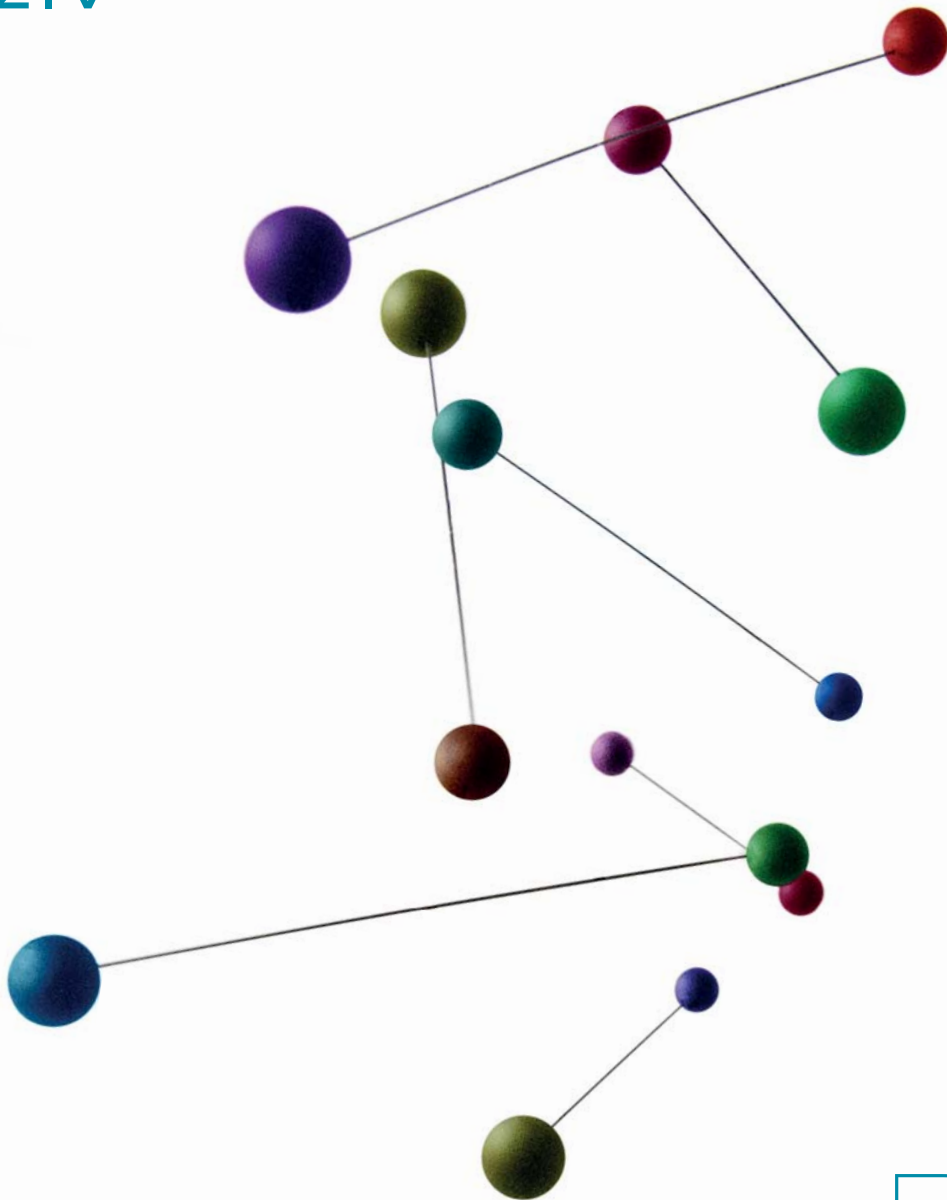




RIZIV



RIZIV

# Jaarverslag 2013

.be



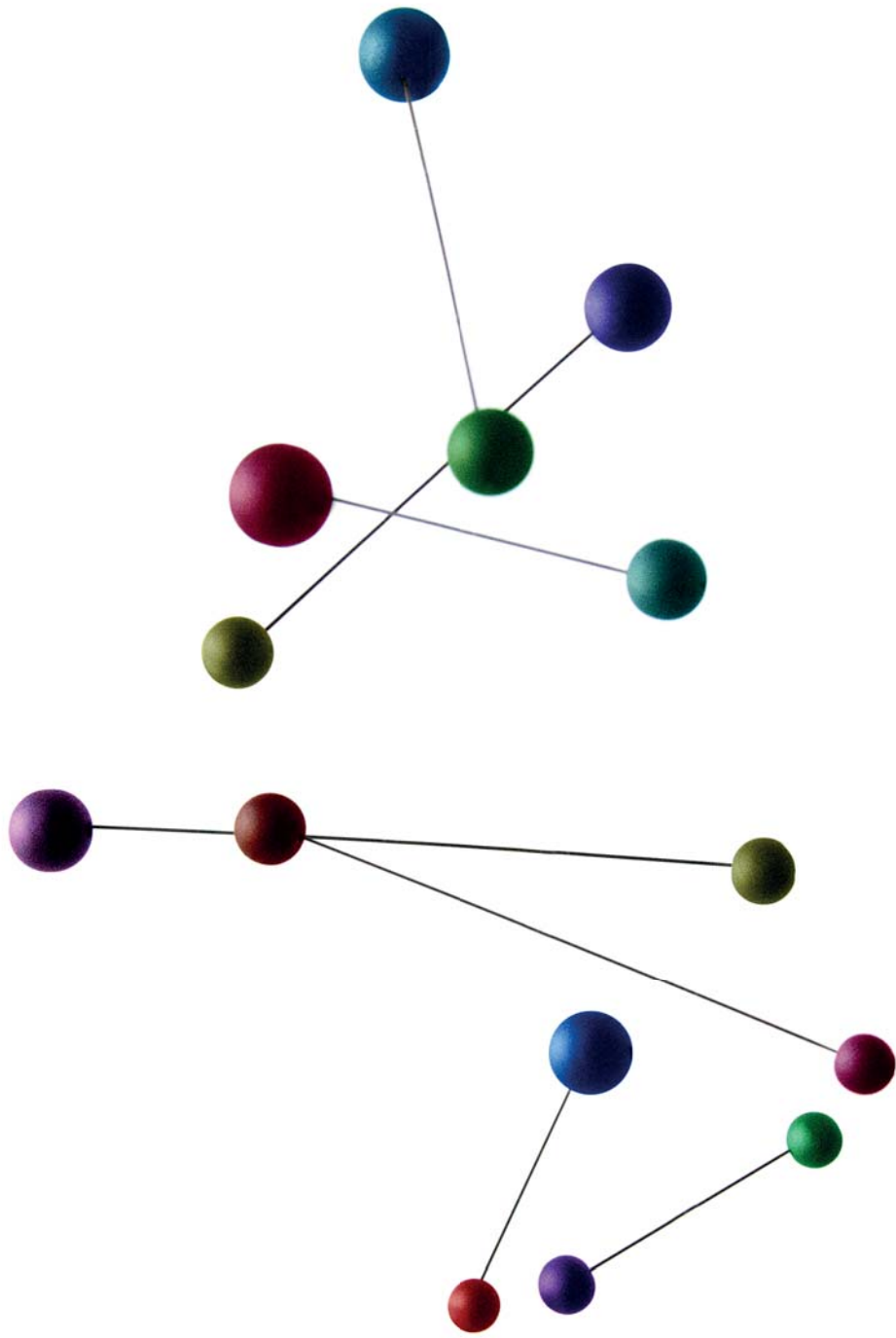
RIZIV  
Jaarverslag  
2013



# Inhoud

Voorwoord	6
1 <sup>e</sup> Deel - Het RIZIV: identiteitskaart	9
I. Opdrachten	10
II. Organigram	10
III. Het personeel	11
IV. Administratiekosten	12
V. Inkomsten en uitgaven (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)	13
2 <sup>e</sup> Deel - Behoorlijk beheer en bestuur	17
3 <sup>e</sup> Deel - Evolutie van de verzekering	23
I. Institutionele en administratieve aspecten	24
II. Verzekering voor geneeskundige verzorging	26
III. Uitkeringsverzekering	37
IV. Geneeskundige evaluatie en controle	40
V. Administratieve controle	40
4 <sup>e</sup> Deel - Thematische uiteenzettingen	43
I. Hervorming van de Staat en de geneeskundige verzorging	45
II. Rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming – Chronisch zieken	57
III. Geestelijke gezondheid en werk	69
5 <sup>e</sup> Deel - Statistische gegevens	83
I. Statistieken van de geneeskundige verzorging	84
II. Statistieken van de uitkeringen	109
III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle	123
IV. Statistieken van de administratieve controle	130
V. Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)	138
VI. Statistieken van het Fonds voor de medische ongevallen	143
6 <sup>e</sup> Deel - Het RIZIV in de praktijk	149
I. Adressen van de burelen van het RIZIV	150
II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014	151





# Voorwoord

Beste lezer,

Of u dit verslag nu op papier leest of in digitale vorm (op pc, tablet, smartphone, slimme bril of op uw voorruit geprojecteerd...), het biedt u al het nieuws van 2013 over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar beheersinstelling, het RIZIV.

U kiest niet alleen de wijze waarop u het verslag leest (traditioneel of modern), maar u krijgt ook via een vrij traditionele indeling in zes delen de kans om te ontdekken hoe modern onze opdrachten, ons beheer en onze instelling zijn.

In het **eerste deel** stellen we u de **identiteitskaart van het RIZIV** voor: onze opdrachten, onze organisatie, cijfers over onze medewerkers, onze beheers- en opdrachtenbegrotingen (verzekering voor geneeskundige verzorging, uitkeringen en vergoeding van medische ongevallen).

In een **tweede deel** wordt het traject beschreven dat we in 2013 met betrekking tot **goed bestuur** hebben afgelegd, met in het bijzonder onze nieuwe bestuursovereenkomst 2013-2015 die door de ministerraad op 22 februari 2013 is goedgekeurd.

**Deel drie** is aan de vele **ontwikkelingen van onze sociale verzekering** gewijd en stelt u in staat om haar aanpassingsvermogen te beoordelen, zowel voor de verzekerden en de zorgverleners als voor onze diensten of ons systeem van sociale verzekering.

Met de **thematische uiteenzettingen van deel vier** krijgt u dan weer de kans om dieper in te gaan op bepaalde onderdelen van onze verzekering en onze diensten waarvoor we in 2013 een extra tandje hebben bijgestoken:

- **De 6<sup>de</sup> Staatshervorming met betrekking tot geneeskundige verzorging:** gevolgen voor de geneeskundige verzorging, financiële draagwijdte, rol van het RIZIV (artikel 35 van de bestuursovereenkomst 2013-2015) bij de uitvoering van de hervorming, tabellen die door het RIZIV zijn bezorgd, overgangperiode, personeelsoverdracht... Als u dit gelezen hebt, zult u even goed op de hoogte zijn als wij en zult u een inschatting kunnen maken van het werk dat de verschillende betrokken entiteiten (federale of gefedereerde) nog moeten verzetten om de bevoegdheden met betrekking tot geneeskundige verzorging daadwerkelijk over te dragen en de overgangsfase te beheren!
- **Geestelijke gezondheid en werk:** naar aanleiding van een studie van de OESO en het colloquium "Invaliditeit en Werk, Geestelijke Gezondheid" dat het RIZIV heeft georganiseerd, focust de Dienst voor Uitkeringen op een van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid in België en op de relaties tussen geestelijke gezondheid en werk als zowel een mogelijke oorzaak van ongeschiktheid als een remedie via professionele re-integratie of de nodige preventie. In deze uiteenzetting wordt duidelijk de meer actieve en strategische rol getoond die de dienst en de sector aan het beheer van de ongeschiktheid en de invaliditeit willen geven ("Back to work"-programma, studies en expertises, samenwerkingsprotocol, preventie...).
- **Hervorming van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en statuut chronische aandoening:** twee maatregelen die de financiële toegankelijkheid vergroten: de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV maakt de balans op van twee belangrijke maatregelen ter verbetering van de financiële toegankelijkheid voor twee grote doelgroepen die een specifiek probleem hebben met het beheer en de sociale en financiële gevolgen van hun behoeften en gezondheidsuitgaven. De analyse expliciteert enerzijds de hervormingsmaatregel van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor een meer coherente toekenning van



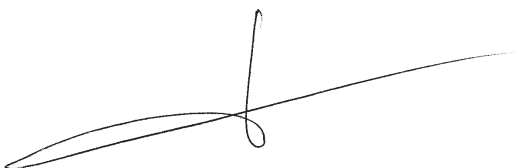
het bijzondere recht op de diverse statuten die in dit domein naast elkaar bestonden (RVV, OMNIO, inkomensvoorwaarden of niet, begrip “gezin”, enz.). Anderzijds analyseert de uiteenzetting ook de invoering en de rechten die verbonden zijn aan de erkenning van het statuut van chronisch zieke of van chronische aandoening in het kader van het plan “Prioriteit aan de chronisch zieken” dat door de minister van Sociale Zaken, mevr. Laurette ONKELINX, is opgesteld.

In **deel vijf**, waar steeds reikhalzend naar wordt uitgekeken en dat de algemene titel “**Statistische gegevens**” meekreeg, wordt in tabellen met uitleg de hele evolutie van onze verzekering en onze opdrachten in cijfers weergegeven. Zoals we elk jaar herhalen, gaan er achter al die cijfers twee minder statistische en koele realiteiten schuil: een realiteit van solidariteit, van persoonlijke en collectieve menselijke investering en van verantwoordelijkheid van alle gezondheidspartners en de sociale en medische realiteit van al onze verzekerden, patiënten, arbeidsongeschikte personen en slachtoffers van medische ongevallen. Het contact en de som van die twee zijn veel meer waard dan de optelling van alle getallen die hier worden gepresenteerd! Ze rechtvaardigen de bestaansreden en het huidige nut van een sociale verzekering die de geneeskundige verzorging en de uitkeringen en de solidaire en verantwoordelijke investering in ons socialezekerheidssysteem dekt!

Met **deel zes**, “**Het RIZIV in praktijk**”, sluiten we ten slotte ons verslag van 2013 af.

Aan u om na het lezen ervan te oordelen of het getal 13 in het jaar 2013 meer een teken van geluk dan wel van ellende is. Wij hopen dat u samen met ons en met al wie ertoe heeft bijgedragen, de “geluuskant” verkiest van een sociaal, solidair, verantwoordelijk, modern en toegankelijk systeem dat aan de behoeften en de verwachtingen voldoet!

Veel leesgenot!

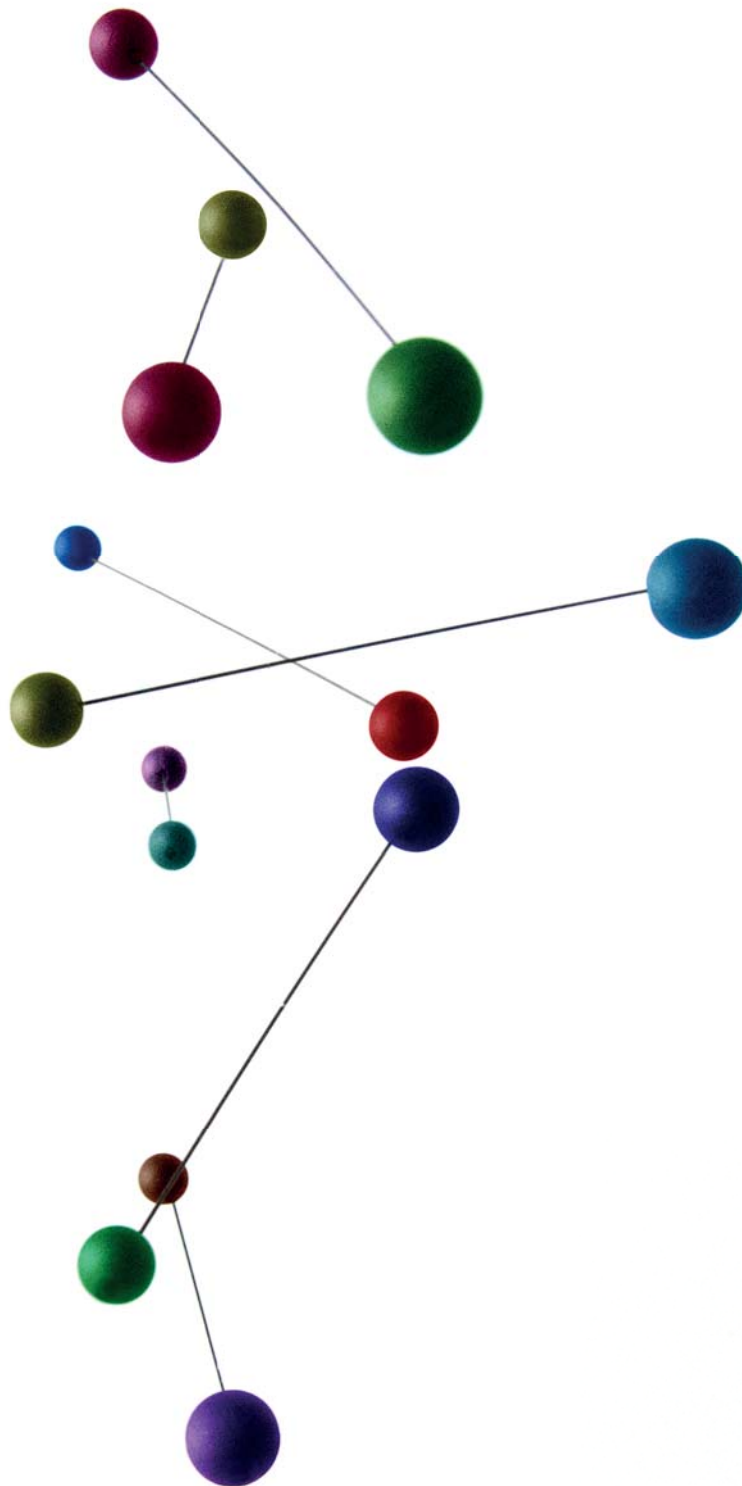


Jo De Cock  
*Administrateur-generaal*



Benoît Collin  
*Adjunct-administrateur-generaal*





1<sup>e</sup> Deel  
Het RIZIV: identiteitskaart

## I. Optrachten 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).

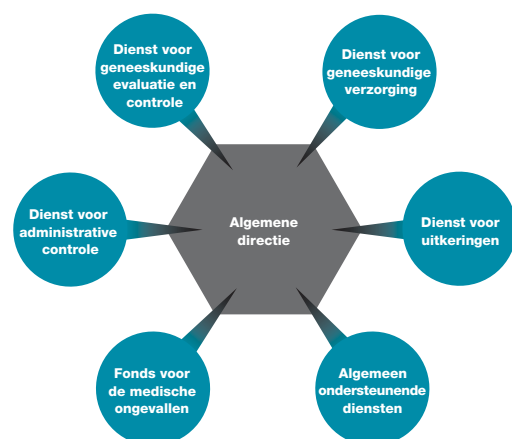
De GVU-verzekering heeft een rechtstreekse invloed op het dagelijkse leven, aangezien zij zorgt voor de:

- 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 de 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.).

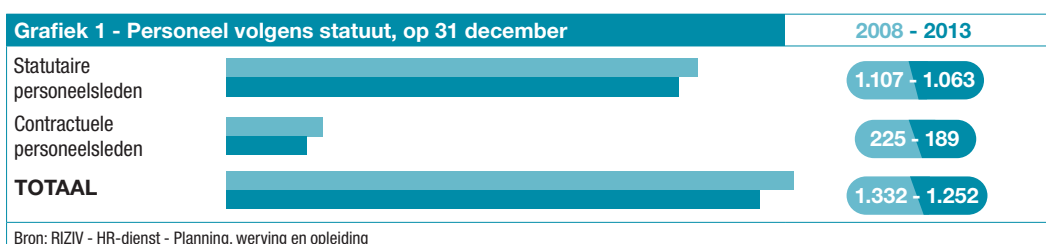
De Administrateur-generaal en de Adjunct-administrateur-generaal zorgen samen met het Directiecomité voor het dagelijks bestuur van het RIZIV. Dat comité bestaat uit de leidend ambtenaren van elke dienst en de diensthoofden informatica, human resources, financiën en communicatie.

 Meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de diensten van het RIZIV staat op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV.

### III. Personeel van het RIZIV

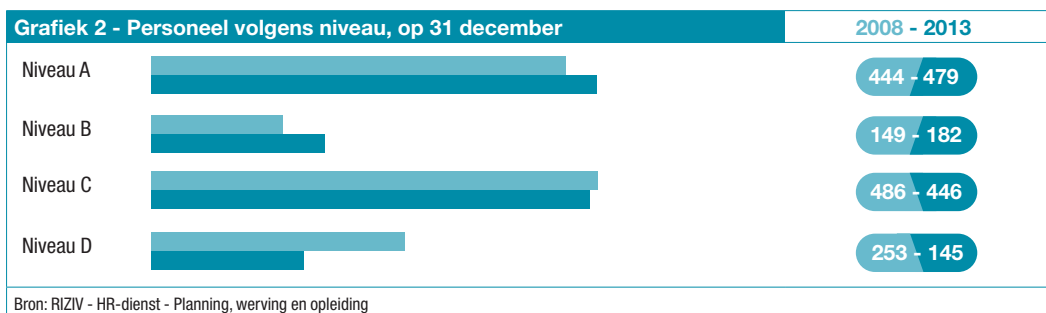
In een instituut als het RIZIV, gericht op administratie en beleidsondersteuning in het kader van openbare dienstverlening, is het personeel het belangrijkste middel om de operationele doelstellingen te verwezenlijken. Het is dus belangrijk om even de situatie en personeelsevoluties in 2013 te schetsen.

#### 1. Personeel volgens statuut



We stellen vast dat, gedurende de voorbije 5 jaar, het statutair personeel met 4 % is afgenomen en het aantal contractuele personeelsleden met 19 % is gedaald. Die cijfers geven weer wat het beleid van de federale administratie inzake aanwervingen beoogt: bij voorkeur statutair personeel aanwerven.

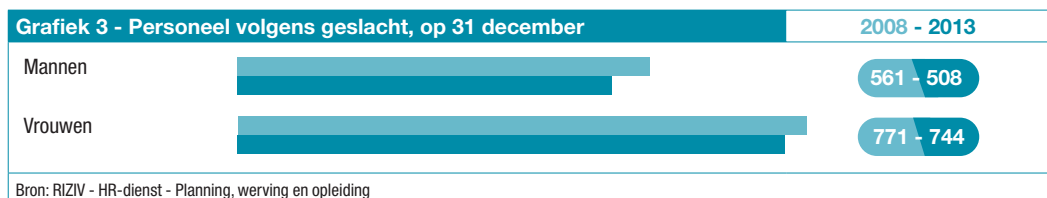
#### 2. Personeel volgens niveau



Er is een sterke stijging van het personeel in de niveaus B (+ 22 %) en A (+8 %), en een vermindering in het niveau C (- 2 %). Er is een belangrijke vermindering in niveau D (- 42 %).

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

### 3. Personeel volgens geslacht



De vrouwen zijn in de meerderheid en de tendens is niet veranderd sinds 2008. In 2013 is meer dan 59 % van het totale aantal personeelsleden van het vrouwelijk geslacht.

