dus niet alleen van buitenaf of van bovenaf “gedicteerd”, want er is een intensieve bevraging van de medewerkers naar hun ideeën voor de invulling van de strategie en in het bijzonder ook voor de vertaling ervan naar concrete projecten.

Hoe moet het RIZIV omgaan met al die externe verwachtingen en interne ambities? In 2009, bij de opmaak van het strategisch plan 2010-2015 en van de bestuursovereenkomst 2010-2012 heeft het RIZIV zelf een aantal verbeterpunten geïdentificeerd. Onder meer het stellen van duidelijke prioriteiten, binnen de totale portefeuille van projecten om de strategie te operationaliseren, kan beter. Daarbij moet uiteraard rekening worden gehouden met de middelen en capaciteit waarover de verschillende diensten van het RIZIV beschikken. Het gebrek aan prioritering veroorzaakt niet enkel problemen inzake het beheer binnen de diensten zelf die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de projecten, maar ook ten aanzien van interne leveranciers. Heel wat projecten vereisen immers middelen op het vlak van ICT, personeel, vorming, communicatie, beheersmatige ondersteuning, infrastructuur en logistiek, financiën, enz.

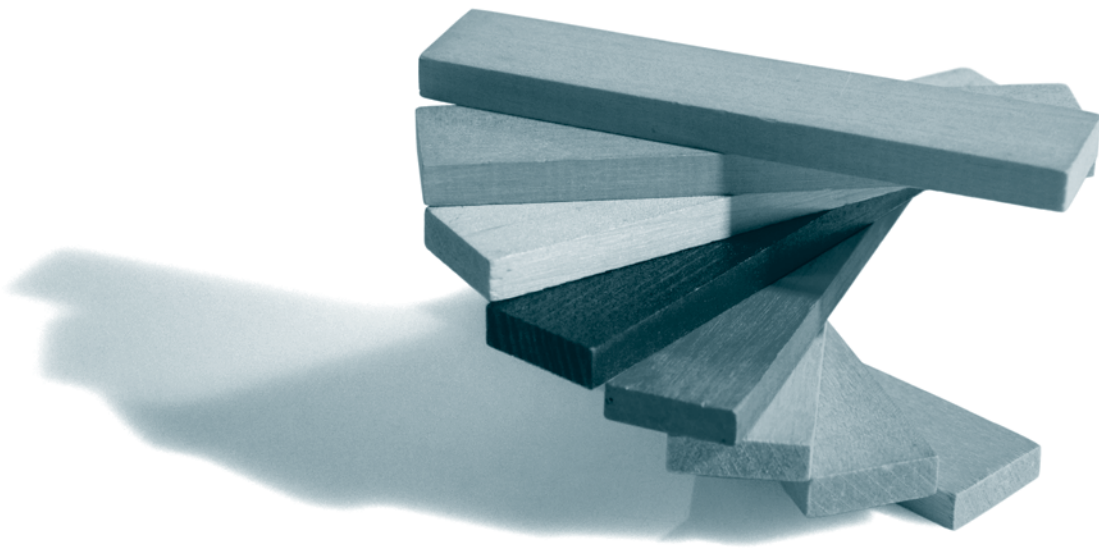
In 2010 is er daarom een methodologie voor het prioriteren van projecten ontwikkeld en goedgekeurd op RIZIV-niveau. Die houdt in dat elk project of projectidee voor zijn opstart getoetst wordt aan een aantal criteria, bv. het verplicht karakter of de imperativiteit, de toegevoegde waarde op extern en intern vlak, de behoefte aan ICT- en HR-middelen, enz. Daarna is er een opdeling van de projecten in verschillende categorieën, waarbij de ene categorie voorrang krijgt op de andere bij het toekennen van de middelen.

Door de toepassing van een beperkt aantal, eerder eenvoudige prioriteringscriteria slaagde het RIZIV er in om duidelijker accenten te leggen in zijn strategie. Zo was het ook mogelijk om middelenconflicten (in het bijzonder op het vlak van ICT en HR) tussen verschillende projecten op een meer geobjectiveerde wijze te beslechten. Vanzelfsprekend is het van groot belang dat er een goede begeleiding is voorzien van de projectleiders en diensten bij het toepassen van de methodologie, om een gelijke behandeling van de projecten en diensten te verzekeren.

Het stellen van prioriteiten, gekoppeld aan een goed middeleninzicht, is noodzakelijk voor de overgang van strategische planning naar écht strategisch management. Vanzelfsprekend is het ontwikkelen van geschikte methoden en technieken daarvoor niet eenvoudig en het is ook een “work in progress”. De komende jaren zal er een verdere ontwikkeling zijn van de methodologie om projecten te selecteren en te prioriteren, rekening houdend met de vastgestelde sterkten, uitdagingen en verbeterpunten. In het kader van de opmaak van de nieuwe bestuursovereenkomst 2013-2015 zal alvast een verbeterde methodologie worden toegepast.

Meer weten over de prioriteringsmethodologie van het RIZIV? Bekijk dan de resultaten van een grondige evaluatie ervan¹.

1 P. FACON, “Prioritering van projecten in het RIZIV: op zoek naar een werkbare methode”, Vlaams Tijdschrift voor Overheidsmanagement, 16(4), pp.10-22.



3^e Deel Evolutie van de verzekering

Deze tekst is maar een selectie van de voornaamste reglementaire wijzigingen in 2011 en heeft niet de bedoeling exhaustief te zijn. Een vollediger overzicht van de reglementering over 2011 is beschikbaar in de Informatiebladen van het RIZIV (nrs. 2011/2, 2011/3, 2011/4 en 2012/1).

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Farmanet

Sinds 2004 worden de farmanetgegevens ingezameld in de apotheken via het "Farmanet – uniek spoor". De tarifieringsdiensten sturen de gegevens aan de verzekeringsinstellingen (V.I.) . Deze sturen ze op hun beurt door naar het RIZIV. Met de koninklijke besluiten van 9 januari 2011 breiden de ingezamelde gegevens zich uit met ingang van januari 2010:

- de actieve verbandmiddelen
- de analgetica
- de contraceptiva voor jongeren
- de voorgeschreven en afgeleverde niet-vergoedbare vergunde geneesmiddelen

2. Farmaceutische specialiteiten

In uitvoering van de wet houdende diverse bepalingen van 29 december 2010 krijgen volgende maatregelen uitwerking vanaf 31 januari 2011:

a. Referentieprijzensysteem

De bepalingen in verband met de uitvoering van het referentieprijzensysteem worden aangepast.

Voortaan wordt de vergoedingsbasis bij het instellen van het referentierugbetalingssysteem met 31% verminderd (i.p.v. met 30%). Een specifieke (eenmalige) procedure wordt voorzien om bedrijven de mogelijkheid te bieden de prijzen van hun geneesmiddelen aan te passen in functie van de nieuwe vergoedingsbasis (en de toepassing van de veiligheidsmarge) die op 1 april 2011 vastgesteld wordt omwille van de aanpassing van het dalingspercentage (bijkomende daling met 1%);

De bepalingen in verband met de verdere uitdieping van het referentierugbetalingssysteem na twee en na vier jaar (tot respectievelijk 35,14% en 38,71%) worden aangepast:

- de daling na twee jaar wordt 6% (i.p.v. 4%)
- de daling na vier jaar wordt 5,5% (i.p.v. 3,5%).

b. Vergoedingsbasis generische specialiteit

De vergoedingsbasis van een generische specialiteit moet voortaan bij de initiële opname op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten minstens 31% lager liggen (prijs buiten bedrijf) dan de vergoedingsbasis van de referentiespecialiteit (in plaats van 30%).



Prijs buiten bedrijf: prijs gefactureerd aan de groothandel.

c. Oude geneesmiddelen

De bepalingen in verband met de prijsdalingen voor "oude geneesmiddelen" worden aangepast:

- De prijsdaling na 12 jaar wordt 17% (in plaats van 15%), de prijsdaling na 15 jaar wordt 19% (in plaats van 17%).
- Naar analogie worden de dalingspercentages bij de simultane toepassing van het referentie-prijzensysteem en de prijsdaling voor "oude geneesmiddelen" aangepast.
- Een nieuwe procedure biedt de mogelijkheid aan bedrijven een uitzonderingsaanvraag in te dienen voor de toepassing van de 2,41%-daling na 15 jaar vergoedbaarheid (passage van het prijsniveau -17% naar het prijsniveau -19%) voor de farmaceutische specialiteiten waarvan de aanvrager heeft aangetoond dat op het ogenblik van de toepassing van de verlaging, de prijs en de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) reeds minstens 65% lager is ten opzichte van de prijs en de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) van de eerste farmaceutische specialiteit die werd ingeschreven in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten en die hetzelfde of dezelfde werkzame bestanddelen bevat, rekening houdend met de toedieningsvorm en de dosering.
- De bedrijven kunnen bovenvermelde nieuwe uitzondering aanvragen in alle situaties waarin sprake is van een passage van het prijsniveau -17% naar het prijsniveau -19% (o.a. bij de simultane toepassing van het referentie-prijzensysteem en de prijsdaling voor "oude geneesmiddelen", bij de eenmalige aanpassing op 1 april 2011 van de specialiteiten die reeds 15 jaar vergoedbaar zijn en reeds een prijsdaling van 17% ondergaan hebben).

3. Rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen

De financiering van nieuwe instellingen rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen (ROB of RVT) werd geregulariseerd sinds 1 oktober 2008.

De berekening van de financiering gedurende een jaar X van de ROB's en RVT's gebeurt op basis van hun situatie gedurende een referentieperiode die ingaat op 1 juli van het jaar X-2 en eindigt op 30 juni van het jaar X-1. Tijdens het trimester van hun erkenning en de twee trimesters die daarop volgen, ontvangen de nieuwe instellingen een forfaitaire tegemoetkoming van 16,14 EUR, die overeenstemt met een nationaal gemiddelde. In de meeste gevallen is dat forfait echter lager dan de reële kosten van hun verzorgingspersoneel. Het gebeurt ook dat dit forfait lager is dan de reële lasten van de instelling. Vandaar dat het ministerieel besluit van 12 januari 2011 in een financiële regularisatie voorziet voor de periode van de erkenningsdatum tot en met het tweede kwartaal volgend op het kwartaal van de erkenning.

4. Psychiatrische verzorgingstehuizen

In uitvoering van de sociale akkoorden wijzigt het ministerieel besluit van 28 maart 2011 het ministerieel besluit van de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) als volgt:

- Vanaf 1 oktober 2010 verhoogt de norm van de psychiatrische verzorgingstehuizen met ½ VTE (voltijds equivalent) gekwalificeerd personeel A1.
- Vanaf 1 juli 2010 is voorzien in een vergoeding voor de zogenaamde "ongemakkelijke prestaties". Het gaat om de vergoeding van de uren van onregelmatige prestaties door verpleegkundigen, zorgkundigen en/of opvoeders gepresteerd 's avonds tussen 19u en 20u of die gepresteerd worden tot na middernacht, ongeacht het uur waarop de prestatie is begonnen.

5. Samenwerking federaal niveau – gemeenschappen

De verplichte ziekteverzekering kan via overeenkomsten met het Verzekeringscomité, een financiering bieden voor de verstrekkingen verricht in het kader van opsporingsprogramma's of vaccinatieprogramma's van de gefedereerde entiteiten.

Een koninklijk besluit van 8 april 2011 dat in werking treedt op 10 januari 2010, organiseert deze financiering en voorziet in bepalingen met betrekking tot:

- vaststellen van het budget
- betalen van de tegemoetkoming
- overdragen van de gegevens aan het RIZIV (overdracht door de gefedereerde entiteiten en de nadere regels betreffende deze overdracht).

Tevens legt hetzelfde koninklijk besluit budgetten vast voor twee concrete preventieprogramma's:

- de Humaan papillomavirus -vaccinatie (HPV) in de Vlaamse gemeenschap
- de opsporing van colorectale kanker in de Franse gemeenschap.

6. Statuut adviserend geneesheer: accreditering

Vanaf 1 januari 2009 treden met de koninklijke besluiten van 11 juni 2011 meerdere maatregelen in werking die het geldelijk statuut van de adviserend geneesheer revaloriseren en hun vakbekwaamheid versterken door het instellen van een stelsel van accreditering.

Dit stelsel van accreditering is gericht op de actualisering van de beroepskennis aan de hand van programma's van permanente vorming. Ook voeren de nieuwe bepalingen de toekenning van een accrediteringsforfait in van 2.800 EUR per jaar aan de adviserend geneesheren die door de V.I. in dienst worden genomen.

De bezoldiging van de adviserend geneesheren wijzigt vanaf 1 januari 2010 en kent een verhoging van de barema's, een nieuw pensioenplan, de invoering van een 13e maand (vanaf 01.01.2009) en het toekennen van een unieke premie (vanaf 01.01.2008).

7. Bijdrage geneeskundige verzorging

Om te vermijden dat de herwaardering van de pensioenen geheel of gedeeltelijk opgeslorpt zou worden door de bijdrage geneeskundige verzorging op de pensioenen, heeft het koninklijk besluit van 6 juli 2011 de drempelbedragen van de pensioenen voor wat de inhoudingen geneeskundige verzorging betreft verhoogd met 2%.

II. Geneeskundige verzorging

1. De verzekerden

a. Chronische ziekten

In het kader van het programma chronische ziekten, breidt het koninklijk besluit van 28 april 2011, vanaf 20 mei 2011, de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen uit met een tegemoetkoming in de reiskosten in het kader van revalidatie van kinderen (patiënten jonger dan 18 jaar). Het gaat om een vergoeding van 0,25 EUR per km voor de heen- en terugreis voor kinderen opgevolgd in revalidatiecentra waarmee het verzekeringscomité een van volgende typeovereenkomsten heeft gesloten:


- zeldzame erfelijke monogene metabole ziekten
- mucoviscidose
- neuromusculaire ziekten
- cerebral Palsy
- spina bifida
- autismspectrumstoornissen
- diabetes bij kinderen
- kindernefrologie
- visuele stoornissen
- overeenkomst "Hemophilie"

Overigens, vanaf 28 november 2011 bestaat er met het koninklijk besluit van 7 oktober 2011 een forfaitaire tegemoetkoming voor personen die lijden aan een onbehandelbare vorm van incontinentie, maar uit de boot vallen voor het bestaande incontinentieforfait gelet op het daarvoor gestelde afhankelijkheids criterium (forfait B of C).

Deze maatregel kadert in een reeks van maatregelen die het Comité voor Advies inzake de Zorgverlening ten aanzien van de Chronische ziekten en Specifieke Aandoeningen heeft voorgesteld met het oog op een betere tenlasteneming van patiënten die aan incontinentie lijden. Dit past in het raam van het door de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, Mevr. Onkelinx, voorgestelde plan "prioriteit aan chronisch zieken".

b. Verhoogde tegemoetkoming

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming breidt vanaf 1 juli 2011 uit met het koninklijk besluit van 22 maart 2011 en dit ten aanzien van de rechthebbenden op een verwarmingstoelage van de categorieën 2 en 3 toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het kader van het Sociaal Stookoliefonds.

 De rechthebbenden die tot categorie 2 behoren, zijn personen van wie het gezinsinkomen lager is dan het grensbedrag dat in het kader van de verhoogde tegemoetkoming van toepassing is. De rechthebbenden die tot categorie 3 behoren, zijn personen die schuldbemiddeling of een collectieve schuldenregeling genieten en die bovendien hun verwarmingsfactuur niet kunnen betalen. Deze rechthebbenden worden ingeschreven in de klassieke verhoogde tegemoetkoming op basis van een hoedanigheid en kunnen de verhoogde tegemoetkoming genieten als de inkomsten van hun gezin beneden een bepaald grensbedrag blijven.

c. Terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties

Artikel 326, § 4 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-besluit) bepaalt dat:

“Wanneer het totaal bedrag van de ten onrechte aan een sociaal verzekerde betaalde prestaties voor de geneeskundige verzorging kleiner is dan 12,50 EUR of voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid kleiner is dan 25 EUR, wordt de verzekeringsinstelling van de terugvordering van dat bedrag vrijgesteld”.

Vanaf 24 april 2011 is het bedrag voor de geneeskundige verzorging waaronder een verzekeringsinstelling (V.I.) is vrijgesteld om de ten onrechte betaalde prestaties terug te vorderen, verdubbeld door het koninklijk besluit van 5 april 2011. Thans bedraagt het dus 25 EUR, aan te passen aan de index.

d. Welvaartsaanpassing

Het koninklijk besluit van 13 augustus 2011 zorgt voor een aanpassing aan de welvaartsindex van het grensbedrag dat het gezinsinkomen niet mag bereiken om het recht op de verhoogde tegemoetkoming of het OMNIO-statuut te kunnen genieten. Dit grensbedrag is verhoogd vanaf 1 september 2011 met 0,7% en vanaf 1 januari 2012 met 1,3%.

e. Sociale derdebetalersregeling

Vanaf 1 juli 2011 vereenvoudigt het koninklijk besluit van 13 november 2011 de administratieve procedure om de derdebetalersregeling toe te passen.

Om de toepassing van de derdebetalersregeling aan te moedigen en te vereenvoudigen voorziet de reglementering een uniforme procedure voor alle gevallen waarin de huisarts de derdebetalersregeling toepast. Dit ten gunste van sociale categorieën, zoals momenteel het geval is, maar ook voor de andere gevallen waarin hij de derdebetalersregeling kan toepassen: zoals het globaal medisch dossier, technische verstrekkingen, enz...

Hiervoor wordt het toepassingsgebied van de betalingstermijn die van toepassing is in geval van de “sociale derdebetalersregeling” uitgebreid tot alle verstrekkingen van algemeen geneeskundigen. Tevens wordt de betalingstermijn op 30 dagen gebracht vanaf de dag volgend op die waarop de V.I. het getuigschrift voor verstrekte hulp heeft ontvangen. Voorheen diende de betaling te gebeuren ten laatste tijdens de maand die volgde op die waarin de V.I. het getuigschrift heeft ontvangen.

f. Persoonlijk aandeel bij raadpleging huisarts

De berekening van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria van de raadplegingen van de huisarts en de supplementen vereenvoudigt vanaf 1 december 2011 met het koninklijk besluit van 2 oktober 2011. Voortaan bestaat enkel nog het onderscheid tussen patiënten met globaal medisch dossier en patiënten zonder.

Voor de raadplegingen beperkt het persoonlijk aandeel zich tot:

- voor de rechthebbende met voorkeurregeling met GMD: 1 EUR
- voor de rechthebbende met voorkeurregeling zonder GMD: 1,50 EUR
- voor de rechthebbende zonder voorkeurregeling met GMD: 4 EUR
- voor de rechthebbende zonder voorkeurregeling zonder GMD: 6 EUR

Het persoonlijk aandeel voor de bijkomende honoraria voor raadplegingen 's nachts, op een zaterdag, zondag of een feestdag wordt afgeschafte.

2. De zorgverleners

a. Artsen

AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Op 21 december 2011 heeft de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) een nieuw akkoord voor 2012 afgesloten. In het huidige financieel-economische klimaat wil de commissie de tariefzekerheid van de patiënten behouden en haar verantwoordelijkheid opnemen bij de realisatie van de voorziene besparingen.

De voornaamste maatregelen zijn de volgende:

- Besparingen

Een besparing van 130 miljoen EUR zal in 2012 gerealiseerd worden. De besparing zal uitgevoerd worden door een beperkte indexering op 1 januari 2012 en door structurele maatregelen. De indexbeperkingen van de honoraria voor raadplegingen, bezoeken, toezicht en zorgtrajecten zullen opgeheven worden als de structurele maatregelen uitgevoerd zijn en in ieder geval op 1 december 2012. Voor de andere honoraria zal de indexbeperking ook opgeheven worden na het realiseren van de structurele maatregelen.
- Huisartsen
 - De honoraria van de huisartsen worden gedeeltelijk geïndexeerd met 1,50% vanaf 1 januari 2012.
 - De maatregel "Permanentie en beschikbaarheid" wordt verlengd in 2012, zonder verhoging van de honoraria.
 - De praktijktoelage verhoogt van 1.500 EUR naar 1.650 EUR per jaar.
 - De bedragen van de beschikbaarheidshonoraria verhogen met 2,99% in 2012.
 - Het bedrag van het forfait telematica blijft op hetzelfde niveau van 2011.
 - De regeling voor de automatische verlenging van het globaal medisch dossier (GMD) verandert niet in 2012. De administratieve vereenvoudiging ervan zal kaderen in het project MyCaret.
 - De 3^e fase van het Impulsfonds ("Impulseo III" genaamd) zal uitgevoerd worden.
- Geneesheren-specialisten
 - De honoraria voor raadpleging, toezicht en andere intellectuele verstrekkingen van geneesheren-specialisten worden gedeeltelijk geïndexeerd met 1,50% vanaf 1 januari 2012.
 - De speciale verstrekkingen worden geïndexeerd met 1% vanaf 1 januari 2012, met uitzondering van de honoraria voor CT-scans, de verstrekkingen van de nomenclatuur voor urgentie-geneeskunde en bepaalde anesthesiologieverstrekkingen. Deze blijven op hetzelfde niveau van 31 december 2011.
 - De enveloppes "medische beeldvorming" en "klinische biologie" zijn vastgelegd op respectievelijk 1.170.235 duizend EUR en 1.224.314 duizend EUR.
- Om conventiëring en accreditering aan te moedigen, kan de volledig geconventioneerde arts zijn recht doen gelden op een supplement van 434,20 EUR, bovenop zijn forfaitaire accrediteringstegemoetkoming.
- De nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal volgende maatregelen verderzetten in 2012:
 - evaluatie van de zorgtrajecten
 - onderzoek van de evolutie van de sociale derdebetaler
 - discussie over de organisatie van de wachtposten
 - onderzoek van de verschillen in het effect van de accreditering op de honoraria van de geaccrediteerde geneesheren-specialisten.

BESCHIKBAARHEIDSHONORARIA

De NCGZ moedigt initiatieven aan van de huisartsenkringen die de dienstverlening in het kader van de wachtdiensten wensen te garanderen. De wijze waarop het RIZIV de beschikbaarheidshonoraria betaalt aan de huisartsenkringen en de duur van de periode waarover de betalingswijze mag worden toegepast, worden bepaald door de NCGZ sinds het koninklijk besluit van 22 december 2010.

De NCGZ zal de beslissing kring per kring nemen, op basis van een gemotiveerd advies van de Federale raad voor de huisartsenkringen.

BEROEPSORGANISATIES

De representatieve beroepsorganisaties krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun werking. De wijze van betaling werd vastgelegd door het koninklijk besluit van 11 juni 2011. Deze tegemoetkoming wordt vastgesteld rekening houdend met de resultaten van de laatste medische verkiezingen, in dit geval plaatsgevonden in 2010, en dus geldig voor de jaren 2011 tot en met 2014.

De bedragen zijn:

- basisbedrag: 134.000 EUR
- bedrag per stem: 42,79 EUR

SOCIALE VOORDELEN

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt volgens het koninklijk besluit van 19 juli 2011, 4.199,14 EUR voor het jaar 2011. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2.065,28 EUR.

Afwijken van de overeengekomen honoraria kan uitsluitend:


- voor wat betreft 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 drie vierden van het totaal van de praktijk.
- voor wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor 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 voor de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2011 vastgelegd op 5.153 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4.294,28 EUR.

GLOBAL MEDISCH DOSSIER

In de huidige regelgeving met betrekking tot de remgeldverlaging voor de rechthebbende met een globaal medisch dossier (GMD) zijn geen bepalingen opgenomen met betrekking tot groeperingen in de huisartsgeneeskunde. Dit wijzigt vanaf 1 januari 2011 met het koninklijk besluit van 17 oktober 2011.

De aanpassingen verwijzen naar het begrip van een huisartsgroepering, zoals dit is gedefinieerd door het koninklijk besluit van 15 september 2006.

 De groepering bevat minstens twee erkende huisartsen, die in een schriftelijk samenwerkingsakkoord bevestigen dat ze samenwerken, hetzij op dezelfde installatieplaats, hetzij op verschillende installatieplaatsen die zich bevinden in dezelfde huisartsenzone of in twee aan elkaar grenzende huisartsenzones.

Het bestaande recht op remgeldverlaging van 30% wordt uitgebreid tot de prestaties van alle huisartsen van eenzelfde groepering die door het RIZIV geregistreerd is.

Eén van de voorwaarden voor de administratieve verlenging van het GMD is momenteel dat de GMD-beheerder in de loop van het verlengingsjaar een contact heeft aangerekend aan de recht-hebbende. Deze voorwaarde wordt uitgebreid tot de contacten met andere huisartsen dan de GMD-beheerder die lid zijn van dezelfde geregistreerde groepering.

b. Tandheelkundigen

Het koninklijk besluit van 19 juli 2011 legt de jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen vast op 2.086,89 EUR voor het jaar 2011. Dit is het bedrag afgesproken in het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012.

c. Kinesitherapeuten

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort voor 2010 een bedrag van 1.403,42 EUR, vastgelegd door het koninklijk besluit van 30 november 2011, per kinesitherapeut die aan de voorwaarden voldoet, voor de regeling van de sociale voordelen.

d. Apothekers

GENEESMIDDELEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN

Vanaf 4 februari 2011 komt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met het koninklijk besluit van 19 januari 2011 tegemoet in de registratie en het doorgeven van de gegevens van niet-vergoedbare, vergunde geneesmiddelen. De bedoeling is een beter inzicht te krijgen in de kost voor de chronisch zieken van voorgeschreven maar niet-vergoedbare analgetica, laxantia en calciumpreparaten. De tegemoetkoming voor de apothekers bedraagt 800 EUR per jaar.

SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd. Het koninklijk besluit van 30 november 2011 legt het vast op 2.599,80 EUR voor 2010. Het bedrag wordt verminderd tot:

- 1.949,85 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
- 1.299,90 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

MAGISTRALE BEREIDINGEN

Vanaf 1 december 2011 geeft het koninklijk besluit van 17 oktober 2011 de apothekers recht op een uniek honorarium voor dermatologische bereidingen. De verzekeringstegemoetkoming die voor de invoering van dit honorarium gold werd ontoereikend bevonden. Voor de toekenning ervan werd aandacht gegeven aan de moeilijkheid van de dermatologische bereiding enerzijds en de belangrijke verhoging van de bestede tijd van de apotheker die niet in verhouding staat tot de hoeveelheid van de bereiding anderzijds.

e. Centra voor dagverzorging

Vanaf 1 juli 2011 treden de maatregelen van het ministerieel besluit van 30 juni 2011 in werking. Deze zijn erop gericht de omkadering van dementerende personen te verbeteren, in het bijzonder in de centra voor dagverzorging. Het gaat om volgende bepalingen:

- Aanpassing van de normen om een groter aantal dementerende patiënten te kunnen opvangen: het aantal verpleegkundigen wordt beperkt ten gunste van een groter aantal leden van het reactiveringspersoneel.
- Het bedrag van het forfait wordt overeenkomstig aangepast.

- In navolging van wat er al in de rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen wordt toegepast, wordt er enige soepelheid aan de dag gelegd in geval van personeelstekort in een bewaking.
- Afstemming van de sanctie voor de laattijdige overdracht van de gegevens op de sanctie die in de rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen wordt toegepast.

Vanaf 1 januari 2012 treden de maatregelen van het koninklijk besluit van 17 oktober 2011 in werking die bijdragen tot een betere omkadering van dementerende personen met een beperkt verlies van fysieke zelfredzaamheid en voor palliatieve patiënten.

- Actualiseren van de lijst van de verstrekkingen die zijn opgenomen in het forfait en die in de rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging worden verleend.
- Openen van de centra voor dagverzorging voor alle dementerende personen, ongeacht hun fysieke zelfredzaamheid
- Invoeren van een bepaling die voorziet in de oprichting van centra voor dagverzorging voor palliatieve patiënten

3. De verstrekkingen

a. Artsen

INTEGRATIE VAN DE PREVENTIEMODULE IN HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER (GMD)

Vanaf 1 april 2011 is er met het koninklijk besluit van 9 februari 2011 een preventiemodule voor de huisarts die is geïntegreerd in het GMD.

Vermits de prestaties rond het GMD kunnen worden aangerekend voor alle rechthebbenden, ongeacht hun leeftijd, betekent dit dat de preventieve opdracht van de huisarts steeds integraal deel uitmaakt van het beheer van het GMD.

De preventiemodule bestaat uit een checklist die de verschillende items ervan bevat. De thema's van de preventiemodule worden opgesomd in de toepassingsregels, maar worden door het Verzekeringscomité geconcretiseerd afhankelijk van de internationale aanbevelingen en in functie van de leeftijd en het geslacht.

Complementair aan het bestaande honorarium wordt een nieuw honorarium gecreëerd. Dit bijkomend honorarium vergoedt de huisarts voor het overlopen met de patiënt van de checklist van de preventiemodule en het bespreken van de acties die ondernomen moeten worden op basis van deze bespreking. Het honorarium kan enkel worden aangerekend door de huisarts die het GMD beheert.

DEMENTIECONSULTATIE

Sinds 1 april 2011 bestaat er met het koninklijk besluit van 24 januari 2011 een nieuwe verstrekking voor het opmaken van een diagnostisch bilan bij een patiënt waarbij men een beginnende dementie vermoedt. Deze raadpleging is enkel aanrekenbaar na het doorverwijzen van de huisarts of geneesheer-specialist en er is tevens tegemoetkoming voorzien voor de evaluatie van het neuropsychologisch onderzoek.

Volgens het koninklijk besluit van 24 januari 2011 bedraagt het persoonlijk aandeel 10% voor het diagnostisch bilan en is er geen remgeld verschuldigd voor het neuropsychologisch onderzoek.

PEDIATRIE

Vanaf 1 juli 2010 vergoedt het koninklijk besluit van 3 februari 2011 de forfaitaire honoraria voor de geneesheren-specialisten in de pediatrie, die de permanente fysieke aanwezigheid verzekeren in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor kinderen.

Het koninklijk besluit van 3 februari 2011 verhoogt de toezichtshonoraria van de geaccrediteerde pediater op de NIC dienst (= dienst voor intensieve neonatologie) met een kwart vanaf 1 april 2011.

SPECIALE TECHNISCHE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 november 2011 treden nieuwe bepalingen van het koninklijk besluit van 1 september 2011 in werking in uitvoering van het Kankerplan. Het gaat om vier verstrekkingen met betrekking tot de invasieve diagnostische onderzoeken bij borstpathologie. Voor de onderzoeken is er geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de patiënt.

ANESTHESIE BIJ CATARACTOPERATIE

Vanaf 1 april 2011 bestaat er met het koninklijk besluit van 25 januari 2011 een nieuwe versterking voor de tegemoetkoming in het toezicht en in elke vorm van anesthesie of sedatie bij een cataractoperatie door een specialist anesthesist.

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 februari 2012 kunnen de radiologen een aantal verstrekkingen aanrekenen uit het hoofdstuk chronische pijnbehandeling. Het gaat dan heel concreet om interventionele behandelingen van rugpathologie.

Het koninklijk besluit van 13 november 2011 voegt deze bijzondere verstrekkingen medische beeldvorming in het hoofdstuk chronische pijnbehandeling van artikel 12 van de nomenclatuur in.

Eveneens vanaf 1 februari 2012 voegt het koninklijk besluit van 7 november 2011 twee nieuwe verstrekkingen in de nomenclatuur inzake radiologie in voor de 3D opname van het "faciaal massief". Het herschrijven van de bestaande verstrekkingen en het invoeren van twee nieuwe verstrekkingen heeft als reden dat voor bepaalde indicaties (zoals chronische sinusitis/inflammatoire pathologie) men geen contrastvloeistof nodig heeft terwijl dit in de oorspronkelijke versterking niet was voorzien.

Op vraag van de betrokken specialismen brengt het koninklijk besluit van 26 oktober 2011 vanaf 1 januari 2012 een verduidelijking aan in de nomenclatuur betreffende de coronarografie en de hartcatheterisatie. Dit naar aanleiding van interpretatieproblemen rond de nomenclatuur van de cardiologische interventionele beeldvorming.

Op twee vlakken treden wijzigingen op:

- Creatie van nieuwe verstrekkingen voor de coronaro-CT.
- Herziening van de verstrekkingen omtrent de coronarografie en de hartcatheterisatie.

Vanaf 1 juni 2011 geeft het koninklijk besluit van 5 april 2011 de radiologen recht op een bijkomend honorarium bij de versterking CT van het abdomen voor het uitvoeren van een "virtuele colonoscopie", uitgevoerd bij welbepaalde indicaties.

NEUROLOGIE

Vanaf 1 augustus 2011 komt het koninklijk besluit van 11 juni 2011 tegemoet in het honorarium van de geneesheer-specialist voor het neurologisch onderzoek en de bespreking ervan, bij patiënten in een vegetatieve of minimaal bewuste toestand opgenomen in een "expertisecentrum voor comapatiënten".

Het neurologisch onderzoek en de besprekingen omvatten:

- een uitgebreid specifiek grondig neurologisch onderzoek van de comapatiënt en het afnemen van de coma-recovery-scale revisited (CRS-R) (wekelijks)
- de multidisciplinaire discussie rond diagnose, prognose, ontslagplanning en ethische beslissingen met het behandelteam dat bestaat uit de verpleegkundige, logopedist, neuropsycholoog, kinesist en revalidatiearts (wekelijks)

- het verkennend gesprek met de familie over wat zij kunnen verwachten van de patiënt in het expertisecentrum vooraleer de patiënt overgebracht wordt van de verwijzende afdeling (wanneer toepasselijk)
- de rapportage met invullen van de elektronische databanken aan de Federale Overheidsdienst FOD Volksgezondheid van demografische gegevens van deze patiëntengroep (bij opname)
- de opmaak van het door het "zorgcircuit" gevraagde ontslagdocument (bij ontslag).

Deze onderzoeken en besprekingen worden telkens gerapporteerd in het patiëntendossier en de besluiten worden gecommuniceerd met de familie/omgeving van de patiënt.

PSYCHIATRIE

Vanaf 1 november 2011 treden maatregelen van het koninklijk besluit van 19 augustus 2011 in werking die zijn overeengekomen in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2010 en die een verdere uitwerking zijn van het "globaal plan psychiatrie". Het gaat om volgende nieuwe verstrekkingen:

- Pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis ("teambespreking") op A-diensten voor gehospitaliseerde volwassenen. Deze verstrekking mag aangerekend worden "eenmaal per 15 dagen, gedurende de eerste maand van de opname op een A-dienst" en vervolgens eenmaal per maand. Bovendien is de tegemoetkoming voor de teambespreking cumuleerbaar met toezichtshonoraria.
- Nieuwe toezichtshonoraria op Sp psychogeriatrische diensten in algemene ziekenhuizen.

Vanaf 1 februari 2012 geeft het koninklijk besluit van 30 november 2011 de mogelijkheid een beroep te kunnen doen op een huisarts in geval van een acuut of chronisch somatisch probleem bij een zieke die in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen. De nauwe samenwerking tussen de huisarts en de psychiater van de patiënt wordt georganiseerd via het ziekenhuisdossier van de patiënt.

De geneesheer-specialist in de psychiatrie zal in eerste instantie beroep doen op de behandelende huisarts van de patiënt. Dit kan maximaal tweemaal per maand en maximaal 12 maal per jaar. De inning van de honoraria kan op drie manieren plaatsvinden:

- op klassieke wijze door de huisarts via het getuigschrift voor verstrekte hulp en de inning van de honoraria ter plaatse
- via de toepassing van het systeem van de derdebetalersregeling
- via de centrale inning van de honoraria op vrijwillige basis en in gemeenschappelijke akkoord van de betrokken huisarts met het ziekenhuis.

GERIATRIE

Het koninklijk besluit van 9 januari 2011 voegt vanaf 1 maart 2011 een nieuwe verstrekking in artikel 25, §1 in, die een honorarium invoert voor de geneesheer-specialist voor geriatrie voor deelname en leiding van een multidisciplinair teamoverleg door de geneesheer-specialist in de geriatrie voor een op een andere dienst dan G (300) opgenomen rechthebbende.

De patiënt is hiervoor geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

GENETISCH ONDERZOEK

Op 1 mei 2011 treedt met het koninklijk besluit van 18 maart 2011 een nieuwe verstrekking in werking die verband houdt met het opsporen van een verworven afwijking van het K-RASgen. Deze test heeft tot doel patiënten te onderscheiden die verondersteld worden te reageren op een specifieke behandeling van colorectale kanker en is voorbehouden voor geneesheren-specialisten in de pathologische anatomie, in de klinische biologie en de "genetici" (erkend door de FOD Volksgezondheid).

b. Tandheekundigen

PARADONTOLOGIE EN RADIOGRAFIEËN

Het koninklijk besluit van 9 januari 2011 voegt een nieuwe verstrekking in, in artikel 5, § 2 van de nomenclatuur, vanaf 1 maart 2011. Het betreft een verstrekking ter vergoeding van het parodontaal mondonderzoek bij patiënten van de 18^{de} tot de 45^{ste} verjaardag. Deze verstrekking is toegankelijk voor de algemeen tandartsen, de tandarts-specialisten in de parodontologie en de arts-tandartsen. Ze kan éénmaal per kalenderjaar worden geattesteerd op voorwaarde dat in hetzelfde of vorige kalenderjaar een verstrekking profylactisch reinigen, tandsteenverwijdering of verwijderen van subgingivaal tandsteen werd terugbetaald en een DPSI score van minstens 3+ werd opgemeten. Het remgeld is vastgelegd op 25% voor rechthebbenden zonder recht op verhoogde tegemoetkoming.

PREVENTIEVE BEHANDELINGEN EN PARADONTOLOGIE

Het koninklijk besluit van 14 april 2011 wijzigt artikel 5 van de nomenclatuur als volgt met ingang van 1 mei 2011:

- Jaarlijks mondonderzoek: de bovenste leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek verhoogt van de 60^e naar de 63^e verjaardag. Het jaarlijks mondonderzoek zal voortaan aangerekend kunnen worden bij patiënten vanaf de 18^e tot de 63^e verjaardag
- Subgingivale reiniging: de bovenste leeftijdsgrens voor het verwijderen van het subgingivaal tandsteen verhoogt van de 45^e naar de 50^e verjaardag
- Parodontaal mondonderzoek: ook voor deze verstrekking wordt de doelgroep uitgebreid. Hierdoor zullen voortaan patiënten tot de 50^e verjaardag kunnen vergoed worden voor deze prestatie.

Het persoonlijk aandeel voor het parodontaal onderzoek daalt vanaf 1 mei 2011 van 25 EUR naar 15,5 EUR voor rechthebbende zonder voorkeurregeling.

TANDVERZORGING: WIJZIGING AAN DE VERORDENING VAN 28 JULI 2003

De toekenning van een RIZIV-nummer gebeurt voor de tandheekundigen op dezelfde wijze als voor de geneesheren: sinds 1 maart 2011 namelijk vanaf het ogenblik dat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV door de FOD Volksgezondheid op de hoogte wordt gesteld van de erkenning van de zorgverlener. De verzekeringstegemoetkoming is met de verordening van 18 juli 2011 pas verschuldigd nadat DGV kennis heeft genomen van de erkenning van de beroepstitel van algemeen tandarts of tandarts-specialist door de Minister.

c. Kinesitherapeuten

Artikel 7 van de nomenclatuur wijzigt met het koninklijk besluit van 5 april 2011 ingang van 1 juli 2011:

- De verplichte verwijzing op het voorschrift naar het eventueel consultatief onderzoek wordt geschrapt. Deze verwijzing was geen vereiste voorafgaand aan de kinesitherapiebehandeling en werd beschouwd als overbodig administratief werk.
- Wanneer een adviserend geneesheer een aanvraag voor een nieuwe pathologische situatie in de "Fb-lijst" tijdens de geldigheidsperiode van een eerste "Fb-aandoening" aanvaardt, dan loopt de geldigheidsperiode van de nieuwe "Fb-aandoening" tot 31 december van het 2^e jaar dat volgt op de kennisgeving. De geldigheidsperiode voor de oorspronkelijke kennisgeving wordt afgesloten op 1 januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarop de nieuwe pathologische situatie is opgetreden.

d. Verpleegkundigen

Het koninklijk besluit van 19 januari 2011 voorziet in de terugbetaling van een nieuwe verstrekking voor de zeer afhankelijke patiënten (inclusief de palliatieve patiënten) vanaf 1 januari 2010. Het gaat om een forfaitaire vergoeding voor het 3^{de}, 4^{de} en 5^{de} bezoek van de verpleegkundige aan dezelfde patiënt op dezelfde dag, ongeacht de verstrekking die dan geleverd wordt. Er is bovendien geen persoonlijk aandeel voor verschuldigd.

e. Vroedvrouwen

Het koninklijk besluit van 7 november 2011 wijzigt artikel 9 a) van de nomenclatuur vanaf 1 januari 2012.

De wijzigingen zijn:

- De invoering van een onderscheid van plaats voor de prenatale verzorging, het toezicht en de hulp aan de vrouw tijdens de arbeidsfase, de hulp bij een door een geneesheer verrichte verlossing en de postnatale verzorging naargelang die handelingen
 - thuis
 - in het ziekenhuismilieu
 - niet bij de patiënte thuis en buiten het ziekenhuismilieu worden verricht.
- Precisering voor de ambulante verstrekkingen "Postnataal toezicht en verzorging" vanaf de dag van de verlossing tot en met de vijfde dag van het postpartum, dat deze verstrekkingen thuis moeten worden verleend. Deze maatregel streeft het comfort van de bevallen vrouw in de eerste dagen na de bevalling na door te vermijden dat zij zich moet verplaatsen om die verzorging te verkrijgen.
- Voor de verstrekkingen "postnataal toezicht en verzorging" wordt onder meer bepaald dat die verstrekkingen het postnataal onderzoek van moeder en kind omvatten (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de noodzakelijke parameters en andere observaties). Het zwangerschapsdossier bevat een verslag van de observaties en het zorgplan.
- Het cumulverbod op vergoedbare verzorging door een verpleegkundige en vergoedbare verzorging door een vroedvrouw op dezelfde dag wordt opgeheven.

f. Bandagisten

De nomenclatuur van mobiliteitshulpmiddelen kent met het koninklijk besluit van 14 september 2011 een reeks grondige wijzigingen vanaf 1 januari 2012.

- Tot nu toe bestaat de enige mogelijkheid tot terugbetaling van de extra-brede rolstoelen in de invoering van een aanvraagdossier voor maatwerk terwijl deze rolstoelen geen echt maatwerk zijn maar gefabriceerd worden in kleine serie. Daarom zijn er drie specifieke verstrekkingen voorzien voor de terugbetaling van rolstoelen met een zitbreedte tussen 58 cm en 75 cm inbegrepen.
- Voor de manuele verzorgingsrolstoelen komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet bij zitbreedteaanpassingen van meer dan 48 cm tot en met 58 cm.
- De actief rolstoelen met individuele maatvoering zijn niet conform de huidige omschrijving van een actieve rolstoel. Ze kunnen bijgevolg niet terugbetaald worden. Voor de gebruikers die weten in welke positie ze willen zitten (d.w.z. de ervaren gebruikers, die al minstens vier jaar een actief rolstoel gebruiken), is het wenselijk dat de zitpositie niet meer verstelbaar is. Het zitkader wordt in de fabriek gemaakt op basis van individuele maten. Daardoor is de rolstoel steviger en efficiënter. Voor deze actief rolstoelen met individuele maatvoering is een afzonderlijke subgroep (binnen de groep van actief rolstoelen) gecreëerd, aangezien er tussen de twee types van rolstoelen fundamentele technische verschillen bestaan.
- Sommige bepalingen betreffende de elektronische scooters werden eveneens gewijzigd.

g. Implantaten

NOTIFICATIEPROCEDURE

De notificatieprocedure voor implantaten voorziet dat bepaalde implantaten uitgesloten worden van de notificatieprocedure. Dit is het geval voor alle hechtings- en ligatuurmaterialen en alle implantaten gebruikt in de tandheelkunde. De maatregel van het koninklijk besluit van 9 januari 2011 gaat in vanaf 1 mei 2010 om aan te sluiten op de overgangsregeling.

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Sinds 1 september 2009 zijn, in toepassing van de Europese richtlijn, de implanteerbare onderdelen van de totale gewrichtsprothesen van de heup, de knie en de schouder heringedeeld als medische hulpmiddelen van klasse III. Fabrikanten moeten daarom de vereiste evaluatieprocedure voor klasse III volgen voordat ze deze medische hulpmiddelen op de markt mogen brengen.

De nieuwe procedure had tot gevolg dat sommige oudere systemen niet werden heringedeeld. Het op de markt brengen ervan is dus niet meer toegestaan.

Deze implantaten worden echter nog gebruikt voor revisie. Ze laten immers een gedeeltelijke revisie toe die minder ingrijpend is voor de patiënt. Zonder deze mogelijkheid moet de chirurg een totale revisie uitvoeren, wat ook een meerkost meebrengt.

Het koninklijk besluit van 7 november 2011 wijzigt de nomenclatuur in die zin vanaf 1 januari 2012 zodat minder ingrijpende gedeeltelijke revisies opnieuw voor vergoeding in aanmerking komen.

Vanaf 1 juli 2011 treden met het koninklijk besluit van 28 april 2011 acht nieuwe verstrekkingen in werking met betrekking tot externe fixatoren:

- De verstrekkingen voor uitwendige fixatie worden geschrapt uit artikel 28 van de nomenclatuur.
- In artikel 35 van de nomenclatuur wordt een nieuw opschrift toegevoegd: "externe fixatoren". Onder dit opschrift worden nieuwe verstrekkingen opgelijst die betrekking hebben op de uitwendige fixatiesystemen.
- Onder het opschrift "toebehoren voor enkelprothesen" wordt de nieuwe verstrekking bot-schroeven voor enkelprothesen ingevoegd.

NEUROCHIRURGIE

Het koninklijk besluit van 5 april 2011 laat twee wijzigingen in werking treden vanaf 1 juni 2011:

- De omschrijving van de verstrekking die betrekking heeft op het implantaat voor cranioplastie wordt uitgebreid zodat ook de "cranial loop" (die uit een ander materiaal bestaat) kan worden aangerekend onder deze verstrekking.
- De omschrijving van de verstrekkingen betreffende de visco-elastische producten zijn eveneens aangepast zodat deze per ingreep en per oog worden vergoed.

Vanaf 1 januari 2012 voorziet het koninklijk besluit van 7 november 2011 in de terugbetaling voor de elektroden voor lokalisatie van de doelgebieden in geval van refractaire epilepsie. Voorheen was vergoeding enkel voorzien bij preoperatieve lokalisatie.

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

Vanaf 1 september 2011 wordt met het koninklijk besluit van 1 juli 2011 de urinaire kunstsficter met antibiotica coating terugbetaald.

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Vanaf 1 januari 2012 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in materiaalverstrekkingen voor abdominale hernia chirurgie. Hiervoor worden met het koninklijk besluit van 24 oktober 2011 vier nieuwe verstrekkingen ingevoegd in de nomenclatuur aan een forfaitaire terugbetaling. Er is een persoonlijk aandeel van 25%.

BLOEDVATENHEELKUNDE

Het koninklijk besluit van 23 december 2010 wijzigt de terugbetaling van de coronaire stents. vanaf 1 april 2011:

- De U-waarden van artikel 35 en 35bis worden verlaagd
- Er worden twee nieuwe vertrekkingen ingevoegd: een verstrekking voor het plaatsen van één of meer DES (= drug eluting stent) en een verstrekking voor het plaatsen van twee of meer stents. Deze nieuwe verstrekkingen zijn forfaits.
- De toepassingsregels zijn overeenkomstig aangepast.