## IV. Administratiekosten van het RIZIV

Tabel 1 - Administratiekosten van het RIZIV (in EUR) (*)			
Uitgaven	Realisaties 2011	Realisaties 2012	Voorlopige realisaties 2013
Personeelsuitgaven	83.561.671	89.066.233	89.172.596
Gewone werkingsuitgaven	17.159.780	16.366.773	15.052.955
Werkingsuitgaven informatica	15.024.422	15.397.055	16.969.391
<b>Investeringsuitgaven</b>	<b>1.534.167</b>	<b>1.406.829</b>	<b>755.295</b>
Onroerende investeringen	76.771	478.080	54.730
Investerings informatica	1.114.302	810.011	537.116
Roerende investeringen	343.094	118.378	163.449
<b>Totaal uitgaven</b>	<b>117.280.040</b>	<b>122.236.890</b>	<b>121.950.237</b>
<b>Ontvangsten</b>	<b>1.543.410</b>	<b>133.829</b>	<b>613.567</b>
<b>Netto administratiekosten</b>	<b>115.736.630</b>	<b>122.103.061</b>	<b>121.336.670</b>

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

Bron: RIZIV - Financiële dienst

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

### 1. Inkomsten in 2013

Tabel 2 - Begroting van de verzekering GVV - Dienstjaar 2013 - Ontvangsten (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
<b>Ontvangsten globaal beheer</b>	<b>24.719.725</b>	<b>6.448.305</b>	<b>374.540</b>	<b>2.481</b>	<b>31.545.051</b>
Ontvangsten §1bis - Loontrekkenden	21.033.886	6.448.305	-	2.481	27.484.672
Ontvangsten §1bis - Zelfstandigen	2.102.586	-	374.540	-	2.477.126
Alt. financiering §1 quater - Loontrekkenden	1.320.813	-	-	-	1.320.813
Alt. financiering §1 quater - Zelfstandigen	132.031	-	-	-	132.031
Overdracht zelfstandigen - Gemengde loopbanen	130.409	-	-	-	130.409
<b>Opbrengst BTW - Tabaksaccijnzen</b>	<b>2.798.834</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2.798.834</b>
Alt. financiering - Wet ziekenhuizen	1.889.404	-	-	-	1.889.404
Alt. financiering - Diversen	909.430	-	-	-	909.430
<b>Bijdragen</b>	<b>974.358</b>	<b>400</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>974.758</b>
Persoonlijke bijdragen	11.090	400	-	-	12.583
Bijdragen gepensioneerden	969.268	-	-	-	969.268
<b>Toegewezen ontvangsten</b>	<b>1.110.479</b>	<b>133.759</b>	<b>18.942</b>	<b>0</b>	<b>1.263.180</b>
Ontvangsten revalidatie	535.171	-	-	-	535.171
Automobilverzekering	184.872	133.759	18.942	-	337.573
Bijdragen hospitalisatieverzekering	125.379	-	-	-	125.379
Vergoeding op verpakkingen geneesmiddelen	4.305	-	-	-	4.305
Heffing zakencijfer farmaceutische producten	253.022	-	-	-	253.022
Heffing marketing farmaceutische firma's	7.730	-	-	-	7.730
Artikel 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
<b>Overdrachten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>59</b>	<b>59</b>
R.V.P. - Inval. pens. mijnwerkers	-	-	-	59	59
<b>Opbrengsten van beleggingen</b>	<b>3.808</b>	<b>120</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>3.938</b>
Interesten op beleggingen V.I.	562	120	10	-	692
Beleggingen bijdragefondsen	3.245	-	-	-	3.245
Beleggingen fondsen boni's	1	-	-	-	1
<b>Diversen</b>	<b>418.777</b>	<b>8.538</b>	<b>110</b>	<b>23</b>	<b>427.448</b>
Vernieuwing SIS-kaarten	760	-	-	-	760
Internationale verdragen	396.340	1.500	60	-	397.900
Gerechtelijke interesten	4.468	2.000	50	-	6.518
Terugvorderingen artikel 157 (zorgverleners)	5.821	-	-	-	5.821
Recuperatie FOD Justitie (Gedetineerden)	1.088	-	-	-	1.088
Terugvordering Inval. pens. mijnwerkers	-	-	-	23	23
Referentiebedragen: stortingen ziekenhuizen	4.000	-	-	-	4.000
Overdracht chronische ziekten	-	5.038	-	-	5.038
Fiscale maribel	3.300	-	-	-	3.300

**Tabel 2 - Begroting van de verzekering GVV - Dienstjaar 2013 - Ontvangsten (in duizenden EUR)**

	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Contracten art. 81 geneesmiddelen	3.000	-	-	-	3.000
<b>TOTAAL ONTVANGSTEN</b>	<b>30.025.981</b>	<b>6.591.122</b>	<b>393.602</b>	<b>2.563</b>	<b>37.013.268</b>

Bron: RIZIV - financiële dienst

## 2. Uitgaven in 2013

**Tabel 3 - Begroting van de verzekering GVV - Dienstjaar 2013 - Uitgaven (in duizenden EUR)**

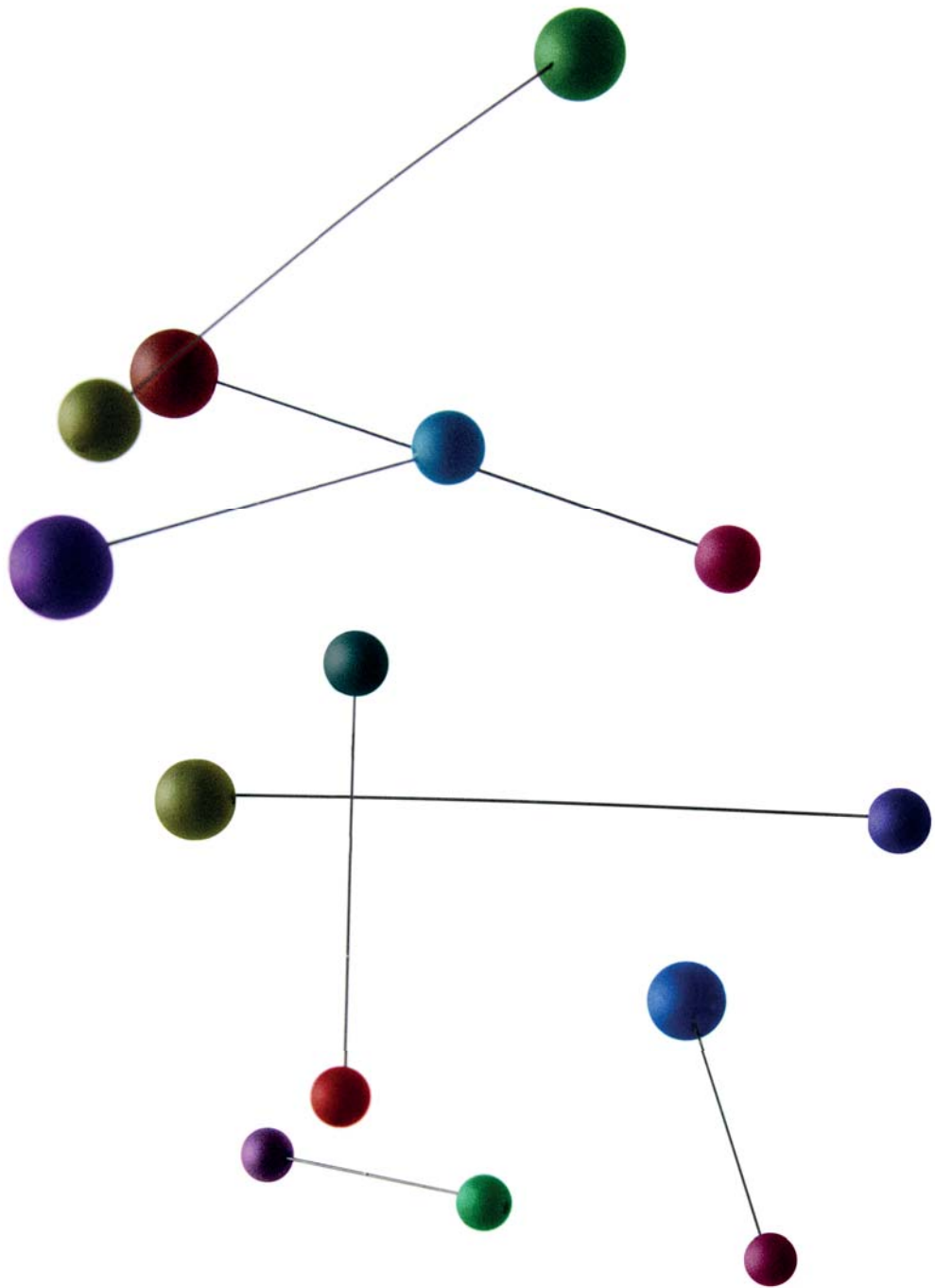
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
<b>Prestaties</b>	<b>26.676.586</b>	<b>6.339.341</b>	<b>379.365</b>	<b>1.916</b>	<b>33.397.208</b>
Geneeskundige verstrekkingen - Basisbe- drag	26.676.586	-	-	-	26.676.586
Primaire arbeidsongeschiktheid	-	1.657.896	80.046	-	1.737.942
Moederschaps- en vaderschapsrust	-	659.141	19.790	-	678.931
Invaliditeit	-	4.015.728	279.529	-	4.295.257
Begrafeniskosten	-	6.576	-	-	6.576
Invalideitspensioen mijnwerkers	-	-	-	1.722	1.722
Vakantiegeld	-	-	-	82	82
Verwarmingstoelage	-	-	-	112	112
<b>Administratiekosten V.I.</b>	<b>891.438</b>	<b>214.491</b>	<b>12.579</b>	<b>0</b>	<b>1.118.508</b>
Forfait administratiekosten 5 V.I.	836.323	192.379	11.804	-	1.040.506
Forfait administratiekosten N.M.B.S.	17.648	-	-	-	17.648
Administratiekosten H.Z.I.V.	25.256	5.844	359	-	31.459
Bijkomende administratiekosten:					
◦ 20% intresten op beleggingen en boni's	112	40	2	-	154
◦ % op terugvorderingen	11.339	16.228	359	-	27.981
Vernieuwing SIS-kaarten	760	-	-	-	760
<b>Lasten RIZIV</b>	<b>554.825</b>	<b>21.140</b>	<b>1.459</b>	<b>600</b>	<b>578.024</b>
Administratiekosten RIZIV					
◦ Beheerskosten	107.710	20.382	1.322	600	130.014
◦ Opdrachtenkosten	1.275	108	7	-	1.390
Expertise	1.344	-	-	-	1.344
Sociaal statuut	177.047	-	-	-	177.074
Stagemeesters	21.074	-	-	-	21.074
Artikel 56 - 22	85.588	-	-	-	85.588
Campagnes	1.000	-	-	-	1.000
Overdracht kenniscentrum	7.014	650	130	-	7.794
Bestrijding tabaksgebruik	2.000	-	-	-	2.000
Sociaal akkoord	94.926	-	-	-	94,926
IMA - steekproef	208	-	-	-	208
Dotatie (E-care, kankerregister, ...)	17.383	-	-	-	17.383
Dotatie (E-health)	14.942	-	-	-	14.942
Patientenvereniging	202	-	-	-	202



<b>Tabel 3 - Begroting van de verzekering Gvu - Dienstjaar 2013 - Uitgaven (in duizenden EUR)</b>					
	<b>GENEESKUNDIGE VERZORGING</b>	<b>UITKERINGEN</b>		<b>MIJN- WERKERS</b>	<b>TOTAAL</b>
		ALG. REG.	ZELFST.		
Kas der zeelieden - Autoverzekering	5	-	-	-	5
Subsidie SISD	2.166	-	-	-	2.166
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Fiscale Maribel	5.350	-	-	-	5.350
Geschillen klinische biologie	10.000	-	-	-	10.000
Adviserend geneesheren accreditering	908	-	-	-	908
Drukken voorschriftenboekjes	656	-	-	-	656
<b>FOD Volksgezondheid - Wet ziekenhuizen</b>	<b>1.889.404</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.889.404</b>
Ziekenhuizen - 22,77% ligdagprijs	1.851.655	-	-	-	1.851.655
Sluiting bedden - PVT - Beschut wonen	30.017	-	-	-	30.017
Gedetineerden	7.732	-	-	-	7.732
<b>Overdrachten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>29</b>
R.V.P. - Inval. pens. mijnwerkers	-	-	-	29	29
<b>Diversen</b>	<b>13.728</b>	<b>16.150</b>	<b>199</b>	<b>18</b>	<b>30.095</b>
Internationale verdragen	554.538	600	20	-	555.158
Internationale verdragen - Ziekenhuizen	-146.000	-	-	-	-146.000
Aanvullende uitkering grensarbeiders	-	70	-	-	70
Gerechtelijke intresten	85	350	50	-	485
Verhoogde kosten tarificatiediensten	4.509	-	-	-	4.509
Assignatiekosten	-	-	-	7	7
Oninvorderbare prestaties	-	-	-	11	11
Intresten op fonds bijdragen en boni's	3.245	-	-	-	3.245
Vermindering heffing zakencijfer farmaceut. prod.	30.400	-	-	-	30.400
Negatieve uitgaven onderbenutting	-346.132	-	-	-	-346.132
Negatieve uitgaven	-103.227	-	-	-	-103.227
Dotatie Fonds medische ongevallen	12.310	-	-	-	12.310
Toekomstfonds referentiebedragen	4.000	-	-	-	4.000
Overdracht herscholing uitkeringen	-	15.130	129	-	15.259
<b>TOTAAL UITGAVEN</b>	<b>30.025.981</b>	<b>6.591.122</b>	<b>393.602</b>	<b>2.563</b>	<b>37.013.268</b>

Bron: RIZIV - financiële dienst





2<sup>e</sup> Deel  
Behoorlijk beheer en  
bestuur

## I. Modernisering van het RIZIV

De jongste jaren heeft het RIZIV sterk geïnvesteerd in de modernisering van zijn organisatie, werk-omstandigheden, processen en dienstverlening. Die modernisering is in sterke mate verbonden met de introductie van de driejaarlijkse bestuursovereenkomst en ook met de strategische en operationele planning.

Als stafdienst van de algemene directie van het RIZIV heeft de Moderniseringscel een centrale coördinerende rol in de ontwikkeling en implementatie van een geïntegreerde visie op beleid en beheer in de instelling. De Moderniseringscel ontwikkelt beleids- en beheersinstrumenten die het management en de kerndiensten van het RIZIV kunnen ondersteunen bij het formuleren, realiseren en monitoren van hun doelstellingen. De modernisering van het RIZIV is echter niet enkel een zaak van de Moderniseringscel. Binnen de verschillende diensten zijn in dit verband decentrale actoren aangeduid die als partner van de Moderniseringscel optreden. Daarnaast worden ook partnerschappen ontwikkeld met bv. de HR-dienst, de ICT-dienst, de Dienst financiën en de Dienst interne audit.

## II. 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst 2013-2015

Het jaar 2013 was de start van een nieuwe bestuursovereenkomst voor het RIZIV. Het is inmiddels al de 4<sup>e</sup> generatie bestuursovereenkomsten sinds de start in 2002. De bestuursovereenkomst en het bijhorend strategisch plan zijn tot op vandaag een belangrijke hefboom voor het definiëren en implementeren van een geïntegreerde visie op beleid en beheer.

Het RIZIV streeft naar een gezond evenwicht tussen innovatie en continuïteit. Deze 2 aspecten zijn ook duidelijk terug te vinden in de nieuwe bestuursovereenkomst.

De 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst van het RIZIV is enerzijds te beschouwen als een instrument voor innovatie. Er zijn doelstellingen met betrekking tot de ontwikkeling van nieuwe opdrachten en processen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) of de hervorming en informatisering ervan. Daarnaast legt de 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst van het RIZIV ook een sterke focus op de continue basisopdrachten van de organisatie. Naast vernieuwingsprojecten is de efficiënte uitvoering van onze basisopdrachten en een kwalitatieve dienstverlening aan onze klanten uiteraard een prioriteit.

De projecten uit de 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst kaderen in één of meerdere van de volgende krachtlijnen of principes:

- ontwikkeling van de informatie en van de middelen die nodig zijn voor de beheersing van de uitgaven aangaande de verstrekkingen van de GVU-verzekering
- administratieve vereenvoudiging met het oog op het vereenvoudigen van processen, procedures, dienstverlening, enz. voor externe en interne klanten van het RIZIV
- procesverbetering en informatisering met als gevolg een betere administratieve dienstverlening aan de externe en interne 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
- op adequate wijze meewerken aan de correcte en uniforme toepassing van de wetgeving zoals bepaald in de GVU-wet en andere reglementering
- bijdragen tot interne kostenbeheersing en middelenefficiëntie door projecten mogelijk te maken met het oog op besparingen en op inzicht in / sturing van de kosten.

Vanuit inhoudelijk perspectief zijn de projecten bovendien ondergebracht in een van de 10 externe strategische domeinen die geformuleerd zijn in het 2<sup>e</sup> strategisch plan van het RIZIV:

- verbeteren van het gegevensbeheer, de kennisontwikkeling en de beleidsrapportering
- exploiteren van de mogelijkheden inzake eHealth
- voortdurend verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, moderniseren van de toekenning van de rechten aan individuen en versterken van de tariefzekerheid
- moderniseren van de nomenclatuur van de verstrekkingen en van de lijsten van producten
- stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg
- optimaliseren van de feedback-, evaluatie- en controleopdrachten
- verbeteren van de organisatie van het overleg
- versterken van de ondersteuning van het financieel beleid binnen de GvU-verzekering
- versterken van de externe communicatie en bevorderen van een positief imago van het RIZIV
- verbeteren van de afstemming op het Europese en internationale niveau.

Daarnaast wil het RIZIV de beleids- en beheersinstrumenten ook verder uitbouwen in de periode van de 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst. Binnen de maatschappelijke en budgettaire context is ervoor gekozen om de volgende 3 pijlers te accentueren:

- ondersteunen van de medewerkers
- inzetten op efficiëntie van de processen
- ontwikkelen van risicobeheer, interne controle en interne audit.

Wat betreft het 1<sup>e</sup> realisatiejaar van de 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst is de balans positief. Zo is/zijn in 2013:

- het Begeleidingscomité arbeidsongeschiktheid opgericht
- de jaarverslagen over invaliditeit, primaire arbeidsongeschiktheid, toegestane deeltijdse werkhervatting en beroepsherscholing aan het Beheerscomité uitkeringen voorgelegd
- een boordtabel opgemaakt voor de follow-up van de uitrol van MyCareNet over de diverse doelgroepen
- MyRiziv beschikbaar gesteld voor de tandartsen en apothekers
- de communicatie gelanceerd over de geleidelijke verdwijning van de SIS-kaarten
- via de eHealthbox een 1<sup>e</sup> communicatie gestuurd naar de huisartsen die een praktijktoelage ontvangen voor het jaar 2013
- alle aanpassingen doorgevoerd aan de gegevensstromen voor de controle van de verhoogde tegemoetkoming
- met betrekking tot de besluitvorming inzake invaliditeit (Geneeskundige raad voor invaliditeit - GRI):
  - een rapport opgemaakt met hervormingsvoorstellen
  - een werkgroep opgericht om die voorstellen te operationaliseren
  - een voortgangsrapport opgemaakt over de uitvoering van die voorstellen
- een nota opgemaakt over de huisartsenwachtposten
- de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (CTIIMH) opgestart
- een globaal evaluatieverslag opgemaakt van de lopende zorgtrajecten
- met betrekking tot zeldzame ziekten:
  - een voorstel van instrument en prioriteiten uitgewerkt voor de opstart van referentiecentra
  - een identificatieoefening gemaakt met daarin de mogelijkheden en types van tenlasteneming in de bestaande conventies
- het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) volwaardig geïntegreerd in het RIZIV, een jaarverslag opgemaakt en een meet- en opvolgingsinstrument opgezet
- 2 tussentijdse verslagen opgemaakt over de reorganisatie van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)
- een datamatching uitgevoerd op de gegevens DMFA-PI (multifunctionele aangifte - individuele invaliditeitsgegevens)



Het 2<sup>e</sup> 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 vertaalt zich in een reeks strategische en operationele doelstellingen.

- een rapport opgemaakt met de stand van zaken van het project rapportering over de onverschuldigde bedragen en recuperaties door de verzekeringsinstellingen
- een definitief programma van 50 jaar RIZIV opgemaakt en volop ingezet op de organisatie van diverse activiteiten
- de “employee self-service” uitgerold voor alle personeelsleden met ingebruikname van het elektronisch verlofblad
- een auditplan opgemaakt
- de afdeling Bijdragen gepensioneerden overgedragen aan de Rijksdienst voor pensioenen (RVP)
- enorm geïnvesteerd in de voorbereiding van de bevoegdheidsoverheveling in het kader van de staatshervorming.

### III. Provista

Het RIZIV wil het zicht op en het inzicht in haar continue opdrachten en processen versterken. Dit engagement is opgenomen in artikel 30.1. van de 4<sup>e</sup> bestuursovereenkomst en intern geconcretiseerd door het project Provista.

De scope van dit project is de ontwikkeling van een procesarchitectuur en van een procesmap voor het RIZIV, met als streefdatum 31 december 2014. Deze procesarchitectuur geeft een overzicht van alle individuele processen, toont hoe die processen zich tot elkaar verhouden en hoe ze samen de realisatie van de strategische en operationele doelstellingen ondersteunen. In een 2<sup>e</sup> fase kunnen de individuele processen dan op hoger niveau geclusterd worden in macroprocessen en procesdomeinen, om een procesmap op te maken.

Een dergelijke procesinventaris en procesmap hebben een belangrijke toegevoegde waarde:

- Ze dragen bij tot een degelijk procesinzicht en kunnen de basis zijn om processen te optimaliseren en harmoniseren.
- Ze zijn te gebruiken als product- en dienstencatalogus voor interne en externe klanten.

Het is mogelijk om aan de procesmap info toe te voegen over de strategische impact van de processen, de budgettaire omvang (met name op het vlak van personeelscapaciteit), de risico's, enz. Dit is uiteraard een meerjarentraject en veronderstelt een multidisciplinaire aanpak (HRM, budget, ICT, Interne audit, enz.).

### IV. Lean op het RIZIV

In 2013 heeft het RIZIV deelgenomen aan de Lean Academy. “Lean” wil door efficiënt procesmanagement de dienstverlening verbeteren en tegelijk ook de kosten drukken.

De “Lean Academy” wil federale personeelsleden uit verschillende overheidsdiensten:

- opleiden tot interne “Lean-adviseurs”
- de kans geven om wat ze geleerd hebben meteen toe te passen op een concreet verbeterproject in hun organisatie.

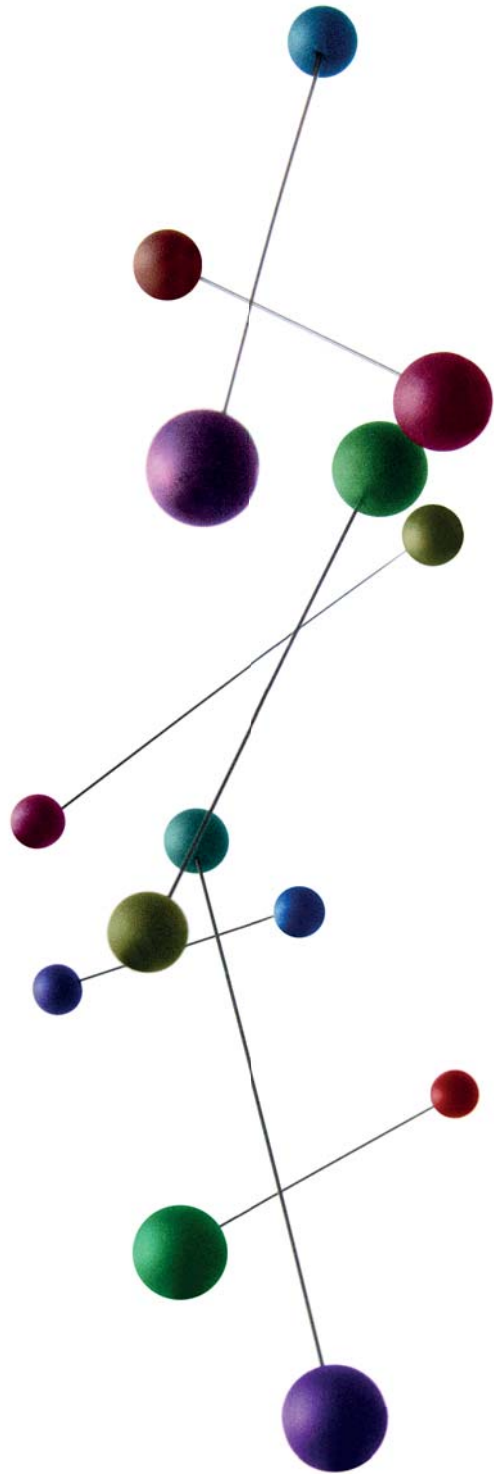
Het “Lean-project” van het RIZIV vloeit voort uit een “Lean-efficiëntieaudit”, uitgevoerd door de Dienst interne audit van het RIZIV. Het doel is het proces stroomlijnen dat plaatsvindt wanneer nieuwe medewerkers in dienst treden. Concreet is het de bedoeling om risico’s te verminderen, zoals wachten (bv. wachten op informatie), fouten (bv. foutieve verwerking van gegevens) en overproductie (bv. dubbele databestanden).

Resultaten: een kortere doorstroomtijd van het proces en geen foutieve acties. Betere resultaten dus, en dat met minder databases.

De “Lean-ervaring” is voor het RIZIV geen eenmalig project, maar een structureel gegeven om verder naar andere processen uit te dragen.








3<sup>e</sup> Deel  
Evolutie van  
de verzekering

Deze tekst bevat een selectie van de belangrijkste reglementaire wijzigingen in 2013 en wil niet exhaustief zijn.