Bij dezelfde verstrekkingen hoort de interpretatieregel van 17 januari 2011.

Vanaf 1 januari 2012 verlaagt het koninklijk besluit van 7 november 2011 het persoonlijk aandeel van het vascular closure device van 90% naar 55%.

h. Orthopedisten

Vanaf 1 januari 2012 neemt het koninklijk besluit van 24 oktober 2011 een nieuwe bepaling in de nomenclatuur op om de voortijdige vervanging van de schedelhelm toe te staan indien er zich een anatomische wijziging voordoet of wanneer de schedelhelm onbruikbaar en onherstelbaar is geworden door veelvuldige traumata.

i. Farmaceutische verstrekkingen

ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

In de gevallen waarin er meerdere verpakkingen van een farmaceutische specialiteit per voorschrift worden voorgeschreven, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van één of meerdere verpakkingen uit te stellen.

De apotheker kan vanaf 1 juli 2011 de effectieve aflevering uitstellen door een formulier voor uitgestelde aflevering en facturering over te maken (koninklijk besluit van 27 juni 2011).

MAGISTRALE BEREIDINGEN

Het koninklijk besluit van 28 december 2011 indexeert het persoonlijk aandeel dat ten laste valt van de rechthebbenden in het raam van de dieetvoeding voor medisch gebruik en voor magistrale bereidingen vanaf 1 januari 2011. De honoraria, prijzen, aandelen of persoonlijke aandelen van de rechthebbenden worden gekoppeld aan de waarde, van toepassing in het kalenderjaar ervoor, van het rekenkundig gemiddelde van de gezondheidsindexcijfer van de maand juni en de indexcijfers van de drie voorafgaande maanden.

III. Uitkeringen

1. Werknemers

a. Inhaalpremie voor invaliden

Het koninklijk besluit van 20 mei 2011 past vanaf 1 mei 2011 de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie voor invaliden aan. Het bedrag wordt thans toegekend aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens één jaar bereikt heeft op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning. Het bedrag van de premie is verhoogd tot 200 EUR (geïndexeerd bedrag). Voorheen diende men minstens vijf jaar arbeidsongeschikt erkend te zijn en bedroeg de premie 75 EUR.

b. Maximumbedrag voor de berekening van de uitkeringen

Het maximumbedrag van het loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de uitkeringen van de gerechtigden van wie de primaire arbeidsongeschiktheid of de invaliditeit een aanvang neemt op 1 januari 2011 wordt vanaf diezelfde datum geherwaardeerd. Ten gevolge van het koninklijk besluit van 22 maart 2011 gaat het om een basisbedrag van 97,7809 EUR.

c. Gerechtigde met persoon ten laste

Via een overgangsmaatregel is ervoor gezorgd dat de gerechtigde met een persoon ten laste, zijn hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast niet verliest louter en alleen ingevolge de verhoging van de invaliditeitsuitkeringen van de zelfstandige gerechtigde waarmee hij samenwoont, naar aanleiding van de herwaardering van deze uitkeringen op 1 januari 2006. Deze overgangsmaatregel, die oorspronkelijk was toegestaan voor 3 jaar, is met het koninklijk besluit van 14 april 2011 opnieuw verlengd tot 31 december 2011.

d. Herwaarderingsmaatregelen

Het koninklijk besluit van 6 juli 2011 voorziet meerdere herwaarderingsmaatregelen:

- stijging met 2% van het minimumbedrag voor regelmatige werknemers (samenwonend) vanaf 1 september 2011
- stijging van de uitkering voor hulp van derden met 3 EUR per dag vanaf 1 september 2011
- stijging van de inkomensgrens van personen ten laste en van de inkomensgrens alleenstaande gerechtigde indien de samenwonende persoon een vervangingsinkomen geniet vanaf 1 september 2011.

De herwaardering van de uitkeringen voor gerechtigden in ongeschiktheid sinds 15 jaar wordt door het koninklijk besluit van 21 juni 2011 opgeschort in 2011 en 2012.

e. Behoud van hoedanigheid bij overschrijden drempelbedrag

Vanaf 1 augustus 2010 treedt de maatregel van het koninklijk besluit van 28 april 2011 in werking die het verlies moet voorkomen van de hoedanigheid van een gerechtigde met persoon ten laste of de hoedanigheid van alleenstaande gerechtigde, als gevolg van de verhoging van het minimumpensioen van de samenwonende zelfstandige gerechtigde, in afwachting van een structurele maatregel.

f. Toegelaten activiteit

Mits de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds kunnen de arbeidsongeschikte gerechtigden gedeeltelijk het werk hervatten. Het uitkeringsbedrag dat bij een toegelaten werkhervatting kan worden betaald, wordt bepaald in functie van de hoogte van het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen.

In een aantal gevallen kan de combinatie van een gedeeltelijk beroepsinkomen en een gedeeltelijke uitkering een inkomen opleveren dat hoger is dan het loon bij een voltijdse tewerkstelling.

Het koninklijk besluit van 28 december 2011 wijzigt de reglementering vanaf 1 januari 2012 om deze inkomensval op te heffen. Het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen wordt slechts in aanmerking genomen ten belope van het volgende percentage, bepaald per inkomensschijf:

- een eerste schijf van 11,8278 EUR van het beroepsinkomen is vrijgesteld
- een tweede schijf van 7,0967 EUR wordt voor 20% aangerekend
- een derde schijf van 7,0967 EUR wordt voor 50% aangerekend
- alles wat hoger ligt dan het totaal van de vorige schijven wordt voor 75% aangerekend.

Voormelde schijven worden geïndexeerd. De invloed op het bedrag van de ziekte-uitkering wordt dus groter naarmate het beroepsinkomen hoger is.

g. Berekening van de uitkeringen

De reglementering tot vaststelling van het gederfd loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de uitkeringen wanneer er geen referentieloon voorhanden is, wijzigt vanaf 1 januari 2012 met de verordening van 16 november 2011.

- Voor de industriële leerlingen die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid verbonden zijn door een leerovereenkomst is het gederfde loon gelijk aan de leervergoeding waarop zij aanspraak hadden kunnen maken op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid.
- Een nieuwe regeling is uitgewerkt voor een categorie van werknemers, gegroepeerd onder: "uitzendkracht, seizoenarbeider en tijdelijke werknemers". Voorheen was er enkel sprake van "arbeiders bij tussenpozen en seizoenarbeiders".
- Voor de werkloze gerechtigden die bij de aanvang van het risico niet beschikken over een referentieloon, wordt de periode waarin de uitkering nog wordt berekend op basis van het laatste loon uitgebreid tot 30 dagen na beëindiging van de arbeidsovereenkomst (voorheen was dit tot 14 dagen na beëindiging van de arbeidsovereenkomst)
- Er is voorzien in een berekeningswijze van de uitkeringen in de bijzondere situatie van de gerechtigde die op het ogenblik dat de arbeidsongeschiktheid optreedt al meer dan 30 dagen niet langer onderworpen is aan het Belgische stelsel van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Voorheen was dit na 14 dagen het geval.
- Tevens treden er wijzigingen op voor wat de berekening van de uitkeringen betreft in de gevallen waar een tijdvak van arbeidsongeschiktheid onmiddellijk volgt op een tijdvak van moederschapsbescherming en omgekeerd en dit ondermeer voor de industriële leerlingen en de onthaalmoeders.
- Ingeval de verzekeringsinstelling niet over de gegevens van het Inlichtingsblad beschikt die nodig zijn om het bedrag van het gederfd loon vast te stellen, zal de uitkering worden berekend op basis van het minimumloon dat door het Aanvullend Nationaal Paritair Comité voor Bedienden is vastgesteld voor een bediende van categorie I met een beroepservaring van niveau 0. De helft van dit loon wordt in aanmerking genomen voor de gerechtigden die volgens een deeltijdse uurregeling tewerkgesteld waren.

2. Zelfstandigen

a. Welvaartsaanpassingen

Het koninklijk besluit van 11 juni 2011 past de uitkeringen voor zelfstandigen aan voor 2011 en 2012.

- Het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering zonder stopzetting van het bedrijf van de gerechtigde met gezinslast en de alleenstaande gerechtigde zal vanaf 1 september 2011 met 2,11%, respectievelijk 2,37% verhogen ingevolge de gelijkmatige verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.
- Het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering zonder stopzetting van het bedrijf van de samenwonende gerechtigde zal vanaf 1 september 2011 met 2% geherwaardeerd worden.
- Het bedrag van de invaliditeitsuitkering met stopzetting van het bedrijf zal vanaf 1 september 2011 met 2% verhoogd worden ingevolge de gelijkmatige verhoging van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer.
- De forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden die wordt toegekend ten vroegste vanaf de 4^{de} maand van de arbeidsongeschiktheid, wordt vanaf 1 september 2011 met 3 EUR per dag verhoogd.

b. Hervatting van de activiteiten tijdens de arbeidsongeschiktheid

De zelfstandige die arbeidsongeschikt is erkend, kan tijdens het tijdvak van invaliditeit een gedeelte van de zelfstandige activiteiten hervatten die hij uitoefende voor het begin van zijn arbeidsongeschiktheid, mits de voorafgaande toelating van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, op voorstel van de adviserend geneesheer van de V.I. Deze gedeeltelijke hervatting van de vroegere zelfstandige activiteiten is niet gekoppeld aan een vereiste van reclassering.

Vanaf 4 juli 2011, datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 11 juni 2011, kan een gedeeltelijke hervatting van de vroegere zelfstandige activiteiten ook gedurende de periode van primaire ongeschiktheid worden toegestaan, zonder voorwaarde van reclassering. Deze gedeeltelijke hervatting van de activiteiten in primaire arbeidsongeschiktheid vereist de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer en kan slechts ten vroegste plaatsgrijpen na het verstrijken van de periode van niet vergoedbare primaire arbeidsongeschiktheid.

c. Inhaalpremie voor invaliden

Vanaf 1 mei 2011 voorziet de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in het recht op een jaarlijkse forfaitaire inhaalpremie van 200 EUR (geïndexeerd bedrag) aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning, gedurende minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend (koninklijk besluit van 18 mei 2011).

d. Regularisatie van de hervatting van een activiteit zonder voorafgaande toelating

Vanaf 31 december 2010 vereenvoudigt het koninklijk besluit van 27 juli 2011 de procedure tot regularisatie van de gevallen van hervatting, door een zelfstandige, van een activiteit zonder de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer van de V.I. of van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, gedurende een periode van erkende arbeidsongeschiktheid. De regularisatie omvat een medisch en een administratief luik.

REGULARISATIE OP MEDISCH VLAK

De procedure tot medische regularisatie voor de verstreken periode van niet toegelaten arbeid is afgeschaft. Er zal niet meer worden onderzocht of de zelfstandige gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft hervat gedurende zijn arbeidsongeschiktheid, vanuit geneeskundig oogpunt nog een vermindering van zijn vermogen van tenminste 50% behoudt voor het tijdvak van niet toegelaten arbeid. Er zal wel nog een geneeskundig onderzoek moeten gebeuren om na te gaan of de erkenningsvoorwaarden voor de arbeidsongeschiktheid nog vervuld zijn op de datum van het onderzoek en later. Dit geneeskundig onderzoek moet plaatsvinden binnen 30 werkdagen, te rekenen vanaf de vaststelling door de V.I. van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling ervan aan de V.I.

REGULARISATIE OP ADMINISTRATIEF VLAK

De procedure tot regularisatie van het tijdvak van niet toegelaten arbeid beperkt zich tot een zuiver administratieve procedure. Het ziekenfonds dient over te gaan tot de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen ingevolge de uitoefening van een niet toegelaten activiteit. Deze terugvordering dient evenwel te worden beperkt tot de dagen waarop of de periode gedurende dewelke de verzekerde effectief de niet toegelaten activiteit heeft verricht.

De beperkte terugvordering van het onverschuldigd bedrag is niet meer gebonden aan de vereiste van een regularisatie op medisch vlak.

Een andere wijziging die wordt aangebracht door het koninklijk besluit van 27 juli 2011 situeert zich binnen een Europese context.

Ingevolge de nieuwe Europese Verordeningen nrs. 883/2004 en 987/2009 wijzigt de procedure tot aangifte van de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde die in een andere lidstaat van de Europese unie verblijft of woont dan in de lidstaat die bevoegd is voor de toekenning van de uitkeringen. De adviserend geneesheer heeft de mogelijkheid de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid te beëindigen van een gerechtigde die bij de aanvang ervan in een andere lidstaat van de Europese Unie (dan België) verblijft of woont. Hij kan dit doen zonder een voorafgaand geneeskundig onderzoek te moeten uitvoeren, en dit vanaf de einddatum van de ongeschiktheid vermeld op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat is opgesteld door de buitenlandse behandelend geneesheer of door het buitenlandse bevoegd orgaan.

e. Verzaking aan de terugvordering van uitkeringen

Het beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen van de dienst voor uitkeringen kan verzaken aan de terugvordering van de onverschuldigd betaalde ziekte-uitkeringen ten aanzien van de verzekerde die een niet toegelaten activiteit heeft hervat, wanneer deze zich in een behartenswaardige toestand bevindt.

In de specifieke situatie waarin de terugvordering het gevolg is van een niet toegelaten werkherleving wordt de behartenswaardigheid beoordeeld aan de hand van:

- de sociale en financiële situatie van het gezin van de gerechtigde
- de billijke evenredigheid tussen de omvang van de terugvordering enerzijds en de ernst van de inbreuk en/of omvang van de beroepswinsten.

Het ministerieel besluit van 2 september 2011 voegt daar vanaf 31 december 2010 nog een criterium aan toe:

- de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteit aan de sociale zekerheid

Het ministerieel besluit verwijst naar de mogelijkheid voor de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige om een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid verder te zetten met de voorafgaandelijke toelating van de geneeskundige raad voor invaliditeit op voorstel van de adviserend geneesheer, door een verwijzing op te nemen naar artikel 20bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

3. Geboorteverlof voor meeouders

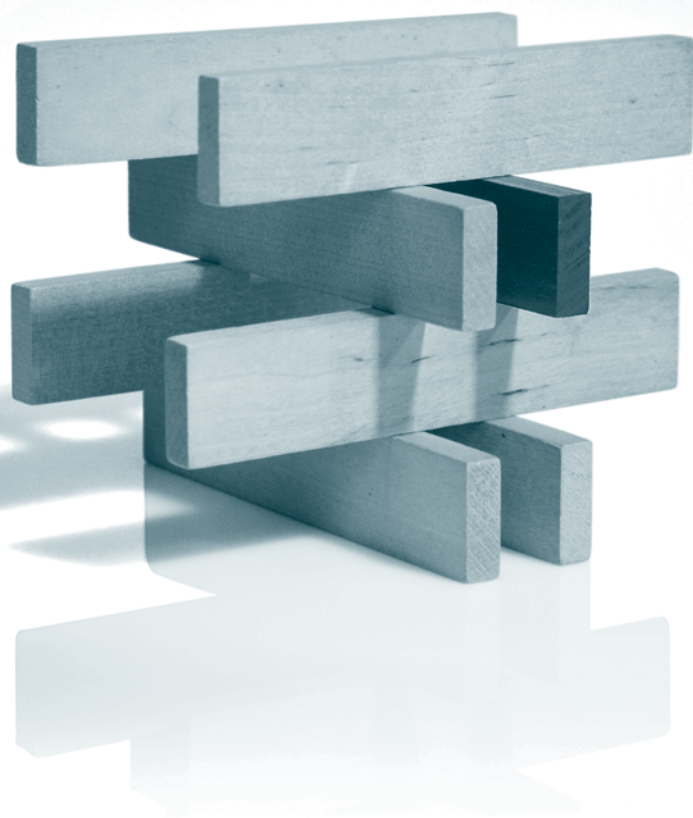
De wet van 13 april 2011 voert een geboorteverlof in voor meeouders.

Tot op heden heeft enkel de werknemer tewerkgesteld met een arbeidsovereenkomst recht op verlof ter gelegenheid van de geboorte van een kind waarvan de afstamming langs zijn zijde vast staat. In de praktijk is dit dus de vader van het kind. Het gaat om een verlof van 10 dagen dat moet worden opgenomen binnen de vier maanden na de bevalling.

Vanaf 20 mei 2011 kan ook de meeouder genieten van dit verlof, onder een aantal voorwaarden.

- Er mag slechts een wettelijke afstammingsband bestaan ten aanzien van 1 persoon, meer bepaald de moeder. Van zodra er ook een wettelijke afstammingsband langs vaderszijde vast staat, dan kan uitsluitend de vader het geboorteverlof van 10 dagen opnemen.
- De meeouder die aanspraak wenst te maken op het geboorteverlof dient een bewijs van partnerschap vast te leggen met de moeder van het kindje.

Verder voorziet de wet van 13 april 2011 in de mogelijkheid voor de meeouder om, ingeval van overlijden of hospitalisatie van de moeder, het resterende gedeelte van de nabevallingsrust om te zetten in geboorteverlof. Dit recht was voorheen ook beperkt tot de vader. De uitvoeringsmodaliteiten maken nog het voorwerp uit van besprekingen binnen de Nationale arbeidsraad.



4^e Deel
Thematische
uiteenzettingen



De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) analyseert de vragen tot terugbetaling en stelt wijzigingen voor aan de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Hierdoor draagt ze bij tot een snelle toegang van patiënten tot nieuwe geneesmiddelen die in de handel zijn gebracht en garandeert ze transparante beslissingen.

Bijna 80% van de totale omzet van de farmaceutische industrie is afkomstig van de verkoop van geneesmiddelen die terugbetaald zijn door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De CTG neemt een strategische plaats in voor de geneesmiddelenindustrie, voor de verschillende actoren van de gezondheidszorg en voor de verplichte verzekering.

Het aantal aanvragen dat de CTG behandelt, neemt constant toe. In het bijzonder zijn in 2011 de aanvragen voor generische geneesmiddelen het meest toegenomen.

Na 10 jaar heeft de CTG een evaluatie van haar werking georganiseerd, haar doelstellingen geactualiseerd en voorstellen geformuleerd voor de komende jaren. Het doel is een uniek systeem te behouden binnen de farmaceutische, technologische, demografische en budgettaire context die voortdurend evolueert.

I. 10 jaar Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen

1. Inleiding

Op 1 januari 2012 vierde de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) haar tienjarig bestaan. De CTG analyseert de vragen tot terugbetaling en stelt wijzigingen voor aan de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten¹.

Haar taak omvat die van de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten (TRFS) (die ze opvolgt) en die van de Transparantiecommissie, die wetenschappelijk advies voor de TRFS opstelde. Wetenschappelijke expertise, die nu geïntegreerd is in de procedure van de CTG, is één van haar opdrachten.

Bij haar oprichting moest de CTG voldoen aan de reglementaire eisen van Europa. Het tweeledig doel was:

- een structuur vaststellen die een snelle toegang mogelijk maakt tot de geneesmiddelen die in de handel zijn gebracht
- transparantie garanderen van de beslissingen en termijnen vaststellen voor de procedures tot vaststelling van de prijzen en de vergoeding.

2. De CTG in enkele cijfers

Sinds haar oprichting op 1 januari 2002 is de CTG meer dan 300 keer samengekomen in een plenaire vergadering. In de loop van die vergaderingen zijn meer dan 10.000 individuele dossiers geëvalueerd. Meer dan 6.500 dossiers hebben betrekking op aanvragen tot inschrijving op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Vandaag zijn meer dan 6.700 farmaceutische specialiteiten ingeschreven op de lijst van de vergoedbare specialiteiten. Bijna 80% van de totale omzet van de farmaceutische industrie is afkomstig van de verkoop van geneesmiddelen die terugbetaald zijn door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen².

Het behoeft geen betoog dat de CTG een strategische plaats inneemt voor de geneesmiddelenindustrie, voor de verschillende actoren van de gezondheidszorg, maar eveneens voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

a. Vergelijking openbare officina's en ziekenhuisapotheken

De globale begroting van de vergoedbare geneesmiddelen wordt als volgt uitgesplitst:

- +/- 2,7 miljard euro voor de openbare officina's
- +/- 1,3 miljard euro voor de ziekenhuisapotheken

¹ K.B. 21-12-2001 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

² Website van de FOD Economie: www.economie.fgov.be > Consumentenbescherming > Gereguleerde prijzen > Geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Tabel 1 - Jaarlijkse netto-uitgaven RIZIV voor de geneesmiddelen - Evolutie 2006-2010 (in miljoen EUR)

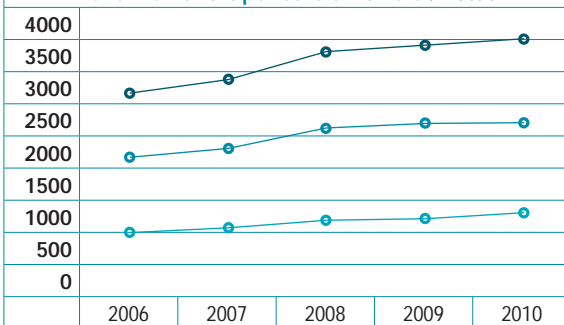
	2006	2007	2008	2009	2010
Openbare officina's	2.161,1	2.297,9	2.611,1	2.680,8	2.711,4
Ziekenhuizen	975,5	1.057,8	1.171,4	1.205,9	1.283,5
Totaal	3.136,6	3.355,7	3.782,5	3.886,7	3.994,9

Bron: RIZIV - Gegevens MORSE & Farmanet

Tabel 2 - Jaarlijkse netto-uitgaven RIZIV voor de geneesmiddelen - Evolutie 2006-2010 (in%)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Openbare officina's	6,3	13,6	2,6	1,1
Ziekenhuizen	8,4	10,7	2,9	1,06

Bron: RIZIV - Gegevens MORSE & Farmanet

Grafiek 1 - Jaarlijkse netto-uitgaven RIZIV voor de geneesmiddelen - Evolutie 2006-2010
Ziekenhuizen / Openbare officina's / Totaal

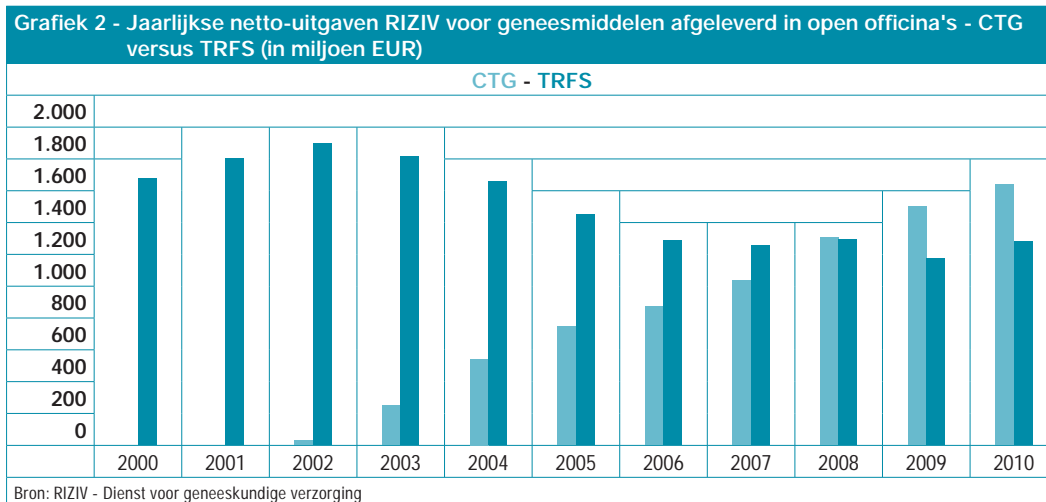
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging Farmanet

Het evolutiepercentage (2006-2010) van de netto-uitgaven van het RIZIV voor de open officina's is vergelijkbaar met dat van de ziekenhuisofficina's.

b. Geneesmiddelen afgeleverd in open officina's

In 2001, vóór de oprichting van de CTG, bedroegen de netto-uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten die worden afgeleverd door de open officina's 1,65 miljoen EUR.

In 2012 bedragen de gecumuleerde uitgaven voor de beslissingen van de TRFS en de CTG voor de farmaceutische specialiteiten afgeleverd door de open officina's iets meer dan 2,8 miljoen EUR.



Meer dan de helft (55%) van de uitgaven van de open officina's voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten betreft de farmaceutische specialiteiten waarvoor de CTG de beslissing heeft genomen.

Dit schema illustreert tegelijk de betrekkelijk hoge snelheid waarmee "nieuwe" farmaceutische specialiteiten worden "opgenomen" in het Belgische therapeutische arsenaal en dus ook de relatief grotere toegang tot de nieuwe geneesmiddelen voor de patiënten.

c. Types van aanvragen die de CTG behandelt

De CTG behandelt drie grote categorieën van dossiers.

o Aanvragen tot vergoedbaarheid

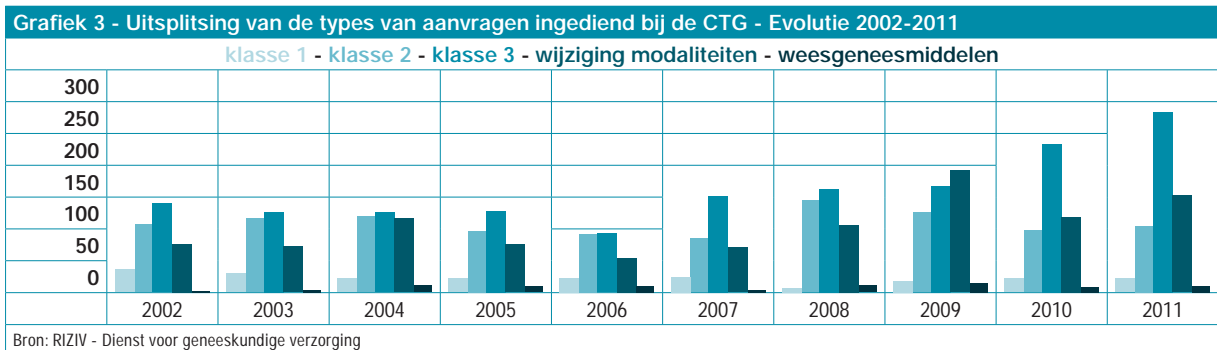
- o Klasse 1: aanvraag tot vergoedbaarheid voor een farmaceutische specialiteit met aange-toonde therapeutische meerwaarde in vergelijking met de bestaande alternatieven.
- o Klasse 2: aanvraag tot vergoedbaarheid voor een farmaceutische specialiteit zonder aan-getoonde therapeutische meerwaarde in vergelijking met de bestaande alternatieven en die niet voldoet aan de definitie van klasse 3 (generische geneesmiddelen en kopieën).
- o Klasse 3: aanvraag tot vergoedbaarheid voor een generisch geneesmiddel, een kopie.
- o Weesgeneesmiddel: aanvraag tot vergoedbaarheid voor een farmaceutische specialiteit die als weesgeneesmiddel is aangeduid door het Comité voor weesgeneesmiddelen.

o Aanvragen tot wijziging van de vergoedingsmodaliteiten

Die aanvragen betreffen meestal nieuwe geregistreerde indicaties waarvoor de aanvragers de terugbetaling willen verkrijgen voor hun farmaceutische specialiteiten die al zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare specialiteiten.

o Herzieningen

18 tot 36 maanden na de inschrijving op de lijst van de vergoedbare specialiteiten worden de geneesmiddelen van klasse 1 of de weesgeneesmiddelen herzien.



Het aantal aanvraagdossiers dat de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen behandelt, neemt constant toe.

De aanvragen tot inschrijving in klasse 3 (de generische geneesmiddelen) zijn het grootst in aantal en in 2011 ook het meest toegenomen.

Ter vergelijking: de CTG heeft in 2011 ongeveer 20 aanvragen tot inschrijving in klasse 1 ontvangen en meer dan 270 aanvragen tot inschrijving in klasse 3.

De aanvragen tot inschrijving in klasse 1 nemen af. Alle andere types van aanvragen zijn in de loop van de jaren toegenomen. Dat is dus ook het geval voor de weesgeneesmiddelen. Een verklaring hiervoor is onder meer het stijgende aantal geneesmiddelen dat door het Comité voor weesgeneesmiddelen als weesgeneesmiddel wordt aangeduid. In 2002 heeft het Comité voor weesgeneesmiddelen 49 geneesmiddelen als weesgeneesmiddel aangeduid, tegenover 128 geneesmiddelen in 2010.

3. Evaluatie van de werking van de CTG

Een actualisering van de doelstellingen heeft de CTG ertoe aangezet de balans op te maken van de werkzaamheden die de voorbije 10 jaar zijn verricht en na te denken over de richting die ze wil inslaan binnen de farmaceutische, technologische, demografische en budgettaire context die voortdurend evolueert.

Met de leden van de CTG is dus een evaluatie van de werking van de CTG georganiseerd om de balans op te maken van die 10 jaar en haar wensen en uitdagingen te formuleren voor de komende 10 jaar.

Op basis van die evaluatie stelt de CTG de volgende wijzigingen¹ voor:

- Scheiding van de evaluatie en de beslissing van de vergoeding(svoorwaarden) door een formalisering van het beoordelingsrapport (dag 90) met aanpassing van de opschortingstermijnen om de volledigheid en de kwaliteit van de evaluatie te garanderen binnen de vastgelegde termijnen.
- Mogelijkheid om de terugbetaling los te koppelen van de geregistreerde indicatie.
- Mogelijkheid om vroeger in de procedure een overeenkomst te sluiten: vanaf dag 90 in geval van expliciete vaststelling van één of meer onzekerheden.
- Creatie van een procedure "art 38bis" voor de aanvragen tot wijziging van de vergoedingsvoorwaarden op initiatief van de CTG (ongewijzigde vergoedingsbasis) waarin er geen schorsingen van de termijnen zijn.
- Opname van het beoordelingsrapport in het voorstel voor de dossiers klasse 3.

¹ Ontwerp van wijziging van het KB van 21-12-2001

- Wijziging van de einddatum van de door de aanvrager ingediende schorsingen.
Voorstel: "De termijn wordt opgeschort vanaf het verstrijken van de termijn van 10/15/20 dagen tot de dag van de plenaire vergadering van de Commissie in de loop waarvan het dossier wordt besproken, met dien verstande dat het dossier in de plenaire vergadering van de Commissie moet worden besproken binnen een termijn van 20 dagen die ingaat vanaf de dag dat een reactie is ontvangen".
- Maximale opschortingstermijn na dag 90: het dossier wordt afgesloten als de prijs na 90 dagen opschorting nog altijd niet aan het secretariaat van de CTG is meegedeeld.

Verschillende bijbehorende projecten moeten nog worden ingevoerd:

- Opstelling van Belgische aanbevelingen voor de berekening van de budgettaire weerslag
- Herwaardering van hoofdstuk IV via een werkgroep
- Herziening van de classificatie van de aanvragen via een werkgroep
- Organisatie van de integratie van een externe expertise
- Integratie van technieken van begrotingscontrole in de procedures van de Commissie (buiten de procedure "artikel 81")
- Creatie van een communicatieplatform van de Commissie naar de buitenwereld

4. Besluit

Om te beantwoorden aan de behoeften van morgen zoals de innoverende behandelingen (advanced therapies), gepersonaliseerde verzorging (personalized healthcare) of de hybride behandelingen (hybridtherapies) en aan de eisen van Europa en om een uniek en origineel systeem te blijven, zal de CTG een gedaanteverwisseling moeten ondergaan. Om dit te bereiken zal ze niet enkel het koninklijk besluit van 21 december 2001 wijzigen, maar eveneens nadenken over nieuwe richtingen en nieuwe voorstellen die onontbeerlijk zijn om zich aan te passen aan de voortdurend veranderende medische behoeften, maar eveneens aan nieuwe budgettaire verplichtingen.

Het is belangrijk om de CTG in de komende jaren nieuwe werkingsmiddelen te geven zodat ze in de best mogelijke omstandigheden kan werken en zodat ze kan beschikken over de nodige middelen om een efficiënt systeem te blijven dat de medische behoeften kan dekken binnen een duurzame begroting.

In deze fase van reflectie over de werking van de CTG is het belangrijk om in het evaluatieproces een plaats vrij te maken voor de externe expertise en de expertise van het terrein. Het lijkt onontbeerlijk op verschillende sleutelmomenten van het dossier een beroep te kunnen doen op bijkomende academici en clinici.

Buiten de kernpunten die tijdens de evaluatie van de CTG zijn onderstreept, zijn eveneens vernieuwende ideeën voorgesteld tijdens het symposium van 11 oktober 2011.

Sommige voorstellen zijn al vertaald in heel concrete projecten. Andere projecten moeten nog worden uitgevoerd op korte en middellange termijn. Zij zullen de CTG toelaten haar doeltreffendheid te verhogen, beter tegemoet te komen aan de vragen op het terrein doordat ze over een communicatieplatform zal beschikken wat de transparantie en de zichtbaarheid van de werkzaamheden van de CTG zal verbeteren.

5. Bronnen

- Website van de FOD Economie: www.economie.fgov.be > Consumentenbescherming > gereguleerde prijzen > Geneesmiddelen voor menselijk gebruik.
- Verslag van de evaluatievergadering van de werking van de CTG van 5 juli 2011
- Verslag van de evaluatievergaderingen van de werking van de CTG van 30 augustus 2011 en 13 september 2011
- MORSE-rapport 2011 (gegevens 2010)



Sinds 1 juli 2011 is het Sociaal strafwetboek (SSW) van kracht, een nieuwe wet die het resultaat is van een hervormingsproces van het sociaal strafrecht dat al meer dan tien jaar aan de gang was. Hierbij was het duidelijk de bedoeling om tot een harmonisering in de wetgeving te komen, maar ook om een instrument in de strijd tegen de sociale fraude te creëren.

Dit artikel gaat nader in op de effecten die het SSW heeft op het werk van het sociale inspectiekorps van het RIZIV. De bevoegdheden van het inspectiekorps komen aan bod en ook een vergelijking van de inbreuken en sancties in het SSW ten opzichte van die in de GVU-wetgeving.

Qua bevoegdheden betekent het SSW een verrijking voor het inspectiewerk van het RIZIV. Wat sancties betreft, is de situatie complexer, maar het RIZIV heeft hiervoor oplossingen uitgewerkt.

II. Het sociaal inspectiewerk van het RIZIV in het perspectief van het nieuwe sociaal strafwetboek

1. Inleiding

Op 6 juni 2010 is het nieuwe sociaal strafwetboek (SSW) bekrachtigd. De publicatie in het Belgisch Staatsblad volgde op 1 juli 2010. Het SSW werd van kracht op 1 juli 2011, behalve voor enkele strafbepalingen inzake collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's), waarvoor dat pas op 1 juli 2012 het geval is. Het SSW is het resultaat van een hervormingsproces van het sociaal strafrecht dat al meer dan 10 jaar aan de gang was. Dat proces startte in 1999, met het globaal plan voor de bestrijding van illegaal werk van de toenmalige minister van Werk, mevrouw Laurette Onkelinx. Het plan resulteerde in 2001 in een Commissie voor de hervorming van het sociaal strafrecht en in 2003 in een speciale structuur voor de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude, namelijk een Federale raad, een Federaal coördinatiecomité en arrondissementscellen. Meer coördinatie en samenhang tussen de verschillende sociale inspectiediensten creëren was het doel van deze structuur.

 Voor 2003 bestonden de arrondissementscellen ook al vanuit een protocol, maar nu kregen ze een wettelijke basis en werd de plaatselijke arbeidsauditeur aangeduid als voorzitter.

Het gecumuleerde werk van de daaropvolgende jaren leidde in 2006 tot een viertal wetten, met realisaties in een drietal domeinen:

- een organisatorische aanpassing van het gerechtsapparaat (een correctionele kamer bij de rechtbank van eerste aanleg en bij het hof van beroep, gespecialiseerd in sociaal strafrecht)
- enkele bepalingen over bijkomende bevoegdheden van de sociaal inspecteurs en over bijkomende rechten en beroepsmogelijkheden voor de betrokkenen
- de oprichting van de Sociale inlichtingen- en opsporingsdienst (SIOD) inzake de strijd tegen de sociale fraude en illegale arbeid en de Partnerschapscommissie, ter vervanging van de eerder genoemde Federale raad en het Federaal coördinatiecomité.

Deze realisaties zijn meegenomen in het voorontwerp en het uiteindelijk goedgekeurde SSW.

Met het SSW wilde de wetgever niet alleen de wettelijke bepalingen in het sociaal strafrecht bundelen en harmoniseren, maar ook een echt instrument creëren in de strijd tegen de sociale fraude. Niet onbelangrijk daarbij zijn:

- de mogelijkheid om administratieve sancties toe te passen als strafrechtelijk optreden niet noodzakelijk is (depenalisatie)
- de aandacht voor de rechten van verdediging in deze materie.

Dit artikel gaat in op de effecten van het SSW op het werk van het sociale inspectiekorps van het RIZIV. Eerst komen de bevoegdheden van het inspectiekorps aan bod. Dan volgt een vergelijking van de inbreuken en sancties in het SSW met die in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

2. Bevoegdheden van het inspectiekorps

a. Beleid van de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude

Het SSW valt uiteen in 2 “boeken”. Opvallend daarbij in het 1^e boek is dat de wet niet enkel een juridisch instrument, maar ook een beleidskader voorziet. Zo wordt de sociale fraude en illegale arbeid duidelijk gedefinieerd als *“iedere inbreuk op een (federale) sociale wetgeving”*.

Het boek bepaalt ook:

- wie de bevoegde ministers zijn: de ministers bevoegd voor Sociale Zaken, Werk, Justitie en Zelfstandigen
- hoe en binnen welk tijds kader het beleidsplan en het operationeel plan tot stand komen
- welke instanties meewerken aan de uitvoering van deze plannen.

De doelstelling van het beleid is dubbel: zowel preventie als toezicht.

Het kader is uiteraard ook van toepassing op het RIZIV, dat trouwens vertegenwoordigd is in de partnerraad en het aansturingsbureau van de SIOD, en ook in de diverse arrondissementscellen.

b. Algemene bevoegdheden

Het SSW definieert eerst¹ in het algemeen en op een overzichtelijke manier enkele fundamentele begrippen zoals bijvoorbeeld werknemers, werkgevers, gerechtigden, sociale gegevens, openbare instellingen van sociale zekerheid, maar ook de bevoegde administratie en meer bepaald de sociaal inspecteurs. Dit zijn *“de ambtenaren die onder het gezag staan van de ministers tot wiens bevoegdheid de werkgelegenheid en arbeid, de sociale zekerheid, de sociale zaken en volksgezondheid behoren of die onder het gezag staan van de openbare instellingen die ervan afhankelijk zijn met het toezicht op de naleving van de bepalingen van het SSW (inclusief uitvoeringsbesluiten), en ook de bepalingen van andere wetten waarvoor zij al bevoegd waren of waarvoor ze bevoegd zullen worden.*

Voor de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV betekent dit concreet:

- dat de sociale controleurs dezelfde bevoegdheden hebben als de sociale inspecteurs
- dat de sociale inspecteurs van het RIZIV uiteraard bevoegd blijven inzake de GVVU-reglementering, maar dat ze ook bevoegd zijn of kunnen worden voor andere materies van de sociale zekerheid.

Omgekeerd kunnen andere sociale inspectiekorpsen optreden in de RIZIV-materie. De wetgever bepaalt voor diverse domeinen waar welke inspectiekorpsen bevoegd zijn voor het toezicht op de naleving van de bepalingen uit het SSW². Voor de meeste domeinen zijn meerdere inspectiekorpsen bevoegd. Het inspectiekorps van het RIZIV is uitdrukkelijk vermeld in verband met (uiteeraard) de GVVU-wet en bij valsheid in geschrifte of valse of onvolledige verklaringen, maar niet bij de DIMONA-aangifte.

 Met de **onmiddellijke aangifte van tewerkstelling** (DIMONA - Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte) kan een werkgever de aanwerving en uitdiensttreding van een werknemer elektronisch aangeven bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ).

1 SSW, Eerste boek, Titel 2, Hoofdstuk 1. In belangrijke mate worden hier de omschrijvingen van de Arbeidsinspectiewet van 1972 overgenomen. Het SSW heft deze laatste wet op.

2 K.B. van 01.07.2011, gepubliceerd in het B.S. op 06.07.2011.

Dit wil op zich niet zeggen dat het sociale inspectiekorps van het RIZIV niet meer bevoegd is voor die materie. Het artikel 162 uit de GVVU-wet, dat zich o.a. over deze bevoegdheid uitspreekt, is immers niet opgeheven door het SSW. Zo zal het inspectiekorps van het RIZIV vaak, in een opstartfase van een onderzoek naar een arbeidsongeschikte werknemer, vaststellen dat de werkgever geen onmiddellijke aangifte deed. In de praktijk wordt de afhandeling van het onderzoeksluik naar de werkgever dan aan andere inspectiekorpsen overgelaten, terwijl het korps van het RIZIV de aspecten met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid verder onderzoekt. Andere inspectiekorpsen kunnen, op hun beurt, dan weer vragen dat de inspectie van het RIZIV een onderzoek met betrekking tot arbeidsongeschiktheid verder opneemt.

Het SSW besteedt trouwens heel wat aandacht aan de uitwisseling van onderzoeksgegevens tussen inspectiekorpsen onderling, tussen administraties en inspectiekorpsen en tussen internationale diensten. Elke uitwisseling (verzenden en ontvangen) van gegevens is mogelijk binnen welbepaalde voorwaarden (bv. behoud van het medisch geheim). Soms is de uitwisseling zelfs vereist, op voorwaarde dat dit in het belang van het onderzoek is. De uitdrukkelijke machtiging van de rechterlijke overheid is wel nodig om inlichtingen en informatiedragers, verzameld tijdens de uitvoering van taken opgelegd door de rechterlijke overheid, te mogen meedelen ¹.

Wat de algemene bevoegdheden betreft, is het ten slotte belangrijk dat het koninklijk besluit van 1 juli 2011 de Dienst administratieve geldboetes (FOD Werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg (WASO)) aanduidt als de bevoegde administratie voor het opleggen van administratieve geldboetes.

c. Specifieke bevoegdheden

Vervolgens bepaalt het SSW een zeer uitgebreid arsenaal aan specifieke bevoegdheden voor de sociale inspectiekorpsen. De opsomming van de bevoegdheden in het SSW, hoe uitgebreid ze ook is, is bovendien niet limitatief. De leden van het korps mogen immers *“onverminderd de bepalingen van dit hoofdstuk (lees: de opgesomde specifieke bevoegdheden) overgaan tot elk onderzoek, elke controle en elk verhoor alsook alle inlichtingen inwinnen die zij nodig achten”*². Dit principe bestond in de vorige wetgeving (de Arbeidsinspectiewet) ook al, maar er was geen alomvattend overzicht van de concrete bevoegdheden.

De sociaal inspecteurs hebben bovendien de beoordelingsbevoegdheid³ om:

- inlichtingen en adviezen te geven
- waarschuwingen te geven
- de overtreder een termijn te geven om zich in regel te stellen
- een keuze te maken inzake de noodzakelijkste maatregelen (zie onderstaande tabel)
- processen-verbaal op te maken tot de vaststelling van inbreuken.

¹ SSW, art. 55.

² SSW, art. 25.

³ SSW, art. 21.

Een overzicht van de specifieke bevoegdheden van het sociale inspectiekorps¹:

1. toegang tot de arbeidsplaatsen
2. toegang tot de bewoonde ruimten
3. inwinnen van inlichtingen
4. identificatie van personen
5. verhoor van personen
6. opvragen van sociale en andere gegevens op informatiedragers
7. recht van toegang
8. informatie over het beheer van het informaticasysteem
9. integriteit van de gegevens
10. kopieën
11. beslag en verzegeling
12. vertaling
13. staalname
14. vaststellingen door beeldmateriaal
15. bevoegdheid om maatregelen te bevelen
16. opmaak en overhandiging van documenten
17. vordering tot staking
18. bevoegdheden inzake gezondheid en veiligheid van de werknemers.

d. Voorwaarden en principes

Aan de diverse bevoegdheden zijn duidelijk omschreven voorwaarden verbonden en er gelden bovendien een aantal algemene principes met betrekking tot deze bevoegdheden, die er onder meer op gericht zijn de rechten van verdediging en de rechten van de mens te vrijwaren.

Het inspectiekorps:

- mag zijn bevoegdheden enkel uitoefenen in het kader van het toezicht op de naleving van de wetten waarvoor het bevoegd is (finaliteitsprincipe)
- mag enkel de gepaste en noodzakelijke maatregelen treffen (proportionaliteitsbeginsel)
- moet zich met een gehomologeerd bewijsstuk legitimeren
- moet zich houden aan enkele formele garanties (schriftelijke vaststellingen)
- moet vertrouwelijk omgaan met sociale gegevens van persoonlijke aard
- heeft geheimhoudingsplicht (t.a.v. indieners van aangiftes) en integriteitsplicht (geen belangenvermenging)
- moet zich houden aan de plichtenleer (voorschriften bepaald door de Koning, na advies van de SIOD).

e. Methodiek

Het SSW geeft ook, als sluitstuk voor het onderzoek, een heldere methodiek op het gebied van de processen-verbaal. Zo wordt toegelicht onder welke voorwaarden het verhoor moet verlopen, en er wordt ook bepaald dat de verhoorde recht heeft op een kopie van het proces-verbaal van verhoor. Deze bepalingen geven de gangbare praktijk weer, die zich baseerde op de principes van de Wet Franchimont.

Ook zijn de minimale inhoudsvereisten van het proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk vastgelegd.

¹ De bevoegdheden van de sociaal inspecteurs als officier van de gerechtelijke politie worden in het kader van dit artikel buiten beschouwing gelaten.

i Een proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk heeft een bijzondere bewijskracht (d.w.z. tot het tegendeel bewezen is) in zoverre er binnen de 14 dagen na de vaststelling een kennisgeving aan de betrokkene gebeurt. Deze bewijskracht blijft gelden als de inlichtingen aan een andere inspectie worden overgedragen.

f. Handleiding

Wat de bevoegdheden betreft, geeft het SSW een quasi volledige handleiding voor het sociale inspectiecorps:

- o wat het kan ondernemen en hoe het dat kan doen
- o volgens welke principes het moet handelen
- o welke plichten en voorwaarden er zijn
- o hoe de samenwerking met andere inspectiecorpsen en administraties moet verlopen.

Dit schept een ontzettende eenheid en duidelijkheid en het SSW is op dit vlak zeker en vast een goede zaak.

g. GVU-reglementering

Uiteraard blijft de doelstelling van de onderzoeken van de RIZIV-inspecteurs voorwerp van de GVU-reglementering. Deze reglementering voorziet zowel administratieve controle als geneeskundige evaluatie en controle.

ADMINISTRATIEVE CONTROLE

De doelstellingen van de administratieve controle zijn de volgende¹:

- o de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverlof met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikarbeid opsporen en vaststellen
- o controle op het correct bijhouden van de sociale documenten door de verzekeringsinstellingen
- o controle op de onmiddellijke aangifte (DIMONA)
- o de toepassing van het uniform begrip "gemiddeld dagloon"
- o controle op de documenten op basis waarvan de toegankelijkheid tot prestaties wordt bepaald.

Wat de administratieve controle betreft, heeft de wetgever expliciet in de GVU-wet opgenomen dat, onverminderd het SSW, de actoren waaraan de RIZIV-inspecteurs onderzoeksvragen stellen², er aan gehouden zijn de gevraagde informatie te verstrekken³.

GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE

Naast de administratieve controle, voorziet de GVU-wet eveneens in geneeskundige evaluatie en controle⁴. Voor de uitoefening van de evaluatie- en controleopdrachten in dit kader heeft de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGE⁵) geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundigen-controleurs. Deze inspecteurs en controleurs zijn, net zoals het inspectiepersoneel van de DAC, te beschouwen als "sociaal inspecteurs" in de zin van art.16 van het SSW.

1 GVU-wet, Hoofdstuk III, waarin art. 159 gewag maakt van het bestaan en de functie van de Dienst voor administratieve controle en art.162 de opdracht definieert van de sociaal (controleurs en) inspecteurs.

2 De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinstellingen en de individuele zorgverleners, de tarifieringsdiensten en de rechthebbers.

3 GVU-wet, Hoofdstuk III (Administratieve Controle), art. 163.

4 GVU-wet, Titel VII, Controle en geschillen, Hoofdstuk II, Geneeskundige controle.

5 GVU-wet, art. 139 e.v.

Het toezichtdomein van het DGEC-inspectiekorps omvat de volgende aspecten:

- Binnen de sector geneeskundige verzorging oefent het korps het toezicht uit op de naleving van de reglementering door alle zorgverleners (en gelijkgestelden).
- In het domein van de uitkeringsverzekering doen de geneesheren-inspecteurs uitspraak over de staat van arbeidsongeschiktheid.
- De geneesheren-inspecteurs controleren de uitvoering van de aan de adviserend geneesheren opgedragen taken.


3. Vervolging, inbreuken en sancties

De sociaal inspecteur sluit zijn onderzoeken af door een proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk te (laten) sturen naar het openbaar ministerie. Op dat moment begint de fase van de vervolging. Of deze vervolging gerechtelijk of administratief verloopt, hangt af van twee overwegingen.

a. SSW: sancties volgens zwaarte van de inbreuk

Een eerste overweging is de zwaarte van de inbreuk. Voor dit aspect is in het SSW een nieuwe hiërarchie van inbreuken gecreëerd. De opgesomde inbreuken (121 artikelen¹) zijn onderverdeeld in vier sanctieniveaus. Voor de lichtst wegende inbreuken (niveau 1), kan de bevoegde administratie (FOD WASO) onmiddellijk overgaan tot een administratieve geldboete, een schuldigverklaring of een klassering zonder gevolg.

Voor de inbreuken vatbaar voor een sanctie op niveau 2 tot 4 daarentegen, speelt een 2^e - sine qua non - overweging: de arbeidsauditeur moet er zich eerst over uitspreken. Die kan overgaan tot een strafvervolging voor de correctionele rechtbank of een vervolging voor de arbeidsrechtbank, tot een minnelijke schikking of tot een bemiddeling. Enkel wanneer het openbaar ministerie kenbaar maakt niet te zullen vervolgen, kan de bevoegde administratie optreden, zoals hierboven bij niveau 1 beschreven². Een belangrijke vernieuwing hierbij is wel dat nu, door het SSW, elke inbreuk tot een administratieve vervolging kan leiden, waar dit voorheen maar in een beperkt aantal gevallen kon.

 Sinds 1 januari 2012 ligt het niveau van de **opdecimen** op niveau 50. Dit betekent dat elke boete (B) wordt vermeerderd met een bedrag dat gelijk is aan "50 keer een tiende van die boete (B)":

$$\text{te betalen bedrag} = B + \frac{B \times 50}{10}$$

Voorbeeld:

Als de boete 1.000 EUR is, dan is het te betalen bedrag uiteindelijk 6.000 EUR:

$$\text{te betalen bedrag} = 1.000 + \frac{1.000 \times 50}{10} = 6.000 \text{ EUR}$$

Dit komt dus overeen met een vermenigvuldiging van de boete met factor 6.

¹ SSW, Boek 2: De inbreuken en hun bestraffing in het bijzonder, art. 117 t.e.m. 237.

² Dit principe lag ook al verankerd in de GVU-wet, m.n. in art. 168 sexies.

Het SSW koppelt de sancties dus aan de ernst van de inbreuken. Een samenvatting:

Tabel 1 - Sancties sociaal strafwetboek			
Niveaus	Gevangenisstraf	Strafrechtelijke geldboete (EUR)	Administratieve geldboete (EUR)
Niveau 1 (lichte inbreuk)	geen	geen	10 tot 100 verhoogd met 50 opdecimen = 60 tot 600
Niveau 2 (inbreuk van matige ernst)	geen	50 tot 500 verhoogd met 50 opdecimen = 300 tot 3000	25 tot 250 verhoogd met 50 opdecimen = 150 tot 1500
Niveau 3 (zware inbreuk)	geen	100 tot 1000 verhoogd met 50 opdecimen = 600 tot 6000	50 tot 500 verhoogd met 50 opdecimen = 300 tot 3000
Niveau 4 (zeer zware inbreuk)	6 maand tot 3 jaar	600 tot 6000 verhoogd met 50 opdecimen = 3600 tot 36.000	300 tot 3000 verhoogd met 50 opdecimen = 1800 tot 18.000

Bron: Sociaal strafwetboek¹.

De wetgever heeft met de invoering van dit sanctiesysteem duidelijk grote schoonmaak willen houden. Meer dan 100 artikelen in de laatste twee hoofdstukken, gewijd aan wijzigings- en opheffingsbepalingen, maken korte metten met het kluwen van bestaande sanctiebepalingen in allerlei sociale wetten.

b. GVU-wet: wijzigingen aan artikelen

Eén van die wijzigingen² betreft artikel 169 van de GVU-wet, waardoor in principe inbreuken op bepalingen van deze wet moeten worden opgespoord, vastgelegd en bestraft overeenkomstig het SSW. Tegelijkertijd is het zo dat bv. de artikelen 166 tot en met art.168 quinquies van de GVU-wet niet worden opgeheven. In deze artikelen worden concrete administratieve sancties beschreven voor verzekeringsinstellingen, artsen en andere individuele zorgverleners, verzorgingsinstellingen, ondernemingen die farmaceutische producten verkopen en sociaal verzekerden.

1 Opmerking: het sociaal strafwetboek geeft geen berekeningen van de opdecimen.

2 SSW, art. 79 van Hoofdstuk 3.

Onderstaande tabel vat het systeem betreffende inbreuken door de arbeidsongeschikte gerechtigden samen.

Tabel 2 - Sancties artikel 168 quinquies GVV-wet			
Inbreuk		Uitsluiting van het recht op uitkeringen	Administratieve geldboete (EUR)
§1 prestaties genieten op basis van valse verklaringen of documenten		niet van toepassing	50 tot 500
§2, 1 ^o ten onrechte uitkeringen op basis van valse verklaringen of documenten		min. 1 tot max. 200 daguitkeringen	Geen
§2, 2 ^o wijziging inlichtingenblad (met impact op de uitkering) niet medelen aan verzekeringsinstelling		min. 1 tot max. 200 daguitkeringen	Geen
§2, 3 ^o Niet-toegelaten activiteit (NTA)	Duur NTA	Aantal daguitkeringen	Geen
	min. 1 tot max. 30 dagen	min. 1 tot max. 36 dagen	
	min. 31 tot max. 140 dagen	min. 37 tot max. 102 dagen	
	min. 141 tot max. 185 dagen	min. 103 tot max. 144 dagen	
	min. 186 dagen	min. 145 tot max. 180 dagen	

Bron: GVV-wet.

Ook in het kader van de geneeskundige evaluatie en controle bestaat er een administratief sanctiesysteem. Specifiek hierbij is dat de GVV-wet, wat betreft inbreuken vanwege zorgverleners, voorziet in zogenaamde "organen van het contentieux" (geschilorganen, met name de leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamer van eerste aanleg en de Kamer van beroep). Dit zijn administratieve rechtscolleges die de uiteindelijke beslissingen nemen over de geschillen. De hierboven gemaakte opmerking over artikel 166 en verder geldt ook voor dit geschillenbeslechtingsstelsel. De wetgever heeft hoegenaamd niet de intentie gehad dit op te heffen.

c. Samen bestaan van SSW en GVV-wet: aangepaste oplossingen

Het samen bestaan van twee administratieve sanctiebronnen (SSW en GVV-wet) betekent op zijn minst een onduidelijkheid over welk systeem moet toegepast worden. Bovendien creëert de invoering van het SSW met ingang van 1 juli 2011 plots 2 potentiële "bevoegde administraties": enerzijds de FOD WASO, anderzijds de diensten van RIZIV zelf. Ten slotte voorziet de GVV-reglementering, naast de mogelijkheid van een administratieve geldboete, ook nog in een andere administratieve sanctie voor de arbeidsongeschikte of de invalide verzekerde, namelijk de uitsluiting op het recht van uitkeringen.

Er bestaat met andere woorden een risico op dubbele, tegenstrijdige of niet-coherente vervolging, wat uiteraard te vermijden is. Om een uitweg te vinden uit dit dilemma, heeft RIZIV aangepaste oplossingen uitgewerkt.

ADMINISTRATIEVE CONTROLE

Wat de administratieve controle betreft, hebben FOD WASO en RIZIV in juli 2011 een overeenkomst afgesloten die voorrang geeft aan de bestaande administratieve sancties uit de GVV-wetgeving. Wanneer men de administratieve geldboetes van art. 168 quinquies vergelijkt met de administratieve geldboetes voor gelijkaardige inbreuken uit het SSW¹, is men geneigd te besluiten dat de geldboetes van de GVV-wet milder zijn. Daar staat tegenover dat het systeem van de uitsluiting van de uitkeringen veel beter beantwoordt aan het proportionaliteitsbeginsel en ook een snelle en efficiënte afronding van de dossiers mogelijk maakt. Daarenboven worden noch de verweermiddelen, noch de beroepsmogelijkheden vanwege de rechthebbende geschaad². Deze twee laatste overwegingen hebben de doorslag gegeven in de voorrang van bevoegdheid die in de overeenkomst bepaald is.

GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE

Wat de geneeskundige evaluatie en controle betreft, werd, gelet op de doelgroepen van dit systeem, een wijziging van artikel 169 van de GVV-wet (en de opheffing van artikel 225, 3^o van het SSW) goedgekeurd door de wet van 15 februari 2012: de inbreuken op de GVV-wet worden weliswaar opgespoord en vastgesteld overeenkomstig het SSW, maar verder “bestraft” overeenkomstig de bepalingen van de GVV-wet, in het bijzonder de artikelen 73bis en 142.

Het sanctiesysteem in de GVV-wetgeving voorziet onder andere de volgende aspecten:

- Het tegelijk plegen van verschillende inbreuken (samenloop) betekent een samenvoeging van de sancties. Als eenzelfde feit meerdere inbreuken bevat, wordt alleen de zwaarste straf opgelegd³. In het SSW is er een gelijkaardige, maar meer gedetailleerde bepaling⁴.
- De leidend ambtenaar kan verzwarende feiten vaststellen. Zo kan een recidive (binnen de twee jaar) leiden tot een verdubbeling van de sanctie en kan zwartwerk leiden tot een verhoging met een vierde. In het SSW is er ook een verdubbeling van de sanctie bij een herhaling binnen het jaar.
- De leidend ambtenaar kan ook rekening houden met verzachtende omstandigheden, zoals bv. de moeilijke psychosociale situatie van de verzekerde, en hij kan dan besluiten om een sanctie op te leggen die lager is dan voorzien in tabel 2. Ook het SSW voorziet die mogelijkheid. Als de administratie oordeelt dat er verzachtende omstandigheden zijn, dan kan zij de administratieve geldboete verminderen tot een bedrag onder het wettelijk minimum, maar niet minder dan 40 % van het minimumbedrag⁵. De administratieve geldboete kan evenwel verminderen tot een bedrag onder het wettelijk minimum, zonder dat zij lager kan zijn dan een euro, indien de financiële situatie van de betrokkene dit rechtvaardigt omdat zijn/haar sociaal voordeel evenzeer vatbaar is voor een vermindering, een opschorting of een volledige of gedeeltelijke uitsluiting. Het is precies datzelfde artikel dat een opening creëert naar administratieve vervolging door de diensten van het RIZIV in plaats van door de diensten van FOD WASO. Dit artikel erkent namelijk de bevoegdheid (van de leidend ambtenaar) van het RIZIV om de sanctie “uitsluiting” uit te spreken en maakt de administratieve geldboete door FOD WASO eraan ondergeschikt.

1 SSW, art. 227 (misbruik of vervalsing sociale identiteitskaart), art. 232 (valsheid en gebruik van valse stukken), art. 233 (onjuiste of onvolledige verklaringen betreffende sociale voordelen), art. 234 (onjuiste of onvolledige verklaringen betreffende bijdragen) en art. 235 (oplichting in sociaal recht) worden allen met sanctie niveau 4 vervolgd.

2 SSW, art 77-80 en art. 87.

3 GVV-wet, art. 168quinquies §4.

4 SSW, art. 112-113.

5 SSW, art. 112-113.

4. Besluit

De totstandkoming van het SSW in de periode 2010-2011 is vanuit beleidsmatig en juridisch oogpunt ongetwijfeld een goede zaak. Het SSW is op zijn minst een verdienstelijke poging vanwege de overheid om als juridisch regelgever in tientallen wetten orde te scheppen en om als beleidsmaker inzake strijd tegen de sociale fraude uit één mond te spreken.

Deze eenheid is uitermate dienstig als het gaat over vergelijkbare inspectiemateries. Het is daarom geen toeval dat sociaal inspecteurs van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA), van de sociale inspectie sociale zekerheid, van de FOD WASO, maar ook van de controlediensten van het RIZIV, allen probleemloos van het instrumentarium van het SSW gebruik kunnen maken.

Het wordt complexer als het gaat om specifieke doelgroepen en situaties. Met name op het gebied van het sanctioneringssysteem legt het SSW misschien wat te weinig nuances voor de bijzondere kenmerken van de GVVU-wetgeving (ten opzicht van andere materies). Men kan evenwel stellen dat de impact hiervan op het controlewerk beperkt is en bovendien dat de diensten van het RIZIV nuttige aanpassingen hebben uitgewerkt om eventuele ongunstige effecten van de nieuwe wetgeving te voorkomen.



Er zijn initiatieven ter verbetering van de kwaliteit van de elektronische dossiers. Ze moeten in staat zijn om gegevens gestructureerd te registreren maar ook om gegevens te delen met andere systemen via eHealth technologie.

Het goede gebruik van elektronische dossiers verdient ondersteuning en aanmoediging. Meer registreren en structureren is dus de boodschap.

Het uitwerken van de eHealth snelweg vraagt verdere investering. Dit geldt ook voor de platforms die toelaten om gegevens te delen om bepaalde operationele kosten te kunnen beperken zodat ondernemingen zich kunnen concentreren op de ontwikkeling van diensten met toegevoegde waarde, met een minimum aan bijkomende kosten en overlast.

De overheid zal ook een kader moeten scheppen met het nodige draagvlak en vertrouwen. Daarbij moet ze hefboomen voorzien om enerzijds de ontwikkeling van toepassingen voor gegevens- en zorgdeling te versnellen en anderzijds industriële partners aan te zetten tot innovatie in deze domeinen.

Hierin is een belangrijke taak weggelegd voor het eCare platform. De verschillende actoren in de gezondheidszorg kunnen daar afspraken maken omtrent gegevensdeling om vertrouwen en transparantie te scheppen. Dit kan de zorgverleners motiveren en sensibiliseren om er effectief gebruik van te maken. De statuten voor de oprichting van dit platform zijn momenteel in voorbereiding.

Belangrijk tenslotte is dat ieder project van gedeeld dossier het voorwerp uitmaakt van een machtiging door het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en de Gezondheid. Dit moet toelaten om de nodige garanties te bieden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van diegenen van wie de gegevens gedeeld worden en om de gedragsregels van de betrokken actoren eenduidig vast te leggen.

III. eCare

Informatie- en communicatietechnologieën in de gezondheidszorg

1. Stand van zaken en uitdagingen voor de toekomst

De stijgende levensverwachting, de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen, de groeiende druk op het vlak van beschikbare mensen en middelen vormen een maatschappelijke en economische uitdaging voor het organiseren en financieren van de gezondheidszorg.

Om aan deze uitdagingen het hoofd te bieden, moet onder meer gezocht worden naar innovatieve zorgmodellen. Niet alleen de rollen en de taken van de diverse zorgactoren zullen evolueren. Van de patiënt zal verwacht worden dat hij actief bijdraagt tot het verbeteren van zijn gezondheid, welzijn en levenskwaliteit en actief deelneemt aan de verbetering van de efficiëntie van de zorgprocessen. Van hun kant verwachten de patiënten dat ze zelf inzicht krijgen in hun medische gegevens, deze mee kunnen beheren en hierover kunnen communiceren met hun zorgverleners.

In deze ontwikkelingen verdient de inzet van ICT (informatie- en communicatietechnologie) veel aandacht. Enerzijds voor het ondersteunen van de zorgactoren en anderzijds voor het verbeteren en stroomlijnen van de zorgprocessen.

Elektronische gegevensdeling zal een sleutelrol spelen in het verhogen van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg. De beschikbare gezondheidsgegevens van een patiënt zijn actueel gefragmenteerd en verdeeld over verschillende zorgactoren en zorginstellingen. Het ontsluiten van de beschikbare medische informatie van de patiënt zal leiden tot een betere en efficiëntere patiëntenopvolging.

Zorgverleners gebruiken nu vooral "proprietary" dossiers die de zorgactiviteit van een individuele zorgverlener of van een groep van zorgverleners (gaande van een groepspraktijk tot en met een ziekenhuis) documenteren en ondersteunen.

De graad van informatisering bij de zorgverleners is echter zeer uiteenlopend.

Bepaalde categorieën van zorgverleners maken al in aanzienlijke mate gebruik van elektronische dossiers. Of ze schakelen in toenemende mate over op deze vorm van dossiervorming. Onder meer omdat het RIZIV sedert meerdere jaren diverse initiatieven ondersteunt om het gebruik van deze dossiers te stimuleren en om de kwaliteit ervan te verbeteren.

Anderzijds bemoeilijkt het gebrek aan economisch perspectief (kleine doelgroepen die veel investeringen vragen omwille van hun specifieke structuur en activiteiten) een brede introductie van commerciële ICT oplossingen voor veel categorieën van zorgverleners.

De meeste commerciële oplossingen zijn geconcentreerd om de zorgactiviteit van een individuele zorgverlener of van een groep van zorgverleners te ondersteunen. Ze zijn niet geconcentreerd - of in veel mindere mate - om de zorgbehoefte vanuit het traject van de patiënt optimaal te ondersteunen. Ze ondervinden moeilijkheden om het volledig traject van een patiënt efficiënt en overzichtelijk te documenteren.

Zij zijn “vertikaal” gestructureerd en zijn dikwijls niet in staat om op een “horizontale” (of longitudinale) wijze de interventies van de verschillende zorgactoren inzichtelijk voor te stellen.

Dit leidt tot een versnippering van de gezondheidsgegevens van een patiënt over de (dossiers van de) zorgverleners en het bemoeilijkt hun onderlinge communicatie en samenwerking. De zorgverleners proberen hieraan te verhelpen door gegevens uit te wisselen via diverse kanalen maar het vergt tijd en middelen om een volledige en geactualiseerde historiek van hun patiënten samen te stellen en bij te houden. Ondanks hun inzet hebben ze nooit 100% zekerheid dat ze over de meest recente en/of volledige informatie beschikken.

2. De nieuwe uitdagingen ...

De organisatie van de gezondheidszorg staat dus voor talrijke uitdagingen.

Het belang van samenwerking tussen zorgverleners neemt progressief toe.

Kenmerkend zijn:

- nieuwe samenwerkingsverbanden (zorgnetwerken, zorgtrajecten, lokale multidisciplinaire netwerken, transmurale klinische paden, enz.)
- het overdragen van bepaalde taken van de arts enerzijds aan andere zorgverleners en anderzijds ook aan de patiënt, om zo meer tijd vrij te maken voor zorgverstrekkingen waar de medische expertise onontbeerlijk is.

De overheid moedigt ook hergroeperingen aan van zorgverleners.

Een dergelijke organisatorische vernieuwing vereist ook een nieuwe visie op het gebruik van ICT. Het elektronisch uitwisselen en delen van gezondheidsgegevens tussen de zorgverleners wordt een noodzakelijk gegeven:

- om de kwaliteit en de continuïteit van de zorgen te ondersteunen en te verbeteren
- om de communicatie en de samenwerking tussen de zorgverleners te verbeteren.

Een permanente beschikbaarheid van de relevante gezondheidsgegevens van een patiënt zal:

- vermijden dat de patiënt voor hetzelfde gezondheidsprobleem meermaals dezelfde informatie moet verstrekken
- de zorgverlener ondersteunen bij het stellen van zijn diagnose
- bijkomende garanties bieden wat betreft aspecten van veiligheid voor de patiënt
- dubbele of nutteloze onderzoeken vermijden
- de patiënt toelaten in te grijpen in zijn zorgproces, enz.


De technologische evoluties in de ICT en vooral de opkomst van het internet, laten de ontwikkelaars toe om op andere en innoverende manieren elektronische patiëntendossiers uit te bouwen.

Deze moeten leiden tot een verandering in:

- de organisatie van de elektronische dossiervorming
- de manier waarop de zorgactoren daarvan gebruik kunnen maken
- de manier van het betrekken van de patiënten hierin.


3. Investeren in eHealth en eCare

Om deze uitdagingen aan te gaan en het ontwikkelen van gedeelde dossiers te bevorderen, wordt een complementair spoor gevolgd: investeren in eHealth en eCare.


 **eHealth** bevordert het gebruik van ICT, en meer bepaald internettechnologie, om de gezondheidszorgverlening technologisch te ondersteunen of te verbeteren.

eHealth technologie is erop gericht om de barrière qua tijd en plaats tussen de actoren in de gezondheidszorg weg te nemen, zodat een zorgverlener om het even waar of wanneer de gezondheidsgegevens van een patiënt kan raadplegen of kan interageren met andere zorgverleners.

Anders gezegd is eHealth een **technologisch** gegeven dat de actoren in de gezondheidszorg in staat moet stellen om inhoudelijk gegevens uit te wisselen onder elkaar of operationeel samen te werken met elkaar.

 **eCare** is erop gericht om het delen en uitwisselen van gezondheidsgegevens en de samenwerking en de communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen om zo de gezondheidszorgverlening te ondersteunen en te verbeteren.

Anders gezegd is eCare in de eerste plaats een **inhoudelijk** gegeven ("gegevensdeling" of "datas-haring") en een **operationeel** gegeven ("zorgdeling" of "caresharing" voor het verlenen van optimale zorg in nieuwe verbanden waarin samenwerking en communicatie tussen de zorgverleners centraal staat). Het is dus geen technologisch gegeven.

 **eCare toepassingen** staan voor: "nieuwe vormen van elektronische patiëntendossiers die bepaalde inhoudelijke en operationele functies aanbieden". Daarbij moet het de bedoeling zijn dat ze ter ondersteuning van deze functies zoveel mogelijk gebruik maken van "eHealth diensten en standaarden".


4. eHealth platform

De overheid richtte voor de uitwerking van de "eHealth snelweg" het eHealth platform op als Openbare Instelling van Sociale Zekerheid (OISZ). Deze heeft als voornaamste opdrachten:

- het ontwikkelen van een **visie** en een strategie in verband met het inzetten van ICT - en meer bepaald internettechnologie - in de gezondheidszorg evenals de vertaling van deze visie en strategie naar **technische normen, standaarden, specificaties** en een **basisarchitectuur**
- het leveren van **basisdiensten** ter ondersteuning van de gegevensuitwisseling tussen de actoren in de gezondheidszorg
- het coördineren van de ontwikkeling van "**gevalideerde authentieke bronnen**".

Deze opdrachten moeten bijdragen tot het ondersteunen, moderniseren en/of verbeteren van de gezondheidszorg.

Via het eHealth platform worden gestandaardiseerde oplossingen (onder de vorm van basisdiensten) aangeboden voor steeds terugkerende vereisten zoals identificatie en authenticatie van zorgverleners, systemen voor beveiligde communicatie & vercijfering van gegevens, het loggen van transacties en elektronische datering, enz.

 Een voorbeeld van gevalideerde authentieke bronnen, ter beschikking gesteld via het eHealth platform, zijn de kadasters van zorgverleners ter ondersteuning van hun identificatie en authenticatie.

Een ander voorbeeld is de gevalideerde authentieke bron geneesmiddelen ter ondersteuning van elektronische voorschrijfsystemen.

Het uitwerken van standaarden om de interoperabiliteit van de diverse systemen te bevorderen en om de structuur en interpreteerbaarheid van de gegevens te verbeteren, moet op termijn eveneens de uitrol van ICT oplossingen faciliteren.

Deze diensten worden gratis aangeboden zodat ondernemingen zich kunnen concentreren op de ontwikkeling van diensten met toegevoegde waarde, met een minimum aan bijkomende kosten en overlast.

Het zijn niet alleen de eCare toepassingen die deze diensten gebruiken, maar ook de louter administratieve of medisch-administratieve toepassingen (bvb. de elektronische geboorteaangifte, elektronische facturatie, enz.).



De lijst van de beschikbare diensten met toegevoegde waarde is te raadplegen op de website van het eHealth platform: www.ehealth.fgov.be.

5. eCare platform

De overheid zal ook een kader moeten scheppen om het nodige draagvlak en vertrouwen te creëren en om hefboomen te voorzien. Enerzijds om de ontwikkeling van toepassingen voor gegevens- en zorgdeling te versnellen en anderzijds om de zorgverleners te motiveren en te sensibiliseren om er effectief gebruik van te maken.

Er zijn immers nog wat hindernissen te nemen. Vele zorgverleners zijn nog steeds niet overtuigd van de nieuwe mogelijkheden en van de meerwaarde van het gebruik van internet voor medische en medisch-administratieve doeleinden.

Enkele daarvan zijn:

- vrees voor inbreuken op de privacy
- onzekerheid met betrekking tot de beveiliging van de gegevens
- ongerustheid over de bewijslast in de context van medische aansprakelijkheid
- weinig overtuigende bewijzen van tijds winst en efficiëntieverbetering.

De transparante gegevensdeling ondermijnt de positie van de zorgactoren. Die maakt het voor de patiënt immers gemakkelijker om van zorgverlener te veranderen.

Bepaalde intermediaire zorgactoren zullen hun rol moeten herdefiniëren en hun toegevoegde waarde op een andere manier gaan invullen

Het is daarom absoluut noodzakelijk alle belanghebbenden van heel dichtbij te betrekken om de inhoud van eCare toepassingen en hun verdere ontwikkelingen te bepalen en beheren.

Het is wenselijk de **zorgverleners**, de **burgers**, de **ziekenfondsen** en de **overheden** te verenigen bij het uitdenken en uitbouwen van een infrastructuur van gebruiksvriendelijke, betrouwbare en interoperabele systemen die het mogelijk moeten maken deze beide doelstellingen te realiseren.

Hierbij wordt bij voorkeur maximaal gebruik gemaakt van het schaalvoordeel van gestandaardiseerde technologie, zoals in België aangeboden via onder meer de "basisdiensten" van het eHealth platform.

Om een opbod van initiatieven en een proliferatie van systemen, verenigingen en aanspreekpunten te vermijden, is het aangeraden om een **overkoepelend orgaan** op te richten om uit te werken op welke **manier** en onder welke **voorwaarden** de verschillende actoren gaan **informatie delen** en **samenwerken** met elkaar.

Deze infrastructuur wordt bij voorkeur nationaal uitgewerkt, zonder dat dit evenwel afbreuk mag doen aan lokale of regionale initiatieven.

De eHealth wet¹ voorziet in de oprichting van een dergelijk overkoepelend orgaan onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk (VZW) waarin de Staat en het RIZIV vertegenwoordigd zijn samen met de verzekeringsinstellingen (V.I.) en de verenigingen van zorgverleners en zorginstellingen. Alhoewel de eHealth wet pas dateert van 2008, blijkt dat de opdrachten van deze VZW zoals in deze wet omschreven, niet meer stroken met de huidige opvattingen over gegevensdeling tussen zorgactoren in ruime zin en niet alle mogelijke inhoudelijke en operationele aspecten van eCare omvatten. Actueel wordt nagedacht over hoe deze lacunes op te vullen en hoe de burger (patiënt) hierbij betrekken.

Het eHealth platform is de bouwheer en de beheerder van de eHealth snelweg, maar binnen het eCare platform zullen de betrokken zorgactoren moeten nadenken en overeenstemmen over de manier waarop ze van deze snelweg wensen gebruik te maken. Ze zullen de rechten en plichten van de diverse betrokkenen in transparant overleg moeten bepalen.

6. Welke toegevoegde waarde kunnen eCare toepassingen bieden?

“eCare toepassingen” moeten in de eerste plaats uitgewerkt en geïmplementeerd worden ten behoeve van de zorgverlening en moeten hierbij verschillende functionele behoeften kunnen invullen. Twee fundamentele eCare functies kwamen al aan bod:

- het delen van gegevens tussen verschillende zorgactoren: de relevante gezondheidsgegevens van een patiënt moeten om het even waar en wanneer toegankelijk zijn voor de zorgverleners, in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Deze functie heet **“elektronische gegevensdeling” (“e-Datasharing”)**.
- het proactief en transparant ondersteunen van de samenwerking tussen de zorgverleners met de bedoeling een team van zorgverleners beter op elkaar af te stemmen in het kader van een efficiënte en doelgerichte opvolging van de patiënt (bvb. voor de uitwerking van transmurale zorgpaden, multidisciplinaire zorgtrajecten of voor de ondersteuning van zorgnetwerken). Deze functie heet **“elektronische zorgdeling” (“e-Caresharing”)**.

Andere eCare functies zijn:

- het organiseren van medische gegevensstromen tussen zorgverleners (transversale procedures zoals voorschriften of aanvragen). Voorbeelden zijn voorschrijfsystemen voor geneesmiddelen, laboratoriumanalyses, medische beeldvorming, verpleegkundige zorgen, diëtetiek, enz. Deze functie heet **“elektronisch voorschrijven” (“e-Prescription”)**.
- het verwerven en gebruiken van gegevens, binnen bepaalde voorwaarden en in medisch-administratieve gegevensstromen ter vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten binnen de gezondheidszorg en de sociale zekerheid, bvb. met betrekking tot verstrekkingen die in aanmerking komen voor vergoeding door de ziekteverzekering. Deze functie heet **“elektronische attestering” (“e-Attest”)** of **“elektronische terugbetaling” (“e-Reimbursement”)**.
- het verwerven en gebruiken van gegevens na codering of anonimisering en binnen bepaalde voorwaarden ter ondersteuning van het onderzoek van de gezondheid en de gezondheidszorg (**“Health Research”**). Dit om zo aanbevelingen te kunnen formuleren ter verbetering van de gezondheid en ter innovatie van de gezondheidszorg.

¹ Wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth platform, meer bepaald hoofdstuk 11, artikelen 37 tot en met 40.

- het gebruiken van de gedeelde gegevens door beslissingsondersteunende systemen die op basis van Evidence Based Medicine (EBM) richtlijnen of protocollen gerichte adviezen kunnen geven. Zoals richtlijnen bij het voorschrijven van onderzoeken, waarschuwingen omtrent nevenwerkingen of tegenaanwijzingen, enz. Deze functie heet **“elektronische beslissingsondersteuning” (“e-Decision Support”)**.
- het gebruiken van de gedeelde gegevens voor “online” individuele en collectieve benchmarking. Zo moeten er tools komen waarmee een zorgverlener gegevens betreffende zijn patiënten en zijn eigen activiteiten op anonieme wijze kan vergelijken met de volledige set of subset van gedeelde gegevens. Deze functie voor **“vergelijkend onderzoek”** heet **“e-Benchmarking”**.
- het ontsluiten van bepaalde gegevens en functies naar de patiënt toe. Hij moet toegang kunnen krijgen tot bepaalde, zo niet alle, gezondheidsgegevens. Voor chronische aandoeningen moet voorzien worden in overzichtsschermen en samenvattingen (scores, outcome parameters, enz.). De patiënt moet bepaalde van zijn gegevens zelf kunnen beheren (o.a. therapeutische relaties, informed consent, wilsbeschikkingen betreffende bvb. euthanasie, orgaandonatie, enz.). Hij moet gegevens betreffende zijn gezondheid kunnen toevoegen begin voorbeelden (vitale parameters, algemene gezondheidsgegevens, telemonitoring, enz.). Er is nood aan nieuwe communicatiemogelijkheden met de zorgverstrekkers. Deze functie heet **“e-Patient”**.

Een belangrijke opdracht van het eCare platform zal zijn om de governance op te nemen voor de afspraken in verband met de modaliteiten van deze functies.

Het is niet de opdracht van het eCare platform om deze toepassingen te ontwikkelen. Het dient deze ontwikkelingen uit te besteden.

7. Voorbeelden van eCare toepassingen

De omringende landen ondernemen allerlei initiatieven, waarbij ze gegevensdeling tussen zorgverleners op diverse manieren (scope, technologie en architectuur kunnen verschillen) organiseren en waarbij ze de patiënt ook telkens van nabij betrokken. Ook in België heeft men deze dynamiek niet aan zich laten voorbijgaan en zijn er enkele projecten voor gegevensdeling operationeel of in voorbereiding.

Conceptueel valt er bij deze initiatieven van gedeelde dossiers een onderscheid te maken tussen twee fundamentele principes:

- gecentraliseerde of gedecentraliseerde opslag
- duplicatie van gegevens (ontdubbelen van gegevens door ze te kopiëren vanuit een individueel dossier naar een verzameldossier) of geen duplicatie (behoud van de gegevens in één enkel globaal brondossier).

Alle combinaties tussen beide zijn mogelijk, wat volgende voorbeelden illustreren.

Wat betreft de inhoud en de doelgroepen bestaan er meerdere uitwisselingsmogelijkheden. Ofwel kies je om alle gegevens van alle patiënten te delen en uit te wisselen ofwel enkel om bepaalde gegevens voor bepaalde doelgroepen of onderwerpen of aandoeningen uit te wisselen. Ook hier bestaan alle mogelijke overgangsvormen.

Aspecten van privacy en rechten en plichten van de betrokken actoren worden in deze diverse projecten niet altijd ingevuld volgens de in België gangbare normen.

- > In Andalusië werd in 2001 geopteerd om alle zorgverstrekkers aan te sluiten op één enkel gecentraliseerd Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), DIRAYA genoemd. Daar is beslist om alle medische gegevens van een patiënt te centraliseren. Er bestaat geen duplicatie van gegevens en alle gegevens zijn altijd en overal beschikbaar. De toegang tot het EPD is slechts mogelijk via een "smart card" (te vergelijken met de eID in België), waarmee de patiënt een zorgverstrekker de toegang verleent tot zijn dossier. De patiënt krijgt via deze kaart zelf toegang tot een gedeelte van zijn dossier en kan zelfs bepaalde demografische data wijzigen. Hij kan ook controleren wie zijn dossier heeft geraadpleegd.
- > In het Nederlands landelijk EPD werd geopteerd voor het uitwisselen van gegevens omtrent twee onderwerpen: medicatiegegevens en een samenvatting van het dossier van de huisarts (te vergelijken met SUMEHR in België – zie verder). Er is geen duplicatie van gegevens. De gegevens blijven gedecentraliseerd bewaard in de individuele "zorginformatiesystemen" (elektronische patiëntendossiers). De zorgverleners zijn verplicht hun computersysteem aan te sluiten op een landelijk netwerk voor zorgcommunicatie. Ze moeten centraal (landelijk schakelpunt) melden van welke patiënten zij gegevens beschikbaar hebben. Er wordt met andere woorden een verwijlsrepertorium opgebouwd (te vergelijken met het hubs & metahub systeem in België – zie verder). Een zorgverlener die informatie wenst op te vragen over een patiënt, richt zich (na het bevragen van het verwijlsrepertorium), rechtstreeks tot de computersystemen van die zorgverleners die informatie over deze patiënt kunnen aanleveren. De individuele zorginformatiesystemen moeten aan strenge technische eisen voldoen om te kunnen aansluiten op dit landelijk netwerk. Ze moeten immers permanent (24 uur op 24 uur) in staat zijn om de gevraagde informatie op een veilige en betrouwbare manier aan te leveren. Het is niet duidelijk of het landelijk EPD in deze vorm zal verder gezet worden.
- > Het "hubs & metahub" systeem in België heeft de bedoeling om de resultatenservers van de ziekenhuizen op een vergelijkbare manier met elkaar in verbinding te stellen.
- abc De **resultatenservers** staan voor: de computersystemen die alle verslagen bewaren, binnen het ziekenhuis opgesteld, zoals hospitalisatie-, consultatie-, onderzoeks- (radiologie, klinische biologie, enz.) en operatieverslagen, enz.

De ziekenhuizen melden eveneens aan een centraal verwijlsrepertorium van welke patiënten zij welke resultaten beschikbaar hebben. Een zorgverlener verkrijgt via dit verwijlsrepertorium een lijst van de beschikbare resultaten van een patiënt, ongeacht van welk ziekenhuis ze afkomstig zijn en kan deze resultaten raadplegen indien hij dit nodig acht. Het is evident dat dit slechts mogelijk is wanneer een zorgverlener een therapeutische relatie heeft met de patiënt.

Bij de meeste systemen van gegevensdeling gaat het om duplicatie van gegevens die vervolgens al dan niet ge(de)centraliseerd worden opgeslagen.

> Een ander voorbeeld is SUMEHR (Summarized Electronic Health Record). Het is een samenvattende “gezondheidsfoto” van de patiënt en gebruikt als verbindingsdocument tussen de zorgverleners. De huisarts, houder van het globaal medisch dossier van een patiënt, is verantwoordelijk om deze bij te houden en te “publiceren” ten behoeve van andere zorgverleners (bvb. wacht- en spoeddiensten). Er werd niet geopteerd om, zoals in het Nederlands landelijk EPD, de computersystemen van de huisartsen permanent “on line” te houden, maar om de SUMEHR te publiceren op een computersysteem dat wel permanent beschikbaar is en tevens de nodige veiligheids garanties biedt. In Wallonië zal dit gebeuren op het platform van het “Réseau Santé Wallon”. In Vlaanderen zal dit gebeuren op Vitalink, een platform voor gegevensdeling door de Vlaamse overheid opgericht. Het gaat in beide gevallen om duplicatie van gegevens, zodat er moet voor gezorgd worden altijd de laatste toestand te publiceren. Bij iedere wijziging in de gezondheidstoestand van een patiënt dient dus een nieuwe versie te volgen. Het bestaan van een SUMEHR voor een patiënt zal ook opgenomen worden in een verwijlsrepertorium.

Tot slot nog enkele voorbeelden van systemen voor gegevensdeling die tot doel hebben rondom bepaalde aandoeningen te werken. De meest voorkomende initiatieven betreffen systemen voor gegevensdeling aangaande patiënten met chronische aandoeningen.

> Systemen voor de multidisciplinaire follow-up van patiënten met diabetes mellitus komen het meest terug en zijn te vinden in een hele reeks landen of regio's, zoals Nederland, Schotland, bepaalde regio's in Frankrijk, enz. Ook België werkt aan dergelijke systemen in de context van de zorgtrajecten. De relevante gezondheidsgegevens, gedeeld tussen een team van zorgverleners, worden bijgehouden in een gecentraliseerd dossier dat voor alle actoren permanent beschikbaar is (24/24 en 7/7). Het kan gaan om gegevens gedupliceerd vanuit de individuele systemen van de zorgverleners of rechtstreeks in het gecentraliseerd dossier ingegeven.

Dit is een oplossing om een team van zorgverleners die niet tot eenzelfde organisatie behoren een “virtuele” centrale werkplek te bieden. Daar kunnen ze met elkaar interageren, samenwerken, afspraken maken, enz. om voor een patiënt een gemeenschappelijke doelstelling (behandelplan, actieplan, targets, outcome, enz.) uit te zetten, om samen de patiënt op te volgen, om deze regelmatig te evalueren en adequate acties te ondernemen voor de verwezenlijking van deze doelstelling. Deze centrale werkplek is om het even wanneer bereikbaar van om het even welke locatie (via eHealth technologie).

Dergelijke systemen bieden een oplossing voor deze zorgverleners die niet kunnen beschikken over elektronische dossiers die aangepast zijn aan hun discipline. Tevens bieden ze ook een oplossing om de patiënt te betrekken in het beheer van bepaalde aspecten van zijn aandoening.

8. Conclusies

Gegevensdeling heeft als einddoel een grondige ondersteuning aan artsen en professionele zorgactoren te bieden, zowel voor de continuïteit van de zorgverlening, een verhoging van de kwaliteit, een verlaging van de risico's, een vermindering van de administratieve lasten als voor een efficiëntere inzet van de middelen.

De overheid moet ertoe bijdragen dat een implementatie van gedeelde dossiers, gezien de complexiteit die erachter schuil gaat, geleidelijk kan gebeuren en dat de uitrol succesvol verloopt. Ze moet erop toezien dat deze implementatie door een vermindering van de werkbelasting en een verhoging van de professionele voldoening uitmondt in een grotere gedragenheid bij de diverse zorgactoren.

Een optimale methodologie voor het implementeren van dergelijke gedeelde dossiers bestaat er nog niet. Uit de mee- en tegenvallers van de projecten in onze buurlanden en uit onze eigen initiatieven valt veel te leren. Er bestaan geen ideale scenario's. Pilotprojecten zijn noodzakelijk om kinderziekten te identificeren en om de impact op de betrokken zorgactoren te evalueren. Ze moeten toelaten het draagvlak te vergroten en een brede consensus bij zowel de zorgverleners als de patiënten te bereiken.



De socioprofessionele re-integratie van de gerechtigden van de uitkeringsverzekering biedt een deel van de arbeidsongeschikt erkende sociaal verzekerden de mogelijkheid om opnieuw, geheel of gedeeltelijk, een verdienvermogen te verwerven door hen op de arbeidsmarkt te re-integreren in het kader van een begeleide en vrijwillige aanpak.

Die terugkeer naar de arbeidsmarkt moet niet vanuit een budgettair oogpunt worden bekeken. Zij moet worden beschouwd als een kans die de verzekerden wordt geboden om uit een vergoedingssysteem te stappen en opnieuw een beroepsactiviteit uit te oefenen indien hun gezondheidstoestand dat toelaat.

Het gaat dus om de identificatie van de verzekerden die op termijn en met een aangepaste begeleiding voldoende werkkracht kunnen terugvinden om een beroepsactiviteit te kunnen hervatten zonder dat hun sociale rechten of hun gezondheidstoestand in het gedrang komen.

In tegenstelling tot de heersende clichés, willen de verzekerden wel degelijk aan de slag. Het bewijs daarvoor is dat in 2011, 525 verzekerden een procedure voor socioprofessionele re-integratie volgden.

Die terugkeer naar de arbeidsmarkt komt hoofdzakelijk neer op een gedeeltelijke werkhervatting: de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) biedt de sociaal verzekerde immers de mogelijkheid om deeltijds een beroepsactiviteit te hervatten indien zijn of haar arbeidsgeschiktheid met ten minste 50% is verminderd. Momenteel is dat het instrument bij uitstek voor de re-integratie.

IV. De socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden van de uitkeringsverzekering

1. Inleiding

De socioprofessionele re-integratie van de gerechtigden van de uitkeringsverzekering, ongeacht of zij zich in primaire ongeschiktheid of in invaliditeit bevinden, heeft de voorbije jaren een reeks belangrijke evoluties gekend.

In 2009 zorgde de overheveling van de beslissingsbevoegdheid van het College van geneesheren-directeuren (CGD) naar de Hoge commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit (HCGRI), met toepassing van de bepalingen van de wet van 13 juli 2006, voor grondige wijzigingen in de procedures en de tegemoetkomingsregels.

De overgang van een systeem dat hoofdzakelijk gebaseerd is op overeenkomsten met opleidingsoperatoren naar individuele tenlastenemingen vereist immers een verschillende aanpak door alle betrokken actoren.

Een deel van de arbeidsongeschikt erkende sociaal verzekerden¹ kan in het kader van een begeleide en vrijwillige aanpak, wellicht een gedeeltelijk of volledig verdienvermogen terugvinden waardoor ze op de arbeidsmarkt kunnen re-integreren.

Het gaat natuurlijk om een gevoelige materie.

a. Noch de sociale rechten noch de gezondheidstoestand in het gedrang brengen ...

Het is verleidelijk om de vergelijking te maken met de begeleidingsmaatregelen voor de werkzoekenden maar die vergelijking gaat lang niet altijd op. Hier is het namelijk niet de bedoeling om procedures te starten met het oog op een systematische terugkeer naar de arbeidsmarkt. Het is een vrij ingewikkelde oefening, die gericht is op de identificatie van de sociaal verzekerden die op termijn en in het kader van een aangepaste begeleiding voldoende werkkraft kunnen terugvinden om een beroepsactiviteit te hervatten, zonder evenwel hun sociale rechten of hun gezondheidstoestand in het gedrang te brengen.

Het is dus heel moeilijk om kwantitatieve doelstellingen en werkmethodes te definiëren die in de 1^e plaats de kwaliteit van de aanpak beogen. Na een individuele evaluatie moet immers worden nagegaan in welke mate een sociaal verzekerde in staat is een opleiding te volgen of eender welke activiteit uit te oefenen die tot doel heeft zijn socioprofessionele re-integratie te vergemakkelijken.

Het is bovendien belangrijk om de re-integratie niet te beperken tot de opleidingen. De hervatting van het referentieberoep of van elke andere betrekking, zonder noodzakelijkerwijs een beroepsherscholingstraject te volgen, is een ander belangrijk instrument.

Die hervatting² is deeltijds mogelijk voor de verzekerden met een arbeidsgeschiktheid die met minstens 50% is verminderd. Dat is momenteel het belangrijkste re-integratiemiddel.

¹ GVVU-wet, art. 100, §1

² GVVU-wet, art. 100, §2

b. De ontwikkelingen in de uitkeringsverzekering

Die verschillende tegemoetkomingen passen in een ruimer kader: dat van de ontwikkelingen in onze uitkeringsverzekering.

De verschijnselen die verbonden zijn met de arbeidsongeschiktheid, zijn de voorbije drie decennia immers sterk veranderd, meer bepaald door:

- de evolutie van de pathologieën en de opkomst van geestelijke en musculoskeletale aandoeningen die de twee belangrijkste oorzaken voor tegemoetkoming uitmaken
- de transformatie van onze systemen van sociale bescherming die niet langer alleen vergoedingssystemen zijn, maar die ook voorzien in het begeleiden van de verzekerden in het kader van een meer algemene benadering.

Tegelijk daarmee zorgde de sinds enkele jaren vastgestelde permanente stijging van het aantal invaliden ervoor dat het probleem van de terugkeer van de arbeidsongeschikte erkende verzekerden naar de arbeidsmarkt prangender werd.

Dit probleem moet niet vanuit een budgettair oogpunt worden bekeken. De terugkeer naar de arbeidsmarkt moet worden beschouwd als een kans om uit een systeem van tegemoetkomingen te stappen om opnieuw een beroepsactiviteit uit te oefenen indien iemands gezondheidstoestand dat toelaat.

2. De socioprofessionele re-integratie

In 2011 volgden 525 gerechtigden een procedure van socioprofessionele re-integratie. Per regio ziet de verdeling er als volgt uit:

Tabel 1 - Gerechtigden die een procedure van socioprofessionele re-integratie volgen - 2011		
Regio	Aantal gerechtigden	Aandeel (%)
Wallonië	337	64
Vlaanderen	147	28
Brussel	41	8
Totaal	525	100

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen.

a. Het "Back to work"-plan

De federale regering heeft het "Back to work"-plan in mei 2011 aangenomen. Daarbij zijn een aantal tegemoetkomingen geherwaardeerd.