 Een volledig overzicht van de reglementering van 2013 is beschikbaar in de Informatiebladen van het RIZIV (nr. 2013/2, 2013/3, 2013/4 en 2014/1): [www.riziv.be](http://www.riziv.be) > rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

## I. Institutionele en administratieve aspecten

### 1. Fonds voor de medische ongevallen

Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) is opgericht door de wet van 31 maart 2010 en staat ter beschikking van personen die menen dat ze schade hebben geleden ten gevolge van gezondheidszorg en die hierover advies en een vergoeding willen.

Vanaf 1 april 2012 maakt het FMO deel uit van het RIZIV. De integratie is mogelijk gemaakt door de wet van 19 maart 2013:

- enerzijds doordat een aantal bepalingen van de wet van 2010 zijn opgenomen in de wet betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet)
- anderzijds door de invoering van een aantal nieuwe bepalingen:
  - Het beheer van de dienst FMO is in handen van een beheerscomité. De oprichting van dat beheerscomité – gelijkaardig aan de beheerscomités die andere takken beheren van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) – staat garant voor de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en follow-up van zijn wettelijke opdrachten. De samenstelling van het comité is beschreven en ook de bevoegdheden die het opneemt.
  - De financieringsbronnen van het FMO zijn vastgelegd, zowel voor de opdrachten van het FMO als voor de werking ervan (beheersbegroting, administratiekosten).

### 2. Sociale akkoorden

#### a. Sociaal akkoord 2000

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

Het koninklijk besluit van 16 september 2013 stelt het bedrag (57.451.236 EUR) vast ter financiering van de fondsen die de vergoedingen voorzien voor de werknemers die tewerkgesteld zijn in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis.

De verdeling van dat bedrag:

- thuisverpleging privé: 36.118.147 EUR
- thuisverpleging publiek: 1.098.317 EUR
- diensten voor het Rode Kruis: 8.521.126 EUR
- wijkgezondheidscentra privé: 11.660.935 EUR
- wijkgezondheidscentra publiek: 52.711 EUR.

#### b. Sociaal akkoord 2005

Op 26 april en 18 juli 2005 zijn er voor de private en publieke sectoren bijkomende sociale akkoorden gesloten. In die akkoorden zijn er verschillende maatregelen voorzien, waarvoor het koninklijk besluit van 16 september 2013 in 2013 een bedrag van 13.974.544 EUR uittrekt.

De verdeling van dat bedrag:

- attractiviteitspremie: 9.087.305 EUR (dat is een vergoeding van 801,4 EUR per voltijds equivalent (VTE))
- bijkomende tewerkstelling: 4.386.224 EUR
- hogere vergoeding voor prestaties op zondagnacht (50 % naar 56 %): 238.119 EUR
- functiecomplement voor een hoofdverpleegkundige in een dienst voor thuisverpleging: 262.896 EUR.

Daarnaast zijn er ook maatregelen:

- voor de overdracht van kennis en ervaring van oudere werknemers aan jongeren met minder basisopleiding (peterschap)
- van bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die de voordelen inzake einde-loopbaan niet genieten.

Voor 2013 gaat het om een bedrag van 18.218.390 EUR. Het koninklijk besluit van 19 september 2013 splitst dat als volgt op:

- peterschap: 2.957.531 EUR voor de publieke sector en 4.929.218 EUR voor de private sector
- bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar: 3.943.375 EUR voor de publieke sector en 6.388.266 EUR voor de private sector.

### c. Sociaal akkoord 2010

Op 4 maart en 17 maart 2010 zijn er akkoorden gesloten betreffende het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in een beperkt aantal sectoren.

De bijkomende vergoeding voor onregelmatige prestaties van werknemers die werken in de sector van de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra bedraagt 800.746 EUR voor 2013.

De verdeling van dat bedrag volgens het koninklijk besluit van 16 september 2013:

- 778.844 EUR voor de private sector
- 21.902 EUR voor de publieke sector.

### d. "Mini sociaal akkoord" 2011

Op 4 februari en 25 februari 2011 werd een "mini sociaal akkoord" gesloten over de tewerkstelling, onregelmatige prestaties, 2<sup>e</sup> pensioenpijler, vakbondspremie en statutarisering van de publieke sector.

Het koninklijk besluit van 16 september 2013 legt de bijkomende vergoeding vast voor de creatie van tewerkstelling en voor de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, de wijkgezondheidscentra en de openbare psychiatrische verzorgings-  
tehuizen: voor 2013 bedraagt ze 7.429.846 EUR.

### e. Sociaal akkoord 2013

Op 24 oktober 2012 werd een sociaal akkoord voor 2013 gesloten dat onder meer 4.108.000 EUR voorziet voor de creatie van bijkomende tewerkstelling. De verdeling van dat bedrag volgens het koninklijk besluit van 16 september 2013:

- 40 VTE thuisverpleging privé: 2.000.000 EUR
- 3,16 VTE thuisverpleging publiek: 158.000 EUR
- 28 VTE revalidatiecentra privé: 1.400.000 EUR
- 10 VTE wijkgezondheidscentra privé: 500.000 EUR
- 1 VTE wijkgezondheidscentra publiek: 50.000 EUR.

### 3. Vergoedingsbasis farmaceutische specialiteiten

Op 1 januari en op 1 juli van elk jaar verminderen de prijzen en vergoedingsbasissen van de biologische geneesmiddelen voor menselijk gebruik met 7,5 %.

Het gaat om de farmaceutische specialiteiten:

- waarvan in de loop van het voorafgaande semester elk werkzaam bestanddeel verschijnt in een specialiteit die meer dan 18 jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was
- of waarvoor in de loop van het voorafgaande semester een farmaceutische specialiteit ingeschreven is op de lijst van artikel 35bis van de GVVU-wet, die hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen bevat en die niet onbeschikbaar is.

Op die vermindering kan het koninklijk besluit van 3 december 2012 vanaf 7 december 2013 een uitzondering toekennen voor de biologische geneesmiddelen in de volgende 3 gevallen:

- als het werkzaam bestanddeel nog beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming door het octrooi
- als het prijsniveau van de farmaceutische specialiteit op het ogenblik van de toepassing van de daling al 65 % lager ligt dan het niveau van de 1<sup>e</sup> opname op de lijst van een farmaceutische specialiteit met hetzelfde werkzame bestanddeel en dezelfde toedieningsvorm en dosis
- als het prijsniveau al het laagste is in vergelijking met het prijsniveau binnen de andere Europese landen en in vergelijking met de laagste “buiten-bedrijf-prijs” van de bestaande alternatieven.

Sowieso zijn er 2 uitzonderingen op de daling van de vergoedingsbasis voor:

- specialiteiten die zijn opgenomen in de vergoedingscategorieën Fa en Fb
- moleculen met een klein marktaandeel.

De wijze waarop deze bepalingen worden bekendgemaakt aan de farmaceutische firma's en het verdere verloop van de procedure worden ook vastgelegd.

## II. Geneeskundige verzorging

### 1. Verzekerden

#### a. Internationale relaties

Om te vermijden dat onderdanen van de Europese Unie (E.U.) die niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten zijn, hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging krijgen aangerekend, heeft de wet van 19 maart 2013 de wet aangepast betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVVU-wet). Die aanpassing brengt de reglementering in overeenstemming met:

- de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie
- de Europese Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

De tarieven die zijn vastgelegd in de overeenkomstencommissies en die de zorgverleners hanteren zijn ook de tarieven die moeten gelden voor personen die niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten zijn.

## b. Maximumfactuur

De programmawet van 28 juni 2013 wijzigt de Gvu-wet, zodat de maximumfactuur (MAF) voor chronisch zieken ook toegekend kan worden aan het gezin als een lid van dat gezin het statuut “chronische aandoening” heeft. Het mechanisme waarbij het grensbedrag van de persoonlijke aandelen daalt, is vanaf 1 januari 2013 ook van toepassing op gezinnen waarvan een lid het statuut “chronische aandoening” heeft, en dat zowel in het kader van de sociale MAF en de inkomens-MAF als in het kader van de MAF voor kinderen.

Het gezin dat in aanmerking komt voor de maximumfactuur wordt samengesteld op basis van de gegevens van het rijksregister. In bepaalde situaties, met name bij toepassing van internationale rechtsregels, moet het recht op de maximumfactuur worden toegekend aan personen die niet zijn ingeschreven in dat register. De koning is dan bevoegd om vast te stellen hoe de gezinssamenstelling in die gevallen wordt bepaald.

## c. Grensoverschrijdende gezondheidszorg

De tegemoetkoming voor in het buitenland verleende verstrekkingen breidt uit vanaf 25 oktober 2013. De Belgische wetgever geeft hiermee uitvoering aan de Europese Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Terugbetaling wordt toegekend aan:

- geneeskundige verstrekkingen die medisch noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat van de Europese Unie (E.U.) / Europese Economische Ruimte (E.E.R.). Als gevolg hiervan is tegemoetkoming voor dringende ziekenhuisopnames gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland beperkt tot de landen die niet behoren tot de E.U./E.E.R., om overlappingsen te vermijden.
- geplande geneeskundige verstrekkingen die geen voorafgaande toestemming vereisen. Die categorie verstrekkingen kwamen voorheen al in aanmerking voor een tegemoetkoming in de gemaakte kosten, op grond van het zogenaamde “Kohl & Decker”-principe.
- geplande geneeskundige verstrekkingen die een voorafgaande toestemming vereisen. Hierbij is bepaald:
  - welke categorieën van geneeskundige verstrekkingen onderworpen blijven aan een voorafgaande toestemming (bv. de zorg die minimum 1 overnachting in een ziekenhuis vereist)
  - de situaties waarin een voorafgaande toestemming niet mag geweigerd worden (bv. de zorg kan niet tijdig op Belgisch grondgebied worden aangeboden, rekening houdend met het ziekteverloop van de patiënt)
  - de redenen voor de weigering van een voorafgaande toestemming (bv. de zorg kan tijdig op Belgisch grondgebied worden aangeboden).

De rechthebbende moet het bewijs leveren dat hij de factuur betaald heeft op het moment van de aanvraag tot terugbetaling van de gemaakte kosten.

De vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen mag nooit hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten. Voorafgaande toestemming is niet mogelijk voor verstrekkingen die de Belgische wetgeving niet vergoedt of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding niet zijn vervuld.

De procedure voor het aanvragen van voorafgaande toestemming voor geneeskundige zorg in het buitenland is vastgelegd:

- De adviserend geneesheer moet binnen 45 kalenderdagen antwoorden op een aanvraag voor voorafgaande toestemming, waarbij hij rekening moet houden met individuele omstandigheden die een beslissing bij dringendheid vereisen.
- De mogelijke beslissingen die de adviserend geneesheer kan nemen, zijn omschreven.
- De gevallen met mogelijke opschorting van de antwoordtermijn zijn opgesomd.
- Als een antwoord uitblijft binnen de gestelde termijn, dan beschouwt men de voorafgaande toestemming als verleend.

Bij ziekenhuisopname in een land dat niet met België verbonden is door een instrument van de internationale rechtsorde wijzigt de toekenning van de tegemoetkoming in de verpleegdagprijs door de GVVU-verzekering. Dat is zo vanaf 25 oktober 2013, door het koninklijk besluit van 18 oktober 2013.

Er is voortaan ook een tegemoetkoming mogelijk bij ziekenhuisopname:

- waarvoor de adviserend geneesheer een voorafgaande toestemming heeft afgeleverd
- in een land waarmee België verbonden is door een instrument van de internationale rechtsorde, maar waar de bepalingen niet op hem van toepassing zijn (bv. als een Belgisch verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf in Spanje in een privéziekenhuis wordt opgenomen).

#### d. Statuut “persoon met chronische aandoening”

In het kader van het programma “prioriteit chronische zieken” creëert het koninklijk besluit van 15 december 2013 een nieuw statuut voor een persoon met een chronische aandoening, vanaf 1 januari 2014.

Een persoon erkend met het statuut zal ondersteuning krijgen om de kosten te kunnen dragen van geneeskundige verzorging, verbonden aan een ernstige chronische aandoening. Het statuut zal automatisch een aantal rechten openen voor de rechthebbende.

Het statuut wordt toegekend:

- automatisch door het ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten, op basis van een financieel criterium of op basis van het genot van de forfaitaire toelage “chronisch zieken”
- op basis van een getuigschrift opgesteld door een geneesheer-specialist, dat bevestigt dat de rechthebbende lijdt aan een zeldzame ziekte of een weesziekte.

## 2. Zorgverleners

### a. Artsen

#### TELEMATICAPREMIE

De jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming voor artsen die gebruik maken van een gelabeld softwarepakket bedraagt 806 EUR voor 2013.

#### BESCHIKBAARHEIDSHONORARIA VOOR HUISARTSEN

Om recht te kunnen doen gelden op een beschikbaarheidshonorarium moet de huisarts via de verantwoordelijke van de wachtdienst de volgende gegevens meedelen aan het RIZIV:

- het RIZIV-identificatienummer, de naam, de voornaam en het rekeningnummer
- de data waarop de huisarts heeft deelgenomen aan de georganiseerde wachtdienst.

Vanaf 1 januari 2014 geldt een termijn van 1 jaar voor het meedelen van deze gegevens via de webtoepassing MEDEGA.

### b. Tandheekundigen

Op 13 december 2012 heeft de Nationale commissie tandheekundigen-ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor de periode 2013-2014.

Dat akkoord bevat:

- de lineaire indexatie van de honoraria van de verstrekkingen met 2,76 %
- de vastlegging van het accrediteringshonorarium op 2795,88 EUR.

Het akkoord bevat verdere afspraken om tijdens de looptijd ervan:

- de apexificatietechniek op de hoek of snijtand te vergoeden
- bijkomende behandelingen te vergoeden als de nodige financiële marges hiervoor beschikbaar zijn
- het project MyCareNet in te voeren in de tandheelkunde, wat een nog efficiëntere terugbetaling moet toelaten
- een regeling uit te werken voor het transparant aanrekenen van bij de patiënt uitgevoerde behandelingen
- aanbevelingen te formuleren over het gebruik van de panoramische opname
- een model uit te werken om tot een correctere honorering van tandheelkundige verstrekkingen te komen.

Ten slotte formuleert het akkoord diverse aandachtspunten en vragen:

- extra financiële middelen voorzien ter uitvoering van initiatieven bij patiënten met bijzondere noden
- meer investeren in informatisering bij het RIZIV en de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid
- aandacht voor de organisatie van het tandheelkundig beroep: delegatie taken, opvolging instroom tandartsen, enz.
- voortzetten van de sensibiliseringscampagne tandverzorging bij jongeren tot eind 2014.

## c. Apothekers

### INDEXERING

Sinds 1 april 2010 zijn de apothekershonoraria grondig gewijzigd. De vergoeding voor apothekers bestaat sindsdien uit:

- een economische marge
- een basishonorarium
- een honorarium voor bijzondere farmaceutische zorg.

Het koninklijk besluit van 15 december 2013 wijzigt de bepalingen met betrekking tot de basishonoraria vanaf 3 januari 2014:

- Niet-besteding van de indexmassa wordt gebruikt:
  - enerzijds voor een nieuw project “begeleidingsgesprek nieuwe medicatie”
  - anderzijds voor de verhoging van het forfait “begeleiding eerste aflevering” voor 2013. Het bedrag ligt voor dat jaar op 730 EUR.
- De beslissing om al dan niet te indexeren, die in handen ligt van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, moet genomen worden ten laatste op 31 oktober van het jaar voorafgaand aan de verhoging. Zoniet zal er automatisch een indexering zijn vanaf 1 januari.

### BEGELEIDINGSGESPREK NIEUWE MEDICATIE

Vanaf 1 januari 2014 voorziet het koninklijk besluit van 26 december 2013 een vergoeding voor de apothekers voor de “begeleidingsgesprekken voor nieuwe medicatie”.

Bij het opstarten van een nieuwe geneesmiddelentherapie voor de behandeling van een chronische aandoening:

- geeft de apotheker gestructureerde en gedocumenteerde informatie
- analyseert de apotheker de verwachtingen en ervaringen van de patiënt.

Het doel is de therapietrouw aan de behandeling verbeteren.

Afhankelijk van de doelgroep van de betrokken chronische therapie kunnen één of meerdere opvolggesprekken volgen, ter vervollediging. In een 1<sup>e</sup> fase is er een pilootproject dat beperkt is tot de inhalatiecorticosteroiden in de behandeling van astma (van 1 oktober tot 31 december 2013).

#### d. Thuisverpleegkundigen

Met het koninklijk besluit van 14 januari 2013 kunnen de verpleegkundigen in de thuisverpleging vanaf 2011 recht doen gelden op een tegemoetkoming voor continue opleiding. De vergoeding bedraagt 175 EUR per verpleegkundige die – tijdens het jaar waarop de aanvraag betrekking heeft – een opleiding van minstens 5 uren heeft gevolgd. Daarvan moeten 2 uren (4 uren voor wie de vergoeding de 1<sup>e</sup> keer krijgt) gewijd zijn aan artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen of aan andere specifieke reglementeringen voor de sector van de thuisverpleging. Enkel verpleegkundigen die al een tegemoetkoming genieten voor het gebruik van software kunnen de vergoeding aanvragen.

#### e. Verzorgingsinstellingen en -diensten

##### RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN EN RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN

Vanaf 1 juli 2013 vinden er 2 wijzigingen plaats aan de financiering van de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en de rustoorden voor bejaarden (ROB):

- De creatie van een nieuwe afhankelijkheidscategorie “D” en het vastleggen van een financieringsformule voor de berekening van het bedrag van de aanvullende financiering voor de periode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (deel Z5) creëerden niet-gewenste uitgaven ten aanzien van patiënten die van categorie “B” naar categorie “D” evolueren. Een aanpassing van de formule zet dat recht.
- De opleiding die de referentiepersoon dementie gevolgd moet hebben mag tot 30 juni 2014 plaatsvinden. De termijn voor het volgen van de opleiding is daarmee 1 jaar uitgesteld.

##### ○ Geneesmiddelenbeleid

Op 15 augustus 2013 lanceerde het koninklijk besluit van 11 juli 2013 een projectoproep met het oog op een nieuwe aanpak van het geneesmiddelenbeleid ten aanzien van ouderen in een ROB of een RVT. Het gaat om een project voor gecoördineerde zorgverlening in het kader van de experimentele financiering van artikel 56 van de GVVU-wet. Het beleid speelt in op:

- de financiële impact van het geneesmiddelenverbruik op de uitgaven voor geneeskundige verzorging en de betaalbaarheid ervan voor de oudere zelf
- de impact van het geneesmiddelenverbruik op de levenskwaliteit van de oudere.

De uitvoering vindt plaats in de vorm van maximum 30 projecten bestaande uit een ROB of RVT, de coördinerende en raadgevende arts van de instelling, de betrokken huisartsen en huisartsenkringen en de betrokken apothekers.

Elke instelling organiseert voor minstens 35 rusthuisbewoners een medisch-farmaceutisch overleg op patiënteniveau. Daarnaast nemen de instellingen deel aan werkgroepen met als doel aanbevelingen en richtlijnen formuleren over het gebruik van een geneesmiddelenformulair, het voorschrijven van geneesmiddelen (medicatieschema, doseringsschema) en het volledige geneesmiddelenproces.

Een onderzoeksequipe van 2 universiteiten (1 van het Nederlandstalig landsgedeelte en 1 van het Franstalig landsgedeelte) begeleidt de projecten.

De totale duurtijd van de studie bedraagt 3 jaar.



## o Nieuwe zorginitiatieven

In ouderenzorg bestaat al langer consensus om innovatieve vormen van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen te ontwikkelen, om de zelfredzaamheid van die personen te versterken of te handhaven en om een eventuele opname in een RVT of ROB zo lang mogelijk uit te stellen. Een 1<sup>e</sup> project is gerealiseerd in 2009.

Het koninklijk besluit van 17 augustus 2013 lanceerde een 2<sup>e</sup> projectoproep vanaf 1 september 2013. Het is een oproep tot projecten die aan kwetsbare ouderen alternatieven kunnen aanbieden voor de RVT en ROB en waarvoor er later een structurele financiering kan komen.

De algemene doelstelling is de financiering van gecoördineerde en overlegde projecten op het vlak van alternatieve en ondersteunende zorg die geïntegreerde en multidisciplinaire ondersteuning krijgt en waarvoor er op dit moment geen tegemoetkoming is door de GVV-verzekering. De doelgroep bestaat uit “kwetsbare” ouderen of ouderen die complexe en/of langdurige verzorging dreigen nodig te hebben. De projecten hebben oog voor autonomie en zelfstandigheid met de bedoeling de patiënt thuis te houden of naar zijn thuissituatie te laten terugkeren.

De organisaties van zorgverleners die voor die projecten in aanmerking komen zijn alle “diensten, groeperingen of instellingen voor verzorging, hulp- of dienstverlening, inclusief de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) die onontbeerlijk zijn om de innoverende zorg te verlenen in het kader van een project van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.”

Zijn in het bijzonder noodzakelijke partners:

- o de diensten voor thuisverpleging
- o de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)
- o de coördinatiecentra voor thuisverzorging
- o de ROB of RVT
- o de huisartsenkringen van de betreffende geografische zone.

Deelname van andere organisaties zoals vrijwilligersverenigingen en patiëntenverenigingen, enz. is overigens sterk aanbevolen.

De projectoproep is op 4 pijlers gebaseerd:

- o de primordiale van het centraal statuut van de patiënt
- o de effectieve deelname van de huisarts
- o het gebruik van een globaal geriatrisch evaluatie-instrument (BeIRAI) voor de organisatie van de zorg
- o een reële transmuraliteit/transsectorale samenwerking.

Indienen van dossiers was mogelijk tot 31 oktober 2013.

Nadien volgde de formele en inhoudelijke evaluatie en zijn de projectvoorstellen voorgelegd aan het Verzekeringscomité en de overeenkomsten opgemaakt. Begin september 2014 starten de projecten op.

Hun financiering omvat:

- o de verstrekkingen verleend door loontrekkende of statutaire zorgverleners die daartoe bevoegd zijn: verzorging door verpleegkundigen, kinesitherapieverstrekkingen, logopedieverstrekkingen en de handelingen tot reactivering en sociale re-integratie
- o bepaalde farmaceutische verstrekkingen
- o de kosten van het overleg en de coördinatie tussen de partners, met inbegrip van de tegemoetkoming voor de huisarts
- o bepaalde ontsmettingsmiddelen

- technische hulpmiddelen die specifiek bedoeld zijn om de oudere in zijn thuissituatie te houden
- de opleiding en sensibilisering van het personeel
- de opleiding en sensibilisering van de kwetsbare oudere en zijn mantelzorger
- een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten voor de registratie, het beheer en de overdracht van gegevens en de kosten in verband met de verplichtingen van het privacy-beleid
- een tegemoetkoming in de administratiekosten
- een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van het personeel bij de uitvoering van de taken binnen het project
- de verzorgingsgebonden werkingskosten.

#### **FORENSISCH-PSYCHIATRISCHE CENTRA**

De programmawet van 26 december 2013 voorziet de oprichting van forensisch-psychiatrische centra die zullen instaan voor de opvang van geïnterneerden waarvoor er zowel een veiligheidsrisico is als nood aan gespecialiseerde psychiatrische zorg. Een koninklijk besluit zal de uitvoeringsmodaliteiten verder vastleggen, maar de basis voor de financiering van het nieuwe initiatief is al gelegd.

#### **ZIEKENHUISFORFAITS**

Vanaf 1 januari 2014 is het mogelijk om het forfait bij heropname in het ziekenhuis te verlagen tot 82 % als de patiënt binnen 10 dagen na zijn ontslag uit het ziekenhuis opnieuw wordt gehospitaliseerd. Dat zal ook het geval zijn voor patiënten die eerst zijn opgenomen op de spoeddienst van een ziekenhuis en daarna in dat ziekenhuis. Het is niet meer mogelijk om forfaits verbonden aan de fase in de spoeddienst te cumuleren met forfaits verbonden aan de opname.

#### **ZORGKUNDIGEN**

De FOD Volksgezondheid maakte bekend:

- welke verpleegkundige activiteiten de zorgkundigen onder bepaalde voorwaarden mogen uitvoeren
- volgens welke regels een zorgkundige kan worden geregistreerd.

Sindsdien kunnen enkel verpleegkundigen en zorgkundigen de bewoners van centra voor dagverzorging (CDV), RVT en ROB verzorgen. De zorgkundige staat de verpleegkundige bij in de zorgverlening en helpt de patiënten bij de handelingen van het dagelijks leven, het behoud van hun zelfredzaamheid en hun levenskwaliteit.

Tot voor kort werden de niet-geregistreerde verzorgenden nog in aanmerking genomen door het RIZIV voor de financiering van het normpersoneel "verzorgingspersoneel". Zij vervullen taken van logistieke aard.