Het plan past in een context waarin het RIZIV en de verzekeringsinstellingen (V.I.) hebben beslist om nauwer te gaan samenwerken met de gewestelijke en gemeenschapsorganen die bevoegd zijn voor de socioprofessionele re-integratie en de beroepsherscholing.

Men vond dat de relatieve winst van een werkhervatting in het huidige systeem nog te beperkt was ten opzichte van het behoud van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Dat gegeven is in verschillende studies aangeduid als een rem op de tewerkstelling. Het was dus noodzakelijk om de terugkeer naar de arbeidsmarkt aan de hand van verschillende maatregelen aan te moedigen.

Zo was er:

- de verhoging van de vergoeding per opleidingsuur van 1 tot 5 EUR. Deze heeft tot doel de arbeidsongeschikte gerechtigden aan te sporen een opleiding te volgen.
- de verhoging van de slaagpremie van 250 tot 500 EUR. Die wil de betrokkenen ertoe aanzetten om de opleiding met succes af te leggen.

Samenvattend neemt de uitkeringsverzekering in het kader van een socioprofessionele re-integratie de volgende zaken ten laste:

1. de kosten voor het beroepsoriënteringsonderzoek
2. de kosten voor de beroepsherscholing (inschrijving voor de lessen, examens, enz.)
3. de verblijfskosten (indien nodig voor de opleiding, bv. studiereis, verblijfsstage, enz.)
4. de vervoerskosten
5. de materiaalkosten
6. de kosten voor de effectieve integratie van de gerechtigde na een beroepsherscholingsprogramma
7. een premie van 5 EUR per werkelijk gevolgd opleidings-, begeleidings- of leeruur voor de gerechtigde die een beroepsherscholingsprogramma volgt
8. een forfaitaire vergoeding van 500 EUR voor de gerechtigde die een programma voor socioprofessionele re-integratie met succes heeft afgelegd.

b. Verschillende fasen

Op 17 november 2010 is een 1^e stap gezet: de afsluiting van een tripartiete intentieverklaring van het RIZIV, de landsbonden van de ziekenfondsen en alle bevoegde instellingen in de Gewesten en de Gemeenschappen.

Het deel van die verklaring:

- na te denken over de problematiek van de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden
- mogelijke samenwerkingsverbanden opsporen.

Ze moet uitmonden in de afsluiting van geïndividualiseerde overeenkomsten met elke instelling die zelf tot doel hebben om:

- de organisatie van de integratieprocedures te preciseren en vorm te geven vanaf het 1^e contact met de adviserend geneesheer van de V.I. tot de eindbeslissing van de Gewestelijke commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit (GCGRI)
- de voorwaarden met betrekking tot de financiering van de acties te bepalen.

Tot op heden is er één overeenkomst afgesloten met de Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB). De andere overeenkomsten zouden in de loop van 2012 moeten volgen. Het is dus voorbarig om al een 1^e kwalitatieve en kwantitatieve balans op te maken met betrekking tot die initiatieven.

Het RIZIV kan evenwel de maatregelen voor de socioprofessionele re-integratie wel controleren aan de hand van:

- een statistische follow-up met betrekking tot het aantal gevallen en de uitgaven
- een kwalitatieve follow-up door de individuele behandeling van elke aanvraag door de GCGRI.

Op kwantitatief vlak kunnen de resultaten nog beter. Daartoe worden in het RIZIV verschillende informatie- en sensibiliseringsacties uitgewerkt (folder, studiedagen, overleg van het RIZIV, de V.I.'s en de tewerkstellingsdiensten, enz.).

In 2011 volgden 525 gerechtigden een re-integratietraject: bepaling van het beroepsproject, start van een opleiding, voortzetting van een opleiding die het voorgaande jaar was begonnen, enz.

Acht van de 525 gerechtigden hebben in 2011 een opleiding afgerond en zes ervan hebben die met succes afgelegd. Van die zes geslaagden is er één begin 2012 aan de slag gegaan en is een andere een stage begonnen in een onderneming.

De informatie over de andere gerechtigden is nog niet beschikbaar: de reglementering bepaalt immers dat de adviserend geneesheer de gerechtigde die een herscholingstraject heeft afgelegd, zes maanden na afloop van die herscholing terugziet.

Een van de grootste obstakels die de verschillende actoren van het systeem (adviserend geneesheren, re-integratieambtenaren, enz.) hebben aangehaald, is het risico dat die evaluatie na zes maanden inhoudt.

Na die termijn kan de adviserend geneesheer immers voorstellen om de arbeidsongeschiktheid van de sociaal verzekerde te beëindigen. Hij doet dat indien hij van oordeel is dat de betrokkene voldoende verdienvermogen heeft opgebouwd dankzij de bekwaamheden verworven door de beroepsherscholing.

Het al dan niet hervatten van een beroepsactiviteit wordt bij die evaluatie niet in overweging genomen, waardoor het traject de rechthebbende in een werkloosheidsvergoedingssysteem kan doen verzeilen. Een dergelijke conclusie is natuurlijk niet de doelstelling van de opleidingsacties die in het kader van de wet van 2006 zijn ondernomen.

De beëindiging van de arbeidsongeschiktheid is dus nauw verbonden met de keuze van de rechthebbende om nieuwe bekwaamheden te verwerven en zou misschien niet zijn uitgesproken, mocht de rechthebbende geen herscholingstraject hebben gevolgd. Die "hakbijl" vormt dus een obstakel volgens talrijke waarnemers. Zij pleiten eerder voor een verlenging van het recht op uitkeringen gedurende een redelijke termijn na afloop van de opleiding. Daardoor kan de rechthebbende een beroepsactiviteit hervatten in een vertrouwenwekkende omgeving.

3. De terugkeer naar de arbeidsmarkt door een gedeeltelijke werkhervatting

Zoals al vermeld, stelt artikel 100, §2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) de sociaal verzekerde in staat om een deeltijdse arbeid te hervatten indien zijn of haar arbeidsgeschiktheid met ten minste 50% is verminderd.

Momenteel wordt die bepaling het meest gebruikt voor de terugkeer van de arbeidsongeschikte gerechtigden naar de arbeidsmarkt.

Op 31 december 2010 telde men 31.046 toegestane werkhervattingen waarvan 26.197 voor een bezoldigde activiteit en 4.849 voor vrijwilligerswerk. In datzelfde jaar hebben 13.045 personen die procedure stopgezet, 5.764 personen deden dat om het werk voltijds te hervatten.

Op basis van die cijfers die via de flux RTTP (Reprise de travail à temps partiel) tussen de V.I. en het RIZIV in het kader van de bestuursovereenkomst zijn verzameld, kan worden vastgesteld dat, in tegenstelling tot de heersende clichés, de sociaal verzekerden werkelijk terug willen werken indien hun gezondheidstoestand dat toelaat.

Tabel 2 - Aantal gerechtigden die een toegestane activiteit uitoefenen tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid

	31-12-2009	31-12-2010
Art. 100, §2	22.035	26.197
Vrijwilligers - loontrekkers	2.870	4.849
Totaal	24.905	31.046

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen

Tabel 3 - Gemiddelde duur van de op 31 december geldende toestemmingen (uitgedrukt in dagen)

	31-12-2009	31-12-2010
Art. 100, §2	1.096	1.094
Vrijwilligers - loontrekkers	724	664

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen

Tabel 4 - Aantal gerechtigden die in de loop van het jaar een toegestane activiteit hebben uitgeoefend

	31-12-2009	31-12-2010
Art. 100, §2	33.642	38.744
Vrijwilligers - loontrekkers	3.343	5.588
Totaal	36.985	44.332

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen

Tabel 5 - Aantal gerechtigden die in de loop van het jaar hun toegestane activiteit hebben stopgezet

Art. 100, §2	2009	% ¹	2010	% ¹
1. Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	3.999	11,89	3.828	9,88
2. Voltijdse werkherhvatting	5.120	15,22	5.674	14,64
3. Werkloosheid	68	0,2	94	0,24
4. Overleden	139	0,41	105	0,27
5. (Brug)pensioen	188	0,56	226	0,58
6. Uitsluiting om medische redenen door de adviserend geneesheer	990	2,94	1.101	2,84
7. Uitsluiting om medische redenen na beslissing van de GRI	83	0,25	98	0,25
8. Uitsluiting om medische redenen na beslissing van de geneesheer-inspecteur	0	0	0	0
9. Mutatie	0	0	0	0
10. Heeft nooit het werk deeltijds hervat	153	0,45	183	0,47
11. Andere	2.244	6,67	1.736	4,48
Totaal	12.984		13.045	

¹ Het percentage wordt verkregen door het aantal gerechtigden in de vorige kolom te delen door het totaal aantal gerechtigden "art. 100, §2" in tabel 4.

Tabel 5 - Aantal gerechtigden die in de loop van het jaar hun toegestane activiteit hebben stopgezet (vervolg)				
Vrijwilligerswerk	2009	% ¹	2010	% ¹
1. Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	307	9,18	386	6,91
2. Voltijdse werkhervatting	33	0,99	56	1
3. Werkloosheid	24	0,72	14	0,25
4. Overleden	20	0,6	31	0,55
5. (Brug)pensioen	20	0,6	54	0,97
6. Uitsluiting om medische redenen door de adviserend geneesheer	25	0,75	52	0,93
7. Uitsluiting om medische redenen na beslissing van de GRI	13	0,39	27	0,48
8. Uitsluiting om medische redenen na beslissing van de geneesheer-inspecteur	0	0	0	0
9. Mutatie	8	0,24	10	0,18
10. Heeft nooit het werk deeltijds hervat	35	1,05	101	1,81
11. Andere	0	0	0	0
Totaal	485		731	

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen.

a. De werkhervatting aantrekkelijker maken

Om de deeltijdse werkhervatting nog aantrekkelijker te maken, heeft de regering in het kader van het "Back to work"-plan, twee initiatieven gelanceerd:

- Het opheffen van het voorafgaande karakter van de toestemming van de adviserend geneesheer voor de deeltijdse werkhervatting.

Die wijziging van artikel 100, §2, van de GUV-wet is doorgevoerd via de programmawet van 4 juli 2011². De Koning moet de datum van inwerkingtreding van die wijziging nog bepalen.

- Het wijzigen van de inkomensschijven die in aanmerking worden genomen om de uitkering in het geval van een cumulatie met een beroepsinkomen te berekenen³.

De gerechtigde die een beroepsinkomen geniet voortvloeiend uit een toegestane activiteit, kan aanspraak maken op een bedrag gelijk aan het verschil tussen het dagbedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering dat bij afwezigheid van cumulatie wordt toegekend en het brutobedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen.

Sinds 1 januari 2012 is de cumulatie van een beroepsinkomen met een uitkering dus aantrekkelijker geworden. Het brutobedrag van het beroepsinkomen wordt verminderd met het bedrag van de socialezekerheidsbijdragen ten laste van de gerechtigde. Het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen wordt bovendien slechts in aanmerking genomen ten belope van het volgende percentage, bepaald per inkomensschijf (geldende bedragen geïndexeerd op 1 februari 2012):

- 1^e schijf van 15,3004 EUR: 0%
- 2^e schijf van 9,1803 EUR: 20%.
- 3^e schijf van 9,1803 EUR: 50%
- 4^e schijf hoger dan het totaal van de vorige schijven: 75%.

1 Het percentage wordt verkregen door het aantal gerechtigden in de vorige kolom te delen door het totaal aantal gerechtigden "vrijwilligers" in tabel 4.

2 B.S. van 1907. 2011.

3 K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de GUV-wet, art. 230.

Door die nieuwe regels zou de hervatting van een beroepsactiviteit nog vlotter moeten verlopen.

4. Perspectieven en conclusies

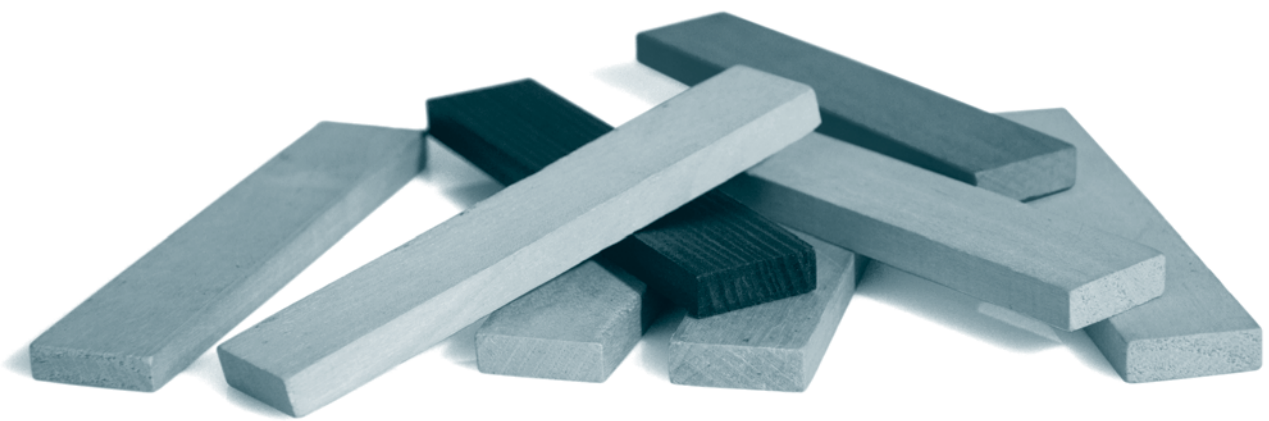
De weg die sedert 2009 is afgelegd, is in meer dan een opzicht interessant te noemen:

- het voortdurend stijgen van het aantal aanvragen voor opleidingen en toegestane werkhervattingen
- het invoeren van de tripartiete verklaring tussen de V.I., het RIZIV en de gewestelijke en gemeenschapsinstellingen bevoegd voor opleiding en professionele integratie en het afsluiten van bilaterale overeenkomsten
- het verbeteren van het statistische materiaal via de RTTP-flux.

Bovendien hebben de partners van het beheerscomité via de nieuwe taskforce “Back to work” de aanzet gegeven voor een grootschalige denkoefening. Dit met het oog op het optimaliseren van de bestaande procedures en het invoeren van nieuwe concepten zoals de tussenkomst van een “disability case manager” in de opleidingsprocedures of de procedures voor de toegestane werkhervatting.

Er moeten echter nog een aantal velden worden ontgonnen.

- Enerzijds, op praktisch vlak, mogen de 1^e stappen met het oog op de terugkeer naar de arbeidsmarkt slechts na de 1^e evaluatie door de adviserend geneesheer worden gezet. Met andere woorden, minstens enkele weken na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Dat vereist dus denkwerk en overleg door alle betrokken actoren, met inbegrip van de behandelende geneesheren die een hoofdrol spelen in de eerste weken van een arbeidsongeschiktheid en de arbeidsgeneesheren.
- Anderzijds verdient de kwestie van de preventie van de arbeidsongeschiktheid ook meer aandacht, ook al zijn op dat vlak al heel wat initiatieven genomen.
De beste manier om opnieuw actief te worden op de arbeidsmarkt, is ongetwijfeld dat men deze niet verlaat wanneer de 1^e tekenen van een ongeschiktheid opduiken en dat een gezamenlijke medisch-sociale ondersteuning ervoor zorgt dat de werknemer zijn huidige job behoudt, al was het maar deeltijds.



5^e Deel
Het woord van de
verzekeringsinstellingen



In onze maatschappij wordt “werken” beschouwd als een van de belangrijkste waarden. Maar wat gebeurt er als iemand “arbeidsongeschikt” wordt? De Christelijke Mutualiteit heeft dit onderzocht.

Deze studie heeft een dubbel doel: een evaluatie maken van de brochure “La vie devant nous” - het tijdschrift voor invaliden van de Christelijke Mutualiteit - en een evaluatie maken van de behoeften aan begeleiding en informatie van de leden die sinds bijna één jaar arbeidsongeschikt zijn en overgaan naar het statuut invaliditeit.

In het eerste artikel over dit onderwerp wordt de ervaring van de mensen in arbeidsongeschiktheid geschetst die ontmoet werden in het kader van het onderzoek; het parcours van hun breuk en hun sociale uitsluiting, hun wil om te re-integreren.

Dit eerste deel illustreert hoe het niet langer kunnen deelnemen aan het beroepsleven ten gevolge van een langdurige arbeidsongeschiktheid, de persoon in kwestie in een proces van sociale breuk / uitsluiting - zelfs diskwalificatie - dringt. Naast het aanvaardingsproces van zijn ziekte en het beheren van zijn financiële situatie, moet de persoon die langdurig arbeidsongeschikt is heel de legitimiteit van zijn identiteit herdefiniëren. Hij is dus niet langer consistent met zijn eigen waarden, die ook overeenstemmen met de waarden van de maatschappij waarin hij leeft, een werkende maatschappij die afhankelijkheid en ziekte ontkent.

Er worden verschillende strategieën ontwikkeld - verzwijgen, vluchten - om te trachten de kloof te overbruggen. Maar in een eerste fase is er toch de tendens om zich terug te trekken, in een gevoel van nutteloosheid en afhankelijkheid.

Op hun weg naar sociale re-integratie is de collectieve en relationele dimensie van het grootste belang, net zoals het rekening houden met de factor “tijd” centraal blijkt te staan. Dit zijn twee van de vele uitdagingen in de begeleiding van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid - hierop komen wij in een volgend artikel van CM-Informatie terug.

I. Langdurige arbeidsongeschiktheid

De levensloop van personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid¹

Anne Remacle, Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Onderzoek en Ontwikkeling
Maryse Van Audenhaege, Infor Santé

Met dank aan Etienne Laurent (Medische Directie), Serge Jacquinet (Service social) en Emilie De Smet (Altéo).

1. Inleiding

Volgens de enquête “Nieuwe tijden nieuwe mensen”², is het werk de 3^{de} waarde (90%) van de Belgen, na hun familie (98%) en hun vrienden (92%). In onze maatschappij wordt de plaats van het werk inderdaad erkend als uiterst belangrijk. Het werk is voor een deel een bestanddeel van onze identiteit als Mens, als Wezen, als Burger. Elke dag scheppen wij onszelf in onze relatie tot het werk: wij hebben, wij doen, wij zijn.

Volgens Pierre-Eric Sutter³, plaatst de mens in een werksituatie zich in één van die 3 complementaire en gehiërarchiseerde attitudes (hebben - doen - zijn). Ten eerste werkt de mens om te “hebben”, in een binaire en individualistische logica om aan zijn behoeften te voldoen. Wanneer er voldaan is aan zijn behoeften, werkt de mens om “het beter te doen”. Hij situeert zich dan in een logica van uitwisselen en delen om samen met de structuur die hem tewerkstelt te bouwen aan een gemeenschappelijk project. Ten slotte werkt de mens om “te zijn”, om via de doeleinden van de onderneming, in een wederzijdse voordelige logica met de werkgever, zichzelf waar te maken. Volgens Sutter bouwt de mens zichzelf op in deze circulaire dynamica van de verhouding tot het werk.

Maar wat gebeurt er als de orde der dingen deze dynamiek doet kantelen? Wanneer er een ongeval gebeurt, een gezondheidsprobleem ontstaat en dit evenwicht verstoort? Wat gebeurt er wanneer de mens niet meer in staat is te werken? Wanneer hij een van de belangrijkste lijnen van zijn sociale en persoonlijke identiteit verliest?

Hierin wilde CM via een onderzoek meer inzicht krijgen. Op basis van de levenservaringen van leden die al langdurig arbeidsongeschikt zijn en ook op basis van de terreinervaring van haar medewerkers, die dagelijks met dit publiek in contact komen in het kader van hun begeleiding en / of het beheer van hun dossier. Luisteren om te sensibiliseren en om de begeleiding die aan dit publiek wordt aangeboden te verbeteren. Dit is geen nieuwe benadering (cfr Franssen en Lemaigre, 1998), maar de onderliggende problemen zijn enorm.

1 Artikel gepubliceerd in CM-Informatie, nr 248 (juni 2012).

2 Het Belgische luik van deze Europese enquête over de waarden van de burgers wordt om de 9 jaar uitgevoerd in samenwerking met de KUL (Karel Dobbelaere en Koen Abts) en UCL (Liliane Voyé). Het is beschikbaar in het Nederlands onder de titel “Nieuwe tijden nieuwe mensen. Belgen over arbeid, gezin, ethiek, religie en politiek. Uitg. Lannoo. 2011.


3 P-E Sutter is Arbeidspsycholoog en heeft ervaring als recruiteringsconsulent. Hij heeft ook een onderzoeksprogramma geleid aan het Institut d'Administration des Entreprises (Paris-Sorbonne) over de Nouvelles Technologies appliquées à la Gestion des Ressources Humaines. Hij is de auteur van artikels en werken op het vlak van consultancy en informatisering van de Human Resources, managementvaardigheden en sociale performantie. Link naar zijn blog : <http://blog.mars-lab.com/Dossier/2011>.

De huidige context vertoont de voorbije 10 jaar een belangrijke evolutie in het aantal invaliden. Daar waar de Belgische bevolking tussen 1999 en 2008 met 5% toenam, steeg in diezelfde periode de invalide populatie met 30% (vrouwen = + 61%; mannen = + 9%). Volgens een verslag van het RIZIV (2010) zijn de belangrijkste verklarende factoren voor deze stijging: de verhoging van de pensioenleeftijd, de evolutie van het aantal rechthebbenden (meer vrouwen op de arbeidsmarkt) en de toename van het aandeel arbeidsongeschikten met psychische stoornissen. Die psychische stoornissen worden inderdaad de belangrijkste reden van de overgang naar invaliditeit, vóór aandoeningen van het bewegingsapparaat en van het bindweefsel. Mannen en vrouwen worden evenredig getroffen door invaliditeit. Bovendien ligt de kostprijs voor de tenlasteneming van de invaliditeit hoog: in 2009 bedroeg die iets meer dan 3 miljard euro.

Naast de kosten van de uitkering en de gezondheidszorgen, die inherent zijn aan hun toestand, moeten de mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn het hoofd bieden aan de complexiteit van de wetgeving en de administratieve procedures. Een echte hindernissenbaan in sommige gevallen. Terwijl men ten gevolge van die gedwongen arbeidsongeschiktheid heel zijn leven moet reorganiseren, zijn in dergelijke omstandigheden de begeleiding en de hulp niet altijd adequaat. Gelukkig kunnen ze rekenen op de ervaring en de hulp van onze medewerkers. Maar daarvoor moet je de deur van die diensten durven open duwen ...

Dat is een probleem waarmee onze medewerkers op het terrein te maken krijgen. Voor CM doen er nog andere uitdagingen op aan de horizon: het assimileren van de nieuwe werkfilosofie van de adviserend geneesheren - niet langer de beperkingen evalueren, maar wel veeleer de resterende mogelijkheden -, de socioprofessionele reïntegratie van de mensen in arbeidsongeschiktheid of het integreren van de relationele dimensie in het rationaliseren en verbeteren van de arbeidsprocessen.

Het probleem van de ondersteuning van en informatie aan onze leden in langdurige arbeidsongeschiktheid is zeker niet eenvoudig. De precieze kenmerken en uitdagingen hiervan worden in een volgend artikel besproken. In wat volgt worden de ervaringen geschetst van de mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid die ontmoet werden in het kader van het onderzoek: het parcours van hun breuk en hun sociale uitsluiting, hun wil om te re-integreren, hun "werk om te bestaan" (Franssen, 1998).

 Het eerste jaar arbeidsongeschiktheid noemt men **primaire arbeidsongeschiktheid**. In de loop van dat jaar moet de persoon in arbeidsongeschiktheid verschillende keren naar de adviserend geneesheer gaan. Samen verduidelijken zij de medische situatie in een globale werkcontext. Na elke raadpleging beslist de adviserend geneesheer de arbeidsongeschiktheid al dan niet te verlengen.

Om als arbeidsongeschikt erkend te worden, moet men eerst en vooral werk hebben of werkzoekende zijn. Een persoon kan dus met andere woorden niet als arbeidsongeschikt erkend worden als hij geen "werknemer" statuut heeft of niet een bepaalde arbeidsongeschiktheid had. De situatie verschilt ook al naargelang men loontrekkende of zelfstandige is.

Arbeidsongeschiktheid van meer dan één jaar noemt men **invaliditeit**.

(Bron: La vie devant nous - Le journal des invalides de la Mutualité chrétienne.)

2. Doel en methodologie

Deze studie streeft een dubbel doel na. Enerzijds het evalueren van de brochure "La vie devant nous", die CM stuurt naar al haar Franstalige leden die ongeveer één jaar arbeidsongeschikt zijn, om hen te informeren over verschillende thema's die te maken hebben met hun overgang naar het statuut van invaliditeit. Anderzijds dit doelpubliek ontmoeten om te begrijpen wat zij meemaken en om hun behoeften aan steun en informatie te bepalen.

Hiervoor werden er in parallel 2 methodologische benaderingen gevolgd: het organiseren van focusgroepen en het uitvoeren van groepsanalyses. Er werden in 3 regionale mutualiteiten focusgroepen samengesteld van leden die sinds ongeveer één jaar een invaliditeitsuitkering krijgen en die onlangs het 4de nummer van de brochure “La vie devant nous” ontvangen hebben (= het doelpubliek voor de evaluatie). Doordat het niet gemakkelijk was om mensen uit de doelgroep te rekruteren, werden de selectiecriteria verruimd en werden er 3 focusgroepen georganiseerd (MC Hainaut Picardie en MC Hainaut Oriental). Die werden aangevuld met 4 individuele interviews (MC Liège en MC Namur). Op die manier hebben een twintigtal personen hun getuigenis gegeven. Belangrijke nuance: zij werkten allemaal toen zij arbeidsongeschikt verklaard werden.

In diezelfde periode hebben regionale CM-medewerkers (MC Luxembourg, MC Saint Michel, MC Hainaut Picardie) uit verschillende diensten de kwestie diepgaand besproken tijdens groepsanalyse sessies. Het ging steeds om medewerkers die in contact staan met leden in langdurige arbeidsongeschiktheid of die een rol spelen bij de ondersteuning of informatieverstrekking voor deze leden. De volgende diensten waren betrokken: adviserend geneesheren en medische administratie, dienst maatschappelijke werk, dienst uitkeringen, het netwerk van consulenten, dienst communicatie, Infor Santé en Altéo.

3. Resultaten

a. In het begin was er een ...

Het statuut van invalide is een mix van verschillende profielen van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid en dit zowel qua leeftijd, pathologie, het al dan niet hebben van een professionele activiteit, persoonlijkheid, voorgeschiedenis, enz. Deze ogenschijnlijke diversiteit dekt echter een gemeenschappelijke kwetsbare situatie waarvan de meesten duidelijk het begin kunnen aangeven.

“Ik heb in 2004 een contract van onbepaalde duur getekend en vorig jaar ben ik op 09/03/2010 spijtig genoeg verkeerd terechtgekomen na een val ...”

Want dat is een van de gemeenschappelijke kenmerken van de mensen die we gesproken hebben: **een toevallige gebeurtenis of het bewust worden van hun functionele beperkingen leidt tot een breuk, een breekpunt met hun vorige situatie.** Dit precieze moment veroorzaakt, net zoals een centraal keerpunt, belangrijke veranderingen in de perceptie die zij hebben van zichzelf en hun sociale positie. Zij leven voortaan met een “vóór” en een “na”. Een “na” die ze moeten leren aanvaarden in al zijn dimensies. “Leren loslaten”.

b. “Neerwaartse spiraal”

Eerst is er het fysische of psychische probleem, de ziekte die het dagelijkse leven ondermijnt. De diagnose, de aanvaarding, de behandeling, de verantwoording ervan, ... zijn allemaal belangrijke fasen die van dit eerste jaar arbeidsongeschiktheid een delicaat moment maken, een periode van aanvaarding van de ziekte en zijn gevolgen.

Naast de ziekte en de behandeling, die nog extra gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken, moet je ook leren leven met de, soms chronische, pijn en met de nevenwerkingen.

“Ik ga dolgraag vissen. Ik voel er me goed bij. Zelfs met zijn twee. Nu neem ik medicatie en sinds ik die pillen slik beef ik erg en kan ik geen aas meer aan mijn vishaak hangen. Eender wat voor aas ik moet vasthaken, er zijn er 10 die op de grond vallen! En daar ga je dan en krijg je ter plaatse een zenuwaanval.”

De weerslag op het humeur van de persoon in kwestie kan dusdanig zijn dat de relatie met de gezinsleden eronder lijdt, wat kan uitmonden in crisismomenten (tussen koppels), het afstand nemen (onder meer de kinderen), isolement, enz., waardoor heel de gezinsdynamiek ondermijnd wordt.

"Het is heel moeilijk. En je moet dan ook nog een vrouw hebben met een sterk karakter. Want je bent heel gevoelig voor het minste wat men tegen je zegt en het minste wat ze zegt is een aanval. Zodra ze thuiskomt van haar werk, zal ze zeggen: "En, je had me gezegd dat je dit ging doen, waarom heb je het niet gedaan?" En dan zeg jij: "Omdat ik me niet goed voelde." of "Ik heb iets anders gedaan.", ofwel had je er gewoonweg geen zin in! Soms heb ik niks gedaan omdat ik er geen zin in had. Of dan denk ik in mezelf: "Ja, ja, ik zal dat morgen wel doen, ik heb toch niks anders te doen, ik doe het morgen wel." En dan komt Mevrouw terug van haar werk en zegt: "Ik heb heel de dag gewerkt en jij moest niet meer dan dat doen!" En dan ontpluf je. En maak je ruzie. Ja, ruzie. Je moet een vrouw hebben met een sterk karakter om ons te kunnen verdragen want wij zijn echt een last. Er is niks aan te doen. Maar het is waar. Ik ben een echte last voor mijn vrouw. Ik maak haar gelukkig met andere dingen, maar dat karakter, mijn karakter ... Ik heb echt een rotkarakter gekregen ..."

En dan heb je nog de verzorgingskosten en het beroep doen op professionele werkrachten om de taken uit te voeren die je zelf niet meer kan doen. Zonder dan nog de kosten te vergeten die je hebt louter door heel de dag thuis te blijven, "en niks te doen".

"Wanneer je in de winter thuis moet blijven dan zet je overdag de thermostaat niet op 16 graden, zoals je zou doen als je uit werken gaat. Als je gaat werken zet je hem op 16 of 17 graden, maar als je thuis zit ... Dus extra verbruik van stookolie. Het is bijna het omgekeerde effect: als je ziek bent, niet kan werken, krijg je minder loon, minder uitkering en geef je meer geld uit. Als je een roker bent, rook je meer; als je eet, eet je meer. Dus. Jij (en hierbij richt hij zich tot een andere deelnemer) zei dat je 20 kilo verdikt was, ik ben 25 kilo verdikt ... En die zijn er niet zo maar toevallig bijgekomen, het is geen stof dat je inademt, maar het zijn uitgaven."

Dit alles weegt door op het gezinsbudget, "een neerwaartse spiraal". Om eruit te geraken of uit angst hun werk te verliezen door hun langdurige afwezigheid, gaan sommigen zelfs tegen het doktersadvies in terug aan het werk, zelfs als dit onverenigbaar is met hun gezondheidstoestand.

"Je ziet die financiële zorgen opdoemen. Daar is ze altijd al bang voor geweest, en dus, uit angst haar werk te verliezen, en het financieel niet te kunnen redden omdat haar uitkering natuurlijk lager is dan het loon dat ze krijgt als ze werkt, wil zij absoluut terug aan het werk gaan. Ik, ik besef heel goed dat dit niet te doen is met haar voetprobleem ..."

Ze houden zich soms niet aan de geldende regels (de adviserend geneesheer op de hoogte brengen) en lopen zo andere mogelijkheden mis waar ze recht op zouden hebben, zoals de deeltijdse werkhervatting, en gaan dan terug voltijds werken of veranderen van arbeidscontract. En je moet meestal niet lang wachten op de gevolgen hiervan: opnieuw ziek vallen en administratieve problemen daardoor om het bedrag van de uitkering te berekenen.

En wat dan als terug gaan werken moeilijker blijkt te zijn dan verwacht, zelfs onmogelijk blijkt te zijn!
"Ik heb erg moeilijke momenten gekend omdat je er niet klaar voor bent. Niemand kan de toekomst voorspellen. Je bent eventueel klaar om op pensioen te gaan, of zelfs de lotto te winnen, ... Maar je bent niet klaar om nooit meer te gaan werken, werkloosheid tot daartoe, in functie van ... maar je bent niet klaar om ziek te vallen en om arbeidsongeschikt te worden."

c. De overgang naar "invaliditeit"

"Je lijdt er eigenlijk tweemaal onder. Wanneer je verneemt dat je het statuut van "invalide" krijgt en je niet meer kan werken, zie je er tweemaal van af: fysiek en mentaal. En voor mezelf denk ik dat het mentale soms veel moeilijker is dan die fysieke problemen."

"We nemen allemaal antidepressiva ... We zitten mentaal allemaal in hetzelfde schuitje. We zien het allemaal zwart in."

In die context van schokkende veranderingen in het dagelijks en sociaal leven, wordt die stap naar het statuut van invaliditeit slecht ervaren, omdat het een situatie bestendigt waarvan men hoopte dat ze slechts tijdelijk was. Voor diegenen voor wie het werk de financiële mogelijkheden opleverde om te leven en/of te "zijn", lijken de toekomstperspectieven zich nu erg te verkleinen door het verlies aan inkomsten.

”

“Men is een levensstijl gewend - die niet overdreven is - maar je moest niet tellen. Ik werkte bij een heel goed bedrijf, ik had een mooi loon. Problemen om stookolie in te doen, probleem om op vakantie te gaan, die kenden wij helemaal niet! Wanneer je dan plots onder invaliditeit valt, ... begin je wel alles uit te rekenen!”

“Men heeft een mooi inkomen en opeens komt men terecht in een bepaalde levensstijl ... Je krijgt steun. Je moet jezelf niet voor de gek houden. Wanneer je een bepaalde levensstandaard hebt, profiteer je van wat je hebt met wat je verdient [...] Maar als je invaliditeit trekt, moet je plots essentiële keuzes maken. Je rijdt niet meer in een grote wagen, je gaat niet meer op restaurant, geen vakanties meer, je trekt dan wel vakantiegeld, maar je bevindt je in een levensstijl waarin je ad vitam aeternam op een parking blijft staan. Je staat hoe dan ook op een zijspoor. Trek je plan.”

Naast het verlies van middelen omdat je niet meer actief deelneemt aan het beroepsleven, is er die gedwongen inactiviteit. Het feit van niets meer mogen “doen” is een ander zwaar probleem bij de geïnterviewden. Wat dan? Hoe kan je die vroegere werktijd opvullen als je de - fysieke en financiële - middelen niet meer hebt om je ontspanning te kunnen veroorloven? Een situatie die psychologisch en sociaal erg moeilijk ligt.

- “ - Nutteloos zijn, dat ondermijnt je.
- Nutteloos, ja, dat is het exacte woord.
- Je voelt je nutteloos, het is eerder een perceptie en niet zozeer een realiteit.
- Ja, soms krijg je zo van die opmerkingen: “Zozo, je hebt het onkruid nog niet uitgetrokken ...” of nog “En ben je nu al begonnen met het demonteren van ...”.
- Dat zorgt vaak voor conflicten met onze echtgenotes.
- Ja. Ik heb er geen, dus dat gaat nog!”

“Wat mij momenteel het meest pijn doet, is eerder psychologisch. Ik heb 3 kinderen en die zien me nu al 3 jaar thuis zitten, ik kan niet veel doen omdat ... Ik kan bijvoorbeeld mijn kinderen zelfs niet oppakken en dragen, dat doet je vreselijk veel pijn. Maar ik ga er nu over stoppen, want het raakt me momenteel teveel.”

De geïnterviewden geven toe dat ze in een “vicieuze cirkel” zijn terecht gekomen, die van de “slechte gewoonten”.

“Door thuis te zitten kreeg ik slechte gewoonten. Van niks meer te doen. Je bent dan al “beperkt” en dan neem je slechte gewoonten aan. Wat zijn dat slechte gewoonten? Wel, dat is drinken, eten, je laten gaan, ... Tot morgen uitstellen wat je diezelfde dag eigenlijk nog zou kunnen doen. Euh, heel wat slechte gebreken (lacht), omdat je een beetje - altijd in mijn geval dan - een beetje gesloten bent, omdat je triestig bent, omdat je ... je bent ... Je bent eigenlijk verloren!”

Dit niet langer actief kunnen deelnemen aan het beroepsleven raakt hen ook in hun “zijn”. **Al de mensen die we ontmoet hebben spraken ook over een gebrek aan zelfvertrouwen**, op verschillende niveaus: de angst om nooit meer even bekwaam te kunnen worden; een gevoel van verlies aan waardigheid, aan zelfrespect: het gevoel van in te moeten boeten aan zelfstandigheid; een gevoel van schaamte en een schuldgevoel.

“Je zegt altijd wel “Het gaat, het gaat goed” [...] omdat er soms een ... neen, ik ga niet zeggen een schaamtegevoel is, maar ... een zekere terughoudendheid. Terughoudendheid om te zeggen “Ik ben niet meer in staat om ...”. Je praat jezelf dan schuldgevoelens aan, je ziet het zwart in en soms moet je door dat aspect heen geraken.”

Doordat ze bewust worden van hun functionele beperkingen, oorzaak van hun arbeidsongeschiktheid, ontwikkelen de geïnterviewden een negatief zelfbeeld.

d. Verlamming, stigmatisering en minderwaardigheid

Formeel vastgelegd in de medische formulieren en geblokkeerd door het bekomen van het invaliditeitsstatuut, ervaren de geïnterviewden deze functionele beperkingen als verlamvend.

"Iemand die invalide is kan niets meer doen. [...] Wij kunnen alles doen, ten slotte, alles doen, ik wil best het gras maaien, maar na een kwartiertje stop ik omdat al dat schudden voor mijn rug, je weet wel. De was kan ik niet te drogen hangen, mijn armen, dat gaat niet. Ik ga dolgraag vissen, graag vissen. Ik moet nu op een andere manier vissen want ik kan niet meer een hele dag op mijn vismand zitten en die lange vislijn van 11 m vasthouden, ik heb nu een veel gemakkelijkere vismethode gevonden: je gooit je werphengel, zet je alarm op en dan slaap je even tot het signaal afgaat. Zo kan ik toch nog meedoen ... Om toch iets te doen dat ik graag doe. Ik heb op nationaal niveau gepingpong, ik was scheidsrechter voor kaatsbalwedstrijden in eerste nationale, ik speelde tennis, ik speelde minivoetbal en van de ene dag op de andere niks meer. Sinds 2005 heb ik geen enkele sport meer gedaan, ik kan het niet meer. Ik doe niets meer. Zelfs scheidsrechter van een kaatsbalwedstrijd, dat was op nationaal niveau, dat was iets extra, 65 à 70 EUR per wedstrijd. Ik kan het niet meer. Je moet lopen, je moet snel reageren, je moet ... ik kan het niet meer."

Naast de fysieke problemen die ze moeten aanvaarden en waarmee ze in hun dagelijks leven rekening moeten houden, vrezen de mensen met een langdurige arbeidsongeschiktheid dat ze sociaal alleen nog maar zullen bekeken worden als zieke en / of op hun invalidenstatuut, twee termen met een negatieve connotatie in onze maatschappij. Elk woord of spontane daad die maar verwijst naar dit statuut en hen dus confronteert met hun begrenzingen geven hun een gevoel van ongemak en isoleert hen nog des te meer. Zoals de man, die een slechte ervaring had toen hij moest zeggen dat hij invalide is, hieronder getuigt:

"Vorige week moest ik voor een andere identiteitskaart gaan en moest ik "invalide" zeggen, dat was voor mij ... En dan heb ik maar gezegd: "Maar ik ben geen oorlogsinvalide.". Omdat je "invalide" zegt ... En die man antwoordde: "Wat is uw beroep?". Waarop ik zei: "Ik sta op invaliditeit.". "Dus invalide", zei hij. Ik heb dus moeten tekenen voor "invalide", maar ik ben geen oorlogsinvalide, ik ben geen ... Heel mijn dag was gelijk verpest!"

Met dit statuut zitten ze trouwens "klem", ze staan onder "huisarrest" (Franssen, 1998):

"Ze hebben me verschillende keren gezegd: "Meneer, blijf thuis!". Je wil iets doen om te zeggen dat je daar niet zit te niks. Die ziekte is al moeilijk om dragen en dan sluiten ze je ook sociaal nog uit. Dat kan toch niet. Wel, dat wilde ik zeggen."

"Toen ik op invaliditeit moest, wist ik niks. Ik ben op internet gaan kijken en heb verschillende keren gegoogled: "werk voor invalide", "werk voor gehandicapte", ... Ik, ik had zin om terug te beginnen, maar wat mij het meest stoort is dat je het akkoord moet hebben van de adviserend geneesheer [die in dit geval voor een andere mutualiteit werkt]. Ik wilde deel uitmaken van Altéo om patiënten naar het ziekenhuis te brengen, enz. Maar ik moest minuut per minuut een planning hebben. Hoe wil je nu dat ik weet dat ik maandag iemand naar het ziekenhuis moet brengen en terug moet afhalen om 10 uur? Ze hebben het mij onmogelijk gemaakt ..."

De sociale controle is wel degelijk aanwezig, daar kan men niet aan ontsnappen. Zonder het dan nog te hebben over de schrik om hun uitkering te verliezen. Hierdoor worden ze echt verplicht zich in die "ongeschiktheid te nestelen". (Franssen, 1998).

Die functionele beperkingen zijn trouwens ook erg stigmatiserend door wat ze impliceren, en dit zowel qua gedwongen inactiviteit, als administratief statuut. Heel wat mensen denken daarbij automatisch aan "nietsnut", profiteur. Het is heel moeilijk om daarmee te leven, vooral dan wanneer je al verschillende jaren, zelfs je hele leven, zonder onderbreking gewerkt hebt en / of je een ziekte hebt die je van buiten niet ziet, zoals bijvoorbeeld een depressie.

"Ik ging eronder door omdat het een rotziekte is die je maar moeilijk kan aanvaarden en waardoor je er "normaal" blijft uitzien en je hebt de indruk dat ze je willen zeggen dat je niet ziek bent, alleen maar lui. Dat gevoel gaven ze mij de laatste tijd."

De functionele beperkingen worden dus meestal als iets minderwaardigs aangevoeld. De omschrijvingen ervan geven het zelf ook al aan: je “komt terecht” in de invaliditeit of “op de mutualiteit”. Dat is ook de reden waarom de term “invalidite” een probleem is voor de mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn.

“Voor mij betekent “invalidite” een “gehandicapte”. En ik ben niet gehandicapt.”

“Een invalide, dat is voor mij iemand in een rolstoel. Maar voor mijn persoonlijk geval vind ik de term “invalidite” slecht gekozen.”

Volledig geïntegreerd in het cultureel model van onze maatschappij lijken de mensen die wij ontmoet hebben een gevangene te zijn van de waarden en beelden van die maatschappij. Ze zijn niet langer in overeenstemming met hun eigen waarden, die ook de waarden zijn van de maatschappij waarin ze leven, een werk-maatschappij die steun en ziekte verwerpt. Er worden verschillende strategieën ontwikkeld - verzwijgen, vluchten - om te trachten de kloof te overbruggen. Maar in een eerste fase is er toch de tendens om zich terug te trekken, in een gevoel van nutteloosheid en afhankelijkheid.

“Ik hing daar maar voor mijn tv. Het was mijn beste vriendin.”

Daarom is het moeilijk naar buiten te gaan, om geconfronteerd te worden met anderen en aan te kloppen bij een hulpdienst, eender dewelke, door wat men ervan denkt.

“ - Helpt de sociale dienst van de mutualiteit je niet met alles wat je moet doen?

- Jawel ... enfin, laten we zeggen, dat ik, persoonlijk, sinds ik op de ziekenkas sta [sinds hij een uitkering krijgt], dat ik als een kluzenaar leef. Ik leef dus in mijn eigen cocon, ik heb dus niemand nodig. [ontroerd]”

”

“En dan dat woord “maatschappelijk”, “OCMW”, “maatschappelijk werker” ... Ik heb ook mijn trots en ga er dus niet naartoe, ik ga er niet heen. Omdat ... Dat is geen schande, dat weet ik, maar, ik weet wel dat het geen schande is, maar ik wil het niet. Ik heb geen sociale instanties nodig, ik heb het OCMW niet nodig. Neen, neen, ik, ik heb nog nooit een voet in het OCMW gezet en ik herhaal het: “Ik verkoop nog liever mijn kot, maar naar het OCMW zal ik nooit gaan!”

“Ik ga voor medische hulp naar het wijkgezondheidscentrum omdat het gratis is. Kan je je dat inbeelden? Ik ga bij de dokters die drugsverslaafden en al de rest verzorgen omdat ik geen geld heb om 18 of 25 EUR uit te geven aan een arts om toch tenminste mijn medicatie te hebben.”

Gelukkig blijft de mens toch een intrinsiek sociaal wezen, zelfs al is hij in zichzelf teruggetrokken. Daarom zijn zijn relaties met anderen een essentiële factor in het parcours van de re-integratie. Maar dat is zeker niet altijd gemakkelijk.

e. “De hel zijn de anderen”?

De meeste mensen die we gesproken hebben, kunnen inderdaad altijd rekenen op het geduld en de hulp van een familielid. Die laatsten steunen hen mentaal, financieel of met een luisterend oor. De mensen die we ontmoet hebben, erkennen wel het belang van hun familie en vrienden, maar geven aan dat het toch moeilijk is met hen te spreken over wat zij meemaken, over hun gevoelens. Ze beseffen welke weerslag hun situatie heeft op hun omgeving en willen dan ook niet nog meer tot last zijn en proberen hun omgeving zo te sparen, te beschermen.

“Je bent financieel afhankelijk, je werkt niet meer, je leeft dus, hoe moet ik het zeggen, je leeft op de rug van ... Ik kom altijd terug op dat schuldgevoel.”

“Persoonlijk spreek ik er niet over met mijn vrouw. Ik zeg dat alles goed gaat. Ik zeg mijn moeder ook dat alles goed gaat. Ik zeg mijn kinderen ook dat alles goed gaat. Maar in feite gaat het helemaal niet, maar ik wil hen daar niet onder doen lijden.”

“Ik spreek er niet meer over met mijn echtgenote. Ik zeg haar dat « het gaat » maar ze weet heel goed dat het niet gaat en zij helpt me, ze helpt me, ze weet het heel goed. Zie je, we discussiëren. Maar met mijn moeder ... zij is nog de enige die ik heb. En mijn grootmoeder ... Hen spaar ik. Ik moet wel ... Begrijp je.”

Ze getuigen ook over het geleidelijk aan inkrimpen van het sociaal netwerk naargelang de vraag om hulp blijft duren.

En naast de familie en de vrienden zijn er dan nog de anderen, kennissen, collega's, de ambtenaren van de dienst bevolking van de gemeente, enz., die maar al te vaak, en meestal zonder kwade bedoelingen, de arbeidsongeschikte mensen wijzen op hun onvermogen om hun sociale rol te vervullen, op de realiteit van invalide te zijn, en op het pijnlijke dat dit vertegenwoordigt.

“Behalve mijn zoon van 10, die heeft me veel zien werken. Hij heeft me naar Toulouse zien gaan, 4 maanden zonder terug te komen, omdat ik daar in Toulouse een werf had. Maar mijn twee dochters die houden niet op met vragen te stellen: “Waarom doe jij de afwas?”, “Waarom ben jij thuis?”, “Waarom vouw jij de was op?”, “Waarom werk jij niet?”, “Wanneer ga jij werken?”, ... En daarna zegt mijn zoon me: “De Juf heeft gevraagd wat voor werk jij deed, en ik heb gezegd “Niets!” Niets ... Als mijn kinderen later op school er niets van bakken, niets doen, wat gaan ze me dan zeggen?: “Eh. Jij hebt zelf niets gedaan! Ik ben groot geworden, groter, en jij hebt nooit gewerkt. Jij bent ook geen goed voorbeeld voor mij! Ik ga zoals mama doen. Zij, zij werkt ... Neen maar, stel je voor. Ze hebben het mij nooit gezegd, maar later misschien ... En dat is een klap waaraan ik me voor later nog verwacht.”

“Ik ben soms bang om naar de winkels te gaan en oud-collega's tegen te komen. En altijd hetzelfde te moeten herhalen en dan zeggen ze: “Zo, ben je op wandel?” “Wij, wij werken en jij gaat op wandel?” Dan voel je je schuldig.”

”

“Nog niet zo lang geleden kwam ik een vriend tegen die ik al geen 12 jaar meer gezien had en die vraagt me: “En jij, wat doe je nu voor werk?” Waarop ik geantwoord heb: “Ik ben arbeidsongeschikt: nu al zo'n 3 jaar.” “Oh, dan ben je invalide dus.” Incasseer maar! Ik was blij om die oude kameraad terug te zien. Na 12 jaar. Maar toen hij me zei: “Oh, dan je invalide dus ...”, zei ik “Ja”. En heb ik het gesprek afgebroken. Hij vroeg me nog of ik een emailadres had en ik heb “neen” gezegd. En of ik een telefoonnummer had en ik heb “neen” gezegd. “Verdomme, jij zit wel geïsoleerd”, ik heb “ja” gezegd. Want dat woord ...”

Schijnbaar onschuldige reacties die elke inspanning of poging om naar buiten te gaan de kop indrukken en de mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid nog wat meer opsluiten in hun isolement en het zich slecht voelen in de maatschappij.

f. Het heden, uur nul

Een laatste thema dat ten slotte ook opduikt in de gesprekken met langdurig arbeidsongeschikten betreft hun projectie naar de toekomst toe. Wij hebben gesproken over de destabilisering, de tijdelijke breuk ten gevolge van het ongeval, de ziekte en de gevolgen daarvan. Deze breuk in de continuïteit van hun leven dwarsboomt ook al hun toekomstvisies, al hun projecten.

“Ik krijg nog maar ongeveer één derde van mijn vroegere loon. Stilletjes aan zal het wel zo worden dat wij ons huis moeten verkopen dat we nog maar 8 jaar geleden gekocht hadden. We zullen het moeten verkopen. Het gaat niet meer. [...] En wat doen we dan. En dat is voor mij een drama. Bij ons is het een sociaal drama omdat we aan het afglijden zijn. Heel onze toekomst waaraan wij werkten, een huis, onze plannen, ... Dat is gedaan.”

“Je hebt plannen. Ik had precieze plannen voor ogen, na al dat werken, was ik van plan “zodra ik op pensioen zou zijn, een beetje te gaan genieten” ... Maar uiteindelijk zal ik van niets kunnen genieten! Ik haal zelf mijn pensioen niet ...”

Het heden wordt uur nul en de toekomst lijkt moeilijk te plannen wanneer de economische, sociale en professionele verworvenheden één voor één wegvallen of als je voortdurend pijn hebt. In die context vragen sommigen zich af welke betekenis ze kunnen geven aan het leven.

“Je moet de feiten onder ogen zien en zeggen: ‘Het is nu zo!’ Ik die 49 ben, wat verwacht ik? De dood? Je moet het zo wel zeggen. Ik ben nochtans niet ... Ik heb een goed karakter, maar goed, wat verwacht je? Als je nog maar een nummer bent, als je niets meer bent? Wat verwacht je dan? Ik wil geen last zijn voor de sociale diensten, enz. Dat wil ik niet. Punt aan de lijn.”

Of de getuigenis van die vader die aan zelfmoord denkt om de toekomst van zijn kinderen veilig te stellen; getuigenis van remmende spanningen (Franssen, 1998) die vaak aanwezig zijn, op het één of andere moment, bij mensen met een langdurige arbeidsongeschiktheid.

”

“Ik ben jong, ik denk nog aan zoveel dingen. Slechte dingen. Ik vraag me af wat de oplossing is. Als ik er een eind aan maak, zullen mijn vrouw en kinderen alles krijgen, moet er niks meer afbetaald worden. [...] Aan zo'n dingen begin je te denken omdat je een levensverzekering hebt. Je bent verzekerd tegen de dood en het verliezen van je werk, maar niet tegen arbeidsongeschiktheid!”

Verloren tussen een heleboel tegenstrijdigheden, tussen hun persoonlijke verwachtingen, de functionele beperkingen die ze ondervinden, de sociale verwachtingen betreffende de verwezenlijking van hun rol - als ouder, werknemer, bijstandstrekker ... - en de eisen van de maatschappij waarin ze leven, leven de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid in een onuitvoerbare identiteit. Alle - persoonlijke, interpersoonlijke of externe - mogelijkheden moeten dan ook ingezet worden om die remmende spanningen om te zetten in mobiliserende spanningen, die hen helpen hun bestaan terug een zekere legitimiteit te geven. Een hele klus!

g. Werken aan het bestaan

Om verder te blijven bestaan, individueel en sociaal, zouden de langdurig arbeidsongeschikten die identiteitsspanningen moeten beheersen door aan zichzelf en aan hun relaties te werken. In een vorige studie van de sociale dienst van CM analyseren Franssen en Lemaigre het heropbouwproces van de sociaal gerechtigden om terug hun identiteit te verwerven. Eerst moeten ze bewust worden van hun handicap(s), hun beperkingen om een nieuwe identiteit op te bouwen die overeenstemt met die beperkingen. Hiervoor worden er diverse strategieën ontwikkeld: een aanpassingsstrategie (de positieve trekken van hun identiteit vooropstellen, omgaan met hun situatie, bepaalde verwachtingen laten vallen, hun bestaan herbekijken), een strategie van afstand nemen (afstand kunnen nemen van hun ervaringen) en projectiestrategie (zeggen wie ze zijn, niet volledig geïntegreerd maar ook niet volledig uitgesloten van de sociale verwachtingen, de legitimiteitsprincipes van hun bestaan herdefiniëren).

Anderzijds is het ook nodig zich als sociale actor te profileren via strategieën van sociale identificatie en sociale differentiatie. Die twee dynamieken vinden we ook terug in de interviews.

“Ben ik de enige bij wie het psychologisch niet gaat? Ben ik de enige die moeite heeft om het gezegd te krijgen? Door naar hier te komen, op jullie uitnodiging, besef ik dat hij ook moeite heeft met deze situatie, moeite heeft ermee te leven; Meneer heeft waarschijnlijk ook dezelfde problemen, maar daar spreek je niet over. De ideeën van anderen horen om te zien of we allemaal min of meer in hetzelfde schuitje zitten of om te zien dat je zelf een hopeloos geval bent ... soms voel je je echt slecht ... Neen, maar je hebt dat echt nodig! Persoonlijk wil ik te weten komen of er nog iemand anders is die net zoals ik ‘s avonds of overdag soms in mezelf denk dat het daarboven allemaal niet klopt, hoe komt dat??? En ik zie dat ik niet de enige ben!”

Tijdens de focusgroepen hebben de deelnemers ontdekt dat ze gelijkaardige gevoelens en ervaringen delen. De evaluatie van de focusgroep bij MC Hainaut Picardie toonde aan dat de deelnemers blij waren lotgenoten ontmoet te hebben en te hebben beseft dat ze niet alleen waren. Enkele deelnemers die als vrijwilliger met Altéo meewerken voor het ziekenvervoer vertelden hoe belangrijk die activiteit was binnen hun traject doordat die ontmoetingen hen hielpen te relativeren. *“Ik ben blij dat de mutualiteit dit vrijwilligerswerk voorgesteld heeft, waardoor ik terug helemaal opbloeit omdat ik een heleboel mensen ontmoet, gesprekken voer, niet noodzakelijkerwijze over ziek zijn of zo, we zitten wel allemaal in hetzelfde schuitje, in verschillende mate, met verschillende oorzaken, maar daarachter wordt er gevochten en als je dan ziet dat die mensen, die toch zwaar ziek zijn, blijven glimlachen, niet-tegenstaande hun pijn, ... Dat help me om mijn invaliditeit te relativeren - want het heet nu eenmaal zo - en ik heb wat tijd nodig gehad om het te kunnen accepteren en nu is het zo, het is zo.”*

De sociale en relationele dimensie speelt dus een heel belangrijke rol in dit heropbouwproces. Naast de aangeboden steun zijn ook de gebaren van solidariteit en uitwisseling waardevolle middelen zoals de meeste deelnemers van de invalidengroep van Anderlues getuigen. Al naar gelang de gevallen kan de weg naar re-integratie soms lang en moeilijk zijn vooraleer uit zijn schulp te kunnen komen.

4. Bespreking

Op basis van de ervaringen van de personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn, zijn de hierboven beschreven stappen de exclusieve verantwoordelijkheid van de persoon zelf. Deze logica is inherent aan ons cultureel model: wij leven in een maatschappij die iedereen aanzet om voor zichzelf te zorgen, autonoom te worden, actor van zijn eigen leven te zijn door zijn eigen mogelijkheden te mobiliseren - volgens de idee dat iedereen een bepaald economisch, sociaal en cultureel kapitaal bezit. Een model dat iedereen responsabiliseert om een bepaald gedrag te stellen waardoor men zich terug herstelt, zichzelf terugvindt wanneer er zich een trauma, een risico, een ongeval voordoet. Het bewijs hiervan is het succes van de ideeën en concepten van empowerment¹, van veerkracht², ... Dat is wat Genard en Vrancken (2007), die onder meer auteur zijn, de “la société du travail sur soi” noemen.

In deze context hebben maatschappelijke instellingen en het beleid tot doel het individu te begeleiden en te oriënteren in deze zoektocht en / of het heropbouwen van zijn mogelijkheden. Naast haar helpende, beschermende of louter vergoedende opdracht heeft ook de mutualiteit deze rol op zich genomen. Het bewijs hiervan is bijvoorbeeld de semantiek die gebruikt wordt om de rol van de adviserend geneesheer te definiëren als de evaluator van de restcapaciteiten en niet van de handicaps; Of de begeleiding die de sociale dienst verleent in het realiseren van een levens-“project” - term die ook verwijst naar de begrippen autonomie en verantwoordelijkheid.

Voor mensen met een langdurige arbeidsongeschiktheid is het feit alleen al dat men bepaalde stappen moet ondernemen (of het nu gaat om administratie, hulpaanvragen, ...) gewoonweg ondenkbaar. Dit komt door de sociale voorstellingen op de achtergrond of gewoonweg omdat zij al naargelang het geval gedurende een al dan niet langere periode fysiek of mentaal niet in staat zijn dit te doen. Dit geldt eveneens voor elk ander publiek dat te maken krijgt met een destructurerende gebeurtenis, waardoor de autonomie - die zo dierbaar is in onze samenleving - in het gedrang komt.

1 Empowerment of zelfbeschikking verwijst naar de actie om een mens of een (minderheids-) groep (terug) in staat te stellen eigenmachtig te spreken en te handelen.

2 Veerkracht is een begrip dat verwijst naar het vermogen om na een trauma terug op te staan.

“Ik hield me en hou me in het huishouden nog altijd bezig met de administratie en de financiën. En ik was niet meer in staat om dat te doen. Ik moest bijvoorbeeld elke maand een brief schrijven om een medisch attest te krijgen van mijn huisarts en dat dan doorsturen naar mijn werkgever, enz. Alles wat ik van de mutualiteit aangekregen heb en dat ik vast en zeker ontvangen heb, ging onderaan in het postbakje en is daar X aantal jaren blijven liggen.”

We weten nu dat het in het begin erg moeilijk is om iemand die nog altijd in shock is ten gevolge van een langdurige arbeidsongeschiktheid naar buiten te doen gaan. Wij hanteren daarentegen een mutualistisch model van ‘reactie op verzoek’, dat verwacht dat het lid zichzelf op de een of andere manier bekend maakt vooraleer hem te kunnen helpen en steunen. Zouden wij dan niet onze ‘pro-actieve’ benadering moeten herzien en het proces van ons huidig aanbod aan begeleiding in vraag moeten stellen?

We weten nu eveneens dat de breuk met het professionele leven in een eerste fase heel hard aankomt en bij sommigen kan leiden tot het zich volledig terugtrekken en tot sociaal isolement. Zouden wij onze acties voor die personen dan niet moeten richten op het integreren en / of versterken van de collectieve dimensie in de begeleiding die wij hun aanbieden? Collectief denken zodat zij de kans krijgen de sociale band te hernieuwen en tegelijkertijd de kwestie openstellen. Afstand nemen van de individuele verantwoordelijkheid om de meer algemene oorzaken aan te pakken.

Voor de socio-professionele re-integratie ligt de oplossing immers niet alleen in handen van de individuen, of het nu gaat om een langdurige arbeidsongeschiktheid of om werkloosheid. Er bestaan ook andere essentiële factoren die vaak en maar al te gemakkelijk vergeten worden: enerzijds de wereld van de arbeidsmarkt, de werkgevers en de leidende financiële principes en anderzijds de overheid en sommige van hun ‘activeringsvoorzieningen’ die aanleiding geven tot distorsies en concurrentie tussen de uitkeringsgerechtigden (arbeidsongevallen, gehandicapten, werklozen, ...) en die uiteindelijk de uitsluiting van de personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid versterken.

“En wat zie je dan op de arbeidsmarkt? De werkgevers geven de aangepaste werkposten liefst aan mensen die het slachtoffer waren van een arbeidsongeval. Waarom? Want als ze iemand die gekwetst is geraakt op het werk, terug aan het werk zetten kunnen ze een verlaging van de premie voor arbeidsongevallen bedingen. De invaliden moeten dus concurreren met gewonde werknemers. Er zijn onvoldoende fiscale stimuleringsmaatregelen om een invalide aan te werven en terug aan het werk te zetten.”

”

“Beantwoordt het statuut van invalide aan de behoeften van de situaties? Dit statuut verwijst naar een uitsluitingslogica tegen de noodzaak aan (re-) integratie in, en dit des te meer wanneer de oorzaak minder medisch dan sociaal is (gezien de steeds talrijker wordende sociopathieën).”

Op dit niveau zou een eerste piste bestaan uit het overstijgen van de stigmatiserende en daarvoor paralyserende aanduiding ‘invalide’; een ander piste zou bestaan uit het verruimen van het concept werk zelf (Palsterman, 2009) om te kunnen beantwoorden aan een wens - zouden we dit een behoefte durven noemen? - van aangepaste beroepsre-integratie en er iets anders van te maken dan een concept ‘boot’ en ‘winderig’. *“Re-integratie in het beroep? Waar? Wanneer? Illusies!”*

“Ik heb een terugval gehad. Hoor wat mijn baas me gezegd heeft: “Ik ontsla je niet. Blijf 5, 10, 15, 20 jaar (arbeidsongeschikt/invalide), dat kan me niet schelen, je kost me geen cent meer. Maar de dag dat je terugkomt, kerel, nul-tolerantie hoor.” Ik heb geen kans meer. De werkgevers vinden het vervelend om aangepast werk te voorzien.”

Om niet te vervallen in “persoonlijke over-responsabilisering” (Genard, 2007) van de arbeidsongeschikte persoon, moet er ook een reëel interdisciplinair partnerschap gemobiliseerd en gecreëerd worden tussen de verschillende betrokken partners (waaronder ook de werkgevers) ten einde de huidige logica te overstijgen en oplossingen in te voeren die samen overlegd en gecoördineerd werden, met het nodige respect voor iedereen. Het reactiveren of veralgemenen van bepaalde interessante initiatieven die doeltreffend zijn in die zin (cfr studiedag van CM over “Het werk, generator van geluk of angst”).

Net als de discussie over de re-integratie van werklozen, *“moet men bepalen welke participatievormen als legitiem beschouwd kunnen worden in een logica van socio-professionele re-integratie indien men wil komen tot een evenwicht tussen de plichten van een individu om het nodige te doen om terug werk te vinden en de plichten van een maatschappij om de personen concrete integratiemogelijkheden en passend werk te bieden.”* (Reman, 2009). Het is tijd om een diepgaand debat op de agenda te zetten dat transversaal staat op de verschillende takken van ons sociaal zekerheidsstelsel.

5. Tot besluit: “Men kan zoveel studies uitvoeren als men wil . . .”

Dit eerste deel toont aan hoe het feit van buiten het beroepsleven te vallen iemand in een proces van maatschappelijke breuk/uitsluiting - zelfs diskwalificatie - dringt. Naast het aanvaarden van de ziekte en het beheren van zijn financiële situatie, moet de persoon die langdurig arbeidsongeschikt is heel de legitimiteit van zijn identiteit herdefiniëren. Een “dubbel lijden” dat isoleert. Een “dubbel lijden” dat men moet aanvaarden en overstijgen vooraleer aan sociale re-integratie te kunnen werken en daarna aan “professionele” re-integratie. In dit re-integratieproces is de collectieve en relationele dimensie van het grootste belang, net zoals trouwens het rekening houden met de factor “tijd” centraal blijkt te staan. Dit zijn trouwens twee van de vele uitdagingen in de begeleiding van personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn - hierop komen wij in een volgend artikel terug.

Men zou in deze studie de samenstelling van de focusgroepen en de besproken situaties tijdens de groepsanalyses in vraag kunnen stellen. Men zou zaken kunnen toeschrijven aan het toeval of een bias ten gevolge van de methodologische keuze voor het werken in groep. Ons analysemateriaal heeft alleen betrekking op de getuigenissen van personen die indertijd actief aan het werk waren en die zijn moeten stoppen met werken omdat ze arbeidsongeschikt werden; er is geen enkele getuigenis afkomstig van werklozen of vrouwen aan de haard, van alleenstaande personen, . . . ; en natuurlijk ook geen enkel voorbeeld van iemand die profiteert van het systeem. In tegendeel de geïnterviewden wilden eruit geraken en terug kunnen gaan werken.

Deze bias in de rekrutering mag dan ook niet uit het oog verloren worden bij het interpreteren van de gegevens en het veralgemenen van de conclusies. Maar zoals Franssen en Lemaigre (1998) stelden over de sociaal verzekerden: *“je hebt niet langs een kant de “goede” die vechten om eruit te geraken en langs de andere kant de “slechten” die zich laten gaan en misbruik maken van de maatschappelijke hulp, van geneesmiddelen, alcohol, kleefbriefjes van de mutualiteit. Er zijn mensen die, in verschillende situaties van sociale diskwalificatie en intiem lijden, trachten te overleven en te leven. Verschillende wijzen van identiteitsbeheer classificeren de mensen niet; zij wijzen verschillende subjectieve en actiologische aan.”* Buiten het ontmoeten van individuele en dus subjectieve ervaringen komen er toch gemeenschappelijke kenmerken naar voor zodat we beter in staat zijn een beter inzicht krijgen in bepaalde processen en vormen van logica in het proces van de identiteitswederopbouw. Door naar de ondervraagde mensen te luisteren en te praten over hun lijden, kan men zich gemakkelijk voorstellen welke bijkomende moeilijkheden de mensen ondervinden, die op het moment van het arbeidsongeschikt worden, geen werk hebben, of die zware psychische stoornissen hebben of er alleen voor staan.

Op het voorstel om deze studie aan te vullen met een meer specifieke analyse van die groepen, geven we slechts één enkele vaststelling: de parcours en de belangrijkste conclusies blijven dezelfde als die van bijna 15 jaar geleden in de studie over een meer algemeen publiek van sociaal verzekerden (Franssen, 1998) in samenwerking met CM. Zo is er die paragraaf die nu nog altijd actueel is en nochtans al in 1998 geschreven werd: "Vandaag, niettegenstaande de budgettaire beperkingen, blijft het stelsel materieel gezien "globaal" doeltreffend, maar dit is niet meer het geval symbolisch gezien: het laat de mensen - hier zou men "die langdurig arbeidsongeschikt zijn" kunnen aan toevoegen - niet toe sociaal te bestaan. Het verzekert de functionele integratie - de mensen zijn "aangesloten" bij het stelsel, zijn "lid" van een mutualiteit - zonder evenwel de sociale functie te verzekeren - de mensen voelen zich afgesloten en sociaal uitgesloten" (Franssen, 1998). Dit is des te meer confronterend omdat de materiële efficiëntie van ons sociaal stelsel vandaag de dag vragen oproept ...

Bibliografie

Baril R. *Du constat à l'action: 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec*. Pistes. Novembre 4 (2). 2002.

Delvaux J. *L'invalidité n'est pas toujours une fatalité*. En Marche. 4/10/2010.

Franssen A., Lemaigre T. *La tête hors de l'eau: les détresses sociales en Belgique*. EVO. Bruxelles. 1998. 120p.

Genard J-L. *Une mutation anthropologique?* La revue nouvelle. 2007. Octobre (10): pp.30-39.

Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden - Studie van het RIZIV. 2011. <http://www.inami.fgov.be/information/nl/studies/study54/pdf/study54.pdf>.

Infor Santé ANMC. *La vie devant nous; le journal des invalides de la Mutualité Chrétienne*. 4 numéros. Janvier 2011. Actualisation en cours.

Reman, Palsterman, Herman, Liénard et al. *Les politiques d'insertion professionnelle*. Dossier. La revue nouvelle. 2009. Janvier (1): pp.28-65.

Sutter P-E. *Dossier du mois: le travail, remède à l'angoisse existentielle?: Mieux vaut-il avoir, faire ou être pour s'épanouir au travail?* M@ars-lab. 2011. <http://blog.mars-lab.com/Dossier/2011>

Vrancken D. *La société du travail sur soi*. La revue nouvelle. 2007. Octobre (10): pp 40-45.

Voordrachten gehouden in het kader van de studiedag over *Het werk, generator van geluk of angst*, georganiseerd door de dienst HRM Vorming CM op 8 februari.

Dankbetuiging

Dit werk zou niet mogelijk geweest zijn zonder de hulp van veel mensen die we hier willen bedanken:

Eric Colle (Service social MC 135), Guy Delobel, (Infor Santé MC 129), Françoise Delens (Infor Santé MC 130), Emilie De Smet (Altéo, ANMC), Sabine Kawecky (Altéo MC 128), Aude Picavet (Infor Santé MC 135), Jean-Benoît Ruth (Infor Santé, MC 134), Sylvie Reuter (Infor Santé MC 132), Dominique Serbruyns (Infor Santé MC 128) voor het recruterem, organiseren en onthalen van de focusgroepen, de interviews en de groepsanalyses;

Sylvie Reuter (Infor Santé), Michel Godichal (Service social), Marianne Noel (Altéo), André Wackers (adviserend geneesheer), Sandrine Clausse (adviserend geneesheer) van de MC 132; Eric Colle (Service social), Chantal Williot (Communicatie), Christine Labrique (Uitkeringen), Michel Cormond (Altéo), Caroline Maertens (Réseau), Philippe Debaene (adviserend geneesheer) van de MC 135; Jan Vermeiren (adviserend geneesheer), Camille Lemaire (Altéo), Nicolas Thielen (Communicatie), Isabelle Millet (Uitkeringen), Guy Delobel (Infor Santé) voor hun expertise;

Jean-Pierre, Johan, Jean-Marc, Vincent, Antoinette, Marie, Danielle, Liliane, Myriam, Arlette, Roger, Gérard, Gabriel, Geneviève, Robert, Guy, Danièle, Jacqueline, Jean-Claude, Michel voor hun getuigenissen en hun ontroerende oprechtheid.



Het aantal personen die als invalide zijn erkend, is tussen 2005 en 2009 gestegen. De leeftijd is een van de belangrijkste risicofactoren, vooral vanaf 40 jaar. Door die link tussen leeftijd en invaliditeit rijst het probleem van de vroegtijdige onbeschikbaarheid voor de arbeidsmarkt.

De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en het behoud van de sociale integratie van de sociaal verzekerden worden een echte prioriteit.

In deze thematische uiteenzetting spoort Freddy Falez ertoe aan het systeem van de evaluatie van de ongeschiktheid te moderniseren. Dat veronderstelt een bijsturing van het beeld dat men van de arbeidsongeschiktheid heeft en van de behandeling die de arbeidsongeschikte verzekerde krijgt. De rol van de adviserend geneesheer is dan vooral erop gericht om de werkhervatting te stimuleren, ervoor te zorgen dat de betrokkene opnieuw over arbeidsvermogen kan beschikken en hem/haar om te scholen.

Hij zet enkele mogelijkheden uiteen: de bepalingen inzake de controle van de ongeschiktheid herzien, tijd vrijmaken voor de adviserend geneesheer door de reglementering te hervormen, de oproepingen van de sociaal verzekerden beperken tot diegenen die daaraan het meest behoefte hebben, maar ook de werkomgeving aanpassen om de gezondheid van de werknemers te vrijwaren en de arbeidsmarkt meer open te stellen voor personen die een gezondheidsprobleem hebben.

II. Een uitdaging: de evaluatie van de langdurige arbeidsongeschiktheid hervormen

Freddy Falez, Medical Doctor, Philosophical Doctor
Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
Ondervoorzitter van het "Collège d'Enseignement de l'évaluation des atteintes à la santé", ULB

1. Inleiding

a. Evolutie van de vergoede arbeidongeschiktheid in de algemene regeling: cijfers 2005-2009

PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID

Tussen 2005 en 2009 is het aantal uitkeringsgerechtigde gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid in de algemene regeling met 5,3% gestegen. Het aantal uitkeringsdagen in een tijdvak van primaire ongeschiktheid steeg met 28,4%. Het gemiddelde aantal uitkeringsdagen per gerechtigde steeg in diezelfde periode met 21,9%. Die stijging vloeit enerzijds voort uit een stijging van het aantal gevallen van arbeidsongeschiktheid (+9,8%) en anderzijds uit een verlenging van de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid (+16,3%).

INVALIDITEIT

Tussen 2005 en 2009 is de populatie die een vergoeding geniet in het kader van het stelsel van invaliditeit (algemene regeling) gegroeid met 17,6%.

De stijging doet zich vooral voor bij de invaliden met:

- osteoarticulaire problemen (+23%)
- psychische problemen (+ 21,9%).

Voor diezelfde periode 2005-2009 is het gecumuleerde aantal arbeidsongeschikte personen met osteoarticulaire letsels en mentale aandoeningen gestegen van 58,1% naar 60,5%.

KOSTEN

De uitgaven in de algemene regeling van de uitkeringsverzekering stegen tussen 2005 en 2009 in het totaal met 35,6% en bedroegen in 2009 iets meer dan 4.056 miljoen EUR. De uitgaven voor invaliditeit stegen in diezelfde periode met 31,4%. Het relatieve aandeel van de uitgaven voor invaliden, ten opzichte van de totale uitgaven voor de uitkeringen, viel echter terug van 72,4% naar 70,2%. Aldus wordt de stijging bevestigd van het relatieve aandeel van de uitgaven in primaire ongeschiktheid, die zelf met 46,6% omhooggaan.

De gemiddelde daguitkering in primaire ongeschiktheid ligt in 2009, voor een alleenstaande zonder gezinslast, tussen 34,10 EUR voor een arbeider en 52,05 EUR voor een bediende. In invaliditeit is dat tussen 34,31 EUR voor een arbeider en 44,31 EUR voor een bediende. Zonder verdeelcurve met betrekking tot de daguitkeringen is het moeilijk om op basis van de mediaan uit te maken welk bedrag 50% van de verzekerden met de laagste uitkering ontvangen. De maandelijkse uitkering van een arbeider in 2010 bedroeg echter gemiddeld om en bij de 880 EUR, met andere woorden, rond de armoededrempel die in 2012 op 860 EUR is vastgesteld.

b. Gevolgen van de arbeidsongeschiktheid op maatschappelijk en sociaal vlak

De gevolgen van arbeidsongeschiktheid kunnen worden samengevat in één woord: verarming.


Er is de verarming op maatschappelijk vlak. Arbeidsongeschiktheid gaat immers gepaard met uitgaven voor sociale bescherming en met een verlies van rijkdom.

De verzekerde verarmt niet enkel op financieel vlak door het verlies van een arbeidsinkomen, maar boet ook in aan levenskwaliteit, raakt sociaal geïsoleerd, verliest zijn zelfrespect, verliest door zijn beroepsinactiviteit het contact met de collega's en met de beroepswereld in het algemeen.

c. Problemen op het vlak van de evaluatie van de langdurige arbeidsongeschiktheid

De continue stijging van het aantal uitkeringsdagen bij de primaire arbeidsongeschiktheid en van het aantal invaliden jaagt de uitgaven in de uitkeringsverzekering de hoogte in. Die stijging is zelfs meer uitgesproken dan de stijging van de uitgaven voor de geneeskundige verzorging voor de periode van 2005 tot 2009. Zonder het effect van de index stijgen de uitgaven parallel met het aantal uitkeringsdagen.

Wat de invaliditeit betreft, wordt in het RIZIV-rapport gewezen op het volgende (vertaling): *“verklarende factor voor de toename van het aantal invaliden is de invaliditeitsgraad. De invaliditeitsgraad is tussen 1999 en 2008 gestegen met 0,69% (=5,91% in 2008 - 5,22% in 1999). In de leeftijdsgroep -60 is de invaliditeitsgraad gestegen met 0,56% (= 5,09% in 2008 - 4,53% in 1999). Als de invaliditeitsgraad per 5-jarige leeftijdscategorie wordt berekend, dan blijkt echter dat de invaliditeitsgraad in vele gevallen daalt over de periode van de afgelopen 10 jaar. De stijging van de invaliditeitsgraad de afgelopen jaren is dus niet zozeer het gevolg van het feit dat de kans op invaliditeit per leeftijdscategorie is gestegen maar doordat er door de vergrijzing van de bevolking meer mensen terecht zijn gekomen in de oudere leeftijdscategorieën waar de kans op invaliditeit hoger ligt”.*

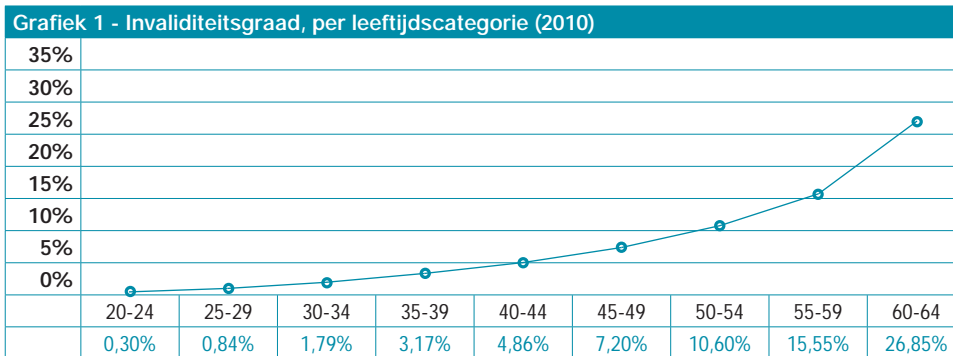
 Het rapport “Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invalidenloontrekkenden (gegevens 1999-2009)” is beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Studies en onderzoek > Jaar 2009.

Die vaststelling is essentieel omdat eruit blijkt dat de belangrijkste verklarende factor voor de stijging van het aantal invaliden verband houdt met de demografische veroudering van de actieve bevolking, meer bepaald van de uitkeringsgerechtigde populatie.

Wie echter dieper ingaat op de inhoud van het rapport stelt vast dat de invaliditeitsgraad snel stijgt vanaf 40. De groeicurve stijgt quasi exponentieel met de leeftijd. In een retrospectieve studie die in 2005 in een verzekeringsinstelling is uitgevoerd op personen die sinds 1994 invalide waren, wordt aangetoond dat een intrede in de invaliditeit vanaf 40 jaar een aanzienlijke risicofactor is.

Die link tussen de invaliditeit en de leeftijd brengt ons echter tot de vraag met betrekking tot de mogelijkheid om zich vroegtijdig van de arbeidsmarkt terug te trekken. Enerzijds verkeert de verouderende bevolking over het algemeen in een betere gezondheid en anderzijds zijn de werkposities die fysiek belastend kunnen zijn aan het verdwijnen. Verouderen op zich kan niet worden beschouwd als een echt gezondheidsprobleem. Het is waarschijnlijk de sociale organisatie van het werk en van de arbeidsmarkt die voor een deel verklaart waarom men bij gezondheidsproblemen zijn toevlucht neemt tot de arbeidsongeschiktheid om vroegtijdig de arbeidsmarkt te verlaten¹.

¹ “Questions d'économie et santé: l'enquête Share sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale.” IRDES, nr. 137, december 2008.



Op medisch vlak hangt het risico om invalide te worden samen met twee grote groepen van pathologieën: de musculoskeletale aandoeningen enerzijds en de psychische stoornissen anderzijds. Het voormelde RIZIV-rapport suggereert bijgevolg dat *“eventueel een specifiek preventiebeleid wordt uitgewerkt waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan het voorkomen van de nieuwe ziektebeelden. En dat ook de medische controle op de arbeidsongeschiktheid in het licht van de vastgestelde ontwikkelingen mogelijk zijn aandachtspunten meer dient te richten op de nieuwe pathologieën.”*

Op basis van dit rapport zou men kunnen besluiten dat het de combinatie van twee factoren is die in grote mate de evolutie van het aantal invaliden in België verklaart:

- de leeftijd
- de musculoskeletale aandoeningen en psychische stoornissen waarvan men bovendien weet dat zij vaak samenhangen met de eerstgenoemde.

Tot die vaststelling waren we reeds eerder gekomen (vertaling): *“De waarnemingen met betrekking tot de voornaamste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid lijken het onderzoek te sturen in de richting van de evaluatie van de psychische en musculoskeletale aandoeningen. Het is inderdaad verbazend om te zien hoe groot het verschil is tussen de evaluatie van die pathologieën in het gemeen recht en bij de arbeidsongevallen, en de evaluatie, in het kader van de ziekteverzekering, van het invaliderende karakter van die pathologieën.”*

Op basis van al die vaststellingen kunnen we stellen dat bij het begin van het tijdvak van primaire ongeschiktheid, dat vrij kort is, de basis wordt gelegd voor de preventie van een langdurige arbeidsongeschiktheid. Voor die periode van arbeidsongeschiktheid beschikt men echter slechts over gedeeltelijke gegevens. Doordat de diagnoses bij de intrede in de arbeidsongeschiktheid niet worden geregistreerd, is niet uit te maken waaraan de primaire arbeidsongeschiktheid te wijten is.

2. Evaluatie van de langdurige arbeidsongeschiktheid

a. Een uitdaging met verschillende facetten

Naar het voorbeeld van de sociologen uit Québec, die het probleem van de mindervalide verklaren door een “processus de production du handicap” (het ontstaan van de handicap), kunnen we stellen dat de uitdaging bij de arbeidsongeschiktheid draait rond het “processus de production de l’incapacité de travail” (het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid).

1 Falez F., “De la qualité de l’expert à l’expertise de qualité”, 2009.

De arbeidsongeschiktheid is het resultaat van de functionele gevolgen van een gezondheidsprobleem tegenover de vereisten van de werkpost, of, meer in het algemeen, de vereisten van de arbeidsmarkt. De “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)” leert ons dat het om een persoon uit een handicapsituatie te halen niet volstaat hem te helpen bij het terugwinnen of behouden van zijn autonomie. Er moet tevens worden gewerkt aan zijn omgeving om daar de obstakels voor zijn autonomie uit de weg te ruimen. Dat geldt ook voor de arbeidsongeschiktheid, er is aandacht nodig voor de persoon maar ook voor de werkomgeving.

De evaluatie van zijn arbeidsongeschiktheid moet de persoon helpen om in de mate van het mogelijke opnieuw gedeeltelijk of volledig het werk te hervatten. Daaruit bestaat net de opdracht van de adviserend geneesheren, zoals die is vastgesteld in artikel 153 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (GVU-wet), meer bepaald *“eveneens toe te zien op de socio-professionele reïntegratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden. Daartoe nemen zij alle nuttige maatregelen en contacteren zij, met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot zijn beroepsherinschakeling. De adviserend geneesheer neemt deel aan het in artikel 109bis bedoelde traject van beroepsherscholing, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden”*.

b. Hervorming van de evaluatiemethodes

De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in België moet op verschillende vlakken worden hervormd.

De adviserend geneesheren van de ziekenfondsen stellen vast dat het evaluatiemodel verandert: van een evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, gaat nu de aandacht naar de evaluatie van de restcapaciteit. Dit maakt hun taken complexer. Het vereist een herziening van het instrument voor de controle van de arbeidsongeschiktheid, nl. de richtlijnen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV. De laatste richtlijnen dateren van 2005. De adviserend geneesheer wordt daarin aanbevolen om bij het vaststellen van de datum van de eerste evaluatieraadpleging rekening te houden met het profiel van de verzekerde (frequentie van de arbeidsongeschiktheid), de diagnose op het attest van arbeidsongeschiktheid, enz.

Die nieuwe richtlijnen vereisen niet langer om elke verzekerde uiterlijk de derde week van het vergoedingstijdvak op te roepen. De door de DGEC opgestelde cartografie van de adviserend geneesheren raadt de adviserend geneesheren echter toch aan om de patiënten vrij snel te blijven oproepen. Dat leidt tot drukke raadplegingen en beperkt de tijd die de adviserend geneesheer aan de verzekerde kan besteden. Uit de evolutie van de populatie van invaliden kan echter niet worden afgeleid dat een vroegtijdige controle van alle sociaal verzekerden een preventief effect zou hebben op de langdurige arbeidsongeschiktheid. Het aantal intredes in de invaliditeit per 100 attesten van arbeidsongeschiktheid blijft trouwens relatief stabiel, rond de 10%. De vraag naar vroegtijdige controle berust op de overtuiging dat de kans groot is dat de arbeidsongeschiktheid in bepaalde gevallen ongerechtvaardigd is. Dat standpunt wordt niet bevestigd door het hoge aantal –meestal spontane- werkhervattingen in de eerste drie maanden arbeidsongeschiktheid. Bovendien blijkt uit de cartografie van de adviserend geneesheren niet dat er een verband is tussen de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid en de vroegtijdigheid van de oproeping.

Bovendien is het aantal actieve adviserend geneesheren te beperkt om een verhoging van het aantal controles in het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid aan te kunnen. Het corps van adviserend geneesheren is verouderd en velen onder hen gaan met pensioen, wat gepaard gaat met een verlies aan opgebouwde ervaring en expertise. Doordat het beroep weinig aantrekkelijk is en er een gebrek aan geneesheren is, raken vacatures moeilijk ingevuld. De adviserend geneesheer moet dus meer tijd krijgen, via een aanpassing van de reglementering, om de oproepingen te beperken tot de sociaal verzekerden die dat het hardst nodig hebben.

Tot slot wordt de tijd die de adviserend geneesheer aan iedere verzekerde kan besteden nog in beslag genomen door de frequente heronderzoeken van de invaliditeit. De verslagen die worden uitgewisseld tussen adviserend geneesheren en Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) moeten worden herzien en beperkt tot hetgeen noodzakelijk is voor de werking van de uitkeringsverzekering.

3. Voorstellen van hervorming

Hervormingen blijken dringend nodig te zijn. We leggen de volgende pistes ter studie voor.

a. Preventie van de arbeidsongeschiktheid

ROL VAN DE BEHANDELLENDE GENEESHEER: PRIMAIRE PREVENTIE

Het overgrote deel van de attesten van arbeidsongeschiktheid (80% volgens de ramingen) wordt door de behandelende geneesheren opgesteld. Deze hebben waarschijnlijk te weinig kennis op het vlak van arbeidsongeschiktheid, vooral wat betreft het risico op professionele desintegratie als de arbeidsongeschiktheid langer dan drie maanden duurt.

In het kader van hun wettelijke opdrachten zouden adviserend geneesheren kunnen bijdragen tot het informeren van behandelende geneesheren over de goede praktijken voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. De Franstalige wetenschappelijke verenigingen voor verzekeringsgeneeskunde (ASMA), huisartsengeneeskunde (SSMG) en gezondheid op het werk (SSST) werken trouwens momenteel aan een dergelijk project.

Het lijkt essentieel de communicatie tussen de behandelende geneesheer en de adviserend geneesheer te verbeteren over de informatie die laatstgenoemde krijgt om na te gaan of de arbeidsongeschiktheid van de sociaal verzekerde moet worden geëvalueerd. In het huidige controlesysteem voor de arbeidsongeschiktheid is de adviserend geneesheer verplicht alle verzekerden die een attest indienen, op te roepen, ook voor niet-problematische ziekteperiodes waarna het werk snel en spontaan kan worden hervat.

Informatie structureren met behulp van een ongeschiktheidsattest in de vorm van een door de behandelende geneesheer in te vullen vragenlijst, biedt de adviserend geneesheer de mogelijkheid de patiënten die absoluut moeten worden geëvalueerd, te selecteren en uit te maken of die evaluatie al dan niet dringend is.

De medische informatie moet tevens in diagnostische codes worden omgezet. Op die manier kan de behandelend geneesheer de diagnose met meer precisie formuleren en kan hij via een meer gepaste, gemeenschappelijke taal communiceren met de adviserend geneesheren. Dit laat bovendien toe een gegevensbank aan te leggen voor een etiologische analyse van de intredes in arbeidsongeschiktheid.

RELATIE TUSSEN ADVISEREND GENEESHEER EN BEHANDELLENDE GENEESHEER: SECUNDAIRE PREVENTIE

De relatie tussen adviserend geneesheer en behandelende geneesheer moet worden geformaliseerd. De adviserend geneesheer is een specialist in verzekeringsgeneeskunde en expertise. In die hoedanigheid informeert hij de behandelende geneesheer over zijn vaststellingen en zijn mening als expert over de realiteit van de arbeidsongeschiktheid, de duur ervan en de acties die moeten worden ondernomen om de sociale integratie van de arbeidsongeschikte verzekerde te behouden. De behandelende geneesheer en de adviserend geneesheer werken zo als partners aan het behoud van de sociale integratie van de sociaal verzekerde, met diens akkoord en in diens belang. Dat vermijdt dat twee geneesheren de patiënt tegenstrijdige en voor hem nefaste informatie verstrekken. De behandelende geneesheer is bovendien goed geplaatst om de aandacht te vestigen op sociale, familiale of omgevingsgebonden obstakels die een werkhervatting in de weg staan.

b. Beheer van de arbeidsongeschiktheid

Hierboven is reeds erop gewezen dat 10% van de medische attesten dreigt uit te monden in een intrede in invaliditeit. Het beheer van de arbeidsongeschiktheid moet dus worden toegespitst op die risicogeveallen. Het nieuwe model voor de evaluatie van de capaciteiten van de verzekerden en de verhoogde aandacht voor het behoud van zijn sociale integratie hebben grote gevolgen voor de opdracht van de adviserend geneesheer. Hij moet nu meer aandacht besteden aan iedere arbeidsongeschikte verzekerde. Het is dus absoluut noodzakelijk dat de adviserend geneesheer meer tijd ter beschikking krijgt via een herziening van de reglementering om de oproepingen te beperken tot de sociaal verzekerden die dat het hardst nodig hebben.

Voorbeelden van selectiecriteria voor die verzekerden:

- het risico op sociale desintegratie
- de noodzaak van aanpassingen om de verzekerde aan het werk te houden: aanpassing van de werkpost en/of deeltijdse werkhervatting in samenwerking met de arbeidsgeneeskunde; proces met het oog op de "rehabilitatie" van beroepsvaardigheden voor referentieberoepen die sinds lange tijd niet meer zijn uitgeoefend
- de noodzaak om te werken aan een proces van beroepsheroriëntering, een zwaar en arbeidsintensief proces.

HERVORMING VAN HET OPROEPINGSBELEID

Deze hervorming heeft tot doel de oproeping te beperken tot de risicogeveallen. Daarvoor is een opsporingsmethode voor risicogeveallen onontbeerlijk.

Volgens een eerste analyse zijn de belangrijkste risicofactoren:

- de leeftijd van de verzekerde (vanaf 40 jaar),
- zijn of haar geslacht (vrouwen worden vaker getroffen dan mannen),
- het bestaan van musculoskeletale aandoeningen of psychische functiestoornissen.

De preventie van sociale desintegratie betreft dus een minderheid van de personen die arbeidsongeschikt zijn, zij die langer dan drie maanden in primaire ongeschiktheid verkeren. In die gevallen is het wenselijk om tijdig in te grijpen maar dan moeten ze wel kunnen worden opgespoord. Daardoor zouden de adviserend geneesheren tijd hebben om zich vooral met die patiënten bezig te houden zoals in het rapport van het RIZIV, "Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden-loontrekkenden" (zie punt 1.c), van 31 maart 2010 wordt geopperd.

OPSPORINGSMETHODE

Naast de hervorming van de attesten van de behandelende geneesheer, kunnen twee methodes worden bestudeerd.

○ Contact met de verzekerde vóór de oproeping

Dit voorafgaand contact kan vermijden dat personen worden opgeroepen die het werk vrijwillig zullen hervatten binnen een termijn die in overeenstemming is met de oorspronkelijke diagnose van de arbeidsongeschiktheid. Dit laat toe na te gaan of er een voornemen bestaat om het werk te hervatten of om een risico in die zin op te sporen. De sociale medewerkers van de adviserend geneesheer kunnen voor dat contact zorgen.

○ Zelfevaluatie van de verzekerde

De methodes voor de zelfevaluatie van de arbeidsongeschiktheid moeten worden bestudeerd. Uit minstens één onderzoek blijkt dat de zelfevaluatie een aanwijzing kan bevatten voor sociale desintegratie.

Er moet worden onderzocht of bekende en gevalideerde vragenlijsten kunnen worden gebruikt en/of vragenlijsten moeten worden ontwikkeld en gevalideerd.

OPDRACHT “BEHOUD VAN DE SOCIALE INTEGRATIE”

o Relatie met de behandelende geneesheer en de arbeidsgeneesheer

De beste preventie voor desintegratie is jobbehoud met of zonder aanpassing van de werkplek. Er moet rekening worden gehouden met de voorstellen die de “Société Scientifique de Santé au Travail” (SSST) en de “Société Scientifique de médecine d’Assurance” hebben uitgewerkt.

De geleidelijke hervatting van de activiteiten moet worden vergemakkelijkt: er mag geen enkele administratieve belemmering opduiken. De geldende regelgeving moet opnieuw worden bestudeerd, de obstakels voor een snelle en gedeeltelijke hervatting van de activiteiten moeten worden opgespoord zonder dat dit de strijd tegen de sociale fraude in het gedrang brengt. De recente aanpassing van artikel 100, §2 van de GVU-wet is een stap in de goede richting.

Een andere mogelijke piste is dat de arbeidsongeschikte verzekerde zich tijdens zijn ongeschiktheid in real time op zijn werkplek kan “testen”.

De relatie met de behandelende geneesheer is hierboven al aangehaald.