Vanaf 1 juli 2013 echter moeten alle leden van het verzorgingspersoneel die een instelling nieuw aanwerft geregistreerd zijn als zorgkundige. Nog maar 5 % van het normpersoneel is in te vullen door niet-geregistreerde verzorgenden die al vóór 1 juli 2013 in de instelling werkten.

Vanaf 1 juli 2015 aanvaardt het ministerieel besluit van 16 april 2013 geen uitzonderingen meer en moeten alle leden van het verzorgingspersoneel als zorgkundige geregistreerd staan.

## 3. Verstrekkingen

### a. Artsen

#### ALGEMENE GENEESKUNDE

Vanaf 1 mei 2013 treedt het koninklijk besluit van 19 februari 2013 in werking met volgende wijzigingen aan artikel 2 van de nomenclatuur:

- De proefperiode van de preventiemodule in het kader van het globaal medisch dossier wordt verlengd vanaf 31 december 2013.
- Elk lid van een groepering van huisartsen kan een preventiemodule realiseren.
- De nomenclatuurcodes voor de bezoeken in de gemeenschappelijke verblijven door de huisarts en door de huisarts op basis van verworven rechten verdwijnen. De verstrekkingen worden nu aangerekend als gewone bezoeken.
- De bezoeken door de huisarts en door de huisarts op basis van verworven rechten op aanvraag van een andere arts verdwijnen.
- De aanwijzing van de verschillende artsen in de algemene geneeskunde is verduidelijkt: de titularis van het diploma van arts, de huisarts op basis van verworven rechten, de huisarts.
- Het artikel krijgt een aantal verbeteringen:
  - correctie van de vorm van een aantal omschrijvingen
  - herstructurering van de toeslagen en de supplementen: die komen onmiddellijk onder de handelingen waarop zij betrekking hebben. In elke rubriek is de verzorging gesorteerd per bevoegdheidscode van de verstrekker.
- Elk lid van een geregistreerde groepering van huisartsen zal de diabetespas kunnen gebruiken.

#### KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

Vanaf 1 maart 2013 treedt het koninklijk besluit van 19 februari 2013 in werking op het vlak van de crisisopvang in de kinder- en jeugdpsychiatrie:

- Het honorarium van de kinder- en jeugdpsychiater in de spoedgevallendiensten buiten de normale uren stijgt.
- He invoering van een honorarium bevordert het overleg tussen de kinder- en jeugdpsychiater, de psycholoog en de orthopedagoog.
- De liaisoninterventies voor kinderen met psychische stoornissen breiden uit:
  - tussen de kinder- en jeugdpsychiater en de ziekenhuisdienst buiten een K-dienst
  - tussen de kinder- en jeugdpsychiater en de ouders van de patiënt die niet in een K-dienst is opgenomen.
- De leeftijdslimiet verhoogt van 16 tot 18 jaar voor liaisononderzoeken voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Die verstrekkingen moeten aan de nieuwe liaisonverstrekkingen (zie hoger) voorafgaan.

#### MEDISCHE BEELDVORMING

Om het verantwoord gebruik van medische beeldvorming te bevorderen wijzigen de verordening van 11 juni 2013 en, vanaf 1 maart 2013, het aanvraagformulier en het artikel 17 van de nomenclatuur.

Een onderzoek medische beeldvorming mag enkel worden aangerekend als de aanvraag:

- de relevante klinische gegevens bevat
- de diagnostische vraagstelling formuleert
- relevante bijkomende klinische inlichtingen vermeldt.

Daarnaast moet worden aangegeven wat de voorgestelde onderzoeken zijn en of er al vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling zijn uitgevoerd.

## MEDISCH ADVIES VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN

Vanaf 1 januari 2012 voorziet de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging een tegemoetkoming voor een medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde (koninklijk besluit van 7 maart 2013).

De reglementering voorziet ondersteuning van de behandelende arts die met deze complexe en delicate kwestie geconfronteerd is. Artsen-confraters die zich specifiek op de materie toeleggen, kunnen de behandelende artsen adviseren op hun vraag. Zij treden op als “2<sup>e</sup> arts” of als “geraadpleegde arts” op basis van hun opleiding en expertise.

De “2<sup>e</sup> arts” moet een contract sluiten met een “inrichtende macht”, die op zijn beurt een overeenkomst moet sluiten met het Verzekeringscomité. Die overeenkomst bevat de regels op basis waarvan de inrichtende macht een financiering krijgt om de adviezen te vergoeden die de behandelende artsen hebben aangevraagd.

Per patiënt voor wie advies wordt gegeven zal de geraadpleegde arts een bedrag van 160 EUR ontvangen als honorarium voor zijn advies. Het RIZIV stort dat bedrag aan de inrichtende macht die het dan doorstort aan de geraadpleegde arts. Het is een honorarium dat alle kosten dekt, ook de verplaatsingskosten.

De inrichtende macht mag van dat honorarium een bijdrage afhouden van ten hoogste 10 EUR als bijdrage voor kosten verbonden aan de werking van zijn secretariaat.

### b. Tandheekkundigen

Vanaf 8 april 2013 kunnen te bepalen parameters het aantal verstrekkingen begrenzen dat tandheekkundigen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mogen aanrekenen binnen een bepaalde referentieperiode (wet van 19 maart 2013).

Dat leidt tot de bevoegdheid om tegemoetkomingen via de nomenclatuur te beperken als bepaalde uitgaven onrealistische proporties aannemen.

## NOMENCLATUUR

Om een groot aantal onrealistische verstrekkingen door een klein aandeel van de tandheekkundigen weg te werken, zijn artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur gewijzigd vanaf 1 maart 2013, door het koninklijk besluit van 17 januari 2013.

Bij elke verstrekking tandheekkunde komt er een wegingscoëfficiënt P, die de tijdsbesteding en de complexiteit weergeeft. Daarnaast is er voortaan een toepassingsregel geldig die de verzekeringstegemoetkoming afhankelijk maakt van de daggemiddelden van de coëfficiënten P, berekend over een periode van minstens 30 dagen. Die regel creëert een plafond van een maximaal aantal verstrekkingen die – beschouwd over een bepaalde referentieperiode – in aanmerking komen voor verzekeringstegemoetkoming.

### c. Verpleegkundigen

Artikel 8 van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 januari 2014:

- De structurele integratie van zorgkundigen wordt ingevoerd (toevoegen van § 12).
- In het Frans wijzigt de term “infirmière” in “infirmier”.
- In het Nederlands wijzigt de term “verpleegkundige” op verschillende plaatsen in “beoefenaar van de verpleegkunde”.

## d. Logopedisten

Vanaf 1 september 2013 wijzigt het koninklijk besluit van 4 juli 2013 de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen:

- De stoornissen die het verder uitoefenen van een beroep belemmeren, beperken zich tot de mondelinge stoornissen. De stoornissen van de geschreven taal zijn in een ander deel van de nomenclatuur vergoedbaar.
- De stoornissen dyslexie, dysorthografie en dyscalculie krijgen een nieuwe definitie.
- De stoornissen van de larynx en de stembanden krijgen een nieuwe omschrijving.
- De inschrijving in het buitengewoon onderwijs type 8 is voortaan geen uitsluitingsgrond meer voor het recht op verzekeringstegemoetkoming. Enkel als de verzekerde lijdt aan een stoornis waaraan in het buitengewoon onderwijs aandacht wordt besteed, blijft de uitsluitingsgrond bestaan. Dat is het geval voor mondelinge taalontwikkelingsstoornissen, dyslexie, dysorthografie, dyscalculie en dysfasie.
- Het is niet toegelaten om het volgende te cumuleren:
  - de tegemoetkoming voor de behandeling dysfagie in een centrum voor ambulante revalidatie
  - de mogelijkheid om voor de behandeling van die stoornis tegemoetkoming te krijgen in het kader van de nomenclatuur van de monodisciplinaire logopedieverstrekkingen.
- De geneesheer-specialist in de pediatrie vervangt de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie als voorschrijver van het aanvangsbilan, het evolutiebilan en de verlening van de logopedische behandeling van dysfasie.
- Voor de behandeling van stoornissen van de larynx en de stembanden zijn nog maximaal 80 logopedische zittingen vergoedbaar.
- De zorgverlener moet de voorschriften naleven die de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekering instellingen voorschrijft in verband met de kwaliteit van de verstrekkingen. Het gaat in eerste instantie om richtlijnen in verband met inrichting van het therapielokaal.
- De nomenclatuurcodes die overeenstemmen met de verstrekkingen in de centra voor ambulante revalidatie verdwijnen. De overeenkomsten met die centra sluiten immers elke tegemoetkoming uit op basis van de nomenclatuur van de monodisciplinaire logopedieverstrekkingen.

## e. Farmaceutische verstrekkingen

### GENEESMIDDELEN

Bij een voorschrift op stofnaam (VOS) moet de apotheker verplicht het goedkoopste geneesmiddel afleveren.

Als de duur van de behandeling gepreciseerd is, dan mag de apotheker – bij de keuze van de verpakkingsgrootte die met het voorschrift overeenstemt – de beschikbare verpakkingen als volgt groeperen vanaf 15 juli 2013 (koninklijk besluit van 11 juli 2013):

- 28-30 gebruikseenheden
- 31-60 gebruikseenheden
- 61-79 gebruikseenheden
- 80-90 gebruikseenheden
- 91-120 gebruikseenheden.

Groepering is niet toegelaten voor:

- verpakkingen van minder dan 28 gebruikseenheden of meer dan 120 gebruikseenheden
- verdovende middelen
- psychotrope stoffen
- geneesmiddelen behorend tot de ATC-klasse J01 (antibiotica).

## f. Medische hulpmiddelen

De wet van 13 december 2006 heeft een reeks hervormingen doorgevoerd in de sector van de implantaten en de invasieve medische hulpmiddelen. Die hervormingen kennen hun sluitstuk met de wijzigingen van de wet van 15 december 2013, die in werking treden op 1 juli 2015.

### GRONDSLAG

Het principe blijft behouden dat elke verstrekking moet voorkomen op een lijst met de verstrekkingen die het voorwerp kunnen zijn van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering. Het zal echter niet meer mogelijk zijn om voor ieder product tegemoetkoming te krijgen, zelfs al staat de overeenstemmende verstrekking op de lijst. Er is dus voortaan een dubbele voorwaarde:

- Enerzijds komen hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking als zij opgenomen zijn in een verstrekking op de “lijst”, volgens de vergoedingsmodaliteiten die daaraan zijn gekoppeld.
- Anderzijds zijn bepaalde hulpmiddelen die voorkomen op de “lijst” met hun vergoedingsmodaliteiten alleen vergoed als het hulpmiddel ook voorkomt op de overeenstemmende “nominatieve lijst”.

### BESLISSINGSORGANEN

De Technische raad voor implantaten is opgeheven en vervangen door de Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. De Commissie zal voortaan aan het Verzekeringscomité de voorstellen van interpretatieregels voorleggen. Het komt aan het Verzekeringscomité toe om beslissingen te nemen over het aanpassen van een nominatieve lijst die gekoppeld is aan een verstrekking opgenomen op de “lijst”.

Mogelijke aanpassingen van een nominatieve lijst:

- opname van een hulpmiddel op een nominatieve lijst zonder wijziging van de overeenstemmende verstrekking of de vergoedingsmodaliteiten op de lijst
- schrapping van een hulpmiddel van een nominatieve lijst
- wijziging van de feitelijke gegevens van de betrokken onderneming of hun hulpmiddelen.

Het Verzekeringscomité heeft ook de bevoegdheid gekregen om met verplegingsinrichtingen overeenkomsten te sluiten om hulpmiddelen tijdelijk te vergoeden in het kader van beperkt klinische toepassingen. De Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen heeft de bevoegdheid om het bedrag van de afleveringsmarge van de medische hulpmiddelen vast te leggen.

### VERGOEDING

De vergoedingsmodaliteiten van de medische hulpmiddelen zijn omschreven op een lijst van verstrekkingen die eraan gelinkt zijn.

Bepaalde verstrekkingen op de lijst zijn gekoppeld aan een nominatieve lijst. Dat is het geval bij:

- hulpmiddelen die risicovol zijn
- actieve implanteerbare medische hulpmiddelen
- hulpmiddelen die mogelijk nog bijkomende garantievoorwaarden nodig hebben met betrekking tot de kwaliteit ervan
- hulpmiddelen zonder waarborg van passende tarifiering.

De nominatieve lijst van hulpmiddelen is bepaald per ministerieel besluit, op voorstel van de Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Een opname of een schrapping van een verstrekking op de lijst, of het wijzigen van de verstrekking of van de vergoedingsmodaliteiten gebeurt aan de hand van een aantal evaluatiecriteria en met naleving van de procedures en termijnen. Die procedures en termijnen verschillen in functie van de indieners van de aanvraag: de onderneming, de Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen of de minister.

Ook het Verzekeringscomité kan beslissingen nemen over het aanpassen van de nominatieve lijst.

## III. Uitkeringen

### 1. Aangepast werk tijdens arbeidsongeschiktheid (regeling werknemers)

#### a. Inwerkingtreding van de nieuwe bepalingen van artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet)

Op 12 april 2013 zijn de nieuwe bepalingen van artikel 100, § 2 van de GVU-wet in werking getreden, die de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer opheffen om aangepast werk uit te oefenen (koninklijk besluit van 12 maart 2013).

#### b. De uitvoeringsmaatregelen

Naast de GVU-wet heeft het koninklijk besluit van 12 maart 2013 ook het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gewijzigd.

#### **DE AANGIFTE VAN HET AANGEPASTE WERK TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN DE AANVRAAG OM TOELATING**

De gerechtigde blijft verplicht om voorafgaandelijk iedere hervatting van een beroepsactiviteit tijdens zijn arbeidsongeschiktheid aan te geven. Die aangifte moet gebeuren uiterlijk op de 1<sup>e</sup> werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting.

Ook aan de adviserend geneesheer moet de toelating worden gevraagd om die beroepsactiviteit uit te oefenen, uiterlijk op de 1<sup>e</sup> werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling moet zijn beslissing nemen uiterlijk de 30<sup>e</sup> werkdag, te rekenen vanaf de 1<sup>e</sup> dag van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid.

#### **HET FORMULIER VAN DE AANGIFTE VAN DE WERKHERVATTING EN DE AANVRAAG OM TOELATING**

Om tegemoet te komen aan de nood aan vereenvoudiging worden zowel de aangifte van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid als de aanvraag om toelating van de adviserend geneesheer door de gerechtigde ingediend via een uniek formulier bij de verzekeringsinstelling. Dat formulier bestaat uit 2 delen:

- een luik “aangifte”, dat bestemd is voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling
- een luik “toelating”, dat bestemd is voor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

#### **DE GEVOLGEN VAN EEN LAATTIJDIGE AANGIFTE**

Bij niet-naleving door de gerechtigde van de termijn en voorwaarden van de aangifte (en de aanvraag om toelating) van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid, zijn er bepaalde “sancties” voorzien. Als de aangifte laattijdig gebeurt, maar binnen een termijn van 14 dagen vanaf de hervatting, dan is de sanctie een vermindering met 10 % van het dagbedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (die eventueel al is verminderd, afhankelijk van het bedrag van het verworven beroepsinkomen).

Als de gerechtigde zijn werkhervatting meer dan 14 dagen na de hervatting aangeeft, dan zijn de bepalingen van artikel 101 van de GVU-wet van toepassing, tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer uitwerking heeft. In dat geval moet de adviserend geneesheer zo snel mogelijk de staat van arbeidsongeschiktheid van de betrokkene onderzoeken (meer bepaald binnen 30 werkdagen vanaf de aangifte van de werkhervatting). De gerechtigde moet de toegekende uitkeringen voor de werkdagen terugbetalen.

## DE GEVOLGEN VAN EEN GEWEIGERDE HERVATTING

Als een gerechtigde kennis neemt van een beslissing tot:

- weigering van de toelating om het werk te hervatten (wegens de onverenigbaarheid van de activiteit met de aandoening)
- beëindiging van zijn arbeidsongeschiktheid (omdat hij medisch gezien geen vermindering van zijn vermogen van minstens 50 % behoudt)

dan kan hij onder bepaalde voorwaarden de uitkeringen blijven ontvangen:

- **Hypothese 1** : De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating tijdig vervuld. Hij ontvangt dan uitkeringen voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend geneesheer. Die uitkeringen zijn eventueel wel verminderd, afhankelijk van het bedrag van het verworven beroepsinkomen.
- **Hypothese 2**: De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating laattijdig vervuld, maar wel nog binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting. Hij ontvangt dan uitkeringen voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing. Die uitkeringen zijn eventueel wel verminderd, afhankelijk van het bedrag van het verworven beroepsinkomen, en de sanctie van de vermindering met 10 % is toegepast.
- **Hypothese 3**: De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating meer dan 14 kalenderdagen na de hervatting vervuld. Dan zijn de bepalingen van artikel 101 van de GUV-wet op hem van toepassing vanaf de 1<sup>e</sup> dag van de hervatting tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer haar uitwerking heeft.

## PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING

De zwangere of bevallen werkneemster of de werkneemster die borstvoeding geeft, kan onder bepaalde voorwaarden haar zelfstandige activiteit voortzetten tijdens de maatregel van werkverwijdering waarin ze zich bevindt in het kader van haar loontrekkende activiteit.

Een van die voorwaarden houdt in dat ze via een formulier vooraf de toelating moet vragen aan haar verzekeringsinstelling. In die situatie blijft de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer voor deze werkneemster dus bestaan, om te vermijden dat zij of haar kind gevaar lopen door de voortzetting van haar zelfstandige activiteit.

## 2. Vrijstelling van wachttijd op basis van studies

Om aanspraak te kunnen maken op uitkeringen ten laste van de uitkerings- en moederschapsverzekering, moet de gerechtigde een wachttijd van 6 maanden doorlopen waarin hij voldoende arbeidsvolume en een voldoende bedrag aan loon moet aantonen.

Een uitzondering geldt op basis van artikel 205 van het uitvoeringsbesluit van de GUV-wet, in de vorm van een vrijstelling van wachttijd. Die bepaling geldt onder andere voor de jongere die zijn studies heeft beëindigd die recht geven op een vrijstelling van wachttijd (“basisstudies”) en die uiterlijk de dag na een termijn van 7 maanden die daarop volgen de hoedanigheid van gerechtigde – als werknemer die bijdragen betaalt voor de sector uitkeringen of als “gecontroleerd werkloze” – in de uitkerings- en moederschapsverzekering verkrijgt. Als de betrokkene na zijn “basisstudies” nog andere studies aanvat, begint de termijn van 7 maanden te lopen de dag na het einde van de laatst voltooide studies of de dag na het stopzetten van de studies als de betrokkene ze voortijdig beëindigt.



Door in de werkloosheidsverzekering doorgevoerde omvorming van de wachttijd in een beroepsinschakelingstijd, wijzigt dat artikel vanaf 1 januari 2012. Naar analogie met wat voorheen al in de werkloosheidsreglementering is doorgevoerd, houdt de nieuwe bepaling (koninklijk besluit van 29 maart 2013) bovendien ook rekening met:

- enerzijds de huidige structuur van het secundair onderwijs
- anderzijds de Europese rechtspraak die een ruimer geografisch criterium heeft vooropgesteld over de plaats waar de studies gevolgd moeten zijn.

Omdat de beroepsinschakelingstijd nu voor elke jonge werknemer – ongeacht zijn leeftijd – 310 dagen omvat, moet de betrokkene voor een vrijstelling van wachttijd in de uitkerings- en moederschapsverzekering de hoedanigheid van gerechtigde hebben verkregen uiterlijk de dag na een periode van 13 maanden na het beëindigen van de studies. De voorheen in de reglementering opgenomen bepaling die de principiële termijn van 7 maanden verlengt tot 10 maanden of 13 maanden – afhankelijk van de leeftijdsgebonden duur van de wachttijd in de werkloosheidsverzekering – is bijgevolg opgeheven.

Die nieuwe bepaling houdt ook (verder) rekening met de periodes die in het kader van de werkloosheidsverzekering niet in aanmerking komen om de beroepsinschakelingstijd te vervullen, waardoor een verlenging van de principiële termijn van 13 maanden van toepassing is (bv. de dagen van facultatieve moederschapsrust).

### 3. Herwaardering van de uitkeringen

Vanaf 1 september 2013 worden de dagbedragen van sommige arbeidsongeschiktheidsuitkeringen aangepast buiten index, zowel in de regeling van de werknemers als in de regeling van de zelfstandigen.

Wat de arbeidsongeschikte werknemers betreft, gaat het vooreerst om een herwaardering:

- van de minima “regelmatig werknemer” (verhoging met 1,25 %)
- van de minima “regelmatig werknemer” (verhoging met 2 %).

Verder vindt er ook een herwaardering plaats van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor de gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid begon in de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007.

Voor de arbeidsongeschikte zelfstandigen is er een herwaardering:

- met 1,25 % van de forfaitaire uitkeringen in primaire ongeschiktheid
- van de forfaitaire uitkeringen voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet.

Er is ook een herwaardering met 1,25 % van de forfaitaire uitkeringen voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet (het betreft immers dezelfde bedragen als de minima “regelmatig werknemer” in het stelsel van de loontrekkenden).

### 4. Uitkering voor begrafeniskosten

Sinds 1 januari 2013 wordt de uitkering voor begrafeniskosten niet meer toegekend. Door de afschaffing van die uitkering zijn een aantal bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gewijzigd of opgeheven (bv. de bepalingen die handelen over een vrijstelling van wachttijd om recht te hebben op deze uitkering of over het precieze bedrag van deze forfaitaire uitkering).

## IV. Geneeskundige evaluatie en controle

### 1. Betwistingen

Dossiers met een beperkte financiële weerslag voor de verzekering voor geneeskundige verzorging, zullen dankzij de wet van 19 maart 2013 voortaan sneller afgehandeld kunnen worden:

- Dossiers die de waarde van 3.000 EUR niet overschrijden, zullen niet langer administratiefrechtelijk worden vervolgd wanneer de zorgverlener binnen 2 maanden (na kennisgeving van het proces-verbaal) het geëiste bedrag terugbetaalt.
- Het geldelijk criterium dat de bevoegdheid verdeelt tussen de Kamers van eerste aanleg en de Leidend ambtenaar ligt vanaf 8 april 2013 op 35.000 EUR. Wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen boven dat bedrag ligt, dan wordt de zaak toegewezen aan de Kamers van eerste aanleg.

### 2. Kamers van eerste aanleg / Kamers van beroep

De interne werkingsregels voor de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep worden aangevuld:

- een 1<sup>e</sup> bepaling heeft betrekking op de eed die de leden moeten afleggen in handen van de Voorzitter
- een 2<sup>e</sup> bepaling legt vast in hoeverre de Kamers geldig samengesteld zijn bij afwezigheid van een lid. Nadat het plaatsvervangend lid is opgeroepen, is de samenstelling geldig als er naast de Voorzitter minstens 1 arts, vertegenwoordiger van de verzekeringsinstellingen, aanwezig is en 1 zorgverlener. Het evenwicht tussen beide groepen wordt gegarandeerd.

## V. Administratieve controle

### Verjaringstermijn

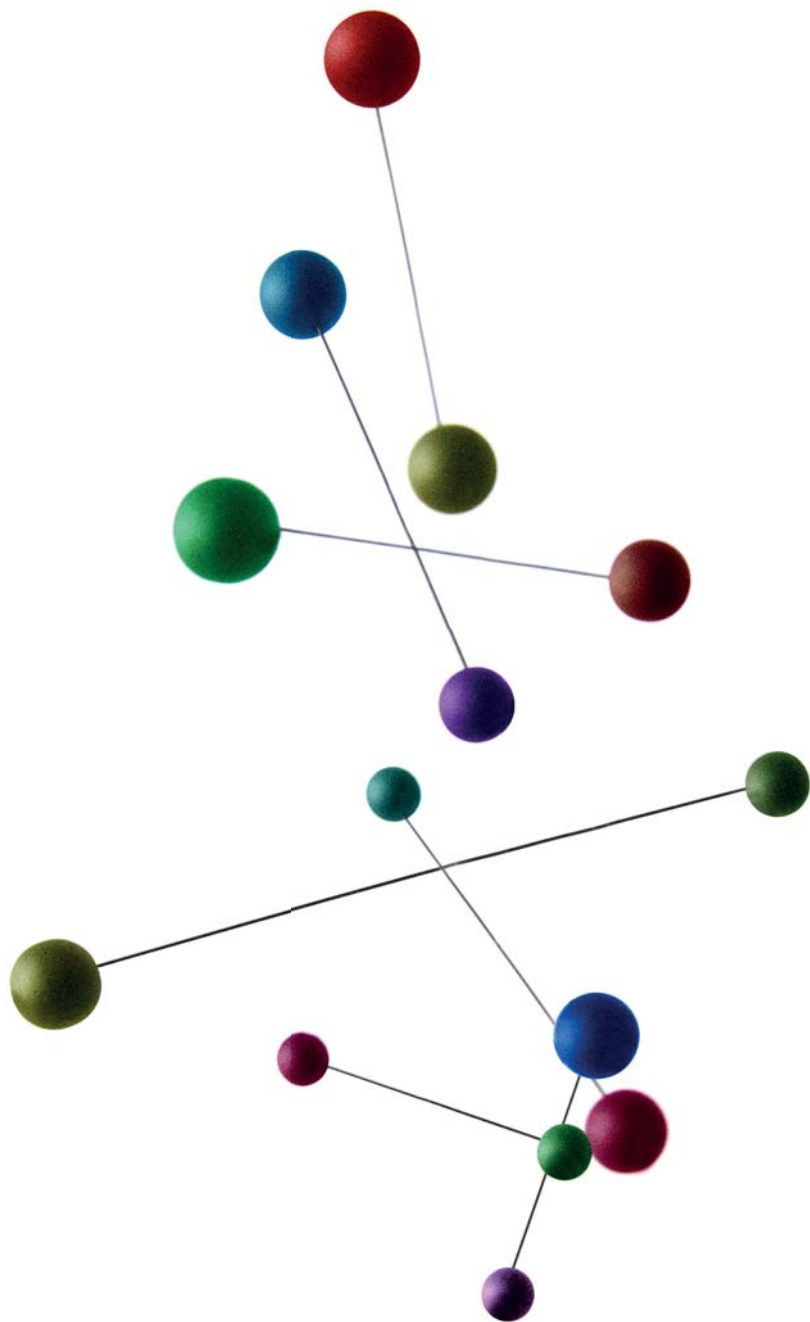
De bijdragen verschuldigd door gerechtigden ingeschreven in de hoedanigheid van resident verminderen als de betrokkene verklaart dat de inkomsten van zijn gezin bepaalde grensbedragen niet overschrijden. Die verklaring wordt achteraf gecontroleerd in samenwerking met de fiscale administratie.

De huidige verjaringstermijn van 2 jaar waarbinnen de vordering tot terugbetaling van ten onrechte betaalde bijdragen moet worden ingesteld, heeft tot gevolg dat de verjaringstermijn vaak al bereikt is op het tijdstip dat kan worden vastgesteld dat de verzekerde te veel bijdragen heeft betaald.

Daarom wordt de verjaringstermijn 5 jaar vanaf 8 april 2013.







4<sup>e</sup> Deel  
Thematische  
uiteenzettingen



Vooreerst beschrijft deze uiteenzetting hoe de zesde staatshervorming tot stand is gekomen en op welke wijze ze wordt gerealiseerd.

Een aantal belangrijke artikelen uit de Bijzondere wet van 6 januari 2014 komen aan bod. Deze geven aan wat de staatshervorming meer concreet voor de gezondheidszorg en de volksgezondheid (RIZIV-FOD Volksgezondheid) betekent in termen van bevoegdheidsoverdrachten, samenwerkingsakkoorden en andere maatregelen.

Vervolgens gaat de uiteenzetting dieper in op de financiële draagwijdte van deze staatshervorming met niet alleen de globale impact, maar ook de details van de over te dragen bedragen en de manier waarop dit in de praktijk zal gebeuren (met een overgangperiode).

Een laatste punt behandelt de betrokkenheid van het RIZIV bij zowel de aanloop naar als de uitvoering van de zesde staatshervorming. Meerdere thema's worden in dit kader nader belicht.

De aanvankelijke deelname van het RIZIV bestond in de ondersteuning van de Formateur bij de opmaak van het Vlinderakkoord, het uitschrijven van fiches met het oog op het opstellen van juridische teksten en het simuleren van berekeningen voor de Nationale Bank van België.

Daarna werkte het RIZIV mee aan de opmaak en de uitvoering van het overgangsprotocol, wat de basis vormt voor de effectieve uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg en volksgezondheid tijdens de overgangperiode.

Vérestrekkend zijn uiteraard ook de gevolgen op het vlak van Human Resources. In het voorlaatste thema komt dan ook de opmaak van een plan voor de overdracht van personeel aan bod. Tot slot een woordje uitleg over het financieel beheer van de overgedragen bevoegdheden tijdens de overgangsfase.

# I. Staatshervorming en gezondheidszorg

## 1. Wat is de 6<sup>e</sup> staatshervorming?

In het najaar van 2011 werd moeizaam een politiek akkoord – het “vlinderakkoord” – bereikt over een 6e staatshervorming met als opzet “Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten”. 8 politieke partijen: cdH, CD&V, Ecolo, Groen, MR, Open Vld, PS en Sp.a hebben dit institutioneel akkoord gesloten. Het akkoord werd bereikt na 459 dagen, parallel aan de onderhandelingen over een nieuwe regering die uiteindelijk zou bestaan uit de voornoemde partij en zonder Groen en Ecolo. Om het akkoord om te zetten in wetgeving werd het Uitvoeringscomité voor de Institutionele Hervormingen of kortweg de Comori ingesteld, dat uit de 8 partijen bestond die het vlinderakkoord hebben gesloten. De door de Comori genomen beslissingen leidden tot een hele reeks van wetsvoorstellen. De omzetting van het vlinderakkoord gebeurde dus via het gezamenlijk parlementair initiatief in zowel Kamer als Senaat en niet vanuit de regering.

De 6<sup>e</sup> staatshervorming wordt in verscheidene luiken gerealiseerd. In juli 2012 werd het 1ste luik gestemd, hetgeen voornamelijk ging over de splitsing van de kieskring Brussel-Halle-Vilvoorde (BHV) en de gerechtelijke hervorming in BHV.

Het 2<sup>e</sup> luik werd begin 2014 afgesloten. Het betreft de wijzigingen aan de Grondwet, de bijzondere wetten en de wetten die de 6<sup>e</sup> staatshervorming uitvoeren, waardoor de overdracht van bepaalde bevoegdheden naar de deelstaten alsook de hervorming van de bijzondere financieringswet worden geregeld. In het 2e luik wordt tevens de Senaat hervormd en de rol van de Kamer versterkt.

## 2. Wat betekent de 6<sup>e</sup> staatshervorming voor de gezondheidszorg (RIZIV) en de volksgezondheid (FOD Volksgezondheid)

In de Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de 6<sup>e</sup> staatshervorming komen onder meer de volgende onderwerpen aan bod. De artikelen 6 en 8 geven een overzicht van de bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg en hulp aan personen. Het gaat kort samengevat over:

- ziekenhuisbeleid: erkenningsnormen en ziekenhuisinfrastructuur/investeringskosten
- ouderenbeleid (rustoorden en geriatrische ziekenhuizen)
- long term care en revalidatie
- geestelijke gezondheidszorg
- preventiebeleid
- organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg
- erkenning en registratie van gezondheidszorgberoepen
- mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

In onder andere artikel 43 4<sup>o</sup> komen samenwerkingsakkoorden ter sprake. Zo sluiten de federale overheid en de deelstaten in elk geval een samenwerkingsakkoord over:

- de samenstelling en financiering van een Instituut om overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake gezondheidszorg te waarborgen,
- de uitwisseling van informatie in het kader van de contingentering van gezondheidsberoepen.

Andere samenwerkingsakkoorden betreffen:

- de cofinanciering van eHealth door de federale overheid en de deelstaten
- de aanpassings- en evaluatiemodaliteiten van het Koninklijk Besluit nr. 78
- het bestuur en de financiering van het Kenniscentrum (KCE)
- internationale verplichtingen waarvoor de federale overheid het noodzakelijk overleg organiseert
- de sociale akkoorden in de federale sectoren waarvoor de federale overheid het overleg met de deelstaten organiseert alvorens zij sociale akkoorden sluit.

De overgangsregeling aangaande de toepassing van de maximumfactuur (MAF) wordt vervolgens in artikel 45 beschreven. Meer bepaald blijft de federale overheid gedurende een periode van maximaal 5 jaren tegen vergoeding belast met de opname van de remgelden van de verstrekkingen die overgeheveld worden naar de deelstaten in de tellers van de MAF en dit op een geplafonneerde wijze.

Artikel 66 bevat de ontbinding van het Participatiefonds en de overgangsmaatregelen die daaraan verbonden zijn. Dit is van belang voor het financieel pakket Impulseo aangezien de werking en het beheer ervan momenteel door het RIZIV is toevertrouwd aan dit fonds.

Tot slot kan nog worden vermeld dat interpersoonlijke solidariteit ook tot de federale kerntaken behoort. Conform het Europees principe van vrij verkeer van personen komt het neer op een gelijke toegang voor allen tot de terugbetaalde gezondheidszorg, waarbij de vrije keuze van de patiënt wordt gegarandeerd. Dit houdt concreet in dat een patiënt, ongeacht waar in België hij gezondheidszorg geniet, eenzelfde bedrag zal betalen voor eenzelfde product of verstrekking. Om dat te waarborgen, oefent de federale overheid de voogdij over het RIZIV uit. De federale overheid blijft evenzeer bevoegd voor het crisisbeleid wanneer een acute pandemie dringende maatregelen vereist.

### 3. De financiële draagwijdte van de 6<sup>e</sup> staatshervorming

Het voorgestelde hervormingsmodel van de bijzondere financieringswet streeft ernaar dat de deelstaten hun bevoegdheden, waaronder die uit de 6e staatshervorming, beter kunnen beheren.

Het nieuwe model beoogt:

- een uitbreiding van de fiscale autonomie van de deelstaten (vooral door verhoging van de eigen ontvangsten)
- de responsabilisering van de deelstaten, met behoud van een solidariteit zonder perverse effecten en met een waarborg op lange termijn van de leefbaarheid van de federale overheid.

De hervorming van de financiering van de deelstaten betreft de wijziging van de bijzondere wet van 16 januari 1989 en de gewone wet van 31 december 1983 houdende organisatie van de financiering van de Duitstalige Gemeenschap (door de overdracht van nieuwe bevoegdheden naar de deelstaten en de nieuwe responsabiliserings- en financieringsmechanismen).

De globale impact van de 6<sup>e</sup> staatshervorming wordt geraamd op 20,4 miljard euro (begrotingsjaar 2015) aan overheidsuitgaven die van het federale naar het gemeenschaps- of gewestniveau worden overgeheveld. Verder wordt ook de fiscale autonomie van de deelstaten versterkt. Voor de gezondheidszorg is dit laatste niet relevant omdat het gaat om gemeenschapsbevoegdheden die volledig worden geregeld via zogenaamde dotaties.

Het detail van de overgedragen bedragen vindt u in onderstaande tabel. Het gaat om bedragen berekend voor het begrotingsjaar 2015 (inclusief personeelskosten en werkingskosten).



<b>Financiële draagwijdte van de 6<sup>e</sup> staatshervorming - Details van overgedragen bedragen</b>	
<b>Bevoegdheid</b>	<b>Bedrag 2015 (ramingen in miljoen EUR)</b>
<b>Gezondheidszorg</b>	<b>5.103.640</b>
<b>Residentieel</b>	<b>4.120,134</b>
Rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kort verblijf, centra voor dagverzorging	2.983,648
Geriatrische ziekenhuizen (G) alleenstaanden	80,554
Gespecialiseerde ziekenhuizen (Sp)	135,376
Bouw-, renovatie- en herconditioneringswerken - ziekenhuisinfrastructuren	630,161
Revalidatie-overeenkomsten	279,431
Maximumfactuur	10,964
<b>Hulp aan personen</b>	<b>673,194</b>
Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)	592,445
Mobiliteitshulpmiddelen	80,749
<b>Geestelijke gezondheid</b>	<b>208,430</b>
Psychiatrische verzorgingstehuizen	133,921
Beschut wonen	62,784
Psychiatrische overlegplatforms	11,725
<b>Preventie en organisatie van de 1<sup>ste</sup> lijn</b>	<b>101,882</b>
Preventie (vaccinatie, sceening, NVGP, tandhygiëne in de scholen, consultaties tabaksontwenning)	39,841
Fonds tot bestrijding van de verslavingen	5,359
Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)	2,674
Multidisciplinaire platformen en teams palliatieve zorgen	24,560
Huisartsenkring	3,986
Impulsefonds	25,462
Bron: RIZIV, Dienst geneeskundige verzorging, actuaariaat	

Hoewel de bevoegdheidsoverdracht ingaat op 1 juli 2014, wordt de overdracht van de middelen pas doorgevoerd vanaf 1 januari 2015. Concreet betekent dit dat het RIZIV pas vanaf de begroting 2015 rekening moet houden met de staatshervorming. Dit houdt in dat voor het berekenen van de globale begrotingsdoelstelling op basis van de wettelijke groeinorm eerst een correctie dient doorgevoerd op de vertrekbasis, met name de doelstelling 2014: alle begrotingsrubrieken over de bevoegdheden van de staatshervorming moeten immers in mindering worden gebracht.

Het gaat in concreto om een bedrag van 3,6 miljard EUR. In 2016 zal opnieuw een bedrag moeten worden afgetrokken van de doelstelling, vermits de overdracht van middelen voor het onderdeel van de ziekenhuisinfrastructuur pas vanaf 2016 gebeurt.

## 4. Betrokkenheid van het RIZIV in het kader van de 6<sup>e</sup> staatshervorming

Artikel 35 van de bestuursovereenkomst 2013-2015 voorziet dat het RIZIV zijn medewerking verleent aan de uitvoering van de 6<sup>e</sup> staatshervorming.

Deze medewerking werd reeds verleend sinds 2011 en situeert zich op verschillende niveaus:

- ondersteuning Formateur bij de opmaak van het Vlinderakkoord
- uitschrijven van fiches met het oog op de opmaak van juridische teksten
- berekeningen voor de Nationale Bank van België - simulator
- opmaak van het overgangsprotocol
- uitvoering van het overgangsprotocol
- opmaak plan voor overdracht van personeel
- financieel beheer van de overgedragen bevoegdheden tijdens de overgangsfase.

### a. Ondersteuning Formateur bij de opmaak van het Vlinderakkoord

Op 4 juli 2011 heeft de Formateur een nota neergelegd, waarin onder meer een voorstel was opgenomen van de sectoren die worden overgedragen aan de deelstaten en die toen tot de bevoegdheid behoorden van het RIZIV.

Op 27 juli 2011 werd aan het RIZIV gevraagd om een analyse te maken van het voorstel van transfer, alsook over de concrete modaliteiten om die transfer te kunnen uitvoeren. Ook de vraag over het personeel van het RIZIV dat de over te dragen sectoren beheert maakt deel uit van de analyse. In deze analyse werd ook gevraagd om een voorstel te doen van mogelijke overgangsmaatregelen.

Op 23 augustus 2011 heeft het RIZIV een document overgemaakt van 220 bladzijden waarin per sector de volgende informatie werd meegedeeld:

- beschrijving van de huidige inhoud
- voorziene evolutie en timing (to be in kader van het RIZIV te beschrijven)
- wettelijke en/of reglementaire basissen
- betrokken organen/actoren
- financiële weerslag
- ICT
- andere weerslagen
- nodige overgangsmaatregelen
- vragen die het RIZIV zich stelt.

Daarnaast werd een overzicht meegedeeld van de personeelsleden die op dat ogenblik rechtstreeks belast zijn met de uitvoering van de opdrachten.

### b. Uitschrijven van fiches met het oog op het opstellen van juridische teksten

In een nota van De Kanselarij van de Eerste Minister van 26 januari 2012, gericht aan de Ministerraad wordt gevraagd om tegen 15 maart 2012 per deelsector een fiche te maken. Deze fiches zullen als input dienen voor het opstellen van de juridische teksten.

In deze fiches moest worden opgenomen:

- *“een lijst van de federale wetgeving waarop de overdracht van bevoegdheden betrekking heeft*
- *een gedetailleerde beschrijving van de activiteiten, processen, opdrachten die deel uitmaken van de over te dragen bevoegdheid (bijvb.: controleopdrachten, erkenningsopdrachten, enz., ...).*
- *de dienst(en)/administratie(s)/entiteit(en) die deze uitvoer(t)/(en), en, in voorkomend geval, op welke organisatiewijze (bijvb.: FOD, DG,...).Preciseer tevens of het gaat om een volledige dienst, om een deel van een dienst, om ambtenaren die werken in verschillende diensten, en of de ambtenaren enkel dossiers behandelen inzake de overgedragen materie of dat ze ook nog andere dossiers behandelen.*

- welke invloed deze overdracht zal hebben op de activiteiten, processen, bevoegdheden die federaal blijven (al dan niet betreffende dezelfde aangelegenheid, bijvb. indien er een verband bestaat tussen de overgedragen bevoegdheid en andere bevoegdheden), en op de organisatie op federaal niveau.
- welke technische en/of juridische moeilijkheden eventueel kunnen opduiken bij de overdracht van deze bevoegdheid.
- Budget waarover de federale overheid in 2012 beschikt om de hierboven beschreven bevoegdheid uit te oefenen (via begrotingsallocatie + vastleggings- en ordonnanceringskredieten; voor de OISZ's dient het onderscheid tussen de opdrachtenbegroting en de beheersbegroting gemaakt te worden).
- Gebouwen waarover de federale overheid in 2012 beschikt om de hierboven beschreven bevoegdheid uit te oefenen (vermeld de oppervlakte, de locatie, of de gebouwen al dan niet eigendom zijn van de Staat, gedeeld worden met andere diensten, of het gebouw gehuurd wordt, en zo ja tot wanneer).
- Andere goederen waarover de federale overheid in 2012 beschikt om de hierboven beschreven bevoegdheid uit te oefenen (waaronder informaticamateriaal).
- Raming van de rechten en verplichtingen ("lasten van het verleden", bijv. eisen tot schadevergoeding, rechtszaken) en informatie over de lopende afbetalingskalender.
- Aantal personeelsleden dat aangesteld is voor de uitoefening van de hierboven beschreven bevoegdheid, en detail:
  - Per taalrol
  - Per niveau
  - Onderscheid: statutairen en contractuelen
- Andere beschikbare gegevens (bijvb. opsplitsing van de uitgaven onder de deelstaten), nuttige inlichtingen, suggesties en bijlagen (waaronder de betrokken federale wetgeving)"

Aangezien een aantal van de overgedragen sectoren zowel tot de bevoegdheid behoren van het RIZIV als van de FOD Volksgezondheid hebben deze administraties afspraken gemaakt voor de gezamenlijke opmaak van de fiches. Ze hebben een fiche opgemaakt voor de volgende sectoren:

- Rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging
- Geïsoleerde G-ziekenhuizen en geïsoleerde Sp-ziekenhuizen
- Bouw-, renovatie- en herconditioneringswerken – ziekenhuisinfrastructuur – Deel A1-A3
- Normen ziekenhuizen
- Revalidatie-overeenkomsten
- Mobiliteitshulpmiddelen
- Geestelijke gezondheidszorg:
  - Psychiatrische verzorgingstehuizen
  - Initiatieven van beschut wonen
  - Platformen geestelijke gezondheidszorg
  - Overleg geestelijke gezondheidszorg
  - Preventie
  - Fonds ter bestrijding van de verslavingen – Tabak
  - Fonds ter bestrijding van de verslavingen – Alcohol, drugs en psychoactieve medicatie
  - HPV-vaccinatie
  - Opsporing van colorectale kanker
  - Financiële tegemoetkoming in de kosten van vaccinatiecampagnes
  - Tabaksontwenning
  - Preventieacties gevoerd door de tandheekkundigen
  - Eerstelijnszorg
  - Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
  - Huisartsenkringen
  - Lokale multidisciplinaire netwerken
  - Samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg
  - Multidisciplinaire palliatieve teams
  - Impulsefondsen.

Het RIZIV heeft deze fiches aan de Kanselarij van de Eerste Minister gestuurd op 26 maart 2012.

### c. Berekeningen voor de Nationale Bank van België - simulator

Tegen uiterlijk 15 januari 2013 diende het RIZIV een documentatie te maken met:

- opmaak (geboekte uitgaven) 2011 + regionale verdeling in EUR (met 2 decimalen)
- opmaak budget 2012 (bedragen die vervat zijn in de partiële doelstellingen 2012 in miljoenen EUR met 3 decimalen)(geen detail regionale verdeling).

Nadien werd het RIZIV gevraagd om voor de ouderenzorg de gegevens op te maken met detail voor Brussel: Vlaamse gemeenschap, Franse gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie: historiek 2007 – 2010 + (regionale verdeling)

Achteraf werd eveneens nog een actualisering gevraagd naar de begroting 2013.

Uiteindelijk heeft het RIZIV een finale documentatie aan de Nationale Bank van België gestuurd op 6 mei 2013. Deze documentatie bestond uit 4 tabellen.

#### TABEL 1 PER GEWEST

De regionale verdeling van de uitgaven is beschikbaar per gewest op basis van de woonplaats van de patiënt.

Dit is bv. het geval voor de uitgaven voor mobiliteitshulpmiddelen, individuele vaccinaties, tabaksontwenning, ...

Deze tabel bevat eveneens een verdeling van bepaalde uitgaven per gewest op basis van het adres van betaling (huisartsenkringen, lokale multidisciplinaire netwerken).

#### TABEL 2 PER GEMEENSCHAP NL FR

Deze tabel bevat een (beperkt) aantal rubrieken waarvoor enkel gegevens beschikbaar zijn voor de Vlaamse en/of Franse gemeenschap.

Enkele voorbeelden: vaccinatiecampagnes, specifieke campagnes per gemeenschap (HPV, colorectaal), ...

#### TABEL 3 PER GEMEENSCHAP DETAIL

In deze tabel worden een reeks belangrijke rubrieken verdeeld op basis van het grootst mogelijke detail:

- Vlaamse gemeenschap (zonder Brussel)
- Franse gemeenschap (zonder Brussel en zonder Duitstalige gemeenschap)
- Duitstalige gemeenschap
- Brussel met detail Vlaamse gemeenschap, Franse gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.

Het betreft onder andere de rubrieken rustoorden voor bejaarden / rust- en verzorgingstehuizen / centra voor dagverzorging, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen, revalidatieinrichtingen, enz.

De verdeling van de uitgaven gebeurt op basis van de volgende sleutel:

- **Stap 1:** alle inrichtingen worden geklasseerd op basis van de origine van hun erkenning.

Op die manier worden alle individuele inrichtingen gecatalogeerd in de juiste rubriek:

- Vlaamse gemeenschap (zonder Brussel)
  - Franse gemeenschap (zonder Brussel en zonder Duitstalige gemeenschap)
  - Duitstalige gemeenschap
  - Brussel met detail Vlaamse gemeenschap, Franse gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.
- **Stap 2:** voor alle individuele inrichtingen wordt een maximaal/theoretisch budget berekend op basis van de vermenigvuldiging van het aantal bedden met de terugbetalingsprijs.
  - **Stap 3:** daarna wordt het totaal gemaakt van al die individuele maximale/theoretische budgetten op basis van de oorsprong van de erkenning:
    - Totaal Vlaamse gemeenschap (zonder Brussel)
    - Totaal Franse gemeenschap (zonder Brussel en zonder Duitstalige gemeenschap)
    - Totaal Duitstalige gemeenschap
    - Totaal Brussel met detail Vlaamse gemeenschap, Franse gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie .

Deze financiële gegevens vormen dan de verdeelsleutel.

Voor de revalidatie-inrichtingen is er een specifieke berekening.

Op basis van het adres kunnen de diverse revalidatie-inrichtingen als volgt ingedeeld worden:

- Vlaamse gemeenschap (zonder Brussel)
- Franse gemeenschap (zonder Brussel en zonder Duitstalige gemeenschap)
- Duitstalige gemeenschap
- Brussel met detail Vlaamse gemeenschap, Franse gemeenschapscommissie en Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.

De verdeelsleutel wordt dan bepaald op basis van het jaarbudget van de revalidatie-inrichtingen.

Voor Brussel werd er een extra-info opgevraagd bij de diverse revalidatie-inrichtingen om na te kijken of er geen link kon gevonden worden met de Vlaamse gemeenschap, de Franse gemeenschapscommissie of de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.

#### TABEL 4 PER GEMEENSCHAP MET TAALCODE VOOR BRUSSEL

Voor Impulseo werd de verdeling binnen Brussel uitgevoerd op basis van de taal van de aanvragen.