Het doel is om de zorgverleners van die drie specialismen in zekere zin op elkaar af te stemmen, en dat in het belang van de patiënt en met zijn instemming, om hun respectieve handelingen op elkaar af te stemmen zodat de sociale band met de werkgever behouden blijft.

o Professionele “rehabilitatie”

Het betreft een beroepsherscholing die erin bestaat de verzekerde, die definitief ongeschikt is verklaard voor zijn laatste job, verloren competenties opnieuw bij te brengen in de referentieberoepen. Die verzekerden moeten normaal gezien van hun werkgever een nieuwe werkplek krijgen ofwel moeten zij een betrekking zoeken in een van hun referentieberoepen en een beroep doen op de werkloosheidsverzekering.

Die verzekerden hebben een dubbele handicap: enerzijds een gezondheidsprobleem en anderzijds het verlies van beroepservaring in hun referentieberoepen. Het idee van een “rehabilitatie” wordt hier voorgesteld omdat op die manier de verzekerden verloren beroepsvaardigheden wordt bijgebracht.

Het proces van “rehabilitatie” is niet duidelijk omschreven in het kader van de beroepsherscholing maar dat zou wel moeten. De Technische medische raad buigt zich over het probleem. Het komt erop aan te vermijden dat de arbeidsongeschikte verzekerde plots in de werkloosheidsverzekering terecht komt en tussen de twee socialezekerheidsregelingen bruggen te slagen die de huidige versnippering overstijgen. Het is de bedoeling de verzekerde te “wapenen” voor de vereisten van de arbeidsmarkt en hem in contact te brengen met de potentiële werkgevers.

o Beroepsheroëntering

Zij behoort sinds 2009 tot de bevoegdheid van de Hoge Commissie van de GRI (HCGRI). De procedure is complex en heeft een administratieve kostprijs die in termen van efficiëntie en doelgerichtheid moet worden geëvalueerd. Ze vraagt tijd waardoor de kandidaat-verzekerden lang op een opleiding moeten wachten.

De beroepsheroriëntering biedt wel kansen voor een relatief beperkt aantal verzekerden. De ermee verbonden kosten moeten als een, mogelijk risicovolle, investering worden beschouwd, een inzet op de toekomstige re-integratie van de persoon.

c. Hervorming van de relaties tussen de adviserend geneesheren en de Geneeskundige raad voor invaliditeit

De huidige manier van evalueren van de invaliditeit brengt jaarlijks 200.000 verslagen voort opgesteld door de adviserend geneesheren en geëvalueerd door de HCGRI. Die massa verslagen is a priori geen teken van efficiëntie. Het aantal invaliden blijft stijgen.

De intrede in de invaliditeit heeft gevolgen voor de begeleiding van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerde. In de meeste gevallen neemt de frequentie van de follow-up af. Behalve in de gevallen waarin ze definitief is, moet de langdurige arbeidsongeschiktheid die de invaliditeit in feite is, worden beschouwd als de verlenging van de primaire ongeschiktheid. Het gaat om een continuüm waarbij alleen de vergoeding verandert. Zodra hij het eerste jaar ongeschiktheid heeft overschreden, dreigt de verzekerde niet langer op regelmatige wijze door de adviserend geneesheer te worden begeleid.

Het toezicht dat de HCGRI uitoefent en de evaluaties in de gewestelijke commissies, leiden slechts tot een werkhervattingsgraad van minder dan 5% van de invalide personen. De personen die al meerdere jaren als invalide zijn erkend, vinden die arbeidshervattingen abrupt en brengen daarvoor weinig begrip op. Redenen genoeg dus om zich af te vragen of moet worden vastgehouden aan een methode die al bijna 50 jaar meegaat.

Het regelmatig opmaken van verslagen is voor de adviserend geneesheer een tijdrovende bezigheid. Een hervorming moet het aantal verslagen tot het strikt noodzakelijke herleiden. Maar nogmaals, de opsporing van risicogeveallen is van prioritair belang als men weet dat het aantal werkhervattingen na vijf jaar ongeschiktheid minder dan 1% bedraagt.

De hervorming moet de periode tijdens dewelke de adviserend geneesheer zijn vaststellingen in verband met de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde aan de Hoge Commissie van de GRI overmaakt, tot maximum vier jaar beperken.

4. Reproduceerbaarheid van de beslissingen van de adviserend geneesheren

a. Probleem

De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de wetgeving betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan niet in schalen worden uitgedrukt. Ze is altijd individueel. Ze is dus heel variabel afhankelijk zowel van de patiënt als van de adviserend geneesheer. Een grote sociale rechtvaardigheid en een gezond beheer van de verzekering vereisen een zo beperkt mogelijke variabiliteit.

b. Te ontwikkelen methodes

OPLEIDING VAN DE ADVISEREND GENEESHEREN

De erkenning van de specialisatie inzake verzekeringsgeneeskunde en medische expertise gaat samen met de ontwikkeling van een kwaliteitsvolle scholing daarin. Op termijn moeten alle adviserend geneesheren die specialisatie hebben gevolgd.

RICHTLIJNEN

De Technische medische raad (TMR) moet over meer financiële middelen beschikken om administratieve ondersteuning te krijgen en universitair onderzoek te kunnen financieren. Pas dan kunnen richtlijnen worden uitgewerkt voor de standaardisering van de evaluatiemethodes en de ondersteuning van de beslissingname. De eerste richtlijnen moeten betrekking hebben op de evaluatie van de musculoskeletale aandoeningen en psychische functiestoornissen. Ze moeten een strikte wetenschappelijke basis hebben. De TMR zal, als aanvulling op de richtlijnen, werkmethodes voorstellen en ontwikkelen met het oog op een betere standaardisering van de onderzoeken.

GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT EN PEER REVIEW

De hervorming van de GRI betreft zowel de hoge commissie als de gewestelijke commissies. Die commissies moeten worden gereorganiseerd tot een werkelijke peer review. Dit biedt de adviseerend geneesheren de mogelijkheid zichzelf te evalueren en hun expertise op het vlak van de evaluatie naargelang van de verschillende groepen aandoeningen, te delen.

GEbruik VAN DE INTERNATIONALE CLASSIFICATIES

Het voordeel van het gebruik van de internationale classificaties is dat zorgverleners een gemeenschappelijke taal ontwikkelen.

Ondanks de gebreken die zij vertoont, kan dankzij de Internationale Classificatie van Ziekten een preciezere diagnose worden gesteld omdat elke ziekte een precieze definitie heeft. Het gebruik ervan verschaft ons ook meer inzicht in de medische epidemiologie van de langdurige arbeidsongeschiktheid. Dat is vooral nodig in het kader van de psychische functiestoornissen die de belangrijkste oorzaak van invaliditeit uitmaken maar ook voor de musculoskeletale aandoeningen die, in de classificatie die het RIZIV gebruikt, zijn ondergebracht in de vage en veelzijdige familie van de "ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel".

De diagnose is nodig voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Zij vormt geen verklaring voor de ongeschiktheid. Die verklaring ligt in de gevolgen van de gezondheidstoestand voor de functionele bekwaamheden van de arbeidsongeschikte verzekerde tegenover de beroepsvereisten.

Het functioneren van de persoon wordt beschreven in de "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)". Hoewel haar rol in de evaluatie van de ongeschiktheid nog niet duidelijk is, kan ervan worden uitgegaan dat de ICF een nuttig instrument is voor de beschrijving van functiestoornissen en omgevingsbeperkingen bij de werkhervatting.

Door de beroepen in te delen, zoals het "Répertoire Opérationnel des Métiers et Emplois" van de "pôle emploi" in Frankrijk of het "Répertoire des Emplois et Métiers (REM)" in België doet, kunnen de bekwaamheden van de persoon worden getoetst aan de vereisten van het referentieberoep.

REGISTRATIE VAN DE ACTIVITEITEN VAN DE ADVISEREND GENEESHEREN

Via een herziening van de gegevensstromen tussen de adviseerend geneesheer en de uitkeringsverzekering in primaire ongeschiktheid zouden de acties die de adviseerend geneesheer heeft ondernomen om de sociale integratie van de verzekerde te behouden, kunnen worden geregistreerd.

Een analyse van de geregistreerde gegevens is nodig op basis van standaardprocedures en niet op basis van activiteitsgemiddelden, die als normen zouden worden geïnterpreteerd. Dat is het verschil tussen de "standaardisatie", waarbij methodes worden bepaald om doelstellingen te bereiken met als regel een middelenverbintenis en geen resultaatsverbintenis, en de "normalisatie" die naar het gemiddelde neigt omdat ze zelf een povere weergave is van de geregistreerde activiteit.

5. Conclusies

De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en het behoud van de sociale integratie van de sociaal verzekerden worden belangrijke prioriteiten. Het huidige evaluatiesysteem is bijna 50 jaar oud en lijkt niet meer aangepast aan de sociale uitdagingen van onze tijd. Het moet dringend worden gemoderniseerd.

De modernisering van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid houdt in dat het model moet evolueren van een evaluatie van de ongeschiktheid naar een evaluatie van de geschiktheden. Dat veronderstelt een radicale ommekeer in de kijk op de arbeidsongeschiktheid en de behandeling van de arbeidsongeschikte verzekerde. De rol van de adviserend geneesheer bestaat vooral erin de verzekerde ertoe aan te moedigen het werk te hervatten, de arbeidscapaciteiten terug te winnen of een beroepsherscholing te volgen.

De modernisering van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid veronderstelt eveneens dat wordt ingegrepen in de werkomgeving om enerzijds de gezondheid van de personen op het werk te beschermen en anderzijds de arbeidsmarkt verder open te stellen voor personen met een gezondheidsprobleem. Die acties vallen niet onder de rechtstreekse bevoegdheid van de adviserend geneesheren. Een aantal van die acties hebben echter betrekking op de relatie tussen de adviserend geneesheren en de arbeidsgeneesheren.

Die fundamentele wijzigingen in het beheer van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid zijn noodzakelijk: er moeten nieuwe functies worden ontwikkeld om de adviserend geneesheer bij te staan in:

- de opsporing van risicopatiënten
- de contacten met de werkgever om de werkhervatting voor te bereiden
- de begeleiding, indien nodig tijdens hun periode van ongeschiktheid, van de patiënten die op zoek zijn naar een nieuwe job in hun referentieberoepen of die nog bezig zijn met een beroepsheroriëntering.

Er moeten dringend standaardiseringsmethodes worden ontwikkeld in de relatie tussen de handelende geneesheer, de adviserend geneesheer en de arbeidsgeneesheer.

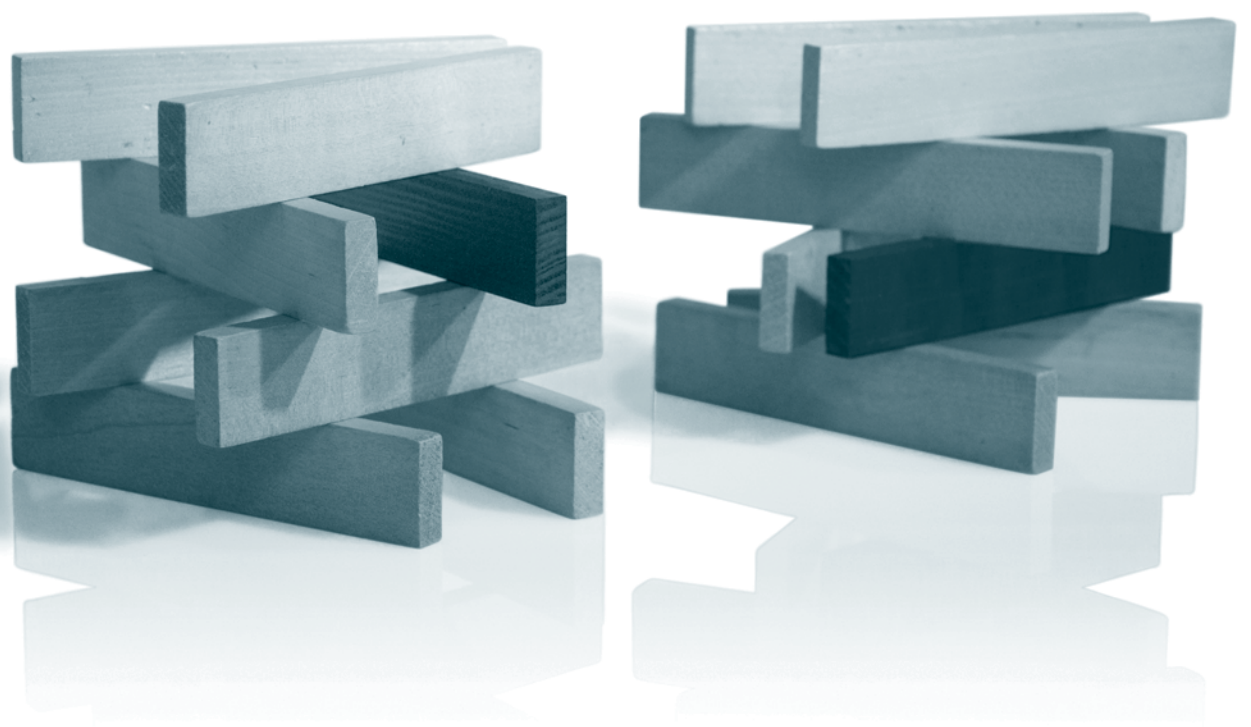
De verzameling van epidemiologische gegevens moet worden gestandaardiseerd aan de hand van de classificatie van de ziekten.

De methode voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid moet gebaseerd zijn op de analyse van de functionele gevolgen die de arbeidsongeschikte verzekerde treft ten opzichte van de beroepsvereisten en de obstakels voor de re-integratie. Ze moet de mogelijkheid voorzien om de ICF te gebruiken voor het verzamelen van de gegevens betreffende het functioneren van gehandicapte personen op het werk en de obstakels bij of de factoren ten gunste van de re-integratie. De methode moet de verschillende fasen van de procedure voor de beroepsherscholing beter definiëren: geleidelijke hervatting van het laatst uitgeoefende beroep, rehabilitatie in de referentieberoepen, beroepsheroriëntering.

De rol van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV in het kader van het toezicht op de activiteiten van de adviserend geneesheren moet worden herzien om te komen tot een open samenwerking tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen. Het is de bedoeling om te evolueren naar een meer proactief toezicht, eerder dan naar een hiërarchische controle.

Ten slotte is het onontbeerlijk om te werken aan een evaluatiecultuur die gericht is op de efficiëntie van de ondernomen acties en waarin aandacht wordt besteed aan de omgevingsfactoren. Een adviserend geneesheer kan een verzekerde niet in een onderneming integreren als de werkgever zich tegen de tewerkstelling van een persoon met een gezondheidsprobleem kant. Waar er een probleem met tewerkstelling is komen ook veel vaker en ernstigere gezondheidsproblemen voor.

Die hervormingen staan op de agenda van de regering die is gevormd na de verkiezingen van 2010.



6^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 de jaarverslagen van 2009 en 2010. 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.

Bepaalde categorieën van beroepsbeoefenaars zijn toegevoegd of geschrapt in 2010.

De nieuwe categorieën zijn die waarvan in 2010 een activiteit kon worden geattesteerd. Het gaat in het bijzonder om de hematologen en de ergotherapeuten.

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

b. Hergroepering van de bevoegdheden


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



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

HERGROEPING VAN DE MEDISCHE SPECIALISMEN

De internationale instellingen onderscheiden 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-erkende 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 hernemen enkel de beroepsbeoefenaars met een activiteit in 2010, met inbegrip van de recent erkende hematologen.

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 enigen waarvan de activiteit individueel bij het RIZIV is geregistreerd.

Tandheekundigen: ("tandartsen" in de tabellen): gediplomeerden in de tandheelkunde die door de bevoegde provinciale geneeskundige commissies voor tandheekundigen (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:

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

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


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

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

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

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

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

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

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



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

Tabellen 1 en 2 vermelden het aantal beroepsbeoefenaars dat op 31 december 2010 en 31 december 2011 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 meege-deeld, hebben recht om prestaties te verrichten en worden meegeteld.

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 (stagemeeester, 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 geschrapt, 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. 2010) houdt slechts rekening met de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten op 31 december van dat jaar (in ons voorbeeld dus 2010).

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 (31-12-2010 en 31-12-2011) en actieve beroepsbeoefenaars (2010) per beroepsgroep									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010			Praktijk 2010	In opleiding 2010		Dichtheid 2010	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2010-2011
Geneesheren	7.352	33.447	40.799	31.815	4.130	13%	29,1	41.266	1%
Huisartsen	2.360	12.187	14.547	12.228	622	5%	11,2	14.660	1%
Kinderartsen	402	1.299	1.701	1.332	312	23%	1,2	1.740	2%
Gynaecologen	344	1.196	1.540	1.346	230	17%	1,2	1.553	1%
Psychiaters	514	1.735	2.249	1.932	297	15%	1,8	2.180	-3%
Medische specialismen	1.986	8.377	10.363	8.627	1.459	17%	7,9	10.664	3%
Heelkundige specialismen	1.288	5.929	7.217	5.916	1.210	20%	5,4	7.392	2%
Niet-gespecialiseerde artsen	458	2.724	3.182	434	-	0%	0,4	3.077	-3%
Niet-medische beroepen	8.167	136.849	145.016	91.592	213	0%	83,6	150.394	4%
Apothekers	1.917	12.748	14.665	12.629	-	0%	11,5	15.120	3%
Tandartsen	1.069	7.713	8.782	7.675	213	3%	7,0	8.879	1%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.507	78.292	80.799	43.365	-	0%	39,6	83.902	4%
Kinesitherapeuten	1.336	25.824	27.160	18.839	-	0%	17,2	27.785	2%
Paramedische beroepen	1.338	12.272	13.610	9.084	-	0%	8,3	14.708	8%
Algemeen totaal	15.519	170.296	185.815	123.407	4.343	4%	112,7	191.660	3%

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 2010 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 (31-12-2010 en 31-12-2011) en actieve beroepsbeoefenaars (2010) per beroep/specialisme

Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010			Praktijk 2010 Aantal	In opleiding 2010		Dichtheid 2010 /10.000 inw.	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011	
	65 en +	-65	Totaal		Aantal	%		Aantal	Evolutie 2010-2011
Geneesheren	7.352	33.447	40.799	31.815	4.130	13%	29,1	41.266	1%
Huisartsen	2.360	12.187	14.547	12.228	622	5%	11,2	14.660	1%
Kinderartsen	402	1.299	1.701	1.332	312	23%	1,2	1.740	2%
Kinderartsen	397	1.246	1.643	1.282	312	24%	1,2	1.679	2%
Neuropediaters	5	53	58	50	-	0%	0,0	61	5%
Gynaecologen	344	1.196	1.540	1.346	230	17%	1,2	1.553	1%
Psychiaters	514	1.735	2.249	1.932	297	15%	1,8	2.180	-3%
Psychiaters	308	1.511	1.819	1.656	297	18%	1,5	1.855	2%
Neuropsychiaters	206	224	430	276	-	0%	0,3	325	-24%
Medische specialismen	1.986	8.377	10.363	8.627	1.459	17%	7,9	10.664	3%
Algemeen inwendige geneeskunde	371	951	1.322	959	514	54%	0,9	1.314	-1%
Inwendige en nucleaire geneeskunde	39	31	70	52	-	0%	0,0	70	0%
Geriaters	68	240	308	262	37	14%	0,2	327	6%
Geriaters-Endocrinologen	1	15	16	16	-	0%	0,0	16	0%
Endocrinologen	33	196	229	219	-	0%	0,2	245	7%
Medisch oncologen	9	186	195	193	26	13%	0,2	202	4%
Hematologen	9	108	117	112	-	0%	0,1	121	3%
Reumatologen	55	190	245	205	12	6%	0,2	247	1%
Reumatologie en fysische geneeskunde	23	-	23	10	-	0%	0,0	23	0%
Pneumologen	53	427	480	431	42	10%	0,4	505	5%
Gastro-enterologen	85	582	667	605	54	9%	0,6	679	2%
Cardiologen	188	922	1.110	959	99	10%	0,9	1.136	2%
Neurologen	6	347	353	330	100	30%	0,3	475	35%
Fysische geneeskunde	85	434	519	443	61	14%	0,4	520	0%
Dermatologen	157	605	762	682	69	10%	0,6	773	1%
Neus-keel-oorartsen	145	545	690	602	78	13%	0,5	708	3%
Radiotherapeuten	12	202	214	166	41	25%	0,2	220	3%
Radiotherapeuten-nuclearisten	45	35	80	54	-	0%	0,0	78	-3%
Nucleaire geneeskunde	11	184	195	169	29	17%	0,2	197	1%
Biologen	159	298	457	268	53	20%	0,2	470	3%
Biologie en nucleaire geneeskunde	49	193	242	188	-	0%	0,2	242	0%
Biologie en pathana	32	12	44	22	-	0%	0,0	43	-2%
Pathologische anatomie	54	288	342	276	42	15%	0,3	346	1%
Radiologen	297	1.386	1.683	1.404	202	14%	1,3	1.707	1%
Heelkundige specialismen	1.288	5.929	7.217	5.916	1.210	20%	5,4	7.392	2%
Anesthesiologen	265	1.914	2.179	1.710	405	24%	1,6	2.249	3%
Acute geneeskunde en urgentie-geneeskunde	4	320	324	306	131	43%	0,3	337	4%
Algemene heelkunde	414	1.238	1.652	1.261	264	21%	1,2	1.676	1%
Orthopedisten	201	875	1.076	930	164	18%	0,8	1.095	2%
Urologen	73	330	403	355	64	18%	0,3	418	4%
Neurochirurgen	29	167	196	169	40	24%	0,2	204	4%
Plastische chirurgen	35	216	251	213	41	19%	0,2	268	7%
Oftalmologische heelkunde	267	869	1.136	972	101	10%	0,9	1.145	1%
Niet-gespecialiseerde artsen	458	2.724	3.182	434	-	0%	0,4	3.077	-3%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	421	1.230	1.651	269	-	0%	0,2	1.620	-2%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	37	1.494	1.531	165	-	0%	0,2	1.457	-5%

Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2010 en 31-12-2011) en actieve beroepsbeoefenaars (2009) per beroep/specialisme (vervolg)									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010			Praktijk 2010	In opleiding 2010		Dichtheid 2010	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inv.	Aantal	Evolutie 2010-2011
Niet-medische beroepen	8.167	136.849	145.016	91.592	213	0%	83,6	150.394	4%
Apothekers	1.917	12.748	14.665	12.629	-	0%	11,5	15.120	3%
Apothekers gerechtigden	754	5.149	5.903	5.149	-	0%	4,7	5.920	0%
Apothekers niet-gerechtigden	1.019	7.091	8.110	7.091	-	0%	6,5	8.538	5%
Apothekers-biologen	144	508	652	389	-	0%	0,4	662	2%
Tandartsen	1.069	7.713	8.782	7.675	213	3%	7,0	8.879	1%
Tandartsen	955	6.923	7.878	6.862	126	2%	6,3	7.964	1%
Paradontologen	-	139	139	134	20	15%	0,1	145	4%
Orthodontisten	22	398	420	394	39	10%	0,4	426	1%
Stomatologen	92	253	345	285	28	10%	0,3	344	0%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.507	78.292	80.799	43.365	-	0%	39,6	83.902	4%
Vroedvrouwen	437	3.398	3.835	1.880	-	0%	1,7	4.079	6%
Verpleegkundigen	1.408	67.216	68.624	37.342	-	0%	34,1	71.460	4%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	96	1.705	1.801	992	-	0%	0,9	1.867	4%
Verpleegassistenten	566	5.973	6.539	3.151	-	0%	2,9	6.496	-1%
Kinesitherapeuten	1.336	25.824	27.160	18.839	-	0%	17,2	27.785	2%
Paramedische beroepen	1.338	12.272	13.610	9.084	-	0%	8,3	14.708	8%
Diëtisten	12	1.802	1.814	724	-	0%	0,7	2.051	13%
Podologen	1	294	295	203	-	0%	0,2	314	6%
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	42	5.802	5.844	4.777	-	0%	4,4	6.552	12%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	1.283	4.374	5.657	3.380	-	0%	3,1	5.791	2%
Algemeen totaal	15.519	170.296	185.815	123.407	4.343	4%	112,7	191.660	3%

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

e. Telling van de actieve beroepsbeoefenaars per jaar (2002-2010)

Bij de telling (tabel 3) is van 2002 tot 2010, 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 2002-2010 volgens de geijkte formule.

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

"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 2002-2010

Specialismen/beroepen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Jaarlijkse gemiddelde evolutie
Geneesheren	29.537	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	31.794	0,92%
Huisartsen	12.346	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	-0,13%
Kinderartsen	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	2,14%
Kinderartsen	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1,65%
Neuropediater	-	-	-	-	-	-	49	50	50	
Gynaecologen	1.185	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1,61%
Psychiaters	1.748	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1,26%
Psychiaters	522	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	15,52%
Neuropsychiaters	1.226	1.203	441	334	324	308	298	288	276	-17,00%
Medische specialismen	7.455	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	1,84%
Algemeen inwendige geneeskunde	1.708	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	-6,96%
Interne en nucleaire geneeskunde	74	71	69	66	64	59	57	57	52	-4,31%
Geriaters	1	-	-	-	210	219	225	237	262	100,58%
Geriaters-endocrinologen	1	1	1	1	1	15	15	16	16	41,42%
Endocrinologen	-	-	-	-	-	187	195	201	219	
Medisch oncologen	-	-	-	-	-	-	-	3	193	
Hematologen	-	-	-	-	-	-	-	-	112	
Reumatologen	204	206	206	209	208	208	203	204	205	0,06%
Reumatologie en fysische geneeskunde	21	16	13	11	12	10	10	10	10	-8,86%
Pneumologen	282	299	322	348	370	381	395	411	431	5,45%
Gastro-enterologen	377	386	407	443	461	488	523	588	605	6,09%
Cardiologen	757	761	779	802	826	898	922	942	959	3,00%
Neurologen	167	184	203	231	253	276	297	314	330	8,89%
Fysische geneeskunde	388	397	407	409	418	421	432	439	443	1,67%
Dermatologen	591	605	615	632	641	652	670	675	682	1,81%
Neus-keel-oorartsen	530	544	546	550	561	576	590	604	602	1,60%
Radiotherapeuten	128	130	136	138	144	149	152	158	166	3,30%
Radiotherapeuten-nuclearisten	71	69	67	65	64	59	60	56	54	-3,36%
Nucleaire geneeskunde	134	143	144	147	147	157	160	166	169	2,94%
Biologen	272	271	272	270	275	264	265	265	268	-0,19%
Biologie en nucleaire geneeskunde	204	207	203	201	199	198	194	195	188	-1,02%
Biologie en pathana	38	37	32	31	28	26	26	21	22	-6,60%
Pathologische anatomie	230	237	245	251	259	262	264	266	276	2,31%
Radiologen	1.277	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1,19%
Heelkundige specialismen	4.894	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	2,40%
Anesthesiologen	1.376	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	2,75%
Acute geneeskunde	-	-	-	-	-	150	244	257	306	
Algemene heelkunde	1.174	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	0,90%
Orthopedisten	831	823	828	857	869	893	902	917	930	1,42%
Urologen	308	311	315	322	328	339	342	352	355	1,79%
Neurochirurgen	123	129	138	141	149	155	161	163	169	4,05%
Plastische chirurgen	169	177	180	191	193	201	209	211	213	2,93%
Oftalmologische heelkunde	913	911	921	930	934	954	965	967	972	0,79%
Niet-gespecialiseerde artsen	785	684	626	504	497	473	442	437	425	-7,38%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	785	684	626	356	346	316	292	282	268	-12,57%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	-	-	-	148	151	157	150	155	157	

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2002-2010 (vervolg)

Specialismen/beroepen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Jaarlijkse gemiddelde evolutie
Niet-medische beroepen	51.404	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	60.901	2,14%
Apothekers-biologen	372	374	364	367	364	363	388	383	389	0,56%
Tandartsen	7.685	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	-0,02%
Tandartsen	7.422	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	-0,98%
Paradontologen	-	-	-	-	-	108	118	124	134	
Orthodontisten	-	-	-	-	-	375	395	392	394	
Stomatologen	263	259	261	254	264	260	269	280	285	1,01%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	19.733	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	3,43%
Vroedvrouwen	1.180	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	5,75%
Verpleegkundigen	16.407	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	3,80%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	692	715	743	768	768	767	819	821	876	2,99%
Verpleegassistenten	1.454	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	-4,46%
Kinesitherapeuten	17.615	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	0,27%
Paramedici	5.999	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	5,18%
Diëtisten	-	-	-	-	-	591	625	657	722	
Podologen	-	-	-	-	-	177	176	194	203	
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	2.040	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	10,95%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	3.959	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	-1,97%

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 2008 tot 2012, 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 2010 zijn de gegevens voor 2010 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 2011 zijn voorlopige gegevens. Voor 2012 stemmen de opgegeven bedragen overeen met de verschillende partiële begrotingsdoelstellingen die door de Algemene raad en het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV zijn vastgesteld.

Tabel 4 - Jaarlijkse uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen voor de periode 2008-2011 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2011 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverleners (in duizenden EUR)

	2008	2009	2010	2011	Doelstelling 2012
Geneesheren	6.135.935	6.637.649	6.665.919	6.956.580	7.303.139
Verpleegkundigen	930.676	1.001.744	1.063.302	1.122.136	1.220.853
Tandartsen	671.823	733.995	756.408	775.564	822.036
Kinesitherapie	503.183	549.049	580.007	606.694	624.882
Farmaceutische verstrekkingen	3.955.511	4.120.388	4.249.222	4.395.249	4.326.385
Paramedische medewerkers	723.249	781.548	834.888	889.167	1.042.662
Ziekenhuisopname	4.388.049	4.711.393	4.836.026	5.207.108	5.551.876
Andere verblijven	2.476.066	2.665.194	2.847.247	3.042.726	3.308.061
MAF	277.153	304.212	326.335	329.653	390.694
Rest	615.545	916.628	666.523	753.000	1.036.791
Totaal	20.677.190	22.421.800	22.826.419	24.077.877	25.627.379

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

Grafiek 1 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2012 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of van zorgverleners (in %)

Geneesheren	28,5%	
Verpleegkundigen	4,8%	
Tandartsen	3,2%	
Kinesitherapeuten	2,4%	
Farmaceutische verstrekkingen	16,9%	
Paramedische medewerkers	4,1%	
Ziekenhuisopname	21,7%	
Andere verblijven	12,9%	
MAF	1,5%	
Rest	4,0%	

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

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.

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

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

3. Remgeld

Tabel 5 en grafiek 2 bevatten voor 2008 tot 2010 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)			
	2008	2009	2010
Geneesheren	708.539	749.168	742.894
Verpleegkundigen	6.910	7.672	7.821
Tandartsen	106.286	113.110	116.087
Kinesitherapeuten	139.422	141.519	144.536
Farmaceutische verstrekkingen	604.490	602.601	559.938
Paramedische medewerkers	59.818	116.935	129.711
Ziekenhuisopname	198.751	204.642	203.572
Andere verblijven	9.674	10.235	12.622
Rest	16.711	18.305	19.622
Totaal	1.850.601	1.964.187	1.936.803

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

Grafiek 2 - Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt in 2010		
Geneesheren	38,4%	
Verpleegkundigen	0,4%	
Tandartsen	6,0%	
Kinesitherapeuten	7,5%	
Farmaceutische verstrekkingen	28,9%	
Paramedische medewerkers	6,7%	
Ziekenhuisopnames	10,5%	
Andere verblijven	0,7%	
Rest	1,0%	

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

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 2005 en 2010, 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.

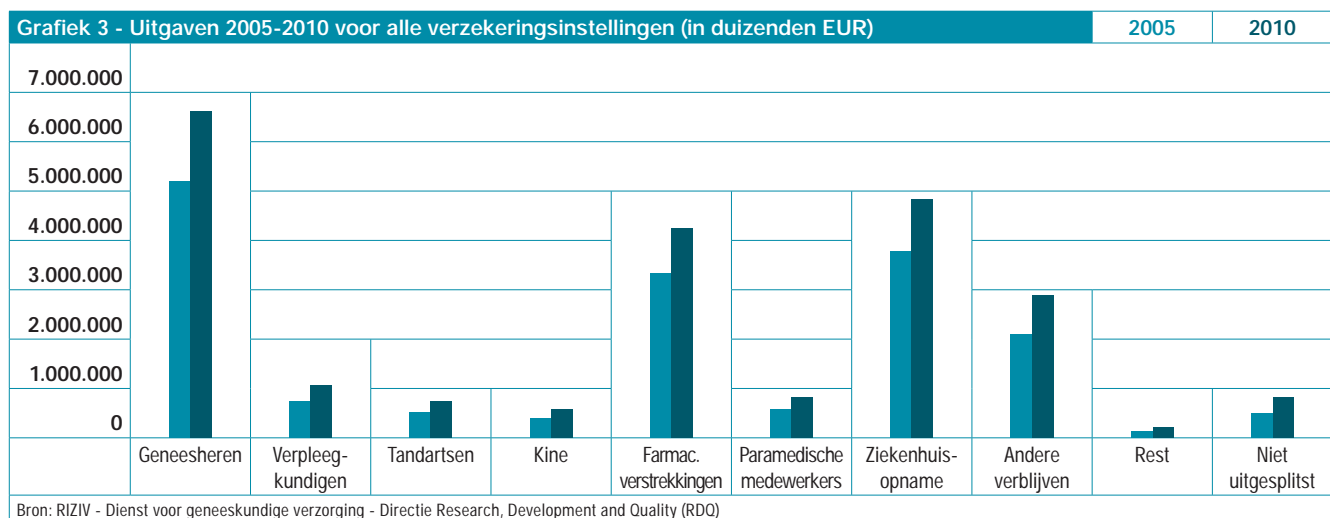
Van de totale uitgaven 2010 heeft 63,4% betrekking op ambulante patiënten en 36,6% op patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn. Van 2005 tot 2010 is het aandeel van de uitgaven voor ambulante patiënten gestegen van 60,5% naar 63,4%, wat neerkomt op een stijging met 2,9 procentpunten.

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 gebruikt dezelfde indeling in rubrieken als tabellen 4 en 5.

Tabel 6 - Uitgaven van 2005 en 2010 voor alle verzekeringsinstellingen (in duizenden EUR)									2005	2010
	Ambulant		%		Gehospitaliseerd		%		Totaal	
Geneesheren	3.271.597	4.355.767	63,0	66,0	1.922.835	2.240.233	37,0	34,0	5.194.432	6.596.000
Verpleegkundigen	731.100	1.063.302	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	731.100	1.063.302
Tandartsen	512.529	742.593	99,7	99,7	1.647	2.082	0,3	0,3	514.176	744.675
Kinesitherapeuten	359.063	525.178	89,9	91,6	40.188	48.211	10,1	8,4	399.251	573.389
Farmaceutische verstrekkingen	2.742.900	3.663.083	82,3	86,5	588.083	573.160	17,7	13,5	3.330.983	4.236.243
Paramedische medewerkers	220.552	360.851	37,3	43,2	370.676	474.037	62,7	56,8	591.228	834.888
Ziekenhuisopname	181.021	271.940	4,8	5,6	3.581.571	4.564.086	95,2	94,4	3.762.592	4.836.026
Andere verblijven	1.987.055	2.756.446	95,2	95,6	101.229	128.081	4,8	4,4	2.088.284	2.884.527
Rest	137.414	211.298	94,7	96,7	7.650	7.204	5,3	3,3	145.064	218.502
Totaal	10.143.231	13.950.458	60,5	63,4	6.613.879	8.037.094	39,5	36,6	16.757.110	21.987.552
Niet uitgesplitst									493.051	838.867
Algemeen totaal									17.250.161	22.826.419

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



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

Tabel 6bis geeft het detail en de evolutie van 2005 naar 2010 van de rubriek "niet uitgesplitst" weer.

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

	2005	2010
Honoraria van geneesheren		
Accreditering	14.187	14.072
Globaal medisch dossier	32	0
Forfait telematica (1)	4.964	6.372
Kwaliteitscontrole klinische biologie (2)	1.792	0
Forfait georganiseerde wachtdiensten	9.837	29.899
Impulsfonds	0	0
Tandheelkundigen - Accreditering	8.810	11.733
Kinesitherapeuten - Forfait telematica (1)	3.922	6.618
Loonharmonisering	149.966	281.847
Syndicale premie	2.777	2.295
Einde loopbaan	66.277	91.956
Regularisaties + Herfacturatie	-55.332	-125.452
MAF	252.847	326.335
Multidisciplinaire eerstelijnszorg	127	1.403
Multidisciplinaire teams rolwagens	4	518
Geïnterneerden	0	36.379
Provisioneel bedrag sociaal akkoord	0	0
Herceptine (art. 56)	0	0
Pneumokokkenvaccin (art. 56)	0	12.979
Tabaksontwenning	338	611
AIDS	0	0
Oncologische revalidatie	0	0
Palliatieve dagcentra	0	542
Fonds verslaving	0	3.000
Be-Health	0	2.452
Dading klinische biologie laboratoria	0	0
Financiering artsensyndicaat	0	1.070
Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.954
Zorgvernieuwing	81	13.012
Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	11.919
Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0
Algologie (art. 56)	0	0
Vinca-project verpleegkundigen	0	765
Eenmalige informaticapremie verpleegkundigen	0	13.462
Project zorgkundigen (art. 56)	0	99
Medische huizen (3)	32.422	73.335
Chronisch zieken - MS/ALS/Huntington	0	5.117
Toekomstfonds	0	0
Kankerplan	0	843
Informaticapremie bandagisten (1)	0	0
Transfer uitkeringsverzekering	0	4.744
Impulseo I + II + III	0	7.657
Expertise gezondheidswet	0	684
RVT/ROB/Dagcentra: eenmalige informaticapremie (1)		135
Telematica apothekers (1)	0	512
Totaal	493.051	838.867

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 2010
- de leden van de ziekenfondsen (ledentallen) in 2010
- de berekende gemiddelde kostprijzen per rechthebbende in 2010
- de procentuele evolutie van de gemiddelde kostprijzen van 2009 naar 2010 en van 2008 naar 2010.

De gegevens van deze afdeling omvatten:

- de boekhoudkundige uitgaven van 2010
- alle rechthebbenden, ook deze die niet in België wonen.

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. Aangezien het aantal rechthebbende zelfstandigen kleiner is, zouden de aantallen per leeftijdscategorie, uitgesplitst over mannen en vrouwen, statistisch soms ook te klein zijn.



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

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

Uitgaven in 2010 (in duizenden EUR)									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal		Totaal				
0 tot 9 jaar	292.262	376.974	96.344	132.060	897.640	30.318	40.944	71.261	968.902
10 tot 19 jaar	285.281	271.494	115.316	139.677	811.769	36.010	36.464	72.474	884.243
20 tot 29 jaar	557.218	305.952	158.830	142.314	1.164.314	37.003	26.716	63.719	1.228.033
30 tot 39 jaar	750.607	412.458	198.365	189.739	1.551.169	65.606	58.743	124.349	1.675.518
40 tot 49 jaar	790.573	613.771	308.200	276.033	1.988.577	86.449	118.640	205.089	2.193.666
50 tot 59 jaar	968.616	899.645	440.608	380.370	2.689.240	110.054	166.789	276.843	2.966.083
60 tot 69 jaar	982.205	1.104.912	529.241	442.132	3.058.490	110.421	145.899	256.321	3.314.811
70 tot 79 jaar	1.156.090	1.181.563	854.163	537.961	3.729.777	163.973	153.004	316.977	4.046.754
80 tot 89 jaar	1.146.707	747.968	1.294.593	471.005	3.660.274	209.580	129.436	339.016	3.999.289
90 jaar en +	264.138	96.390	432.966	85.089	878.583	73.105	22.297	95.402	973.985
Totaal	7.193.696	6.011.127	4.428.627	2.796.381	20.429.832	922.519	898.932	1.821.451	22.251.283

Ledentallen van de rechthebbenden in 2010									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal		Totaal				
0 tot 9 jaar	443.809	463.299	67.441	71.628	1.046.177	47.151	49.948	97.099	1.143.276
10 tot 19 jaar	458.861	476.728	82.860	88.478	1.106.927	57.154	59.917	117.071	1.223.998
20 tot 29 jaar	537.745	540.239	69.883	61.025	1.208.892	43.284	53.317	96.601	1.305.493
30 tot 39 jaar	569.504	554.718	64.045	50.664	1.238.931	56.282	94.088	150.370	1.389.301
40 tot 49 jaar	610.467	592.439	80.791	61.480	1.345.177	78.312	131.684	209.996	1.555.173
50 tot 59 jaar	556.846	539.773	101.074	73.191	1.270.884	67.718	108.359	176.077	1.446.961
60 tot 69 jaar	420.328	414.148	111.564	78.292	1.024.332	43.603	54.468	98.071	1.122.403
70 tot 79 jaar	304.845	276.897	134.561	75.856	792.159	38.232	31.665	69.897	862.056
80 tot 89 jaar	167.764	115.469	129.348	50.172	462.753	26.397	18.057	44.454	507.207
90 jaar en +	22.840	9.977	29.285	6.601	68.703	5.418	2.039	7.457	76.160
Totaal	4.093.009	3.983.687	870.852	617.387	9.564.935	463.551	603.542	1.067.093	10.632.028

Gemiddelde kostprijs per rechthebbende in 2010 (in EUR)									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling					Regeling der zelfstandigen			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal		Totaal				
0 tot 9 jaar	658,53	813,67	1.428,57	1.843,69	858,02	642,99	819,73	733,90	847,48
10 tot 19 jaar	621,72	569,50	1.391,70	1.578,67	733,35	630,06	608,57	619,06	722,42
20 tot 29 jaar	1.036,21	566,33	2.272,81	2.332,06	963,12	854,90	501,08	659,61	940,67
30 tot 39 jaar	1.318,00	743,54	3.097,28	3.745,05	1.252,02	1.165,66	624,34	826,95	1.206,02
40 tot 49 jaar	1.295,03	1.036,01	3.814,78	4.489,80	1.478,30	1.103,90	900,94	976,63	1.410,56
50 tot 59 jaar	1.739,47	1.666,71	4.359,26	5.196,96	2.116,04	1.625,19	1.539,22	1.572,28	2.049,87
60 tot 69 jaar	2.336,76	2.667,92	4.743,84	5.647,22	2.985,84	2.532,43	2.678,63	2.613,62	2.953,32
70 tot 79 jaar	3.792,39	4.267,16	6.347,78	7.091,87	4.708,37	4.288,90	4.831,96	4.534,92	4.694,31
80 tot 89 jaar	6.835,24	6.477,65	10.008,60	9.387,81	7.909,78	7.939,52	7.168,19	7.626,21	7.884,92
90 jaar en +	11.564,71	9.661,19	14.784,58	12.890,28	12.788,13	13.492,97	10.935,25	12.793,60	12.788,66
Totaal	1.757,56	1.508,94	5.085,40	4.529,38	2.135,91	1.990,11	1.489,43	1.706,93	2.092,85

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

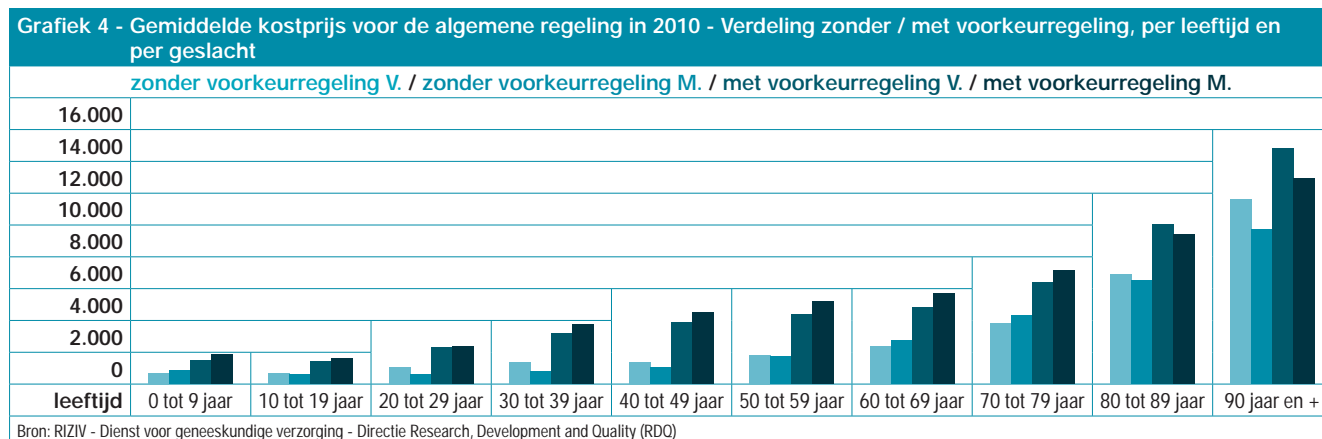
Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2009 tot 2010 (2009 = 100) VROUWEN - MANNEN									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	100,76	99,95	98,41	94,76	100,94	100,25	98,76	99,45	100,76
10 tot 19 jaar	99,09	100,40	96,84	100,71	100,78	100,85	103,15	102,00	100,84
20 tot 29 jaar	99,54	99,26	98,64	95,04	100,46	96,90	102,77	99,35	100,34
30 tot 39 jaar	101,92	102,75	97,53	96,40	102,77	101,80	99,42	100,51	102,66
40 tot 49 jaar	100,74	101,56	99,65	96,10	101,71	101,75	103,15	102,52	101,78
50 tot 59 jaar	101,02	100,98	103,51	100,87	101,66	102,10	101,72	101,84	101,68
60 tot 69 jaar	100,17	101,07	104,24	103,45	101,48	103,26	98,88	100,77	101,44
70 tot 79 jaar	101,05	101,28	102,68	104,10	101,63	101,28	102,20	101,71	101,64
80 tot 89 jaar	100,82	101,10	102,75	102,48	101,52	100,90	101,43	101,08	101,48
90 jaar en +	100,06	101,05	102,06	101,04	100,61	98,21	94,08	97,08	100,24
Totaal	101,88	102,38	100,51	99,09	102,27	101,03	100,97	100,96	102,16

Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2008 tot 2010 (2008 = 100) VROUWEN - MANNEN									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	105,71	105,97	96,48	92,52	107,03	131,93	123,86	127,31	107,88
10 tot 19 jaar	101,31	111,32	99,30	104,68	108,32	111,89	120,87	116,23	108,77
20 tot 29 jaar	105,45	105,73	100,00	91,20	106,69	107,06	116,26	110,90	106,76
30 tot 39 jaar	107,45	107,67	97,98	96,81	108,96	113,35	115,51	114,28	109,43
40 tot 49 jaar	106,56	107,70	103,41	94,59	108,48	113,52	117,57	115,73	109,08
50 tot 59 jaar	106,07	107,53	110,63	107,35	107,77	111,64	110,61	110,97	108,05
60 tot 69 jaar	104,89	106,84	111,49	111,58	107,24	108,84	103,35	105,80	107,16
70 tot 79 jaar	105,18	107,14	109,91	112,64	107,25	108,69	107,10	107,86	107,30
80 tot 89 jaar	106,18	106,32	108,88	109,23	107,00	107,91	109,97	108,59	107,13
90 jaar en +	103,47	104,73	106,52	103,82	103,93	105,93	101,73	104,75	104,02
Totaal	108,24	110,17	103,51	101,41	108,99	108,89	110,06	109,39	108,98

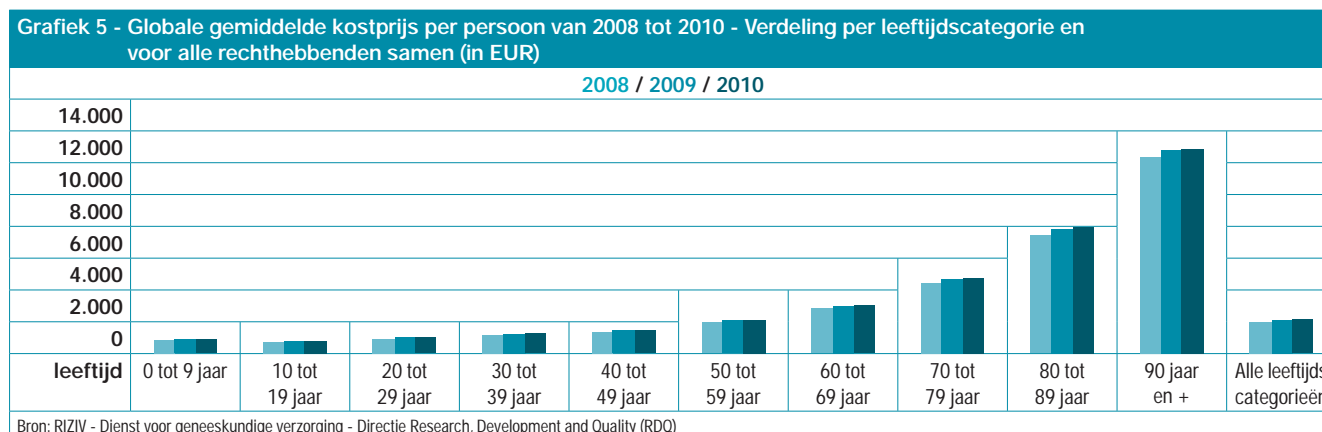
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDO)

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

Grafiek 4 bevat de gegevens van de gemiddelde kostprijs 2010 voor de algemene regeling, uitgesplitst per geslacht, met of zonder voorkeurregeling, en per leeftijd.