#### d. Opmaak van het overgangsprotocol

In het kader van de uitvoering van de 6e staatshervorming dienden afspraken gemaakt te worden tussen de federale overheid en de deelstaten omtrent de overgangsfase. Artikel 94 van de bijzondere wet 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen bepaalt:

*“Onverminderd het bepaalde in artikel 83, §§ 2 en 3, blijven de overheden die door de wetten en verordeningen met bevoegdheden belast zijn die onder de Gemeenschappen en de Gewesten ressorteren, die bevoegdheden uitoefenen volgens de procedures door de bestaande regels bepaald, zolang hun Parlementen en hun Regeringen die regels niet hebben gewijzigd of opgeheven.”*

De overgangsperiode gaat dus van 1 juli 2014 tot de datum waarop de “federale” regels door de deelstaten zijn gewijzigd of opgeheven.

Voor de bevoegdheden inzake Volksgezondheid, Gezondheidszorg en Hulp aan personen werd op 19 april 2013 op vraag van de TaskForce Institutionele Hervormingen bij de Kanselarij van de Eerste Minister een startvergadering georganiseerd. De betrokken federale administraties (RIZIV en FOD Volksgezondheid) en de administraties van de deelstaten hebben daar afspraken gemaakt over de redactie van een protocolakkoord betreffende de overgangsfase.

Daarbij werd de “Copil” (Comité de pilotage) opgericht, met de verantwoordelijken van alle administraties van zowel de federale overheid als die van de deelstaten. Deze Copil had als opdracht de werkzaamheden te coördineren om binnen een tijds kader vastgelegd door de TaskForce, te komen tot een overgangsprotocol.

Voor elk afzonderlijk thema werd een werkgroep opgericht die als opdracht had om het overgangsprotocol per specifieke sector voor te bereiden. De planning en de resultaten daarvan werden voorgelegd aan de Copil. De Copil is 6 keer bijeengekomen, met een verslaggeving aan de Taskforce op 15 januari, 19 maart en 1 april 2014.

De organisatie en de inhoudelijke voorbereiding van de werkgroepen was de opdracht van het RIZIV en van de FOD Volksgezondheid. De input daarbij waren de fiches die deze administraties hadden gemaakt in maart van 2012. Deze werden omgezet in een template afgesproken met de Copil.

Uiteindelijk hebben de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een overgangsprotocol gesloten over de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangsperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de 6<sup>e</sup> staatshervorming.

In dit protocol worden een aantal algemene afspraken gemaakt, onder meer omtrent de continuïteit van dienstverlening, de verantwoordelijkheden, het personeel, de logistieke aspecten, ICT, aanpassing van regelgeving, correspondentie en communicatie, taalgebruik, internationale aspecten, archieven, financiën, de lasten uit het verleden, de rol van de verzekeringsinstellingen en de vroegtijdige opzegging.

Per specifiek domein wordt de overgangsfase vastgelegd, een overzicht van de regelgeving van toepassing op 30 juni 2014, specifieke bepalingen (bijvoorbeeld kennisoverdracht, de werking van de organen), specifieke opdrachten, afspraken rond aanpassing regelgeving.

Dit overgangsprotocol werd op 5 mei 2014 meegedeeld aan de leden van de Algemene Raad en op 28 april 2014 aan de leden van het Verzekeringscomité.

## e. Uitvoering van het overgangsprotocol

Na het sluiten van het overgangsprotocol zijn de volgende werkzaamheden van start gegaan:

- Overleg tussen het RIZIV en de deelstaten omtrent de bepaling van de begroting vanaf 2015
- Agendering op de IKW Internationale overeenkomsten, van de problematiek omtrent de regelgeving die moet worden toegepast door de deelstaten t.a.v. buitenlanders of Belgen die zich verzorgen in het buitenland.
- Afspraken met de verzekeringsinstellingen omtrent bijkomende gegevensinzameling tijdens de overgangsperiode.
- Afspraken met deelstaten omtrent de organiseren vorming, het overmaken van informatie, over gebruik van logo's, over correspondentie, over de contactpersonen, over de personen die als observator worden uitgenodigd op commissies, enz.

De Copil blijft het orgaan waar verdere afspraken kunnen gemaakt worden tussen de administraties.

## f. Opmaak van een plan voor de overdracht van personeel

De overdracht van deze bevoegdheden naar de deelstaten houdt een overdracht in van de opdracht, de goederen, rechten en plichten evenals het personeel, en in voorkomend geval van het vermogen van het RIZIV.

Voor wat betreft de overdracht van het personeel, heeft het RIZIV ervoor geopteerd om een zo humaan mogelijke aanpak te hanteren en vanuit een modern HR-beleid rekening te houden met de persoonlijke ambitie en motivatie van de personeelsleden. Dit steeds met het oog op een win-win outcome voor zowel de betrokken overheidsdiensten als de personeelsleden.

Een realistische analyse van de tijdsinvestering leert ons dat 18,86 VTE, verdeeld over 47 personeelsleden (stand van zaken januari 2014), op de over te dragen bevoegdheden werken.

Aangezien de over te dragen bevoegdheden verspreid zitten over de verschillende directies van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging en deze bevoegdheden voor vele personeelsleden slechts een fractie van hun takenpakket betreft, is het evident dat het RIZIV valt onder de noemer van een “gedeeltelijk overgedragen dienst” zoals gedefinieerd in het K.B. van 25 juli 1989 waarvan de principes worden gebruikt voor de overdracht van personeel van de Federale overheidsdiensten (FOD's) en de Programmatorische overheidsdiensten (de POD's) en dat ook als inspiratietekst dient voor de overdracht van een deel van het RIZIV-personeel.

Dit impliceert dat er in eerste instantie geen overheveling is van ambtswege, en dat er een oproep zal worden gedaan tot vrijwilligers via een interne nota met de over te dragen betrekkingen. Slechts als er onvoldoende vrijwilligers zijn, zullen de personeelsleden die op de bevoegdheden werken van ambtswege worden overgeheveld.

Hoewel de formele overdracht van de bevoegdheden plaatsvindt op 1 juli 2014 werden er per materie realistische overgangperiodes afgesproken tijdens dewelke het RIZIV de bevoegdheden blijft uitoefenen voor rekening van de deelstaten. Dit zal de deelstaten de gelegenheid bieden zich ten gronde voor te bereiden en in te werken om de bevoegdheden autonoom te kunnen uitoefenen. Uiterlijk op 31 december 2017 zullen de deelstaten alle over te dragen bevoegdheden van het RIZIV zelf behartigen. Datum ook waarop een aantal RIZIV-personeelsleden zullen overgaan naar de deelstaten.

Opdat de personeelsleden met kennis van zaken en omwille van de juiste motivatie zouden kiezen om al dan niet hun kans te wagen bij de deelstaten, heeft het RIZIV ook hier een aantal concrete zaken afgesproken met de deelstaten:

- Zij engageren zich om informatiesessies te geven aan de RIZIV-personeelsleden over hun werking, structuur en loopbaanmogelijkheden. Tevens zullen zij ter informatie de functies beschrijven waarvoor de RIZIV-personeelsleden zich kandidaat kunnen stellen.
- Het RIZIV zal een intern traject afleggen om potentieel geïnteresseerde personeelsleden voor een overdracht naar de deelstaten te detecteren, te informeren en te bevragen
- Samen met de deelstaten zal het RIZIV tot slot op basis van de informatie uit het interne traject en de behoeften van de verschillende organisaties de betrekkingen bepalen die aangekondigd zullen worden per dienstorder.

Het RIZIV meent dat deze aanpak de beste kansen biedt op een positieve en constructieve afloop van de uitdagende opdracht die deze 6<sup>e</sup> staatshervorming met zich brengt.

### g. Het financieel beheer van de overgedragen bevoegdheden tijdens de overgangsfase

Gezien de opdracht van het RIZIV om tijdens de overgangsfase nog in te staan voor het administratief en financieel beheer van de overgedragen bevoegdheden, moet het RIZIV kunnen beschikken over de nodige middelen om deze opdracht te kunnen uitvoeren. Het gaat immers om ofwel betalingen die het RIZIV zelf moet verrichten en om terugbetalingen vanwege de verzekeringsinstellingen bijvoorbeeld voor afleveringen van mobiliteitshulpmiddelen, verblijven in rustoorden, ziekenhuizen of revalidatiecentra, enz.

Over de organisatie van deze financiering (begroting, thesaurie, rekeningen) die uiteindelijk ten laste moet zijn van de middelen van de gemeenschappen, moeten nog definitieve afspraken gemaakt:

- financiering aan het RIZIV rechtstreeks vanuit de schatkist en de schatkist handelt nadien alle verrekeningen af met de gemeenschappen
- of moet het RIZIV zijn middelen krijgen vanuit de gemeenschappen zelf – wat voor het RIZIV een veel complexere situatie zou zijn.

Het basisprincipe is in elk geval dat de gemeenschappen moeten voorzien in de nodige middelen in het kader van hun begrotingen en de verantwoordelijkheid moeten nemen wanneer deze middelen ontoereikend zouden blijken te zijn. De praktische toepassing zou in grote mate kunnen overeenstemmen met wat thans gebeurt in het kader van de ziekteverzekering: financiering aan de verzekeringsinstellingen op basis van begrotingstwaalfden. Het is evenwel evident dat het principe van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen op de overgedragen middelen niet meer van toepassing is (tenzij de gemeenschappen zelf daartoe regels zouden instellen).

Gezien de uitgaven dienen toegewezen aan de verantwoordelijke gemeenschap en gezien – in tegenstelling tot de ziekteverzekering, waar uitgaven worden “gelokaliseerd” in functie van de woonplaats van rechthebbenden – het basisprincipe voor de overgedragen bevoegdheden de plaats van verstrekking is (wanneer het gaat om instellingen), werden aanpassingen aan de boekhoudkundige documenten overeengekomen met de verzekeringsinstellingen. Wetende dat in Brussel instellingen onder de bevoegdheid kunnen vallen van de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, spreekt het voor zich dat hieromtrent zeer precieze afspraken moeten worden gemaakt die alle betrokken overheden eenduidig aanvaarden.

Ten slotte moeten we vermelden dat sommige vraagstukken nog niet zijn geregeld, waaronder de gevolgen van de staatshervorming op de financiële afhandeling van grensoverschrijdende zorg. Een werkgroep binnen de interministeriële conferentie werd belast met de analyse van deze problematiek.







Op 1 januari 2014 is een hervorming van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming in werking getreden. Die hervorming heeft als doel de klassieke verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuuat samen te voegen door de gebruikte begrippen (onder andere “gezin”) eenvormig te maken om:

- de toekenning te vereenvoudigen
- voor meer transparantie voor de sociaal verzekerde te zorgen.

Door die hervorming wordt het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming nog enkel op basis van het financiële criterium toegekend. Het is immers belangrijk dat alle gezinnen die in een moeilijke financiële situatie verkeren, de verhoogde tegemoetkoming kunnen genieten zonder dat een administratieve belemmering, zoals de noodzaak om in een bepaalde hoedanigheid bij zijn ziekenfonds te zijn aangesloten, dat genot complex of zelfs onmogelijk maakt.

Het is ook belangrijk dat wordt gewaakt over de terechte toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming aan die gezinnen die zich wel degelijk langdurig (of op zijn minst gedurende een bepaalde periode) in een financieel moeilijke situatie bevinden. Daarom is bepaald dat de aanvraag pas na een bepaalde referentieperiode, in principe een jaar, kan worden ingediend. Die periode laat toe vast te stellen dat de moeilijke financiële situatie van het gezin in kwestie inderdaad stabiel van aard is en dat het dus niet om een eenmalig probleem gaat.

Tot slot zijn er maatregelen genomen om de potentiële rechthebbenden op dat recht op te sporen en is de systematische controle vereenvoudigd en verduidelijkt.

Een statuut “chronische aandoening” is met ingang van 1 januari 2013 ingevoerd. Dat statuut voorziet in de erkenning van personen met een chronische aandoening. Het doel ervan is om mensen met een ernstige chronische aandoening te helpen hun kosten voor geneeskundige verzorging te betalen en om hen automatisch bepaalde specifieke rechten te laten genieten (zoals de derdebetalersregeling of de maximumfactuur voor chronisch zieken) die in of buiten het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geleidelijk aan zullen worden ontwikkeld.

## II. Hervorming van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en het statuut “chronische aandoening”: 2 maatregelen ter verbetering van de financiële toegankelijkheid

### 1. Inleiding

Het plan “prioriteit aan de chronisch zieken”, dat door de minister van Sociale Zaken is opgesteld, beoogt met name een verbetering van de financiële toegang tot de geneeskundige verstrekkingen, in het bijzonder voor de chronisch zieken, die geregeld met grote zorgbehoeften te maken krijgen.

In het plan staan:

- enerzijds een reeks maatregelen ter vereenvoudiging van de toepasbare regels, met name die met betrekking tot de verhoogde verzekeringstegemoetkoming
- anderzijds een erkenning voor de chronisch zieken via een statuut “chronische aandoening” waarmee automatisch bepaalde rechten verbonden (zullen) zijn.

#### a. Eerste maatregel

De eerste geplande maatregel betreft de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming (ook voorkeursregeling genoemd) via de integratie van de OMNIO- en RVV (rechthebbenden op verhoogde verzekeringstegemoetkoming) statuten in een enkel statuut. Die hervorming betekent een belangrijke administratieve vereenvoudiging – met name door de harmonisatie van de begrippen “gezin” en “inkomen” – en maakt het daarenboven mogelijk meer rekening te houden met de realiteit van het gezin op het ogenblik dat de aanvraag voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming wordt ingediend: op die manier moet ook een groter aantal sociaal verzekerden die tot het doelpubliek behoren, kunnen worden bereikt.

Die hervorming is voltooid en is op 1 januari 2014 in werking getreden.

De hervorming van de toekenningsvoorwaarden voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming creëerde de noodzaak om ook de gerelateerde bewijsstukken, gegevensuitwisselingen en controlesystemen aan te passen aan de nieuwe reglementering.

#### b. Tweede maatregel

De invoering van een statuut “chronische aandoening”, waarbij wordt voorzien in een erkenning van de chronisch zieke, heeft als doel om:

- de personen die aan een ernstige chronische ziekte lijden, te helpen om de uitgaven voor hun verzorging te betalen
- hen automatisch bepaalde specifieke rechten te laten genieten die in of buiten het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geleidelijk aan zullen worden ontwikkeld.

In het kader van het programma “Prioriteit aan de chronisch zieken!” (2008) zullen officieel als “persoon met een chronische aandoening” worden erkend:

- alle personen die in het kader van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, terugbetalingen of andere tegemoetkomingen ontvangen die gelinkt zijn aan een chronische aandoening
- alle personen met een zeldzame ziekte / weesziekte (ziekte die minder dan 1 op 2.000 personen treft)
- alle personen die aan een ongeneeslijke en degeneratieve, chronische ziekte lijden, waarvoor de criteria door het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV zullen worden opgesteld.

Er is een statuut “chronische aandoening” gecreëerd: de eerste gevolgen zijn voelbaar en er worden automatisch rechten toegekend aan de rechthebbenden van dat statuut.

Dit artikel heeft als doel een overzicht te schetsen van de belangrijkste elementen van die twee maatregelen.

## 2. Hervorming van de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging

### a. Basisprincipes

De hervorming van de verhoogde tegemoetkoming is geconcretiseerd bij koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

De principes die aan de basis liggen van de hervorming van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming beogen een eenvoudigere, transparantere en beter gerichte toepassing.

Sinds de beginjaren van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging leek het opportuun om bepaalde sociaal verzekerden hogere terugbetalingen toe te kennen. Het doel van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming is immers de financiële toegang tot geneeskundige verzorging te vergemakkelijken voor een gezin dat in een moeilijke financiële situatie verkeert op het ogenblik dat het geneeskundige verzorging nodig heeft.

De verzekeringstegemoetkoming wordt dus verhoogd en bijgevolg is het deel van de honoraria dat ten laste blijft van de betrokkene lager. Het is belangrijk om een verantwoorde toekenning van de verhoogde tegemoetkoming te verzoenen met de sociale realiteit.

### b. Nieuwe invulling van het begrip “gezin”

Vóór de hervorming was het mogelijk om de verhoogde tegemoetkoming te verkrijgen:

- ofwel op basis van het enige – financiële – criterium (het zogenaamde OMNIO-statuut)
- ofwel op basis van een tweeledig criterium, namelijk een financieel criterium dat gekoppeld is aan een voorwaarde die betrekking heeft op de hoedanigheid waarin de sociaal verzekerde bij zijn ziekenfonds is ingeschreven om het basisrecht op geneeskundige verzorging te verkrijgen, bijvoorbeeld de hoedanigheid van weduwe of weduwnaar, invalide, enz (wat de basis is voor de benaming “WIGW-statuut”).

De aanvrager kon slechts een aanvraag voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming indienen als hij in één van de reglementair vastgestelde hoedanigheden was ingeschreven.

In de praktijk is gebleken dat het naast elkaar bestaan van verschillende begrippen (zoals het begrip “gezin”) en verschillende regels tot gevolg kon hebben dat het openen van dat recht werd verkraagd of dat het ingewikkeld en ondoorgrondelijk werd, ook voor de sociaal verzekerde. Dat is misschien een van de redenen waarom een gezin geen aanvraag indiende, terwijl wel aan de reglementaire voorwaarden was voldaan.

Er is ook gebleken dat het feit dat een gerechtigde in een welbepaalde hoedanigheid bij zijn ziekenfonds moet zijn ingeschreven, een rem en zelfs een factor van discriminatie tussen gezinnen met gelijkaardige inkomens kan vormen.

Om die redenen wordt in het kader van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming nu één enkel begrip “gezin” gehanteerd, namelijk het gezin dat op het ogenblik van de aanvraag is samengesteld uit de gerechtigde, zijn/haar echtgeno(o)t(e) of de persoon met wie hij/zij samenwoont en de personen die zij ten laste hebben. Anderzijds speelt de hoedanigheid waarin iemand bij zijn ziekenfonds is aangesloten geen enkele rol meer wat de mogelijkheid om een aanvraag in te dienen, betreft. Enkel het criterium betreffende de financiële toestand van het gezin wordt gehanteerd. In voorkomend geval kan de hoedanigheid nog als indicator voor een situatie van bescheiden inkomens dienen (zie punt 2. c.).

### c. Financiële situatie van het gezin

Naast die vaststellingen en de wens om zo nauw mogelijk bij de sociale realiteit van de sociaal verzekerden aan te sluiten, was het evenzeer belangrijk om ervoor te zorgen dat het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming terecht wordt toegekend aan die gezinnen die werkelijk en langdurig (of in ieder geval voor een bepaalde periode) in een moeilijke financiële situatie verkeren.

Belangrijk voor de toekenning van dat recht op een voorkeursregeling is dus de financiële capaciteit van het gezin in kwestie. Om evenwel te vermijden dat die rechten onterecht worden toegekend of instabiel worden, wordt de aanvraag pas na een bepaalde referentieperiode, in principe een jaar, ingediend. Die periode laat toe vast te stellen dat de moeilijke financiële situatie van het betrokken gezin stabiel van aard is en dat het dus niet om een eenmalig probleem gaat. Zou het immers gerechtvaardigd zijn dat een sociaal verzekerde de verhoogde tegemoetkoming toegekend krijgt omdat hij een aanvraag heeft ingediend op een moment dat hij over geen enkel inkomen beschikte, in een korte periode tussen twee betrekkingen in?

Sommige situaties duiden evenwel op een belangrijke verandering in het gezinsinkomen: dat is met name het geval bij de pensionering, die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een daling van het beroepsinkomen. Voor die reglementair vastgestelde situaties verandert er niets en wordt er geen enkele referentieperiode bepaald: er wordt rekening gehouden met de huidige gezinsinkomsten, met andere woorden de inkomsten op het ogenblik dat de aanvraag wordt ingediend. Het gaat bijvoorbeeld ook om situaties van weduw(naar)schap of invaliditeit.

### d. Automatische toekenning

Om de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te vergemakkelijken en de stappen voor de sociaal verzekerden te vereenvoudigen of te elimineren, maken de ziekenfondsen gebruik van de gegevens waarover ze beschikken. Met betrekking tot het genot van sociale voordelen waardoor het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming automatisch wordt geopend, gebeurt de elektronische overdracht van die gegevens door de bevoegde overheden dus in overeenstemming met de regels die gezamenlijk door de verzekeringsinstellingen (V.I.), de betrokken overheden, de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) en de betrokken diensten van het RIZIV zijn vastgesteld. De uitwisseling van inkomstgegevens tussen de verschillende betrokken partijen (het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de ziekenfondsen) en de Administratie van de ondernemings- en inkomensfiscaliteit wordt vergemakkelijkt, conform de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

### e. Aanvraag en verklaring op eer

Behalve wanneer de verhoogde verzekeringstegemoetkoming automatisch wordt toegekend (cfr. punt d.), moet een gezin, om ze te ontvangen, een aanvraag indienen en een verklaring op erewoord over de inkomsten van elk gezinslid ondertekenen. Bij die verklaring op erewoord moeten alle bewijsstukken met betrekking tot de daarin vermelde inkomsten worden gevoegd. Op basis daarvan en van de documenten waarover het beschikt, onderzoekt het ziekenfonds dan of het gezin aan de inkomstenvoorwaarden voldoet. Zo ja, dan wordt het recht geopend voor elk gezinslid, met andere woorden voor de gerechtigde, de partner en de personen die zij ten laste hebben.

### f. Proactieve gegevensuitwisseling (flux)

Om de doelgroep op een zo efficiënt mogelijke manier te bereiken, is een mechanisme uitgewerkt waarmee de V.I. de potentiële rechthebbenden onder hun leden kunnen opsporen en verzoeken om het nodige te ondernemen: zo wordt een proactieve flux georganiseerd.

## WAT IS DIE PROACTIEVE FLUX?

De proactieve flux is een nieuwe gegevensuitwisseling binnen de context van de verhoogde tegemoetkoming. Het innovatieve is dat de betrokken instellingen van sociale zekerheid zelf actief op zoek gaan naar potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (V.T.). Dit vergroot de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging.

## WAAROM DIE NIEUWE FLUX?

Het doel van de proactieve flux is dat de ziekenfondsen samen met het RIZIV voor alle sociaal verzekerden die momenteel nog geen V.T. hebben, maar die er mogelijk wel aanspraak op kunnen maken, een aanbeveling doen over de waarschijnlijkheid dat ze aan de inkomstenvoorwaarden voldoen. Deze aanbeveling gebeurt op basis van hun gezinsinkomen, dat wordt opgevraagd bij de FOD Financiën.

## HOE WERKT DE NIEUWE FLUX?

Om de potentiële rechthebbenden te identificeren, organiseren de ziekenfondsen een stroom in samenwerking met het RIZIV en de FOD Financiën.

### o **Stap 1 – Proactieve bevraging bij FOD Financiën**

Voor de gezinnen met een potentieel recht op V.T. maar zonder effectief recht vraagt het RIZIV aan de FOD Financiën om, op basis van de bruto belastbare inkomsten na te gaan of ze aan de inkomstenvoorwaarde voldoen.

 **Personen met een potentieel recht** zijn sociaal verzekerden die deel uitmaken van een gezin waarvan niet alle leden een recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming.

### **Gezinnen niet opgenomen in de proactieve bevraging**

Uit proportionaliteit en privacyoverwegingen worden de gezinnen waarvan we met grote zekerheid weten dat ze niet aan de inkomstenvoorwaarden voldoen, niet opgenomen in het circuit van de proactieve bevraging van de inkomsten bij FOD Financiën. Zo moeten de gezinnen die zich in een van de volgende situaties bevinden, niet worden opgenomen in het bestand:

- o Het gezin dat minder dan 5 jaar geleden geen gevolg gaf aan de uitnodiging van het ziekenfonds om een aanvraag in te dienen om de verhoogde tegemoetkoming te genieten
- o Het gezin waarvoor op basis van de bijdragebonds blijkt dat een of meerdere gezinsleden over beroepsinkomsten beschikken die hoger zijn dan het grensbedrag dat in het kader van dit hoofdstuk van toepassing is voor een gezin bestaande uit 2 gerechtigden en 2 personen ten laste
- o Het gezin waarvan een van de gezinsleden bij zijn ziekenfonds ingeschreven is in de hoedanigheid van gerechtigde resident en een van de 2 hoogste bijdragen betaalt
- o Het gezin waarvan een van de leden van het gezin minder dan 5 jaar geleden een verklaring op erewoord V.T. indiende die aantoonde dat het gezin niet voldoet aan de inkomstenvoorwaarde.

### o **Stap 2 - Antwoord van FOD Financiën**

In het antwoord deelt de FOD Financiën via de KSZ de gegevens met betrekking tot de inkomsten van de betrokkene mee indien de gevraagde gegevens voorhanden zijn of duidt in voorkomend geval aan dat de betrokkene niet belastingplichtig is.

○ **Stap 3 - Berekening door RIZIV en doorzending aan V.I.**

Het RIZIV berekent onmiddellijk bij de ontvangst van de fiscale gegevens de gezinsinkomsten van alle gezinnen uit het bestand. Op basis van deze berekening stelt het vast of een gezin op basis van de bekende belastbare inkomsten potentieel recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Het instituut codeert het resultaat van deze berekening. Van de uitkomst van deze analyse brengt het de betrokken V.I., uitsluitend in de vorm van deze code, op de hoogte.

○ **Stap 4 - Informeren van de gezinnen**

De V.I.'s dienen aan de hand van deze informatie elk gezin met een potentieel recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de gezinnen met de code die ervoor staat dat de gezinsinkomsten zich onder het V.T.-plafond situeren, te contacteren teneinde het te vragen om een aanvraag betreffende het genot van de verhoogde tegemoetkoming in te dienen.

### g. Jaarlijkse systematische controle

De jaarlijkse, systematische controle op de verhoogde tegemoetkoming bestond reeds voor de inwerkingtreding van de nieuwe reglementering. In de periode 2008-2013 was de systematische controle op de klassieke V.T. en op het OMNIO-statuut afzonderlijk georganiseerd.

De regels met betrekking tot de organisatie en de gevolgen van die jaarlijkse systematische controle zijn verduidelijkt.

#### WIE WORDT GECONTROLEERD?

In principe heeft de jaarlijkse systematische controle betrekking op alle rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Tijdens de voorbereidende werkzaamheden van de hervorming en bij de besprekingen in de werkgroep “verzekeraarbaarheid” van het RIZIV met de verschillende betrokken partijen, waaronder de V.I., is evenwel gebleken dat de inkomsten van de rechthebbenden aan wie het recht als gevolg van het genot van een sociaal voordeel automatisch is toegekend, ook aan de systematische controle onderwerpen (en de inkomstencontrole op basis van een andere reglementering) meestal zonder gevolg bleef, in die zin dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming niet sneller werd ingetrokken. In die gevallen vormde die vereiste systematische controle een bijkomende administratieve last die tot niets leidde. Om die reden worden die rechthebbenden niet aan de jaarlijkse systematische controle onderworpen.

#### GEVOLG DAT AAN DE CONTROLE WORDT GEGEVEN

Als uit de controle blijkt dat het gezinsinkomen op het ogenblik dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend onder het toepasbare plafond ligt, dan wordt dat recht voor een kalenderjaar in het voordeel van het gezin in kwestie verlengd. Als daarentegen uit het onderzoek van de fiscale gegevens blijkt dat dat gezin voor het jaar waarop die gegevens betrekking hebben, geen recht had op de verhoogde tegemoetkoming, dan verloopt het recht op de verhoogde tegemoetkoming op 31 december van het jaar waarin de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) van het RIZIV de lijst aan de fiscus heeft bezorgd.

Het recht wordt ook beëindigd als de fiscus niet voor elk gezinslid informatie doorgeeft. Ten slotte kan het gezin in kwestie te allen tijde een nieuwe aanvraag indienen door een nieuwe verklaring op eer te ondertekenen die in overeenstemming is met de op dat ogenblik geldende reglementaire bepalingen. Als blijkt dat het gezin aan de inkomstenvoorwaarden voldoet, dan wordt het recht opnieuw toegekend. Als de verklaring op eer vóór 1 april volgend op de datum van intrekking van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt ingediend, wordt die zonder onderbreking toegekend.



## HOE WERKT DE CONTROLE?

### ○ **Stap 1**

Jaarlijks sturen de V.I.'s vóór 1 april een lijst op naar het RIZIV, betreffende de gezinnen die op 1 januari van dat jaar recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming op basis van een inkomstenonderzoek.

### ○ **Stap 2**

De DAC van het RIZIV vraagt de inkomsten van de verschillende gezinsleden op bij de FOD Financiën.

### ○ **Stap 3**

De FOD Financiën kijkt na of de betrokken persoon belastingplichtig is of niet. In het antwoord deelt de FOD Financiën via de KSZ de gegevens mee over de inkomsten van de betrokkene indien de gevraagde gegevens voorhanden zijn of duidt in voorkomend geval aan dat de betrokkene niet belastingplichtig is.

### ○ **Stap 4**

De DAC stelt de gezinnen opnieuw samen en geeft deze, met de bijhorende inkomens, door aan de V.I.'s via de filter van het Nationaal intermutualistisch college (NIC).

### ○ **Stap 5**

De V.I.'s moeten aan de hand van de informatie het V.T.-recht van de gezinnen heronderzoeken, mogelijk te verlengen en indien nodig het recht op verhoogde verzekeringstegemoetkoming in te trekken.

### ○ **Stap 6**

Vóór 1 april van het jaar dat volgt op het jaar waarin de DAC de lijst aan de belastingadministratie heeft bezorgd, en de fiscale informatie aan de V.I.'s heeft doorgegeven, deelt deze de DAC mee welke beslissing het heeft genomen betreffende de verlenging of intrekking van het recht op de V.T. De V.I. motiveert de beslissing in deze feedback.

## h. Evaluatie

Rekening houdende met de vele veranderingen als gevolg van de hervorming is er een evaluatie gepland. Het koninklijk besluit bevat een opsomming van de elementen die in het bijzonder dienen te worden geëvalueerd. Dat is met name het geval voor de proactieve flux (zie punt f.), waarvan de doeltreffendheid moet worden gemeten vooraleer men zich uitspreekt over het behoud en de periodiciteit ervan.

### EVALUATIE DOOR DE DAC

De laatste doelstelling van de gegevensuitwisselingen in het kader van de hervormde verhoogde tegemoetkoming is de evaluatie van de maatregel door het RIZIV. In het koninklijk besluit wordt de DAC gemandateerd om de evaluatie van de maatregel en de beleidsopvolging uit te voeren door middel van kwantitatieve analyses. Deze evaluatie beoogt in het bijzonder toe te zien op de referentieperiode bedoeld in artikel 18, de tussentijdse controle bedoeld in artikel 36 en de detectiestroom voor potentiële rechthebbenden. Daarnaast worden de impact van de hervormingen en bepaalde gevolgen van keuzes bij de definitie van de gezinssamenstelling en de inkomstenvoerwaarden meer in detail bekeken.

### DATA NODIG VOOR DE EVALUATIE

Om deze relevante evaluatie uit te voeren, heeft men in de dienst voldoende, correcte en ook relevante data nodig over de verhoogde tegemoetkoming. De informatie uit de proactieve flux en de systematische controle vormen geen voldoende basis om dat soort data te verzamelen. Daarom werd de uitwisseling van een globaal bestand en semestriële statistieken uitgewerkt.

Het **globaal bestand** geeft een foto van alle rechthebbenden op de V.T. op 1 januari.

Dat bestand bevat de volgende informatie:

- het INSZ-nummer
- de woonplaats
- het recht op de V.T.
- de gezinssamenstelling
- de burgerlijke stand
- enkele berekende waarden zoals leeftijd en geslacht.

Alles samen geeft dat, samen met de historische data over de V.T., een goed startpunt voor de evaluatie van de maatregel en van de hervorming. Omdat bepaalde aspecten in de toekenning en controle op het recht op de V.T. bij de ziekenfondsen plaatsvinden en die aspecten moeilijk in een jaarlijks nominatief bestand zijn onder te brengen, worden er ook **semestrieel geaggregeerde rapporten** verstuurd vanuit de V.I.'s naar het RIZIV, zoals bijvoorbeeld over de verklaringen op eer waar uiteindelijk geen recht uit voortkomt of over de intermediaire controle.

## i. Bewijsstukken (KSZ-fluxen) en aanvullende voordelen

### ELEKTRONISCHE BEWIJSSTUKKEN

De gegevensuitwisseling m.b.t. de verhoogde tegemoetkoming kadert ook in de prioriteit die bestaat in het netwerk van de KSZ om de administratieve formaliteiten te beperken. Deze “verautomatisering” is zeker gericht op de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. In de context van de V.T. uit deze bekommernis zich op 2 vlakken:

- enerzijds door de organisatie van de gegevensuitwisseling van attesten tussen openbare instellingen van sociale zekerheid bij de toekenning van het recht op V.T.
- anderzijds door het ondersteunen van de automatische toekenning van sociale rechten of aanvullende voordelen.

### AANVULLENDE VOORDELEN

Bepaalde statuten binnen de sociale zekerheid (leefloon, persoon met een handicap, integratietegemoetkoming ouderen) geven soms recht op een aanvullend voordeel buiten de sociale zekerheid (sociaal tarief, belastingvrijstelling...). Dat geldt ook voor de V.T. (WIGW, OMNIO, V.T. op basis van leefloon...). De rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming worden opgeladen in het repertorium van de KSZ om andere instellingen de mogelijkheid te bieden rechten op automatische wijze te controleren en aanvullende rechten of voordelen toe te kennen. Op die manier probeert men nu al papieren attesten te verminderen of zelfs af te schaffen.

### 3. Invoering van het statuut “chronische aandoening”

De invoering van een statuut “chronische aandoening” is een van de maatregelen in het kader van het Plan “prioriteit aan de chronisch zieken”. Via de erkenning van dat “statuut” wil men tot een zo algemeen en efficiënt mogelijke toegankelijkheid van de gezondheidszorg komen: het doel is immers om mensen met een ernstige chronische ziekte te helpen om hun medische kosten te betalen. Zo staat het vast dat de bovenbedoelde sociaal verzekerden voortdurend met een grote, terugkerende behoefte aan gezondheidszorg worden geconfronteerd.

#### a. Model dat door een werkgroep is ontwikkeld

Om de toekomstige rechthebbenden op dat statuut te identificeren, heeft het RIZIV een werkgroep opgericht die bestaat uit:

- vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen
- de verzekeringsinstellingen
- het RIZIV, de FOD's Volksgezondheid en Sociale Zekerheid.

Die werkgroep heeft een model uitgewerkt dat voornamelijk gebaseerd is op de terugkerende uitgaven voor gezondheidszorg. Het idee om een lijst van chronische ziekten op te stellen, is verworpen. De behoefte aan gezondheidszorg werd immers relevanter geacht voor de afbakening van het doelpubliek.

#### b. Wettelijke basis

Het statuut is ingesteld bij wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg waarvan de artikelen 16 en 17 een artikel 37vicies/1 hebben ingevoegd in de GVVU-wet. Het koninklijk uitvoeringsbesluit is op 15 december 2013 uitgevaardigd en is met terugwerkende kracht geldig sinds 1 januari 2013.

### c. Hoe dat statuut verkrijgen?

Er zijn 3 manieren om het statuut te verkrijgen, waarvan de eerste 2 automatisch zijn:

- **1<sup>e</sup>** op basis van een financieel criterium, namelijk een minimumbedrag aan gezondheidsuitgaven (300 EUR) over een bepaalde duur (acht opeenvolgende kwartalen) van 2 opeenvolgende kalenderjaren, om het chronische karakter van de ziekte aan te tonen en “tijdelijke gezondheidsproblemen” niet in aanmerking te nemen, zoals personen die gedurende een vrij lange periode hoge terugkerende kosten voorleggen (na een ongeval bijvoorbeeld) zonder evenwel aan een chronische ziekte te lijden.

Er wordt tezelfdertijd rekening gehouden met:

- het bedrag dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalt
- de persoonlijke tegemoetkoming die ten laste van de sociaal verzekerde blijft.

Er is inderdaad beslist om enkel rekening te houden met die gezondheidsuitgaven waarvoor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging een volledige of gedeeltelijke tegemoetkoming toekent. Het is natuurlijk wenselijk dat het statuut kan evolueren, rekening houdende met de te behalen doelstellingen en de evolutie van de situatie van de patiënten met een chronische ziekte. Zo is het niet ondenkbaar dat geneeskundige verstrekkingen die nog niet door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste worden genomen, in de toekomst in aanmerking worden genomen omdat ze in mindere of meerdere mate op het budget van de chronisch zieke wegen. Er zal rekening worden gehouden met de op het terrein vastgestelde evoluties om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de realiteit van die patiënten. Dankzij een flexibele wettelijke basis is het mogelijk de criteria aan te passen of te verfijnen en te oordelen of sommige moeten worden gecumuleerd.

- **2<sup>e</sup>** het statuut zal ook worden toegekend aan de rechthebbenden van het huidige forfait voor chronisch zieken, zoals bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2<sup>o</sup>, van de GVU-wet.
- **3<sup>e</sup>** op basis van een attest van een geneesheer-specialist, waarin wordt bevestigd dat de rechthebbende aan een zeldzame of weesziekte lijdt, waarbij de voorwaarden van het hierboven bedoelde financiële criterium ook vervuld moeten zijn. De statuten die op basis van de eerste 2 criteria worden toegekend, blijven 2 kalenderjaren geldig. Nadien worden ze jaarlijks verlengd, waarbij aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan. Het statuut dat op basis van het derde criterium wordt toegekend, blijft daarentegen 5 jaar geldig en kan nadien ook voor periodes van 5 jaar worden verlengd, waarbij aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan.

### d. Evaluatie van het statuut

Het statuut zal na 1 jaar door het Observatorium voor chronische ziekten worden geëvalueerd. De nodige gegevens voor die beoordeling zullen in 2015 of 2016 beschikbaar zijn en er zal reeds een eerste balans kunnen worden opgemaakt over de gepastheid van de maatregelen of van eventuele aanpassingen.

## e. Een betere toegankelijkheid van de verzorging

Het statuut zal de toegankelijkheid van de verzorging opmerkelijk verbeteren, want de volgende rechten zijn voortaan ermee verbonden:

- de maximumfactuur voor chronisch zieken, een maatregel die met de programmawet van 28 juni 2013 is uitgevaardigd en die op 1 januari 2013 van kracht is geworden. De maximumfactuur is een maatregel van financiële toegankelijkheid waarmee de medische kosten per kalenderjaar tot een bepaald maximumbedrag worden beperkt. Dat bedrag is afhankelijk van het inkomen van het gezin waarvan de rechthebbende deel uitmaakt (inkomens-MAF) of van de sociale categorie waartoe hij behoort (sociale MAF, die van toepassing is op de meeste rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming). Dat betekent dat zodra de uitgaven in de loop van het jaar een bepaald plafond bereiken, de kosten voor geneeskundige verzorging voor de rest van dat jaar volledig worden terugbetaald, zonder dat de rechthebbende zelf nog iets moet betalen. Door de maximumfactuur voor chronisch zieken kan het plafond van de persoonlijke tussenkomsten met 100 EUR dalen wanneer een rechthebbende van het betrokken gezin in de loop van het jaar waarvoor het recht op de maximumfactuur wordt onderzocht, het statuut “chronische aandoening” heeft.
- de verplichte derdebetalersregeling voor de verstrekkingen die bij koninklijk besluit zullen worden bepaald, een maatregel die via de voormelde wet van 27 december 2012 is uitgevaardigd en die op 1 januari 2015 van kracht zal worden. Dat voordeel wordt enkel aan de rechthebbende op het statuut “chronische aandoening” toegekend. Sinds 1 mei 2014 is het voor een zorgverlener evenwel mogelijk om de derdebetalersregeling voor rechthebbenden op het statuut “chronische aandoening” toe te passen.

## 4. Conclusie

De 2 hierboven vermelde maatregelen zijn erop gericht de toegang tot de gezondheidszorg te vergemakkelijken, en meer bepaald de financiële toegankelijkheid ervan te vergroten. Ons systeem van verzekering voor geneeskundige verzorging is efficiënt, maar nog al te vaak wijzen studies op grote moeilijkheden die met name het resultaat zijn van de hoge kosten van de gezondheidszorg. Voor sociaal verzekerden die een bescheiden inkomen hebben of herhaaldelijk verzorging nodig hebben, blijkt het ingewikkeld te zijn om het basisrecht op gezondheidszorg effectief te genieten.

Er is een evaluatie van die maatregelen en hun doeltreffendheid gepland. Het is immers belangrijk om na te gaan of de maatregelen hun doelstellingen bereiken, dan wel of ze moeten worden bijgestuurd. Anderzijds moeten ze evolueren om de nieuwe realiteit op het terrein te volgen. Nu al kunnen we zeggen dat de combinatie van die maatregelen met de toepassing van de derdebetalersregeling helpt om de toegang tot de gezondheidszorg voor elke sociaal verzekerde te garanderen, ongeacht diens gezondheidstoestand of sociale of financiële situatie.



Het aantal arbeidsongeschikte werknemers stijgt in de meeste industrielanden, waaronder België.

Uit de laatste studie van de OESO (2013) 'Mental Health and Work: Belgium' en uit het colloquium 'Invaliditeit en werk, geestelijke gezondheid' – dat het RIZIV op 25 april 2014 heeft georganiseerd – blijkt dat mentale gezondheidsproblemen tot de belangrijkste oorzaken horen van arbeidsongeschiktheid in België. Ons land heeft heel wat mogelijkheden om die situatie te verhelpen. Toch verliezen nog te veel werknemers die aan een mentale ziekte lijden hun werk. Ze komen dan terecht in de werkloosheid en hebben moeite om opnieuw een job te vinden. Ze lopen dus sneller het risico om langdurig werkloos te worden, definitief uit de arbeidsmarkt te verdwijnen en af te glijden naar een regeling van invaliditeitsuitkeringen.

Bovendien worden heel wat gerechtigden op een invaliditeitsuitkering die aan een mentale ziekte lijden, uit de arbeidsmarkt gestoten en komen ze te snel en definitief terecht in de werkloosheidsval. Om het aantal nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen zo goed mogelijk in te dijken en om de personen die in staat zijn om te werken aan een nieuwe job te helpen, moet het volgende gebeuren:

- betere evaluatie van de problemen van de aanvragers die getroffen zijn door mentale aandoeningen, die in het algemeen aan complexe, meervoudige en chronische ziekten lijden en betere beoordeling van hun arbeidsgeschiktheid en hun behoefte aan hulp
- versterking van het aspect professionele re-integratie in het invaliditeitssysteem
- de gerechtigden op een invaliditeitsuitkering in staat stellen om uit de regeling te stappen door werken financieel aantrekkelijk te maken en maatregelen te nemen die de angst voor het verlies van de uitkeringen doen verdwijnen, door hieraan meer gerichte en aangepaste initiatieven met het oog op de terugkeer naar werk te koppelen voor de personen die niet meer actief zijn op de arbeidsmarkt.

Het doel is de opvatting over arbeidsongeschiktheid en de aanpak van de evaluatie van arbeidsongeschiktheid opnieuw uitdenken.

Grootschalige structurele hervormingen zijn niet nodig, maar het is hoog tijd dat er snel en proactief wordt opgetreden, wat de wetgeving vandaag al mogelijk maakt. De verschillende instellingen en actoren op het terrein moeten ook beter samenwerken en hun acties coördineren: behandelend geneesheren, adviserend geneesheren, werkgevers en diensten voor human resources, arbeidsgeneesheren, vertegenwoordigers van de werknemers, herscholingscentra, gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en gehandicapten, enz.

## III. Geestelijke gezondheid en werk

### 1. Situatie van de arbeidsongeschiktheid in België

Op internationaal vlak beschouwt men arbeidsongeschiktheid als een van de grootste problemen van de sociale zekerheid en van de evolutie van de arbeidsmarkt. Het aantal arbeidsongeschikte werknemers stijgt in de meeste geïndustrialiseerde landen, waaronder België.

Op 31 december 2013 ontvingen 321.000 personen in België een invaliditeitsuitkering. Dat is ongeveer 4,5 % van de bevolking tussen 15 en 64 jaar. Die opwaartse trend zien we ook voor de primaire arbeidsongeschiktheid: van 344.492 gevallen in 2004 naar 399.075 gevallen in 2010.

Uit de verdeling van het aantal invaliden per ziektegroep blijkt onder meer een duidelijke stijging van het aantal mensen met mentale stoornissen. Die categorie is sinds 2000 met 88% gestegen tot 109.000 gevallen eind 2013. Ze is daarmee de grootste groep invaliden.

### 2. Rol van de Dienst uitkeringen van het RIZIV

Een van de basisopdrachten van de Dienst uitkeringen van het RIZIV is wetenschappelijke en statistische kennis over arbeidsongeschiktheid ontwikkelen.

In het kader van zijn huidige bestuursovereenkomst (2013-2015) is het RIZIV van plan om:

- de beschikbare middelen te gebruiken om kennis te verwerven en de beleidsmakers te ondersteunen
- de nog te weinig gekende aspecten van arbeidsongeschiktheid uit te diepen (bv. de geestelijke gezondheid, de kwaliteit van de medische beoordeling, enz.).

Het RIZIV wenst die kennistools ook permanent in een algemene strategie te vervatten. Het Beheerscomité van de Dienst uitkeringen heeft voor 2014 een onderzoeksprogramma vastgelegd, met onder andere een studie over de mogelijkheden om mensen met mentale aandoeningen te re-integreren.

### 3. Geestelijke gezondheid

De laatste studie van de OESO (2013), "Mental Health and Work: Belgium" en het colloquium "Invaliditeit en werk, geestelijke gezondheid" – dat het RIZIV op 25 april 2014 heeft georganiseerd – hebben aangetoond dat geestelijke gezondheidsproblemen tot de belangrijkste oorzaken horen van arbeidsongeschiktheid in België. In ons land zijn er evenwel talloze mogelijkheden om die situatie te verhelpen. Preventie (zowel primaire als secundaire) spelen daarbij een grote rol. Zodra terugkeer naar – zelfs deeltijds – werk kan worden overwogen, vormt een snelle professionele re-integratie een fundamenteel instrument in het beheer van de arbeidsongeschiktheid.

In haar studie stelt de OESO vast dat België een vooruitstrevende wetgeving heeft over de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen op de werkplek. Een andere vaststelling is dat de arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidssystemen nauw met elkaar verbonden zijn, maar dat België zijn potentieel niet volledig benut om mensen met mentale stoornissen op de arbeidsmarkt te houden.

De OESO stelt onder meer voor om dat potentieel verder uit te bouwen:

- door samenwerking aan te moedigen tussen de actoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de werkgelegenheidssteun
- door op experimentele wijze de samenwerking te bevorderen tussen die instellingen in het kader van zorgtrajecten, in nauwe samenwerking met de specialisten van de arbeidsgeneeskunde
- door werkgevers van het probleem bewust te maken.

Het RIZIV heeft samenwerkingsovereenkomsten gesloten met de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, zoals de VDAB in het Vlaams gewest, Forem en Awiph in het Waals gewest, en Actiris, Bruxelles Formation, VDAB en Phare in het Brussels-Hoofdstedelijk gewest. Die samenwerkingsovereenkomsten vormen een institutioneel kader voor een oplossing.

Een brede doelgroep van mensen met medische problemen of mentale, psychische stoornissen (stress, depressies, persoonlijkheidsstoornissen, fobieën, angstaanvallen, enz.) en psychiatrische stoornissen (psychosen, neurosen, enz.) vraagt een individuele benadering van de mogelijkheden van verschillende beroepsherscholingsprogramma's, in het bijzonder van de IPS-methode ('individuele plaatsing en steun'). De nadruk ging naar het belang van begeleiding van de patiënt op zijn werkplek en naar de noodzaak om de patiënt en zijn collega's meer te betrekken (samen beslissingen nemen).

## 4. Samenvatting van de OESO-analyse

Twee recente rapporten van de OESO (2012 en 2013) hebben de problematiek van de geestelijke gezondheid en de relatie met arbeid in kaart gebracht. Een samenvatting van de voornaamste elementen van die documenten stelt ons in staat om een actueel en pragmatisch reflectiekader uit te zetten.

### a. Geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe belangrijke uitdaging voor de arbeidsmarkt

De kosten van een slechte geestelijke gezondheid voor de betrokkenen, de werkgevers en de maatschappij in brede zin zijn enorm. Volgens een voorzichtige schatting van de Internationale arbeidsorganisatie vertegenwoordigen ze 3-4 % van het bruto binnenlands product in de Europese Unie. De meeste kosten situeren zich buiten de gezondheidssector. Geestelijke aandoeningen liggen aan de basis van een aanzienlijk verlies aan mogelijke arbeidskrachten, hoge werkloosheidscijfers, een hoog aantal nieuwe gevallen van ziekteverzuim en een verminderde productiviteit op het werk. Te veel jongeren verlaten hierdoor de arbeidsmarkt of betreden ze nooit echt, omdat ze zeer vroeg in de richting van invaliditeit worden geleid. Vandaag is tussen een derde en de helft van de nieuwe invaliditeitsaanvragen aan mentale stoornissen te wijten. Die verhouding is bij jongvolwassenen hoger dan 70 %.