Grafiek 5 bevat de globale gemiddelde kostprijs per persoon van 2008 tot 2010, 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 2010.

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 2010					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesh. -specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheekkundigen
Voorschriften technische handelingen	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	1.170.332.525,61 17.594	53.959.109,88 3.140	1.263.182.820,66 22.178	2.487.474.456,15 42.912	10.731.190,43 4.369
Gehospitaliseerde patiënten	15.269.652,67 7.384	36.824.483,48 2.911	758.360.940,42 16.701	810.455.076,57 26.996	2.172.822,93 443
Totaal - Voorschriften technische handelingen	1.185.602.178,28 17.846	90.783.593,36 3.234	2.021.543.761,08 22.661	3.297.929.532,72 43.741	12.904.013,36 4.413
Voorgeschreven farmaceutische specialiteiten	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
	1.847.258.912 19.060	41.099.187 2.830	807.355.197 24.669	2.695.713.296,99 46.559	807.355.197,40 8.094
Verstrekkingen	Bedragen - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	1.109.475.128,95 13.387	3.098.988,27 1.210	2.896.909.864,86 19.342	4.009.483.982,08 33.939	796.915.610,47 7.914
Gehospitaliseerde patiënten	9.733.365,06 3.017	9.550.530,30 1.239	1.729.291.101,02 16.517	1.748.574.996,38 20.773	9.444.037,43 968
Totaal - Verstrekkingen	1.119.208.494,01 13.441	12.649.518,57 1.468	4.626.200.965,88 19.571	5.758.058.978,46 34.480	806.359.647,90 7.914

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 2010					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesheren-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheekkundigen
Voorschriften technische handelingen	Aantal akten - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	215.249.420 17.594	7.170.018 3.140	137.349.837 22.178	222.422.578 42.912	523.374 4.369
Gehospitaliseerde patiënten	5.568.233 7.384	13.107.899 2.911	98.111.670 16.701	116.787.802 26.996	127.612 443
Totaal - Voorschriften technische handelingen	220.817.653 17.846	20.277.917 3.234	235.461.507 22.661	339.210.380 43.741	650.986 4.413
Verstrekkingen	Aantal akten - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	56.396.857 13.387	144.366 1.210	199.484.941 19.342	256.026.164 33.939	28.746.821 7.914
Gehospitaliseerde patiënten	627.686 3.017	219.341 1.239	109.013.809 16.517	109.860.836 20.773	145.272 968
Totaal - Verstrekkingen	57.024.543 13.441	363.707 1.468	308.498.750 19.571	365.887.000 34.480	28.892.093 7.914

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 2010 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 tandheekkundigen.

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

Zijn dus niet opgenomen in de gegevens:

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

Tabel 10 - Terugbetaalde bedragen voor de voorschriften van farmaceutische specialiteiten (in EUR) - Verdeling volgens de ATC-klassen (afleveringsjaar 2010) (1)

ATC		Algem. geneeskundigen	Specialisten	Stagiairs	Tandartsen	Totaal
A	Maagdkanaal en stofwisseling (bv. maagproblemen, diabetes)	205.740.099	61.695.413	3.226.341	205.061	270.866.915
B	Bloed en bloedvormende organen (bv. antistollingsmiddelen)	103.456.472	47.149.083	4.397.309	80.399	155.083.262
C	Hart vaatstelsel (bv. hoge bloeddruk, cholesterol)	586.374.836	58.469.278	4.440.217	460.866	649.745.196
D	Dermatologische preparaten (bv. schimmeldodende middelen, acne)	17.128.330	12.763.915	418.172	38.188	30.348.605
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (contraceptiva)	19.535.622	11.088.341	435.434	32.166	31.091.563
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd	42.633.388	38.172.955	1.783.498	67.392	82.657.233
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (bv. antibiotica, aids, vaccins)	154.405.152	94.082.511	6.761.220	6.709.678	261.958.562
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen (bv. kanker, antiBRAAKmiddelen)	82.067.431	274.550.157	7.930.205	101.952	364.649.744
M	Skeletspierstelsel (bv. ontstekingsremmers)	84.079.381	14.012.175	1.023.434	1.696.026	100.811.015
N	Zenuwstelsel (bv. antidepressiva)	337.229.577	122.100.130	7.638.234	283.234	467.251.176
P	Antiparasitaire middelen	319.411	316.124	25.472	2.491	663.497
R	Ademhalingsstelsel (bv. astma, chronische obstructieve bronchopneumopathie: COPD)	184.320.505	39.414.917	1.888.897	169.614	225.793.933
S	Zintuiglijke organen (bv. geneesmiddelen voor de ogen)	9.577.996	28.427.990	818.042	30.333	38.854.361
V	Diverse middelen (bv. zuurstof)	20.390.711	5.112.209	312.714	0	25.815.634
	Totaal	1.847.258.912	807.355.197	41.099.187	9.877.399	2.705.590.696

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

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



De totale prijs 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 2006-2010

Tabel 11 geeft de evolutie over de periode 2006 - 2010 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 2010 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)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	231.754.957	240.660.177	279.706.839	278.413.200	271.728.860
B	Bloed en bloedvormende organen	131.738.202	136.985.100	154.575.208	167.084.499	155.755.992
C	Hart vaatstelsel	531.550.170	563.250.909	625.342.539	646.685.244	651.697.262
D	Dermatologische preparaten	26.453.733	25.195.061	28.084.193	27.150.939	30.516.778
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	45.318.929	32.833.282	33.290.705	30.901.580	31.241.537
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	61.408.695	66.409.787	73.988.338	75.732.197	82.942.103
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	188.653.155	213.089.151	267.369.477	262.945.751	263.165.867
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	235.909.456	261.527.607	316.012.241	343.132.827	365.865.159
M	Skeletspierstelsel	96.671.884	100.485.596	107.389.090	99.573.872	101.190.308
N	Zenuwstelsel	369.801.440	397.787.884	443.254.198	455.238.064	469.466.456
P	Antiparasitaire middelen	451.192	471.477	538.314	560.239	666.573
R	Ademhalingsstelsel	188.639.274	200.186.567	218.352.658	228.902.319	226.456.089
S	Zintuiglijke organen	27.417.308	27.782.111	30.982.682	32.305.737	39.043.464
V	Diverse middelen	25.310.014	26.415.663	26.953.332	26.866.690	26.137.115
	Totaal	2.161.078.410	2.293.080.371	2.605.839.812	2.675.493.159	2.715.873.565
	Remgeld (in EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	54.667.955	53.613.062	59.492.183	55.682.524	50.003.449
B	Bloed en bloedvormende organen	22.998.618	23.579.131	25.835.751	26.955.124	20.755.428
C	Hart vaatstelsel	156.810.405	159.151.006	167.543.864	163.026.398	150.863.323
D	Dermatologische preparaten	7.242.345	6.882.634	7.310.567	6.867.153	6.867.028
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	30.842.604	34.087.717	34.334.345	30.818.036	24.540.293
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	5.187.548	5.245.883	5.714.028	5.520.270	5.394.238
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	53.985.222	56.597.557	62.433.845	61.677.310	55.005.431
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	1.920.389	1.923.037	2.203.717	2.342.521	2.518.884
M	Skeletspierstelsel	32.500.614	32.016.159	33.980.960	32.994.993	27.851.749
N	Zenuwstelsel	91.611.939	96.452.558	104.047.910	100.379.689	95.946.303
P	Antiparasitaire middelen	137.697	142.569	162.978	169.300	174.376
R	Ademhalingsstelsel	68.897.685	72.988.942	80.138.440	84.182.440	78.756.350
S	Zintuiglijke organen	7.097.230	7.093.761	7.802.773	7.944.005	8.204.601
V	Diverse middelen	257.941	237.583	239.357	220.811	226.189
	Totaal	534.158.191	550.011.600	591.240.719	578.780.575	527.107.641
	DDD (in EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	377.478.745	414.469.142	488.354.982	534.165.951	575.233.459
B	Bloed en bloedvormende organen	77.763.080	83.791.578	139.747.759	321.230.339	357.254.682
C	Hart vaatstelsel	1.498.342.407	1.590.975.099	1.776.302.145	1.868.227.892	1.925.717.678
D	Dermatologische preparaten	24.145.855	23.068.851	25.595.158	25.452.078	25.481.210
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	266.297.442	295.020.149	304.666.452	294.536.687	281.475.351
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	128.208.386	135.033.687	150.610.294	156.389.521	161.339.839
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	104.493.699	111.104.667	122.565.123	126.953.191	126.295.464
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	35.816.497	38.262.094	43.372.069	45.593.856	47.366.665
M	Skeletspierstelsel	210.959.189	219.350.936	240.657.908	243.439.953	242.887.314
N	Zenuwstelsel	381.014.198	403.641.772	446.249.584	465.019.939	486.935.371
P	Antiparasitaire middelen	1.050.403	1.138.222	1.318.666	1.420.558	1.517.633
R	Ademhalingsstelsel	327.535.161	344.694.880	374.375.374	393.060.642	404.613.163
S	Zintuiglijke organen	69.940.482	70.436.644	74.614.277	72.898.171	74.482.805
V	Diverse middelen	1.422.125	1.492.062	1.549.422	1.558.900	1.615.572
	Totaal	3.504.467.670	3.732.479.783	4.189.979.213	4.549.947.677	4.712.216.206

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

	Gemiddelde kost (terugbetaalde bedragen/DDD) (in EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	0,61	0,58	0,57	0,52	0,47
B	Bloed en bloedvormende organen	1,69	1,63	1,11	0,52	0,44
C	Hart vaatstelsel	0,35	0,35	0,35	0,35	0,34
D	Dermatologische preparaten	1,10	1,09	1,10	1,07	1,20
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	0,17	0,11	0,11	0,10	0,11
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	0,48	0,49	0,49	0,48	0,51
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	1,81	1,92	2,18	2,07	2,08
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	6,59	6,84	7,29	7,53	7,72
M	Skeletspierstelsel	0,46	0,46	0,45	0,41	0,42
N	Zenuwstelsel	0,97	0,99	0,99	0,98	0,96
P	Antiparasitaire middelen	0,43	0,41	0,41	0,39	0,44
R	Ademhalingsstelsel	0,58	0,58	0,58	0,58	0,56
S	Zintuiglijke organen	0,39	0,39	0,42	0,44	0,52
V	Diverse middelen	17,80	17,70	17,40	17,23	16,18

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

In 2007 en 2008 is het stijgingspercentage van de terugbetaalde bedragen (uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging) opnieuw op een niveau vergelijkbaar met de jaren vóór 2005 (+6,3% en +7,8%). Dit na enkele jaren van dalende uitgaven (in 2005 en 2006), hoofdzakelijk te wijten aan budgettaire maatregelen die in de sector genomen zijn en die geleid hebben tot vermindering van de kosten van geneesmiddelen.

In 2008 is het stijgingspercentage eigenlijk 13,6%, maar een deel van die stijging heeft te maken met de uitbreiding van de kleine risico's van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tot de zelfstandigen. De echte stijging bedraagt 7,8%.

Het stijgingspercentage van de uitgaven in 2009 en 2010 is nog altijd positief, maar ligt een stuk lager (+2,7% en +1,5%).

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 2010 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 2006-2010					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2006	2007	2008	2009	2010
Arbeiders	17.075.244 614.736.217	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273
Bedienden	7.250.513 278.257.855	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602
Verbeteringen vorige dienstjaren	786	-108.488	-6.248	1.158	-1.796
Algemeen totaal	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	30.904.395 1.285.381.079
Evolutie t.o.v. vorig jaar	6,12% 8,20%	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

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

Tabel 1 geeft het aantal dagen en bedragen weer dat werd uitgekeerd tussen 2006 en 2010 voor de perioden van primaire ongeschiktheid volgens de sociale stand. Het aantal dagen en de uitgekeerde bedragen ligt beduidend hoger bij arbeiders dan bij bedienden. Twee factoren kunnen deze trend verklaren.

- De periode van het gewaarborgd loon, die korter is voor arbeiders dan voor bedienden.
 -  Het **gewaarborgd loon** is de periode waarin de werknemer nog wordt doorbetaald door de werkgever. Deze periode duurt 14 dagen voor 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 2006-2010						
Duur in dagen	2006	2007	2008	2009	2010	% 2010
1 - 14 dagen	40.384	44.037	43.340	45.165	41.534	10,41%
15 - 98 dagen	217.785	224.995	229.588	217.828	223.181	55,92%
99 - 337 dagen	75.194	81.810	85.014	87.108	90.536	22,69%
338 - 365 dagen	30.475	34.072	38.266	41.547	43.824	10,98%
Totaal	363.838	384.914	396.208	391.648	399.075	100,00%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen volgens de in dagen uitgedrukte, totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid eindigde in de jaren 2006 tot en met 2010 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 dus niet vergoed zijn door de uitkeringsverzekering, zijn niet opgenomen in deze cijfers. Indien de arbeidsongeschiktheid verder reikt dan het gewaarborgde loon, wordt het geval voor de ganse duur van de arbeidsongeschiktheid in aanmerking genomen.

De gevallen met een duur van minder dan 15 dagen zijn vooral werklozen. De werklozen hebben geen recht op gewaarborgd loon en zijn dus vanaf de 1^e dag ten laste van de uitkeringsverzekering. Deze groep vertegenwoordigt 10,41% van het totaal aantal gevallen.

De meeste primaire arbeidsongeschikten waarin in 2010 tussen de 15 en 98 dagen werkonbewaam (55,92%). Binnen de drie maanden hervatte de meerderheid van de arbeidsongeschikten zijn beroepsactiviteiten. Daarna nam het aantal arbeidsongeschikten gestaag af (22,69% of 90.536 gevallen met een duur tussen 99 en 337 dagen).

De laatste periode in primaire arbeidsongeschiktheid (338-365 dagen) bevatte nog 10,98% van het totale aantal gevallen. Deze gerechtigden, die bijna een jaar lang arbeidsongeschikt zijn, hebben ernstige gezondheidsproblemen. Binnen deze groep zullen er waarschijnlijk veel in invaliditeit treden.

Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval (in dagen) en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2006-2010										
Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Arbeiders	62,23	137,72	64,04	137,85	66,61	144,61	71,20	147,47	72,14	144,46
Bedienden	68,73	56,83	70,50	57,64	72,10	60,32	73,85	61,81	76,11	65,37
Totaal	64,03	99,17	65,84	99,57	68,15	104,11	71,98	106,12	73,33	106,20

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 3 toont:

- de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid
- 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 2006-2010

Vergoede dagen - Uitgaven										
	2006	2007	2008	2009	2010					
Periode van moederschapsrust										
Arbeidsters	2.582.286	107.253.622	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526
Bedienden	4.270.366	241.743.027	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263
Totaal	6.852.652	348.996.649	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885	7.249.973	413.385.789
Periode van werkverwijdering										
Arbeidsters	577.270	16.430.084	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934
Bedienden	1.288.481	40.496.480	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440
Totaal	1.865.751	56.926.564	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293	2.335.545	102.857.374
Totaal ten laste van de uitkeringsverzekering (1)	1.371.804		1.411.320		1.462.487		1.466.591		2.335.545	
Vaderschapsverlof	373.764	31.115.154	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043
Adoptieverlof	8.905	630.344	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692	12.281	1.001.957
Verbeteringen vorige dienstjaren		-105		30		1.695		114		1.104
Algemeen totaal	9.101.072	437.668.606	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494	10.000.447	553.957.267
Evolutie t.o.v. vorig jaar	1,68%	4,21%	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%	4,90%	9,07%
Invaliditeit	72.432	3.088.540	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995


(1) Aantal dagen ten laste van de uitkeringsverzekering na aftrek van de dagen die het Fonds voor beroepsziekten (FBZ) uiteindelijk uitkeert.

Vanaf 1 januari 2010 vallen de gevallen van werkverwijdering als gevolg van zwangerschap, die tot dan onder de bevoegdheid van het FBZ vielen, ten laste van het RIZIV. Algemeen genomen, krijgen de zwangere werknemers die van het werk verwijderd zijn vanaf deze datum een daguitkering gelijk is aan 78,237% van hun gederfde loon (beperkt tot het plafond van de uitkeringsverzekering). Deze maatregel betreft enkel de werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en de gerechtigden die van het werk verwijderd zijn door borstvoeding ontvangen nog steeds een uitkering van 60% van het gederfd loon (beperkt tot het plafond van de uitkeringsverzekering).

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 4 bevat:

- **Uitgaven betreffende 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.

Als de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, worden de dagen en de bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2010 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 5.071.995 EUR voor 104.821 aantal dagen. Voor moederschapsrust was er in 2010 een bedrag uitgekeerd van 413.385.789 EUR voor 7.249.973 dagen.

- **Uitgaven voor de werkverwijdering**

De arbeidswet van 16 maart 1971 legt aan de werkgever bepaalde verplichtingen op die van toepassing zijn wanneer de werknemster zwanger is. Wanneer bij de uitoefening van haar werk, risico's worden vastgesteld, dient de blootstelling aan dat risico te worden vermeden. De werknemster kan in die periode van het werk worden verwijderd en heeft daardoor recht op een vergoeding. De vergoede dagen en bedragen belopen 2.335.545 dagen en 102.857.374 euro. De sterke stijging in het aantal uitgekeerde dagen en bedragen tussen 2009 en 2010 is hoofdzakelijk toe te wijzen aan de overheveling van bevoegdheden van FBZ naar het RIZIV inzake werkverwijdering vanaf 1 januari 2010. Hierdoor gebeurde er een aanpassing aan het uitbetalingspercentage van de prenatale werkverwijdering.

o Uitgaven voor vaderschapsverlof

Vanaf 1 juli 2002 is de regeling van het vaderschapsverlof van kracht. Dit verlof bedraagt 10 dagen waarvan de eerste drie door de werkgever worden betaald. De overige zeven dagen geven geen recht meer op loon maar worden gedekt door een uitkering die het ziekenfonds uitbetaalt. Sinds de invoering van de maatregel zijn het aantal dagen en de uitgaven globaal gestegen. De ingevoerde maatregel is dan ook succesvol.

o Uitgaven voor adoptieverlof

Vanaf 25 juli 2004 heeft de werknemer die een kind in zijn gezin onthaalt in het kader van een adoptie, recht op een adoptieverlof. Het verlof duurt maximum zes weken (aaneengesloten periode) indien het kind bij het begin van dit verlof de leeftijd van drie jaar niet heeft bereikt, en vier weken in de andere gevallen. Het recht op adoptieverlof loopt af op het moment dat het kind de leeftijd van acht jaar bereikt. Net als het vaderschapsverlof, kent het adoptieverlof een groeiend succes. Het aantal uitgekeerde dagen voor adoptieverlof is gestegen met 3.334 dagen tussen 2008 en 2009 en met 605 dagen tussen 2009 en 2010 hoewel het tussen 2006 en 2008 telkens afnam.

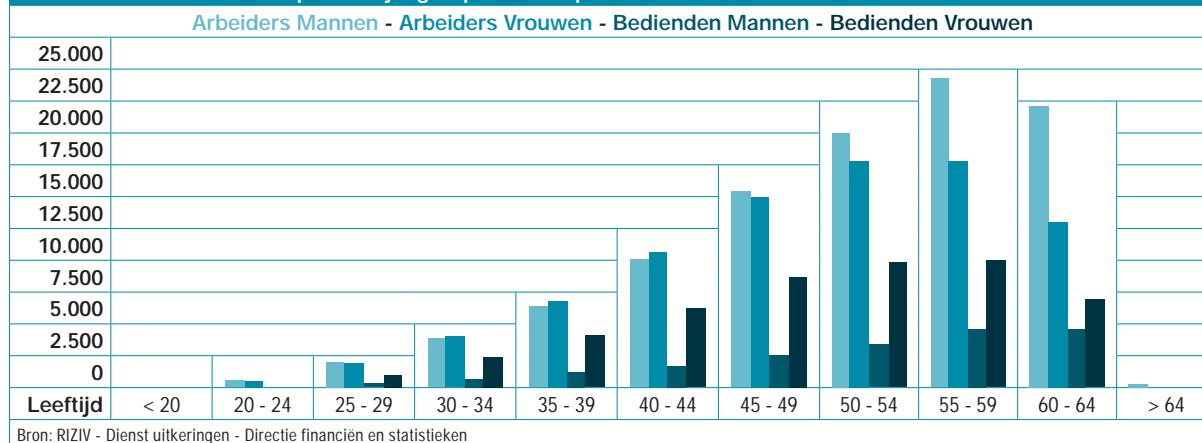
c. Algemene regeling - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2010

Leeftijdsgroep	Arbeiders Mannen	Arbeiders Vrouwen	Bedienden Mannen	Bedienden Vrouwen	Totaal
< 20	6	0	1	1	8
20 - 24	516	481	60	192	1.249
25 - 29	1.948	1.868	289	970	5.075
30 - 34	3.802	3.947	662	2.362	10.773
35 - 39	6.281	6.720	1.182	4.021	18.204
40 - 44	9.952	10.506	1.643	6.144	28.245
45 - 49	15.228	14.811	2.531	8.573	41.143
50 - 54	19.979	17.532	3.343	9.706	50.560
55 - 59	24.018	17.589	4.559	9.876	56.042
60 - 64	21.873	12.836	4.519	6.836	46.064
> 64	273	150	57	92	572
Totaal	103.876	86.440	18.846	48.773	257.935

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Grafiek 1 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2010



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 ook met de leeftijd.

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2006-2010

Ziektegroep	2006	2007	2008	2009	2010
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	1.969	2.024	2.108	2.131	2.217
2. Gezwollen	12.918	13.592	14.266	15.103	16.083
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.214	5.308	5.430	5.598	5.733
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	373	390	392	413	433
5. Psychische stoornissen	70.833	74.054	78.112	83.247	88.535
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	13.450	13.821	14.347	14.883	15.512
7. Ziekten van het hartvaatstelsel	19.415	19.372	19.216	19.427	19.571
8. Ziekten van de ademhalingswegen	5.749	5.664	5.562	5.669	5.689
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	5.971	6.052	6.143	6.247	6.404
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	1.990	2.002	2.009	2.042	2.110
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	389	436	510	523	481
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	1.145	1.203	1.241	1.320	1.375
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	55.441	58.032	60.595	65.146	69.583
14. Congenitale afwijkingen	1.449	1.510	1.536	1.577	1.602
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	27	27	26	19	19
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.734	4.895	4.884	5.260	5.427
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	14.755	15.302	15.776	16.538	17.080
Niet bepaald	0	0	0	66	81
Totaal	215.822	223.684	232.153	245.209	257.935

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije vijf jaar, volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is.

De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 5, 13 en 7. Op 31 december 2010 bedroegen de percentages van invaliden in deze ziektegroepen respectievelijk 34,32%, 26,98% en 7,59%. In de periode van 2006 tot 2010 is het aantal invaliden dat kampt met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen, enz.) sterk toegenomen. 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. Zij namen in belang af maar stijgen terug vanaf 2009. Het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) verhoogt elk jaar.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2006-2010

Vergoede dagen - Uitgaven										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Arbeiders - Mannen	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	31.044.786	1.360.194.604
Arbeiders - Vrouwen	19.212.986	581.266.548	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571	24.783.478	882.872.162
Arbeiders - Totaal	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	55.828.264	2.243.066.766
Bedienden - Mannen	5.528.477	222.289.859	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664	6.095.739	280.751.592
Bedienden - Vrouwen	11.559.704	373.744.883	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015	15.433.034	588.344.540
Bedienden - Totaal	17.088.181	596.034.742	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679	21.528.773	869.096.131
Subtotaal	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	77.357.037	3.112.162.897
Allerlei	1.258	2.759	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038	-467	-6.771
Algemeen totaal	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	77.356.570	3.112.156.126
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,58%	4,59%	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 7 geeft het aantal dagen en de bedragen weer, uitgekeerd voor invaliditeit vanaf 2006 tot en met 2010.

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat het aantal dagen dat uitgekeerd is in invaliditeit een constante groei kent sinds de laatste jaren. Deze trend hangt samen met de gestage groei van het aantal invaliden. De volgende redenen kunnen de trend verklaren:

- **De verhoging van de pensioenleeftijd van de vrouwen**

De pensioenleeftijd van de vrouwen werd geleidelijk aan gelijkgeschakeld met die van de mannen en de gelijkheid is bereikt in 2009. De verhoging van de pensioenleeftijd voor de vrouwen heeft tot gevolg dat vrouwen langer in invaliditeit kunnen blijven of tot op latere leeftijd in invaliditeit kunnen treden.

- **De groei van de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt**

De afgelopen jaren is vastgesteld dat de participatie van de vrouwen op de arbeidsmarkt sterk is toegenomen en dit tot op hogere leeftijd. De samenleving evolueert meer en meer naar een tweeverdienersmodel waarbij zowel de man als de vrouw deel nemen aan het arbeidsproces. Het aantal uitkeringsgerechtigden dat sociale bijdragen betaalt en dat ook in aanmerking komt om arbeidsongeschikt te worden, stijgt dus.

- **De vergrijzing van de bevolking**


De veroudering van de Belgische bevolking is een feit. De groei van de bevolking, zowel bij de mannen als bij de vrouwen, is het sterkst, in de leeftijdscategorie tussen de 50 en 59 jaar. In de jongere leeftijdscategorieën is er een dalende trend. Aangezien arbeidsongeschiktheid een fenomeen van ouderen is, leidt het toenemend aantal oudere gerechtigden tot meer arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

o Preventie

Er treden ook belangrijke verschuivingen op in de ziektebeelden die leiden tot invaliditeit. Onder andere door de vooruitgang van de medische wetenschap kunnen bepaalde ziekten goed worden behandeld. 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 de vastgestelde ontwikkelingen, mogelijk 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 2006-2010					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2006	2007	2008	2009	2010
Zelfstandigen	1.571.126 40.568.670	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478
Meehelpende echtgenoten	131.396 3.223.749	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663
Algemeen totaal	1.702.522 43.792.419	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196	1.940.866 67.469.141
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,11% 3,32%	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 1 geeft het aantal dagen en de bedragen weer die werden uitgekeerd in de jaren 2006-2010 voor de periode van primaire ongeschiktheid, volgens het type van zelfstandige.

In 2010 nam, ten opzichte van 2009, het algemene aantal dagen toe met 44.474 (+2,35%). Het aantal dagen steeg in de categorie zelfstandigen met 45.383 (+2,55%), terwijl het daalde met 909 (-0,77%) in de categorie meehelpende echtgenoot.

De stijging van de uitgaven in 2010 ten opzichte van 2009 met 5,91% is veroorzaakt door de toename van het aantal dagen en de herwaardingen van de forfaits van primaire arbeidsongeschiktheid in 2010.

Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2006-2010						
Duur in dagen	2006	2007	2008	2009	2010	% 2010
29 - 98 dagen	3.683	3.550	3.528	3.637	3.563	29,77%
99 - 337 dagen	4.105	4.078	4.170	4.407	4.577	38,24%
338 - 365 dagen	3.590	3.640	3.428	3.662	3.830	32,00%
Totaal	11.378	11.268	11.126	11.706	11.970	100,00%
Evolutie t.o.v. vorig jaar	0,34%	-0,97%	-1,26%	5,21%	2,26%	

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen in primaire ongeschiktheid te volgens de totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid, uitgedrukt in dagen. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid eindigde in het betreffende jaar zelf mogen opgenomen worden in de categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid de carenperiode van één maand niet overtreft, worden niet opgenomen in de cijfers. Indien de ongeschiktheid langer dan de carenperiode duurt dan is het geval opgenomen voor de totale duur van de ongeschiktheid.



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

Deze tabel toont dat in 2010, 29,77% van de gevallen tussen 29 en 98 dagen duurde, 38,24% tussen 99 en 337 dagen en 32,00% tussen 338 en 365 dagen. Deze laatste periode bevat de ziektegevallen die bijna een jaar duren en waarschijnlijk in invaliditeit treden.

Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval (in dagen) en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2006-2010										
Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Mannen	140,80	20,60	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55	145,86	19,73
Vrouwen	142,45	20,48	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01	142,60	22,13
Totaal	141,34	20,56	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02	144,75	20,48

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 3 toont de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid. Bij analyse van deze cijfers moet men rekening houden met de carenperiode van een maand waarvoor er geen vergoeding is.

Verder toont deze tabel het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden. Zo zien we dat er in 2010 per 1.000 zelfstandige gerechtigden 20,48 ziektegevallen werden geregistreerd. Bij de mannelijke zelfstandige gerechtigden zijn er 19,73 ziektegevallen per 1.000 zelfstandigen terwijl er bij de vrouwelijke gerechtigden 22,13 ziektegevallen zijn.

b. Regeling zelfstandigen - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede gevallen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2006-2010					
Gevallen - Uitgaven					
	2006	2007	2008	2009	2010
In primaire arbeidsongeschiktheid					
Zelfstandigen	5.056 10.354.587	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729
Meehelpende echtgenoten	320 644.280	240 538.069	250 676.360	199 557.540	220 627.283
Totaal	5.376 10.998.868	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935	5.473 15.759.012
In invaliditeit					
Zelfstandigen	12 24.386	11 18.369	14 32.156	7 19.272	16 45.853
Meehelpende echtgenoten	0 0	0 -1.924 (1)	0 0	0 0	0 0
Totaal	12 24.386	11 16.445	14 32.156	7 19.272	16 45.853
Evolutie t.o.v. vorig jaar	4,85% 6,65%	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%	0,75% 3,71%
Adoptieverlof					
Zelfst. + Meehelpende echtgenoten	- -	25 47.554	47 90.051	33 63.442	53 97.824
(1) Regularisatie					
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Tabel 4 bevat het aantal gevallen en de uitgaven betreffende de moederschapsverzekering.



Het doel van de [moederschapsverzekering](#) is de vrouwelijke zelfstandige gerechtigden een forfaitair vastgesteld vervangingsinkomen toekennen tijdens de periode van moederschapsrust.

Tot en met 30 juni 2007 bestond de periode van moederschapsrust uit 6 weken (+ 1 week in geval van een meerling). Vanaf 1 juli 2007 tot en met 31 december 2008 bestond de moederschapsrust uit een periode van 8 weken rust. De gerechtigde kon er wel voor kiezen om de periode te beperken tot 6 of 7 weken (+ 1 week in geval van een meerling).

Vanaf 1 juli 2009 is het tijdvak van moederschapsrust een verplichte periode van 3 weken (1 vóór en 2 na de bevaling). De overige weken zijn, per blok van één of meerdere weken, facultatief op te nemen (maximaal 8 weken). Dit tijdvak is met een week verlengd in geval van een geboorte van een meerling.

De uitgaven voor moederschapsrust tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid zijn gestegen met 729.113 EUR van 2006 naar 2007. Deze stijging wordt hoofdzakelijk verantwoord door de introductie van de nieuwe maatregel die in werking getreden is op 1 juli 2007. De stijging in de uitgaven van moederschap in primaire ongeschiktheid valt vooral op tussen 2007 en 2008 (+3.158.397 EUR). De drie aanpassingen aan de gezondheidsindex in 2008 en de maatregel die sinds 1 juli 2007 van kracht is op het hele jaar 2008 (tegen zes maanden in 2007) verklaren die stijging. In 2010 bedragen de uitgaven voor moederschapsrust tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid 15.759.012 EUR (+3,54% in verhouding tot 2009) voor 5.473 gevallen.

Indien de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, worden de gevallen en bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2010 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 45.853 EUR voor 16 gevallen.

Op 1 februari 2007 is het adoptieverlof ingevoerd. Er waren 25 gevallen van adoptieverlof in 2007 en 47, 33 en 53 in respectievelijk 2008, 2009 en 2010.

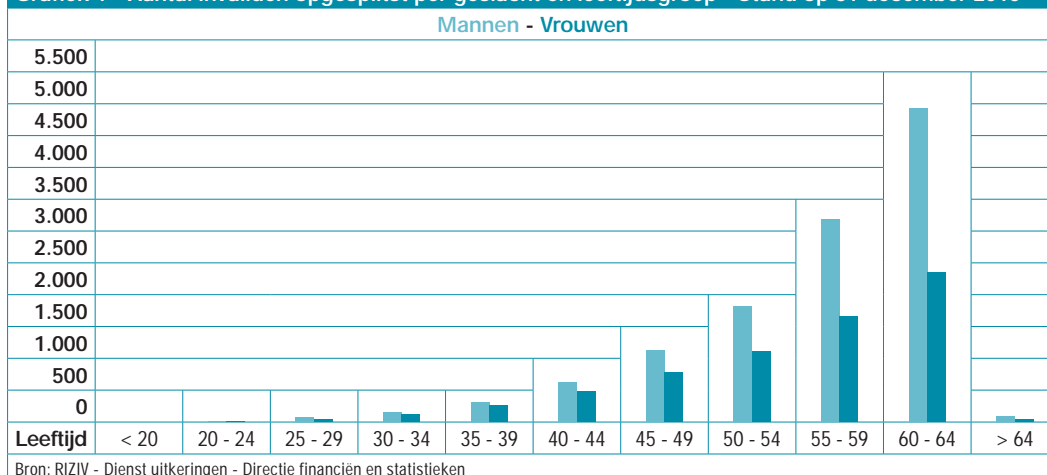
c. Regeling zelfstandigen - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden opgesplitst per geslacht en leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2010

Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 20	0	0	0
20 - 24	14	7	21
25 - 29	74	43	117
30 - 34	161	117	278
35 - 39	327	270	597
40 - 44	653	509	1.162
45 - 49	1.184	820	2.004
50 - 54	1.903	1.167	3.070
55 - 59	3.353	1.746	5.099
60 - 64	5.188	2.477	7.665
> 64	83	40	123
Totaal	12.940	7.196	20.136

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Grafiek 1 - Aantal invaliden opgesplitst per geslacht en leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2010



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

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2006-2010					
Ziektegroep	2006	2007	2008	2009	2010
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	172	181	181	186	193
2. Gezwollen	1.625	1.770	1.837	1.978	2.029
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	499	478	450	467	471
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	26	32	31	31	31
5. Psychische stoornissen	3.282	3.397	3.439	3.678	3.890
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	1.023	1.053	1.106	1.168	1.208
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	2.684	2.668	2.591	2.551	2.533
8. Ziekten van de ademhalingswegen	489	478	464	435	429
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	456	449	446	463	471
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	149	148	160	180	189
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	6	8	5	6	5
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	99	107	105	112	122
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	4.897	5.052	5.157	5.526	5.805
14. Congenitale afwijkingen	71	68	78	77	72
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	2	2	5	2	1
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	511	484	436	446	434
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	1.942	2.027	2.061	2.143	2.241
Niet bepaald	0	0	0	10	12
Totaal	17.933	18.402	18.552	19.459	20.136

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije vijf jaar, volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is. De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 13, 5 en 7. Op 31 december 2010 bedroegen de percentages van invaliden in deze belangrijkste ziektegroepen respectievelijk 28,83%, 19,32% en 12,58%. Net zoals in de algemene regeling is het aantal invaliden met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen enz.) sterk toegenomen tussen 2006 en 2010. De ziekten van het bewegingstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma enz.) blijven eveneens belangrijk als reden van invaliditeit. De ziekten in verband met hart- en vaatstelsel (infarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose enz.) zijn de derde belangrijkste ziektegroep maar nemen procentueel gezien in belang af terwijl het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2006-2010					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2006	2007	2008	2009	2009
Zelfstandigen					
Mannen	3.702.282 117.851.791	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880
Vrouwen	1.504.664 42.790.636	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719
Totaal	5.206.946 160.642.427	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784	5.742.250 220.471.599
Meehelpende echtgenoten					
Mannen	12.626 349.866	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060	23.774 795.858
Vrouwen	203.737 5.194.266	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904
Totaal	216.363 5.544.133	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459	386.024 12.786.761
Onbekend	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Algemeen totaal	5.423.309 166.186.560	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243	6.128.274 233.285.360
Evolutie t.o.v. vorig jaar	3,02% 11,54%	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Tabel 7 geeft de vergoede dagen en de uitgaven betreffende de invaliditeit weer. In 2007 stijgen de uitgaven met 11,62% ten opzichte van 2006 door de koppeling van de uitkeringen aan het minimum pensioen voor de gerechtigden met gezinslast en alleenstaanden (minimum pensioen loontrekkenden voor de invaliden die hun bedrijf stopgezet hebben en minimum pensioen voor zelfstandigen voor de invaliden die hun bedrijf niet stopgezet hebben). Van 2007 naar 2008 is er een stijging van 8,87% in de uitgaven. Drie aanpassingen aan de gezondheidsindex en twee verhogingen van de forfaits voor invaliden in 2008 kunnen dit verklaren. De groei van 7,26% in 2009 en 7,68% in 2010 is te wijten aan de toename van het aantal invaliden en aan de verschillende herwaarderingen van de forfaits in 2009 en 2010.

III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) heeft een driedelige opdracht met betrekking tot de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: informeren, evalueren en controleren. Voor een reeks statistieken over de controleopdracht: zie punt 3 van dit onderdeel.

Met betrekking tot de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering neemt de DGEC, net als de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, deel aan de controle van de arbeidsongeschiktheid in de Gewestelijke commissies van de geneeskundige raad voor invaliditeit (GCGRI).



Voor een reeks statistieken over de uitkeringen: zie 6^e deel, II.

1. Informatieopdracht van de DGEC

De DGEC voert zijn informatieopdracht naar de zorgverleners uit via didactische brochures, de "Infoboxen".

Lijst van de beschikbare "Infoboxen":

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

Door de zorgverleners te informeren over de draagwijdte van de wettelijke of reglementaire bepalingen vervullen de inspecteurs/controlleurs van de DGEC hun opdracht van informatie en preventie.

2. Evaluatieopdracht van de DGEC

De DGEC evalueert ook de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en wijst zo op overconsumptie of het overdreven voorschrijven van verstrekkingen. De aanbevelingen voor een goede medische praktijk en de indicatoren van manifeste afwijking van die praktijk helpen daarbij.

Lijst van de evaluatieprojecten binnen de verschillende domeinen, afgesloten in 2011:

- Panoramische opname van het gebit in de tandheelkunde
- PLAVIX®: terugbetalingprocedure
- Aanrekenen van diagnostische nucleaire onderzoeken
- Spoedgevallendiensten: budget voor raadplegingen.

3. Controleopdracht van de DGEC

De DGEC stelt de inbreuken door zorgverleners vast, zowel op het vlak van de realiteit-conformiteit met de regelgeving als op dat van de overconsumptie en het overdreven voorschrijven. In dit kader voert de dienst thematische enquêtes uit via de CENEC (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel), en ook individuele enquêtes.

a. Thematische enquêtes afgesloten in 2011

- CT-scans schedel en wervelkolom: verstrekkingen tweemaal per dag
- Dolantine® - Fortal®: abnormale hoeveelheden in voorschriften
- Psychiatrie: intake- en ontslagonderzoek
- Kinesitherapie: aantal dagelijkse verstrekkingen
- Reanimatieverstrekkingen (impactmeting).

b. Individuele enquêtes

AFGESLOTEN ENQUÊTES

Tabel 1 - Enquêtes afgesloten in 2011		
Types betrokkenen	Aantal dossiers	% van dossiers
Huisartsen	121	12,1%
Geneesheren-specialisten	200	20,0%
Apothekers	32	3,2%
Tandheelkundigen	85	8,5%
Verpleegkundigen	176	17,6%
Kinesitherapeuten	64	6,4%
Logopedisten	4	0,4%
Orthesisten	8	0,8%
Bandagisten	17	1,7%
Verstrekkingen van implantaten, prothesen en diverse apparatuur	16	1,6%
Opticiëns	1	0,1%
Gehoorthesisten	5	0,5%
Apothekers-biologen	2	0,2%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	135	13,5%
ROB	7	0,7%
Verzekerden	54	5,4%
Andere	73	7,3%
Totaal	1.000	100%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

OPGESTARTE ENQUÊTES

Tabel 2 - Enquêtes opgestart in 2011		
Types betrokkenen	Aantal dossiers	% van dossiers
Huisartsen	109	12,2%
Geneesheren-specialisten	239	26,6%
Apothekers	26	2,9%
Tandheelkundigen	70	7,8%
Verpleegkundigen	183	20,4%
Kinesitherapeuten	19	2,1%
Logopedisten	4	0,4%
Orthesisten	8	0,9%
Bandagisten	14	1,6%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en diverse apparatuur	5	0,6%
Gehoorthesisten	2	0,2%
Apothekers-biologen	2	0,2%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	91	10,1%
ROB	8	0,9%
RVT	3	0,3%
Erkende laboratoria	2	0,2%
Verzekerden	45	5,0%
Andere	67	7,5%
Totaal	897	100%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

RESULTATEN VAN DE ENQUÊTES

Tabel 3 - Resultaten van de enquêtes afgesloten in 2011		
Types dossiers	Aantal dossiers	% dossiers
Informatief	26	2,6%
Negatief	212	21,2%
Zonder gevolg DGEC maar met actie voor derden	91	9,1%
Waarschuwing	162	16,2%
Waarschuwing met vrijwillige terugbetaling	334	33,4%
Te vervolgen	176	17,6%
Totaal	1.000	100%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie "**informatief**" bevat de dossiers die, na verhoor van de klager en/of de zorgverlener, zijn afgesloten zonder dat er een inbreuk is vastgesteld.
- De categorie "**negatief**" bevat die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek niet gegrond bleken.
- De categorie "**zonder gevolg DGEC maar met actie voor derden**" bevat alle vaststellingen gedaan voor derden die doorgestuurd zijn naar andere instellingen (bijv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren).

- De categorieën “**waarschuwing**” en “**waarschuwing met vrijwillige terugbetaling**” bevatten die gevallen waar de zorgverlener bij vergissing, maar te goeder trouw, verstrekkingen ten onrechte aanrekende. In die gevallen wordt er geen procedure bij de administratieve rechtsinstanties ingeleid maar wel een waarschuwing gestuurd, waarbij de zorgverleners de onverschuldigde bedragen, als die er zijn, vrijwillig terugbetalen.

Tabel 4 - Vrijwillige terugbetalingen - Enquêtes afgesloten in 2011		
Types betrokkenen	Vrijwillige terugbetalingen (EUR)	%
Huisartsen	87.187,90	3,24%
Geneesheren-specialisten	511.214,16	18,97%
Apothekers	88.526,93	3,29%
Tandheelkundigen	25.474,17	0,95%
Verpleegkundigen	284.133,68	10,55%
Kinesitherapeuten	288.292,67	10,70%
Logopedisten	154,69	0,01%
Orthesisten	7.782,78	0,29%
Bandagisten	6.962,73	0,26%
Prothesisten	297.429,45	11,04%
Gehoorthesisten	21.000,00	0,78%
Apothekers-biologen	488.481,02	18,13%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	393.958,49	14,62%
Andere	193.653,69	7,19%
Totaal	2.694.252,36	100%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie “**te vervolgen**” bevat de dossiers die werden ingediend bij een van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen. De statistische gegevens daarvan komen aan bod in het volgende punt.

PROCEDURES

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

○ Het Comité DGEC

De dossiers betreffende overconsumptie of overdreven voorschrijven van verstrekkingen worden aan het Comité van de DGEC voorgelegd, dat kan beslissen om een dossier af te sluiten zonder gevolg, om het af te sluiten met een waarschuwing, of om het aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg (KEA - zie verder). In 2011 zijn er twee dossiers voorgelegd aan het Comité. Ze zijn allebei doorgestuurd naar de KEA.

○ De Leidend ambtenaar van de DGEC

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

De L.A. kan op basis van die vaststellingen:

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

Drie cumulatieve voorwaarden beperken deze bevoegdheid.

- De L.A. behandelt slechts die zaken waarvan 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.

Types betrokkenen	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	4	12.121,09	6.348,64	3.487,75
Geneesheren-specialisten	9	60.492,48	22.058,89	6.915,98
Apothekers	5	37.875,96	49.158,65	4.272,28
Tandheekkundigen	9	42.696,84	11.275,53	6.200,51
Verpleegkundigen	69	343.659,38	85.958,51	88.692,28
Kinesitherapeuten	3	31.598,75	17.014,99	4.775,35
Orthopedisten	1	809,73	0,00	0,00
Gehoorthesisten	1	15.940,25	7.970,12	0,00
ROB	1	11.448,45	7.224,22	0,00
Anderen	2	14.061,60	6.676,19	1.787,21
Totaal	104	570.704,53	213.685,73	116.131,36


Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de L.A. bij de Kamer van eerste aanleg (KEA).

Aantal beslissingen van de L.A.	Aantal beroepen bij de KEA	%
104	46 (waarvan 36 verpleegkundigen)	44


Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

○ De Kamer van eerste aanleg

 De **Kamer van eerste aanleg (KEA)** is een administratief rechtscollege, voorgezeten door een magistraat van de rechterlijke orde die bijgestaan wordt door vier leden benoemd door de koning: twee leden op voordracht van de verzekeringsinstellingen, en twee leden op voordracht van de verschillende beroeps categorieën.

De Kamer van eerste aanleg (KEA) doet de volgende uitspraken:

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

 De beslissing van de KEA over een dossier is niet gebonden aan het kalenderjaar waarin er beroep is aangetekend. Het totale aantal beslissingen in de loop van een bepaald jaar kan dus hoger of lager zijn dan het totale aantal dossiers waarin er gedurende dat jaar beroep is aangetekend.

Tabel 7 - Beslissingen van de KEA in 2011, als beroepsinstantie tegen de beslissingen van de L.A.

Types betrokkenen	Aantal beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	2	19.842,71	23.125,09	6.638,97
Geneesheren-specialisten	4	48.084,37	4.161,97	26.486,64
Apothekers	4	47.503,46	36.843,20	41.070,90
Tandheelkundigen	5	55.229,88	25.969,50	0,00
Verpleegkundigen	6	31.290,38	7.519,83	7.184,10
Kinesitherapeuten	1	0,00	0,00	0,00
Anderen	1	4.608,94	0,00	0,00
Totaal	23	206.559,74	97.619,58	81.380,60

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- Uitspraken in eerste aanleg, in alle zaken die niet tot de bevoegdheid van de L.A. behoren. Net zoals de L.A. kan de KEA:
 - de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de ziekteverzekering
 - en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Tabel 8 - Beslissingen van de KEA in 2011, in eerste aanleg

Types betrokkenen	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	3	122.208,49	39.933,88	39.933,88
Geneesheren-specialisten	16	667.001,25	24.847,47	77.909,73
Apothekers	12	395.026,06	509.547,76	58.399,16
Tandheelkundigen	4	149.578,25	13.716,17	13.715,86
Verpleegkundigen	23	1.610.882,37	725.751,17	31.508,13
Kinesitherapeuten	1	14.481,17	21.034,20	0,00
Bandagisten	3	203.593,76	16.721,55	0,00
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	4	1.094.347,55	0,00	0,00
Totaal	66	4.257.118,90	1.351.552,19	221.466,75

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de KEA bij de Kamer van beroep (KvB).

Tabel 9 - Beroep bij de KvB tegen de beslissingen van de KEA in 2011


Aantal beslissingen KEA	Aantal beroepen bij de KvB	
	Door de zorgverlener	Door DGEC
89	24 (waarvan 10 verpleegkundigen) 27%	2 2%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

o De Kamer van beroep

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

De KvB spreekt zich uit over de beroepen ingesteld tegen de beslissingen van de KEA.

 De beslissing van de KvB over een dossier is niet gebonden aan het kalenderjaar waarin er beroep is aangetekend. Het totale aantal beslissingen in de loop van een bepaald jaar kan dus hoger of lager zijn dan het totale aantal dossiers waarin er gedurende dat jaar beroep is aangetekend.


Tabel 10 - Beslissingen van de KvB in 2011

Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	3	18.724,31	30.719,99	0
Geneesheren-specialist	5	56.210,91	0	0
Apothekers	3	45.952,74	69.186,78	0
Tandheekkundigen	1	410,46	0,00	0,00
Verpleegkundigen	13	136.892,61	12.443,44	2.425,78
Bandagisten	1	19.556,28	9.778,14	9.778,16
Totaal	26	277.747,31	122.128,35	12.203,94

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

RECHTSPRAAK

Het RIZIV publiceert op zijn website de definitieve beslissingen (geanonimiseerd) van de L.A., de KEA en de KvB.

 Meer info staat op de website het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners > Algemene info > Rechtspraak van de bestuurlijke en jurisdictionele instanties bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

IV. Statistieken van de administratieve controle

De Dienst voor administratieve controle (DAC) moet erop toezien dat de zeven verzekeringsinstellingen¹ (V.I.) en meer specifiek de ziekenfondsen die zij overkoepelen, de wettelijke en reglementaire bepalingen naleven.

@ Een overzicht van de ziekenfondsen staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be > rubriek Burger > De ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

De opdrachten van de DAC zijn de volgende:

- de ziekenfondsen informeren, adviseren en controleren met betrekking tot de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) en de gelijke behandeling van de sociaal verzekerden
- niet-naleving van de regels door de ziekenfondsen, door sommige zorgverleners of door verzekerden (onder meer sociale fraude) trachten te voorkomen en indien nodig bestraffen
- beheren van, toezicht houden op en controleren van de goede uitvoering van de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming en het Omnio-statuut, in samenwerking met de ziekenfondsen, de Federale overheidsdienst financiën en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, om ervoor te zorgen dat het recht op die 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.

Hierna volgen, voor de jaren 2009, 2010 en 2011, 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 6^e Deel, V.

@ Meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de DAC staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV.

¹ De zeven verzekeringsinstellingen zijn:
 - LCM : Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
 - LNZ : Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
 - NVSM : Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
 - LLM : Landsbond van Liberale Mutualiteiten
 - MLOZ : Mutualités Libres – Onafhankelijke ziekenfondsen
 - HZIV : Hulpkas voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering
 - NMBS-Holding : Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding



De bestuursovereenkomst tussen de staat en het RIZIV legt jaarlijks minimaal twee themacontroles op, waardoor het RIZIV zijn preventierol, door middel van feedback en advies, continu kan vervullen.

1. Themacontroles

De inspectie van het RIZIV is geëvolueerd van een op individuele dossiers gebaseerde controlefilosofie naar meer themagerichte controles.

abc **Themacontroles** zijn centraal aangestuurde controles over één bepaald segment van de GVV-verzekering. Het doel ervan is de interne controleprocedures van de ziekenfondsen te analyseren. De bijzondere nadruk ligt bij de themacontroles op de eenvormigheid waarmee de ziekenfondsen de sociaal verzekerden behandelen.

Het aandeel van de themacontroles binnen het controleprogramma is momenteel ongeveer 40%.

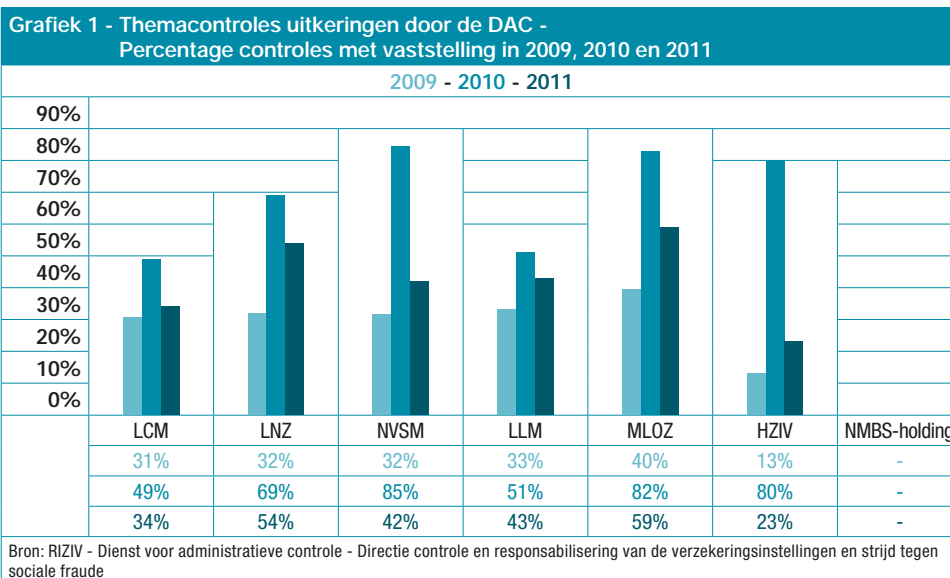
De doelgroep van de controles verschilt van themacontrole tot themacontrole. Het aantal aangesloten leden per ziekenfonds is bijgevolg niet het enige criterium voor het organiseren van de controles.

De aanpak van elke themacontrole is volledig gedocumenteerd: per themacontrole is er een syllabus opgesteld die het thema toelicht, de aanpak en methodologie beschrijft, een gestandaardiseerde vragenlijst en typerapporten bevat, enz. Een dergelijke aanpak waarborgt een gelijke behandeling van alle dossiers.

Controles kunnen resulteren in vaststellingen. Is er geen vaststelling, dan wordt het gecontroleerde dossier als correct beschouwd.

abc **Vaststellingen** zijn terugvorderingen, bijbetalingen, sancties of opmerkingen die resulteren uit een controle.

Op het einde van elke themacontrole wordt een analyseverslag opgemaakt en bezorgd aan de beheersorganen van het RIZIV en de verschillende actoren van de verzekering (V.I., voogdijminister, sociale partners, enz.). Elk verslag stelt de methodologie en de resultaten van de controle voor en bevat aanbevelingen om de praktische werking van de V.I. te verbeteren.

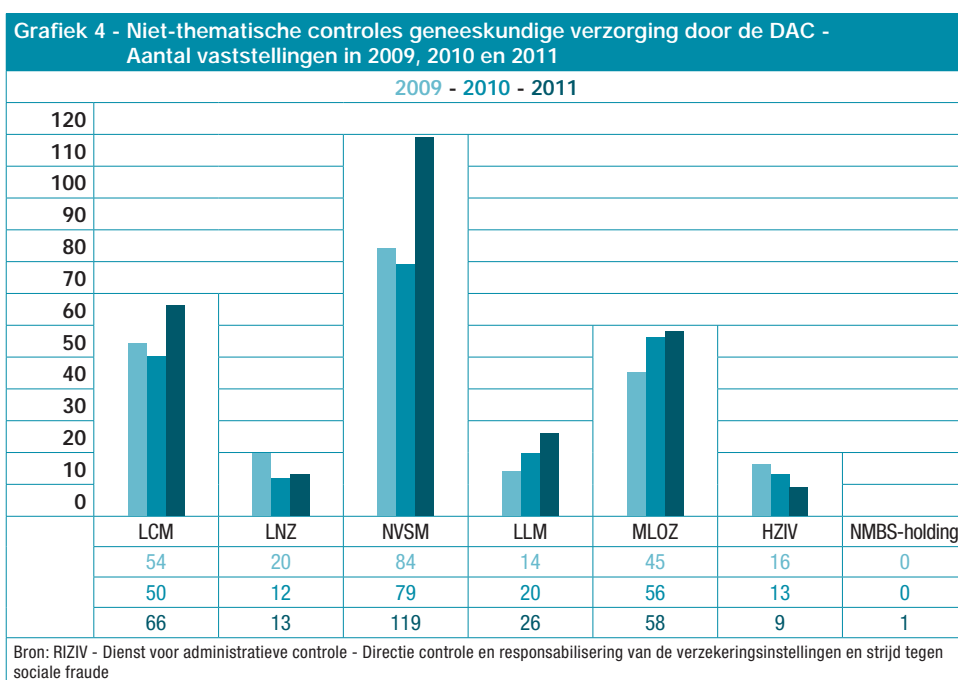
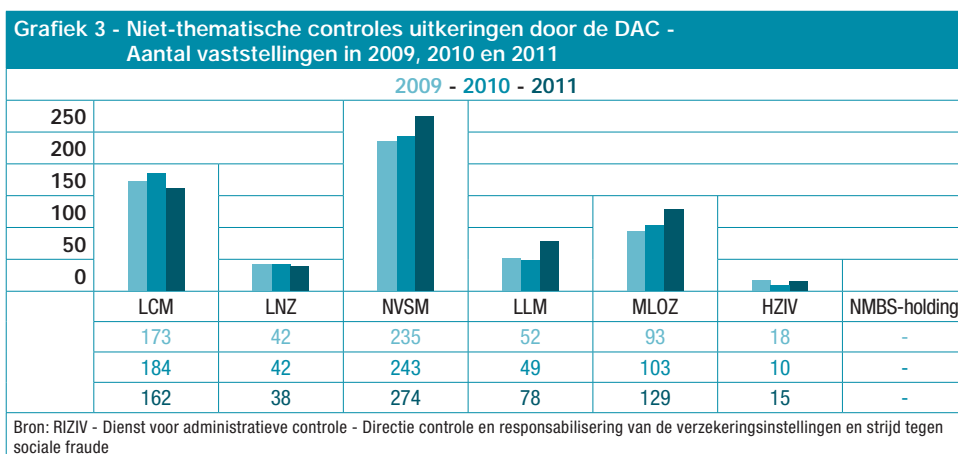


2. Niet-thematische controles

Naast de systematische themacontroles voert de DAC ook nog heel wat bijkomende controles uit ("niet-thematische controles"):

- controles met betrekking tot de uitkeringsverzekering
- controles met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging

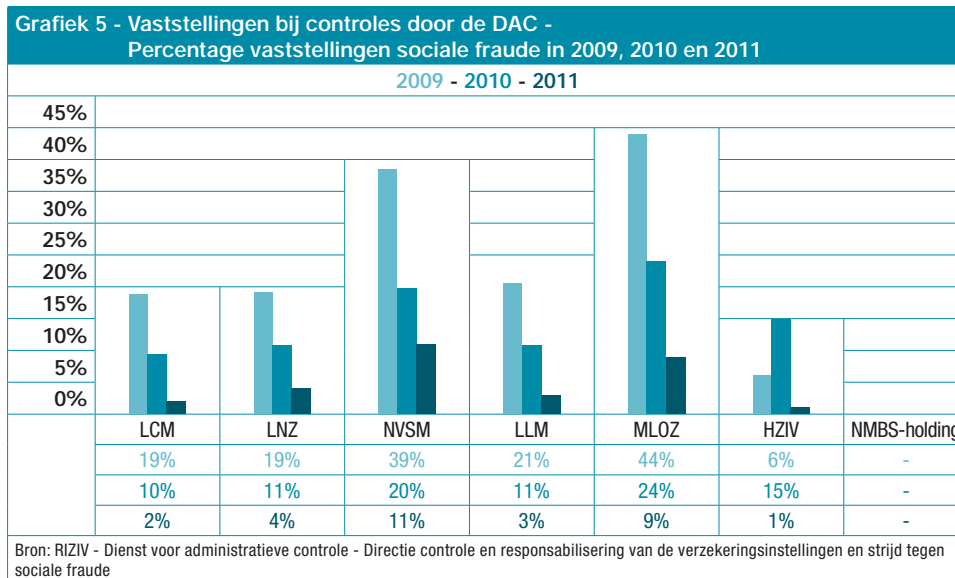
De oorsprong van die controles is divers: ze kunnen gebeuren op vraag van derden, in antwoord op klachten of vragen van arbeidsauditeurs, op aangeven van andere diensten van het RIZIV, van kabinetten of van andere sociale instellingen, enz. De nadruk bij deze controles ligt vaak op het geven van informatie.



3. Strijd tegen sociale fraude

De strijd tegen sociale fraude is essentieel voor de DAC. De dienst spoort meer bepaald het volgende op:

- niet-toegelaten cumulatie van GVV-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 GVV-uitkeringen en aan de RSZ aangegeven prestaties op te sporen. Dit om meer te werken aan de opsporing en bestrijding van fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid en om jaarlijks een rapport over de fraudebestrijding op te stellen.

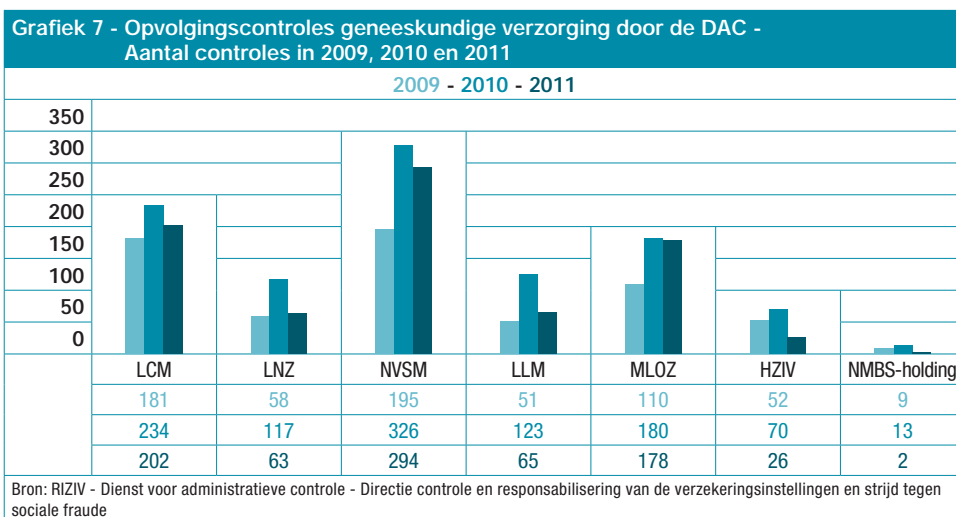
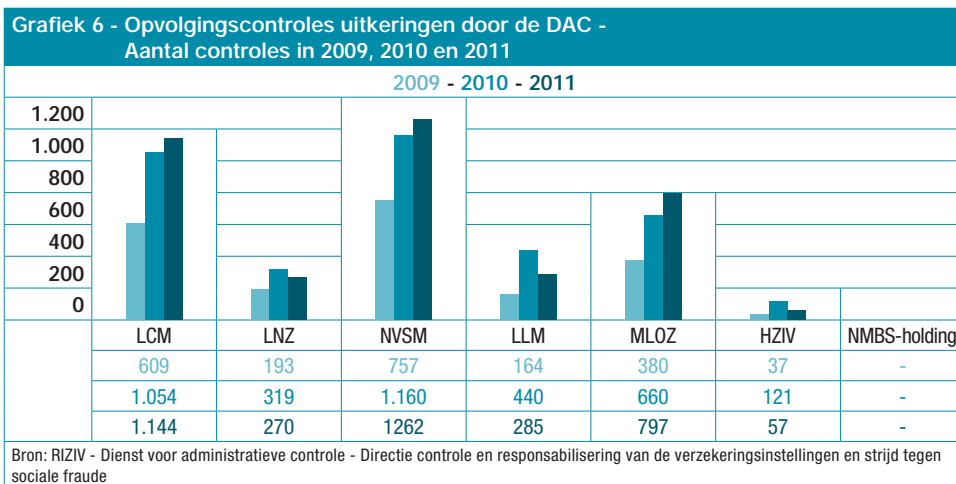
! Deze themacontrole richt zich hoofdzakelijk op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid voor werknemers en zelfstandigen. Personeelsleden van de NMBS zijn statutair benoemde ambtenaren, die niet onder die stelsels vallen. De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding komt bijgevolg niet in aanmerking voor deze controle.

4. Opgvolgingscontroles

De DAC voert opvolgingscontroles uit voor alle dossiers waarin vaststellingen zijn gedaan.

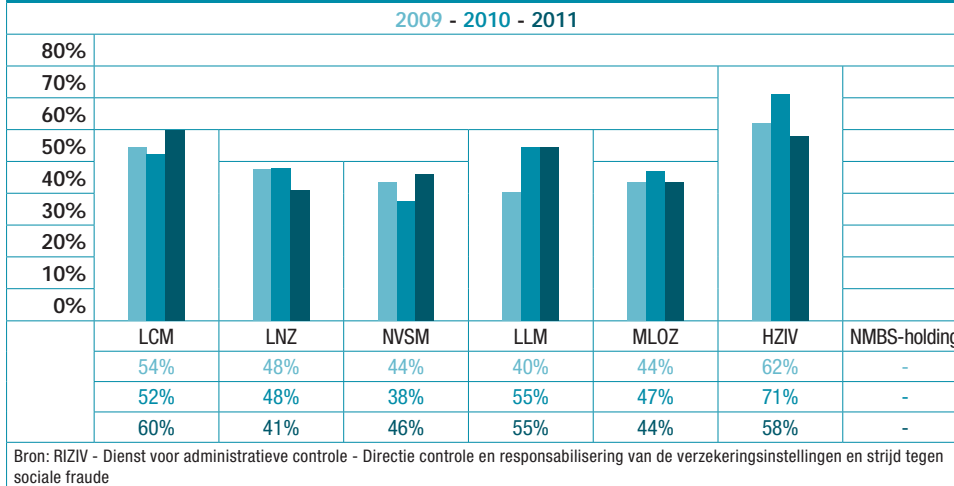
Er zijn dus opvolgingscontroles met betrekking tot:

- de uitkeringsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging
- de themacontroles en de niet-thematische controles.

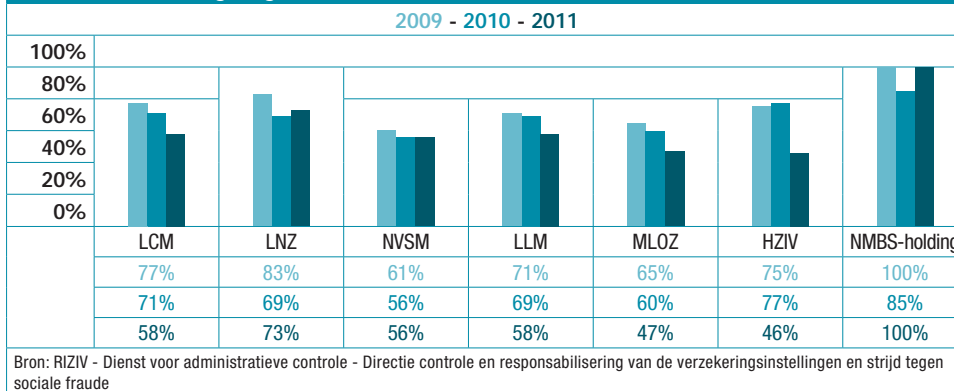


Ook een opvolgingscontrole resulteert mogelijk nog in een vaststelling. Is dat niet het geval, dan is de gecontroleerde situatie ondertussen correct en wordt het dossier in kwestie afgesloten.

Grafiek 8 - Opvolgingscontroles uitkeringen door de DAC - Percentage afgesloten dossiers in 2009, 2010 en 2011



Grafiek 9 - Opvolgingscontroles geneeskundige verzorging door de DAC - Percentage afgesloten dossiers in 2009, 2010 en 2011



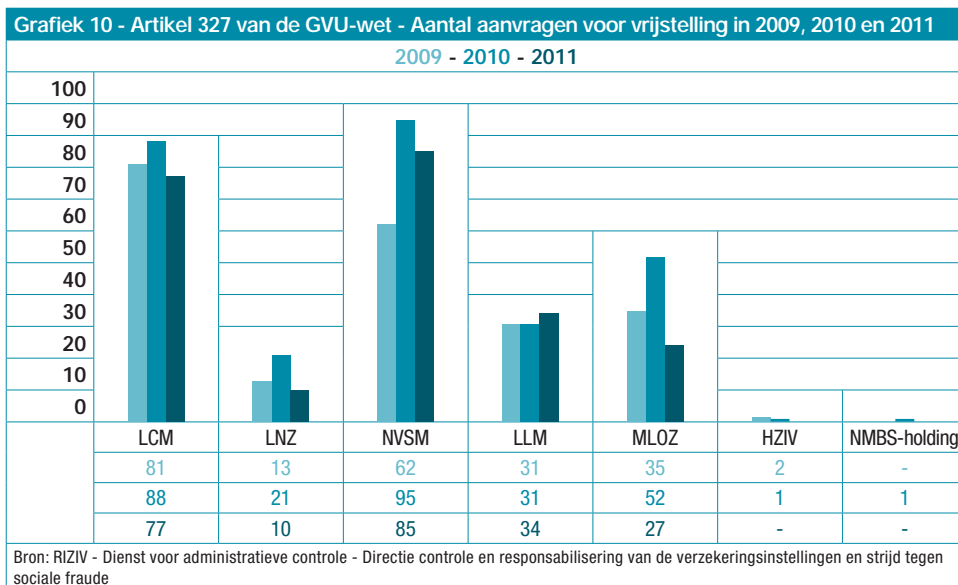
5. Terugvordering

Als de V.I. er niet in slagen om niet-verschuldigde prestaties van sociaal verzekerden terug te vorderen (zie ook III.1: themacontrole artikel 195) binnen de wettelijk voorziene termijn, dan moeten zij het resterend saldo boeken ten laste van hun eigen administratiekosten.

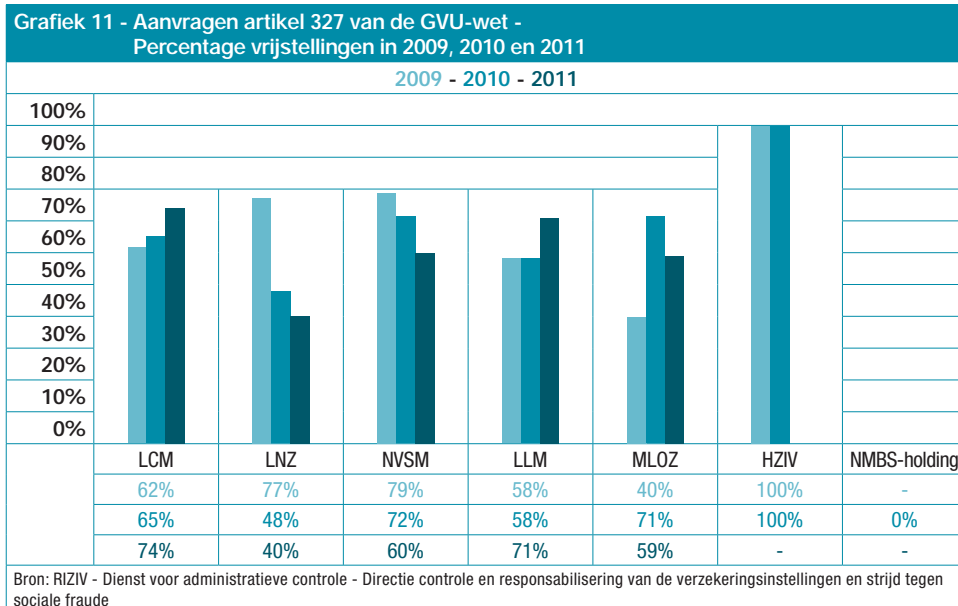
De V.I. kunnen wel vrijstelling daarvan aanvragen bij de leidend ambtenaar van de DAC.

Vrijstelling is alleszins niet mogelijk in een van de volgende 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.



! De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding heeft voor 2009 geen aanvragen ingediend voor de toepassing van artikel 327 van de GvU-wet.



V. Statistieken van de sociaal verzekerden

Dit deel geeft de evoluties van de personen die recht hebben op prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (sociaal verzekerden), volgens regeling en volgens verzekeringsinstelling (V.I.).

De gegevens in dit deel zijn gebaseerd op de bestanden van de leden van de ziekenfondsen (ook "ledentallen" genoemd). De V.I. bezorgen deze bestanden twee keer per jaar aan de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. De gegevens hebben betrekking op de situatie op 30 juni en 31 december van het betrokken jaar.

Sociaal verzekerden kunnen recht hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging en/of de uitkeringsverzekering. De **verzekering voor geneeskundige verzorging** komt tegemoet in de kosten voor verzorging door individuele zorgverleners of door verzorgingsinstellingen. De **uitkeringsverzekering** kent een inkomensvervangende uitkering toe aan wie door arbeidsongeschiktheid, moederschap, vaderschap of adoptie geen arbeidsactiviteiten uitoefent.

De verzekering voor geneeskundige verzorging kent 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 descendentes.

Vanaf 1993 onderscheiden we naast de rechthebbenden een categorie van niet-verzekerde rechthebbenden.



De **niet-verzekerde rechthebbenden** zijn personen die niet langer de voorwaarden vervullen om recht te hebben op prestaties.

Bijvoorbeeld omdat ze weigerden de verschuldigde persoonlijke bijdrage te betalen wanneer er bijdragegegevens met een onvoldoende waarde aan het ziekenfonds werden bezorgd. Deze personen zijn dus nog wel lid van een ziekenfonds, maar verloren hun recht op prestaties, m.a.w. hun hoedanigheid van rechthebbende.

1. Evolutie volgens regeling

Tot eind 2007 vielen de rechthebbenden onder twee regelingen, met een verschillend niveau van tegemoetkomingen en uitkeringen:

- de **algemene regeling**, gegroeid uit een verzekering die oorspronkelijk georganiseerd werd voor personen die zich als werknemer op de arbeidsmarkt bevonden of die zich door werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of pensionering niet langer op de arbeidsmarkt bevonden, en die naderhand uitgebreid werd naar andere bevolkingslagen
- de **regeling voor de zelfstandigen** en de leden van de kloostergemeenschappen.

Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging is dit onderscheid tussen de regelingen vanaf 1 januari 2008 verdwenen. Vanaf die datum hebben zelfstandigen (en leden van een kloostergemeenschap) dezelfde rechten inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging als de andere groepen van de bevolking en bestaat er dus maar één stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging.



Het volgende geldt wel nog.

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

Wat de uitkeringsverzekering betreft, bestaat er nog steeds zowel een formeel als inhoudelijk onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen.

a. Algemene regeling

Tabel 1 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de algemene regeling en het aantal niet-verzekerde rechthebbenden.

Tabel 1 - Het aantal rechthebbenden van de algemene regeling - Stand op 30 juni							
Categorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gerechtigden (1)							
PUG + Overh.pers. & gelijkgest.	4.099.222	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436
Invaliden	202.740	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017
Mindervaliden	67.423	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872
Weduwen, weduwnaars en wezen	365.524	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064
Gepensioneerden	1.230.194	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639
Personen ingeschreven in het Rijksregister (*)	175.299	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317
Totaal (1)	6.140.402	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	758.930	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636
Ascendenten	13.369	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882
Descendenten	2.456.723	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285
Totaal (2)	3.229.022	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803
Rechthebbenden (1+2)	9.369.424	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148
Niet-verzekerde gerechtigden (**)	62.470	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620
(*) t.e.m. 1998: niet-beschermden personen							
(**) t.e.m. 1993: bij de rechthebbenden							
Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens							

De verschillende categorieën van gerechtigden van de algemene regeling zijn de volgende:

- **primaire uitkeringsgerechtigden (PUG):** actieve werknemers, werknemers in primaire arbeidsongeschiktheid, werknemers in moederschapsrust, gecontroleerde werklozen, studenten hoger onderwijs en werknemers in de voortgezette verzekering
- **invaliden:** verzekerden die na een éénjarige primaire arbeidsongeschiktheidsperiode verder als arbeidsongeschikt zijn erkend

- **mindervaliden**: verzekerden die, zonder recht te hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, ongeschikt zijn erkend in het kader van ofwel de reglementering omtrent de tegemoetkomingen voor personen met een handicap ofwel de kinderbijslagregeling
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van gerechtigden
- **gepensioneerden**: alle personen die recht hebben op een rustpensioen, een vervroegd pensioen of een als dusdanig geldend voordeel
- **personen ingeschreven in het rijksregister van de natuurlijke personen**: personen die in België hun legale hoofdverblijfplaats hebben en niet onderworpen zijn aan een buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging of een specifieke Belgische ziekteverzekering, zoals bijvoorbeeld de Hulp- en verzorgingskas voor zeevarenden. Voor de ledentallen is een persoon slechts opgenomen in deze categorie als hij niet in een andere categorie kan 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	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gerechtigden (1)							
PUG	496.039	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671
Invaliden	16.069	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667
Gepensioneerden	83.811	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937
Weduwen, weduwnaars en wezen	32.529	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965
Starters			36.349				
IGO (Inkomens garantie voor ouderen)			9.400				
Mindervaliden				6.632	3.945	5.421	5.363
Totaal (1)	628.448	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	146.656	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614
Ascendenten	1.039	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865
Descendenten	203.378	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133
Totaal (2)	351.073	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612
Rechthebbenden (1+2)	979.521	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215
Kloostergemeenschappen	4.084	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993

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

De verschillende categorieën van gerechtigden zijn:

- **primaire uitkeringsgerechtigde zelfstandigen (PUG) en helpers**: actieve zelfstandigen/helpers en zelfstandigen/helpers in primaire arbeidsongeschiktheid of moederschaprust
- **invaliden**: verzekerden die arbeidsongeschikt erkend bleven na de periode van primaire ongeschiktheid en die voldoen aan de voorwaarden inzake invaliditeit vastgesteld door het koninklijk besluit van 20 juli 1971

- **gepensioneerden**: alle zelfstandigen die recht hebben op een rustpensioen als zelfstandige
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van zelfstandige gerechtigden waarvan de echtgeno(o)t(e) gedurende minstens één jaar een beroepsactiviteit als zelfstandige heeft uitgeoefend
- **“starters” en rechthebbenden van de “inkomensgarantie voor ouderen (IGO)”**:
Van 1 juli 2006 tot 31 december 2007 hadden de “startende zelfstandigen” en de “zelfstandigen met IGO” al recht op tegemoetkoming van zowel grote als kleine risico’s. Tijdens deze periode was het mogelijk om ze als aparte categorieën te onderscheiden in de ledentallenbestanden. Omdat vanaf 1 januari 2008 alle verzekerde zelfstandigen recht hebben op grote en kleine risico’s, zijn de startende zelfstandigen en zelfstandigen met IGO vanaf dit moment opgenomen bij respectievelijk de primaire uitkeringsgerechtigden en de gepensioneerden (zonder aparte vermelding)
- **mindervalide zelfstandigen**: al de mindervalide gerechtigden waarvoor er nog een band kan worden aangeduid met een hoedanigheid van zelfstandige
- leden van de **kloostergemeenschappen**.

2. Evolutie volgens verzekeringsinstelling

Hieronder vindt u grafieken en tabellen over de verdeling van de sociaal verzekerden per verzekeringsinstelling (V.I.).

Grafiek 1 geeft de verdeling van de leden volgens V.I. op 30 juni 2011 voor de algemene regeling en grafiek 2 geeft de verdeling voor de zelfstandigen.

LCM	41,66%	
LNM	4,28%	
NVSM	29,56%	
LLM	5,22%	
LOZ	17,36%	
HZIV	0,75%	
NMBS-Holding	1,16%	

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

LCM	44,03%	
LNM	5,19%	
NVSM	15,07%	
LLM	6,82%	
LOZ	28,58%	
HZIV	0,31%	

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

Tabel 3 geeft de evolutie van het aantal rechthebbenden per V.I. op 30 juni voor de jaren 2000 t.e.m. 2011 in de algemene regeling (exclusief de niet-verzekerde rechthebbenden).

Tabel 4 geeft de evolutie voor de regeling van de zelfstandigen.

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

Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
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
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16

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

Tabel 4 - Regeling zelfstandigen met één activiteit - Evolutie van de rechthebbenden per V.I. op 30 juni (in%)

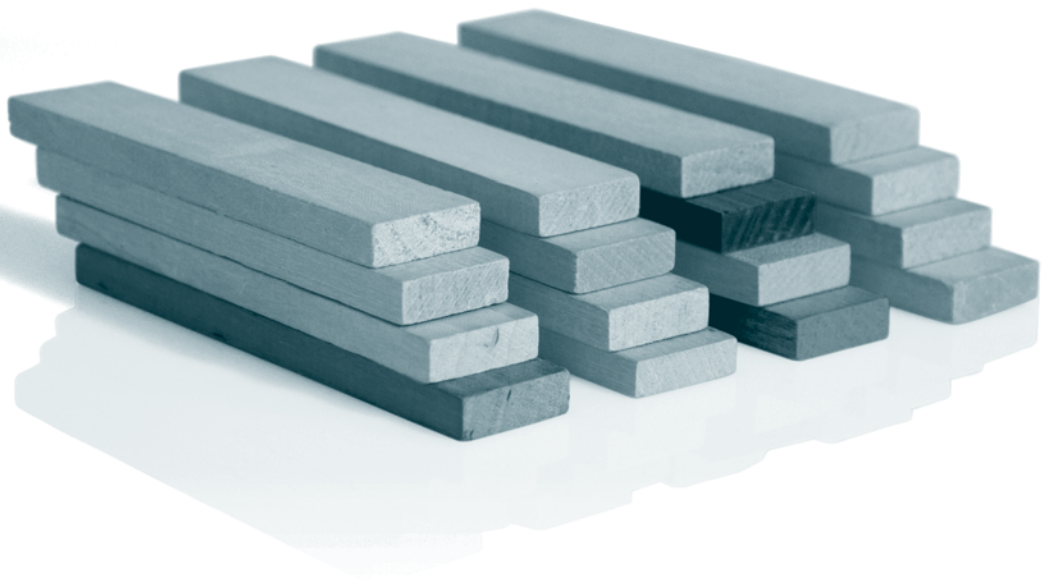
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV
1999	48,84	5,44	13,82	8,22	23,35	0,34
2000	48,76	5,35	13,97	8,13	23,47	0,33
2001	48,50	5,32	14,19	8,03	23,64	0,32
2002	48,26	5,31	14,21	7,96	23,95	0,32
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29	0,31
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62	0,30
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46	0,30
2006	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
2011	44,03	5,19	15,07	6,82	28,58	0,31

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

Tabel 5 - Niet verzekerde rechthebbenden - Evolutie per V.I. op 30 juni (in %)

Année	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
2011	15,429 mm	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16

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



7^e Deel
Het RIZIV in de praktijk

I. Adressen van de burelen van het RIZIV

1. De hoofdzetel

De hoofdzetel van het RIZIV bevindt zich aan de Tervurenlaan 211, in 1150 Brussel.

Tel.: 02 739 71 11
Fax: 02 739 72 91



E-mail: bib@riziv.fgov.be of communication@riziv.fgov.be
Website: www.riziv.be

2. De provinciale diensten van de Dienst uitkeringen en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

De provinciale diensten van de Dienst 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
Tél.: 03 201 45 50
Fax: 03 232 81 55
E-mail: antwerpen.dgc@riziv.fgov.be

Brussel Hoofdstedelijk Gewest

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél.: 02 739 79 88
Fax: 02 739 79 67
E-mail: brxlcapital.scm@inami.fgov.be

Waals Brabant

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél.: 02 739 79 92
Fax: 02 739 79 67
E-mail: brabantwallon.scm@inami.fgov.be

Henegouwen

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tél.: 065 35 42 37
Fax: 065 35 50 21

Avenue Marius Meurée 94

6001 Marcinelle
Tél.: 071 60 06 60
Fax: 071 60 06 70
E-mail: charleroi.scm@inami.fgov.be

Rue des Choraux 29

7500 Tournai
Tél.: 069 22 61 00
069 45 29 70
Fax: 069 84 17 28

Limburg

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tél.: 011 45 77 00
Fax: 011 23 32 87
E-mail: hasselt.dgc@riziv.fgov.be

Luik

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tél.: 04 229 20 40
Fax: 04 229 20 99
E-mail: liege.scm@inami.fgov.be

Place Verte 23

1^{er} étage
4800 Verviers
Tél.: 087 35 48 22
Fax: 087 35 48 92
E-mail: verviers.scm@inami.fgov.be

Luxemburg

Rue des Déportés 50
1^{er} étage
6700 Arlon
Tél.: 063 22 05 98
Fax: 063 23 05 99
E-mail: arlon.scm@inami.fgov.be

Namen

Avenue Jean Materne 115-117
5100 Jambes
Tél.: 081 58 53 20
Fax: 081 74 30 57
E-mail: namur.scm@inami.fgov.be

Oost-Vlaanderen

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tél.: 09 321 80 10
Fax: 09 225 30 88
E-mail: gent.dgc@riziv.fgov.be

Vlaams Brabant

Martelarenlaan 38 bus 2
6010 Kessel-Lo
Tél.: 016 39 26 00
Fax: 016 39 26 39
E-mail: vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be


West-Vlaanderen

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tél.: 050 39 04 10
Fax: 050 39 22 91
E-mail: brugge.secr@riziv.fgov.be

II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012 (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 GVO-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 31,00
 Bijwerkingen in 2012 15,00
 Basistekst¹ + bijwerkingen in 2012 Losbladig 46,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 9,00
 Bijwerkingen in 2012 10,00
 Basistekst¹ + bijwerkingen in 2012 Losbladig 19,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 4,00
 Bijwerkingen in 2012 6,00
 Basistekst¹ + bijwerkingen in 2012 Losbladig 10,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 8,00
 Bijwerkingen in 2012 7,00
 Basistekst¹ + bijwerkingen in 2012 Losbladig 15,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure 34,00
 Bijwerkingen in 2012 15,00
 Basistekst¹ + bijwerkingen in 2012 Losbladig 49,00

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.....	5,00
Bijwerkingen in 2012.....	6,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2012.....	Losbladig..... 11,00

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

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2012.....	Losbladig..... 145,00
Bijwerkingen in 2012.....	35,00

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

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2012.....	Losbladig..... 72,00
Bijwerkingen in 2012.....	26,00

@ 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 2012.....	Losbladig..... 60,00
Bijwerkingen in 2012.....	40,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2012.....	Losbladig..... 45,00
Bijwerkingen in 2012.....	8,00

@ De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV, www.riziv.be, toegang vanaf de onthaalpagina.

¹ Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen (V.I.)

De omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. meedeelt	
Per blad	0,12
Abonnement ¹	provisie van 50,00
Index 1964-2008:	Brochure 20,00
	cd-rom..... 5,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering GVU	
Basistekst ² + bijwerkingen in 2012	Losbladig..... 48,00
Bijwerkingen in 2012.....	gratis

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV

Enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

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

Brochure..... gratis

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

Folder

d. Bijzonder solidariteitsfonds (zolang de voorraad strekt)

Folder


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

Uitgave april 2012

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten..... gratis

g. Evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)


Boek door J. Engels (449 blz.)..... 12,50

 De publicaties vermeld onder 5 (a tot d) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV, www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

De contactgegevens van de ziekenfondsen die in het Repertorium zijn opgenomen zijn ook beschikbaar op de website, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen.

¹ De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2012.

² Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

 Voor inlichtingen 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 IBAN: BE84 6790 2621 5359
- BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

III. Studies en onderzoek

1. Acties en coördinatie in het kader van de strijd tegen de sociale fraude

De socialezekerheidssystemen worden sinds de creatie ervan met fraude geconfronteerd. Het massale en schadelijke karakter van die fraude heeft de socialezekerheidsinstellingen ertoe aanzet het debat te openen, de houding tegenover de sociale fraude te wijzigen en dit fenomeen tegen te gaan.

Zo heeft het RIZIV zich verbonden tot een ambitieus programma ter bestrijding van de fraude:

- gebruik maken van nieuwe technieken zoals data matching
- de coördinatie van de repressieve acties verbeteren
- de ziekenfondsen betrekken bij de acties die in het kader van de audits worden ondernomen om de fraude op te sporen en te bestraffen
- de samenwerking met andere, Belgische en buitenlandse, socialezekerheidsinstellingen uitbreiden.

Deze studie is aan dat thema gewijd. De studie maakt een inventaris op van de maatregelen die de laatste jaren zijn genomen en beschrijft de gecreëerde organen en instrumenten. Zij omvat een ontleding van de overtredingen tegen de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en een uiteenzetting van de grote lijnen van de bestrijding, met name de terugvordering van de onverschuldigde bedragen en de sancties voor de rechthebbenden.

In een 1^e fase hebben de socialezekerheidsinstellingen mechanismen voor de opsporing van de fraude en voor de rechtzetting ervan ingevoerd. De studie benadrukt dus vooral die aspecten. De auteurs ervan onderstrepen echter dat preventie in een veel vroegere fase nodig is. Dat kan door de informatie te verbeteren en de gerechtigde op een sociale uitkering op zijn verantwoordelijkheid te wijzen.

2. De vreemdeling als gerechtigde binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

In artikel 32, 1^e lid, 15^o van de wet betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) wordt in het kader van de toegankelijkheid van de verzekering voor geneeskundige verzorging verwezen naar de vreemdelingen die aanwezig zijn op het Belgisch grondgebied. Dat artikel 32 is ingevoerd bij koninklijk besluit van 25 april 1997 en al snel zijn een aantal moeilijkheden gerezen.

Eenzijds meldt de Dienst vreemdelingenzaken dat de wetsbepaling gebreken vertoont en dit slechts enkele maanden na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad.

Anderzijds is de vreemdelingenwetgeving sinds de invoering van artikel 32 grondig gewijzigd.

Rekening houdend met die vele wijzigingen wordt in de studie onderzocht welke vreemdelingen gerechtigde residenten zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De studie besluit met de noodzaak tot aanpassen van de tekst van artikel 32 betreffende de vreemdelingen aanwezig op Belgisch grondgebied.

3. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden- loontrekkenden

De laatste jaren zijn de uitgaven voor invaliditeit sterk gestegen, niet in het minst doordat het aantal invaliden zelf ook is gestegen. De nota "Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden- loontrekkenden" is gewijd aan deze thematiek.

De nota geeft een antwoord op de volgende vragen:

- Hoe verhoudt het aantal invaliden zich, voor de periode 1989-2009, ten opzichte van enkele macro-economische populaties, zoals de totale bevolking en de groep uitkeringsgerechtigden?
- In welke mate evolueren deze populaties ten opzichte van elkaar (bekeken aan de hand van de zogenaamde "participatiegraad" en "invaliditeitsgraad")?
- Wat is de invloed van de verschuivingen in de verhouding van de verschillende leeftijdscategorieën?

Verder is er een bespreking van enkele specifieke aspecten van invaliditeit, bv. de intredes, de uitredes, de duur in invaliditeit en de evoluties qua ziektegroepen.

Tot slot tracht de nota om, op basis van de gegevens voor het verleden, een projectie te maken van het toekomstige verloop van het aantal invaliden.

4. Seminarie "Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate" (25 november 2011)

De lidstaten van de Europese Unie (E.U.) moeten bij het organiseren van een universele bescherming in de gezondheidszorg rekening houden met een context van stijgende uitgaven als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de technologische ontwikkelingen en de hogere verwachtingen van de patiënten. Bovendien heeft de financiële en economische crisis zich vertaald in aanzienlijke budgettaire beperkingen op het vlak van de overheidsuitgaven. De performantie van de gezondheidszorgsystemen moet bijgevolg verbeteren, onder meer door de kosteneffectiviteit van de geneeskundige verstrekkingen te verhogen.

De Raad van de E.U. vraagt dat de performantie van de gezondheidszorgsystemen nauwgezetter wordt gecontroleerd en geëvalueerd en roept op tot een intelligente en verantwoorde innovatie om de universele toegang tot en gelijkheid in de gezondheidszorg te verzekeren in minder gunstige begrotingsomstandigheden.

In het kader van het seminarie "Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate" is ingegaan op de ervaringen van de verschillende lidstaten met de modernisering van hun gezondheidszorgsystemen en de verhoging van hun performantie in een context van almaar zwaardere budgettaire bezuinigingen. Het seminarie had tot doel de gemeenschappelijke punten en de verschillen tussen de diverse hervormingen van de gezondheidszorgsystemen te analyseren en op zoek te gaan naar de goede praktijken die worden toegepast om de performantie op het vlak van de consumptie en de verstrekking van gezondheidszorg te verbeteren.

5. De bijdrageverplichting binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging

Er zijn twee voorwaarden om gedurende een bepaald jaar prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te kunnen genieten:

- de betrokkene moet de hoedanigheid van gerechtigde hebben
- voor het refertejaar (het 2^e jaar voorafgaand aan het bepaalde jaar) moeten de bijdrageveristen vervuld zijn.

Deze uiteenzetting licht de bijdrageverplichting van de verzekering voor geneeskundige verzorging toe. Door de evolutie van de verzekering, die de laatste decennia heeft geleid tot enkele ingrijpende aanvullingen en wijzigingen, steekt de vraag naar coherentie de kop op.

Deze analyse geeft de kiemen van de verandering weer, maar legt ook een aantal pijnpunten bloot:

- Als men de band tussen arbeid en de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging wenst los te laten, dan kan voor alle gerechtigden van de verzekering aan een bijdrage op het volledige inkomen worden gedacht. Een aantal vrijstellingen zouden dit principe verder kunnen verfijnen om te vermijden dat het financiële draagvlak van elke verzekerde wordt overschreden.
- Wanneer men blijft kiezen voor een financiering die sterk verbonden blijft met de arbeidssituatie van bepaalde verzekerden, dan zou men, wanneer dit zowel financieel als politiek haalbaar blijkt, de regeling van de aanvullende bijdrage kunnen afschaffen.
- Onder dezelfde voorwaarden en overeenkomstig de grondwet en enkele internationale verdragen zou elke verzekerde over een eigen recht op geneeskundige verzorging kunnen beschikken.
- De harmonisering van de sociale bijdragen in de verschillende regelingen (werknemers, zelfstandigen en ambtenaren) heeft niet alleen betrekking op de verzekering voor geneeskundige verzorging, en de eigenheid van die verschillende regelingen maakt dat moeilijk.

De verzekering voor geneeskundige verzorging kan toch proberen om dat zo veel mogelijk te verhelpen. Zo zouden bijvoorbeeld de bijdragen die een zelfstandige in de loop van een jaar al betaalde in rekening kunnen worden gebracht om zijn nog te vervullen bijdrageplicht te bepalen.