Een slechte mentale gezondheid is zeer moeilijk te analyseren. De beschikbare beoordelingselementen over mentale aandoeningen en de relatie met werk vormen geen sluitend geheel. Veel belangrijke factoren blijven onbekend of slecht begrepen. Er zijn veel misvattingen, door het stigma dat kleeft aan geestelijke aandoeningen en aan de vele angsten van de patiënten, zowel in de maatschappij als op het werk.

Wie aan ernstige mentale aandoeningen lijdt, wordt te vaak van de arbeidsmarkt verwijderd en heeft hulp nodig om duurzaam werk te vinden. De meeste personen met een courante mentale aandoening hebben evenwel een job, maar ondervinden moeilijkheden op het werk. Ze krijgen geen behandeling en geen hulp bij het werk en lopen dus een hoog risico op jobverlies en definitieve uitsluiting van de arbeidsmarkt. De overheid moet dan ook in verschillende richtingen acties ondernemen:

- van ernstige mentale tot courante en subklinische aandoeningen
- van niet-actieve tot actieve personen op de arbeidsmarkt
- van reactie op tot preventie van de problemen.



## b. Mentale problemen zijn zeer verspreid, maar hun prevalentie stijgt niet

Met mentale stoornissen zijn de mentale ziekten bedoeld die de klinische identificatiedrempel bereiken waarmee – volgens de classificatiesystemen in de psychiatrie – het mogelijk is om een diagnose te stellen. De epidemiologische en klinische gegevens tonen duidelijk aan dat de prevalentie van mentale stoornissen hoog is:

- Ongeveer 20 % van de beroepsbevolking in een gemiddeld land van de OESO lijdt aan mentale stoornissen in de klinische betekenis van de term.
- De prevalentie ligt hoger bij jongvolwassenen, vrouwen en mensen met een laag opleidingsniveau. De prevalentie op 12 maanden is nog hoger en volgens diverse studies benadert de prevalentie in de loop van het leven 50 %. Elk van ons loopt dus een hoog risico om op een bepaald ogenblik in zijn beroepsleven mentale problemen te ervaren.
- De prevalentie van mentale stoornissen stijgt niet. Talrijke epidemiologische en klinische empirische gegevens tonen aan dat de prevalentiecijfers decennia geleden al zeer hoog waren. Niettemin worden er vandaag meer gevallen van mentale stoornissen ontdekt en bekendgemaakt, dankzij de geleidelijke afname van vooroordelen en discriminatie, een betere publieke sensibilisering van dit probleem en modernere beoordelingsmiddelen- en instrumenten (en onder meer betere psychiatrische diensten).

## c. Waarom lijken mentale stoornissen voor meer problemen op de arbeidsmarkt te zorgen dan vroeger?

In zekere mate gaat de betere sensibilisering voor mentale gezondheidsproblemen klaarblijkelijk samen met het idee dat wie eraan lijdt minder in staat is om te werken. Zo vertaalt die bewustwording zich voornamelijk in meer uitsluiting van de arbeidsmarkt.

Tezelfdertijd stijgen of evolueren de vaardigheden die men op het werk vereist. Cognitieve en relationele vaardigheden worden meer gevraagd, wat de taak voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen moeilijker maakt. Om die trends beter te begrijpen, is er meer inzicht nodig in de situatie van die mensen, de weerslag van hun mentale problemen op hun efficiëntie en arbeidscapaciteit, de veranderingen op de arbeidsmarkt, het verband tussen geestelijke gezondheid en werk en de impact van instellingen, systemen en beleid.

## d. De meeste mentale aandoeningen zijn matig of courant

- Ernstige mentale aandoeningen zijn vrij zeldzaam.
- De meeste mentale aandoeningen zijn licht of matig en dus vaak als “courante mentale aandoeningen” (CMA) aangeduid.
- Stemmingsstoornissen (depressie), neurotische stoornissen (angst) en druggerelateerde stoornissen zijn veruit de meest voorkomende CMA.
- Al die aandoeningen kunnen echter verergeren tot ernstige mentale aandoeningen (EMA).
- Over het algemeen lijdt drie kwart van de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen aan een CMA en één kwart aan een EMA.

Het grootste verschil is dat een CMA minder invaliderend is en dus zowel de betrokkene zelf als de maatschappij in de brede zin hier makkelijker mee om kunnen gaan. Niettemin kunnen bepaalde symptomen van een CMA de beroepscapaciteiten aanzienlijk verminderen. **Een van de belangrijkste uitdagingen is dus verhinderen dat een mentaal gezondheidsprobleem van subklinisch niveau in een chronische en invaliderende CMA ontaardt.**

### e. Problemen met geestelijke gezondheid doen zich al op zeer jonge leeftijd voor

- De mediaanleeftijd waarop eender welke mentale stoornis opduikt, is ongeveer 14 jaar.
- 75 % van alle ziekten manifesteren zich op de leeftijd van 24 jaar.

Vooraf angststoornissen treden op zeer jonge leeftijd op. Druggerelateerde stoornissen duiken doorgaans in de jeugd op, terwijl de 1e verschijnselen van stemmingsstoornissen meer in de tijd verspreid zijn en vooral betrekking hebben op de leeftijd van 30-40 jaar.

Het vroege optreden van mentale aandoeningen heeft belangrijke gevolgen op vlak van het overheidsbeleid. Mentale stoornissen bij adolescenten en jongvolwassenen worden zeer vaak niet ontdekt, aan het licht gebracht of behandeld. Het duurt gemiddeld 12 jaar tot de 1e behandeling van een mentale ziekte. Op jonge leeftijd verborgen mentale stoornissen hebben schadelijke gevolgen, omdat ze tot slechte schoolprestaties en vroegtijdig schoolverlaten leiden, wat dan weer een negatieve weerslag heeft op het beroepsleven.

### f. Veel mentale stoornissen zijn chronisch en meervoudig

Veel mentale stoornissen zijn hardnekkig en kennen een hoog hervalpercentage. Zo ligt dat voor terugkerende depressies, zelfs met een medische behandeling, tussen 40 en 80 %. Hoe meer een mentale stoornis een chronisch karakter heeft, hoe meer ze invaliderend is en de integratie op de arbeidsmarkt hypothekeert.

Ook komt het vaak voor dat meerdere mentale stoornissen gelijktijdig voorkomen, soms ook met lichamelijke stoornissen.

Door hun hoge prevalentie is de totaal kost van de CMA voor de maatschappij – rekening houdend met alle kosten voor de gezondheidszorg, de sociale zekerheid en de werkgevers – hoger dan die van de EMA. De rechtstreekse kosten voor de gezondheidszorg vertegenwoordigen immers maar een gering deeltje van de totale kosten van de geestesziekten en liggen meer bepaald een heel stuk onder de kosten die met het verlies van productiviteit gepaard gaan.

Zodra de CMA langdurig worden of terugkeren, kunnen ze tot een significante invaliditeit leiden, wat het functioneren op het werk negatief beïnvloedt.

De verzamelde gegevens over de behandeling en gevolgen van mentale ziekten hebben vaak betrekking op de EMA. Er moet veel meer informatie over de brede categorie van mensen met CMA worden verzameld, zowel over hun professionele toekomst als over de maatregelen die die toekomst kunnen verbeteren.

### g. Een mentale stoornis vormt een rem op het werk, werk daarentegen is gunstig voor de geestelijke gezondheid

- Het arbeidspercentage van mensen met CMA ligt tussen 60 en 70 %, wat 10 tot 15 punten lager is dan dat van de mensen die er niet aan lijden. Dat lijkt een hoge arbeidsparticipatie, maar gezien de grootte van die categorie betekent dat verschil toch een groot verlies voor de economie, de betrokkenen en hun families.
- Het overeenkomstige arbeidspercentage van de mensen met EMA ligt tussen 45 en 55 %.

Veel mensen met mentale stoornissen willen werken, maar vinden geen job. Werkloosheid is een nijpend probleem:

- Mensen met EMA lopen een 6 tot 7 keer hoger risico op werkloosheid dan wie in goede gezondheid verkeert, mensen met CMA hebben een 2 tot 3 keer hoger risico.
- Mensen met EMA zijn vaak langdurig werkloos (in percentage van de totale werkloosheid), wat een groot risico op ontmoediging en het verlaten van de arbeidsmarkt inhoudt.
- Mensen met CMA zijn niet vaker dan gemiddeld langdurig werkloos, wat erop wijst dat ze evenzeer in staat zijn om werk te vinden als elke andere werkloze, maar ook dat ze hun job vaak sneller verliezen: ze hebben gemiddeld meer moeite om hun baan te behouden.

De werkloosheid op zich is ook zeer schadelijk voor de geestelijke gezondheid. De risico's zijn vooral bij het begin van de werkloosheid het grootst, door de shock werkloos te zijn geworden. Daarna volgt een fase van aanpassing aan de situatie, voorafgegaan door een verergering als de werkloosheid aanhoudt.

Hiermee samenhangend, tonen gegevens aan dat de situatie van wie aan mentale stoornissen lijdt en een job vindt, zichtbaar verbetert.

### h. Werk is goed voor de geestelijke gezondheid, maar niet in alle omstandigheden

- Jobs van slechte kwaliteit kunnen nadelig zijn.
- Mensen met mentale stoornissen hebben meer kans dan anderen om een baan uit te oefenen die niet goed bij hun vaardigheden past en verrichten vaker laaggeschoold werk (administratief werk, jobs in de dienstverlening en de verkoop, ambachtelijk werk).

Dat is een problematische situatie, omdat in die jobs, meer dan in andere beroepen, hoge cognitieve eisen met weinig beslissingsvrijheid verbonden zijn: een combinatie die tot een gespannen situatie en dus een ongezonde stress op het werk kan leiden, wat een erkende factor van een slechte geestelijke gezondheid is.

### i. Een slechte geestelijke gezondheid leidt tot zware productiviteitsverliezen

- Werknemers met mentale stoornissen zijn om gezondheidsredenen vaker dan andere afwezig van het werk en hun afwezigheid duurt langer.
- Talloze werknemers met mentale stoornissen nemen evenwel geen ziekteverlof, maar blijven op een minder efficiënte manier doorwerken.

De omvang van die productiviteitsverliezen maakt duidelijk hoe belangrijk het is om de ziekten op te volgen en te beheren. Die aanpak volstaat echter niet, want de maatregelen voor tegemoetkomingen en steun komen vaak te laat:

- werknemers met mentale stoornissen lopen 50 % meer risico om ongewild hun baan te verliezen en 30 % meer risico om vrijwillig ontslag te nemen.

### j. Werk is de beste garantie op voldoende inkomen

Werk speelt ook een belangrijke rol als inkomstenbron. Wie een mentale stoornis heeft maar een job uitoefent, ontvangt doorgaans een inkomen dat met het gemiddelde vergelijkbaar is.

Niet iedereen is evenwel aan de slag. Het inkomen van mensen met CMA bedraagt bijgevolg zo'n 90 % van het inkomen van wie een goede geestelijke gezondheid heeft, terwijl dat voor degenen met EMA nog slechts 60 tot 80 % is: zij hebben dus ook een hoger risico op armoede.

50 % van de niet-actieve beroepsbevolking met mentale stoornissen ontvangt invaliditeitsuitkeringen. De andere helft heeft recht op andere uitkeringen.

Uit de gegevens over wie nieuw in invaliditeit komt, blijkt dat degenen met mentale stoornissen lossere banden met de arbeidsmarkt hebben op het moment van hun aanvraag dan rechthebbenden met andere gezondheidsproblemen:

- het gebrek aan identificatie en voorafgaande maatregelen kan verklaren waarom de terug-naar-werk-maatregelen voor gerechtigden op invaliditeitsuitkeringen met mentale stoornissen doorgaans minder efficiënt zijn dan voor andere rechthebbenden.

### k. Het invaliditeitsstelsel staat voor de uitdaging om enerzijds de mentale stoornis te identificeren en anderzijds goede maatregelen te nemen om de arbeidsgeschiktheid, de behoeften en de nodige steun te beoordelen

Aanvragers met mentale stoornissen worden te gemakkelijk als arbeidsongeschikt bestempeld. Meestal krijgen ze meteen een volledige uitkering. Wanneer ze aanvankelijk tijdelijke uitkeringen ontvangen, wordt hun status niet herbekeken, maar in permanente invaliditeit omgezet. Hun aanvragen worden minder vaak verworpen en het is minder waarschijnlijk dat ze de invaliditeit verlaten als hun gezondheidstoestand verbetert of als ze werk vinden.

Om al die redenen doen de overheden te weinig inspanningen om die categorie van aanvragers te helpen hun job te behouden of om er weer een te vinden. De aanbevelingen van de OESO over de hervorming van het systeem van invaliditeitsuitkeringen zijn bijgevolg zeer relevant voor aanvragers met mentale stoornissen: de overheden moeten er meer voor zorgen dat mensen op de arbeidsmarkt blijven en verhinderen dat ze levenslang in de invaliditeit zitten.

Het communiceren van de redenen die een uitkeringsaanvraag motiveren, maakt deel uit van de uitdagingen waar elk systeem van uitkeringen tegenover staat:

- Ten eerste zijn mensen met mentale stoornissen, vooral persoonlijkheidsstoornissen, zich vaak niet van hun toestand bewust.
- Bovendien kiezen ze, zelfs als ze er weet van hebben, om er niet over te praten, grotendeels door de stigmatisering en discriminatie die met de geestesziekte gepaard gaan en door slechte ervaringen uit het verleden.

Het is dus een doelstelling voor de overheden om invloed uit te oefenen op de systemen en op de praktijken van de werkgevers. Zo zal de bekendmaking van mentale stoornissen meer voordelen (het perspectief van hulp op maat) bieden dan nadelen (discriminatie en ontslagrisico). Het gaat erom de betrokkenen te helpen om de informatie over zichzelf te beheren, om voldoende steun te krijgen en tegelijkertijd de onrechtvaardigheid te vermijden van de discriminatie die te snel bij de bekendmaking van een diagnose komt kijken.

Op het ogenblik van hun aanvraag voor invaliditeitsuitkeringen willen de mensen waarschijnlijk graag hun geestesziekte ter sprake brengen als ze daarvan op de hoogte zijn. Niettemin komt die stap maar heel laat in het proces, op een moment waarop bv. de terug-naar-werk-programma's maar weinig kans op slagen hebben. Om nuttig te zijn moeten die trajecten veel vroeger worden opgestart, idealiter tijdens het 1e langdurige ziekteverlof om mentale gezondheidsredenen en wanneer de motivatie om te werken groot is.

### **l. De lage behandelingscijfers vormen een fundamentele uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg**

Ook kennis en de bekendmaking van mentale problemen zijn een belangrijke inzet voor de geestelijke gezondheidszorg. Wie niet weet dat hij ziek is en/of er niet over wenst te praten, doet zelden een beroep op raad en ondersteuning van een arts. Het gevolg is dat 80 % van de mensen met CMA geen enkele behandeling krijgen. Dat is een zeer hoog percentage, zelfs al is het voor sommigen niet nodig om te worden behandeld.

### **m. Een behandeling op maat veronderstelt een duidelijker rol van de huisartsen**

Het relatieve gebrek aan adequate behandeling moet opnieuw in verband worden gebracht met de kwesties van sensibilisering en bekendmaking. Wie een beroep doet op hulp gaat meestal bij een huisarts langs. Huisartsen zijn over het algemeen echter onvoldoende opgeleid en gekwalificeerd om ondersteuning te bieden bij zeer complexe geestesziekten, zelfs al is de prevalentie van mentale stoornissen bij hun patiënten zeer hoog. Ze zullen ook moeten wennen aan het idee dat afwezigheid wegens ziekte, met andere woorden het voorschrijven van 'rust', zelden de goede oplossing is bij een mentale stoornis en zelfs nadelig kan zijn voor de patiënt.

Om patiënten efficiënter door te verwijzen is een geestelijke gezondheidszorg nodig die rekening houdt met de noden van de huisartsen en die in staat is om te zorgen voor de nodige ondersteuning.

## n. Nieuwe richtingen voor het geestelijke gezondheids- en werkgelegenheidsbeleid

De overheid kan en moet doeltreffender reageren op de uitdagingen rond de integratie van geesteszieken op de arbeidsmarkt reageren. Haar optreden moet evolueren om meer ruimte te geven aan de volgende 3 luiken:

- courante en subklinische mentale aandoeningen
- aandoeningen bij actieve en niet-actieve mensen
- meer preventie dan reactie op de problemen.

Twee eisen komen naar voor:

- op het goede ogenblik tussenkomen
- de tussenkomsten beter coördineren.

Doordat de meeste mentale stoornissen al vroeg opduiken, moeten de preventie en de ondersteuning vanaf de 1<sup>e</sup> stadia anders worden aangepakt. In de meeste gevallen zal ondersteuning veel te laat komen als men wacht tot de patiënt een invaliditeitsuitkering aanvraagt. Door de complexiteit van het systeem hangt een betere situatie af van een doorstroming en de integratie van de gespecialiseerde en professionele dienstverlening in eerstelijnsbehandelingen.

## o. Vroegtijdige tussenkomst in verschillende stadia

### TUSSENKOMST TIJDENS DE ADOLESCENTIE

- Door de preventie van mentale stoornissen bij adolescenten die naar school gaan of in leertijd zijn, gecombineerd met een vroegtijdige tussenkomst en indien nodig met doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten.
- Door een vroegtijdige en aanhoudende tussenkomst wanneer een leerling gedragsstoornissen vertoont, om schooluitval te vermijden.
- Door het opleidingsniveau te verbeteren van jongeren die de school vroegtijdig verlaten en die in het bijzonder worden blootgesteld aan het risico om geestelijke gezondheidsproblemen te hebben, door de leertijd of door programma's voor tweedekansonderwijs.
- Door de jongeren met mentale stoornissen te helpen bij de overgang van adolescentie naar volwassenheid en van het verplichte onderwijs over het hoger onderwijs naar werk.

### TUSSENKOMST OP HET WERK

De werkplek is een belangrijk doelwit van het geestelijke gezondheidsbeleid om de integratie van de patiënten op de arbeidsmarkt te verbeteren:

- door enerzijds te zorgen voor uitstekende arbeidsomstandigheden om spanning op het werk te vermijden, en anderzijds voor goede beheerspraktijken om arbeidsgerelateerde mentale gezondheidsproblemen te vermijden en de productiviteitsverliezen door die problemen te beperken
- door systematisch de ziekteverloven op te volgen om sneller langdurige of herhaalde afwezigheden op te merken en onmiddellijk te zorgen voor aangepaste hulp voor het behoud van het werk
- door de werkgevers te helpen om ontslagen wegens mentale gezondheidsproblemen te vermijden door passende incentives, informatie en ondersteuning.

## TUSSENKOMST BIJ DE ZOEKTOCHT NAAR WERK

Te veel geesteszieken verliezen vandaag hun baan, worden werkloos en vinden met moeite nieuw werk. Zij lopen dus een verhoogd risico om langdurig werkloos te zijn, voorgoed de arbeidsmarkt te verlaten en in de invaliditeit terecht te komen. Bovendien ontwikkelen veel langdurig werkzoekenden mentale stoornissen, waardoor ze in een vicieuze cirkel belanden. De diensten voor arbeidsvoorziening moeten voor dit probleem een passend antwoord bieden:

- ernaar streven om de geesteszieke werkzoekenden, meer bepaald de langdurige werkzoekenden, systematisch op te volgen en hun arbeidsgeschiktheid en de hulp die ze nodig hebben, te beoordelen
- met de werkgevers samenwerken om de geesteszieke werkzoekenden te helpen een job te vinden
- de diensten voor een terugkeer naar werk op diegenen richten die om geestelijke gezondheidsredenen met langdurig ziekteverlof zijn (of op de rechthebbenden van langdurige ziekte-uitkeringen)
- de doeltreffendheid van de ondersteuningsdiensten verbeteren via een beleid dat gebaseerd is op succesvolle ervaringen, en de beoordeling van de resultaten verbeteren.

## TUSSENKOMST TIJDENS DE AANVRAAG VOOR INVALIDITEITSUITKERINGEN

Veel aanvragers van invaliditeitsuitkeringen met een mentale aandoening zijn van de arbeidsmarkt uitgesloten en vallen zeer snel en voorgoed in de inactiviteitsval. Om in de mate van het mogelijke het aantal nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen te beperken en om de rechthebbenden die in staat zijn om te werken te helpen bij hun zoektocht naar een job, moeten de volgende zaken gebeuren:

- de problemen beter beoordelen van de geesteszieke aanvragers die doorgaans aan complexe, meervoudige en chronische ziekten lijden, en hun arbeidsgeschiktheid en behoefte aan begeleiding beter inschatten
- het aspect rond professionele re-integratie van het invaliditeitssysteem uitbreiden
- de ontvangers van invaliditeitsuitkeringen toelaten om het systeem te verlaten door werk financieel aantrekkelijk te maken en door maatregelen te nemen om de vrees voor het verlies van de uitkeringen weg te nemen, door ze te verbinden met terug-naar-werk-maatregelen die beter gericht zijn op en aangepast zijn aan mensen die buiten de arbeidsmarkt staan.

### p. Gecoördineerde ondersteuning in alle stadia

De belangrijkste strategische uitdagingen en de aard van de tussenkomsten en van de nodige hulp in verschillende stadia van de loopbaan zijn structureel gelijkaardig. Het gaat om een betere integratie van de diensten met deelname van een groot aantal actoren en systemen om samen te werken, informatie over klanten te delen en onderling klanten door te verwijzen naar elkaar. Geschikte, passende en gecoördineerde hulp veronderstelt samenwerking en coördinatie – op verschillende momenten en manieren – van de diensten voor arbeidsvoorziening en gezondheidszorg, onderwijsinstellingen en instanties die voor de uitkeringen instaan. Voor de integratie van benaderingen en diensten die vaak los van elkaar opereren, zal het nodig zijn de doelstellingen en incentives van de verschillende systemen op elkaar af te stemmen om de mensen met mentale stoornissen te helpen. Op de langere termijn zullen alle belanghebbenden baat hebben bij het bestaan van een geïntegreerde en efficiënte hulpverlening en van de vermindering van disfuncties die de levering van gepaste diensten in de weg staan.

Voor de diensten voor gezondheidszorg staan vaak alleen ten opzichte van de andere systemen, waardoor ze niet voldoende rekening kunnen houden met het aspect arbeid, terwijl vaststaat dat werk goed is voor de geestelijke gezondheid en een essentieel onderdeel is van een bredere ondersteuningsstrategie.

De oplossing ligt wellicht in de coördinatiewijze van de programma's. Sommige benaderingen zijn veelbelovend, meer bepaald die waarbij de diensten voor geestelijke gezondheidszorg recht-

streeks een werkgelegenheidsspecialist kunnen aanwerven om de klanten te helpen een job te vinden en te behouden. Ook veelbelovend zijn de benaderingen waarbij een officieel partnerschap wordt opgezet tussen de diensten voor gezondheidszorg en die voor werkgelegenheid, om een nieuwe gemeenschappelijke dienst voor te stellen die werk en het behoud van de betrokkene in het onderwijs met elkaar combineert.

De hoge prevalentie van mentale stoornissen bij kinderen, werknemers en werklozen betekent ook dat verschillende spelers buiten de gespecialiseerde behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen een belangrijke rol kunnen spelen. Leraren, hiërarchische meerderen, medewerkers van openbare diensten voor arbeidsvoorziening en huisartsen spelen een sleutelrol om een origineel antwoord te bieden op geestelijke gezondheidsproblemen en op de uitdagingen die zich stellen op het vlak van werk. Die professionals moeten zich meer bewust worden van mentale stoornissen en een betere opleiding krijgen om hun rol te kunnen spelen en zo de resultaten in termen van werkgelegenheid te verbeteren. Het hoeven geen psychiaters te zijn, maar ze moeten wel in staat zijn om leerlingen, werknemers, werkzoekenden of patiënten te helpen, om een betere zorg te bieden en om indien nodig systematisch met specialisten samen te werken.

## 4. Actie ondersteund door de Dienst uitkeringen van het RIZIV

Professionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen

### a. Handhaven van de sociale en professionele integratie

Het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers heeft een voorstel van de Technische medische raad en de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit aangenomen over verschillende trajecten voor sociale re-integratie van arbeidsongeschikte personen. Die re-integratietrajecten zijn middelen die de adviserend geneesheer ter beschikking heeft afhankelijk van de prognose van de mogelijkheden om terug aan het werk te gaan.

De 1<sup>e</sup> doelstelling is de professionele integratie van de betrokkene handhaven. De tussenkommende partijen moeten aandacht hebben voor de volgende parameters.

### b. Voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid

De behandelende artsen zullen het voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de behandeling van de mentale stoornis moeten beoordelen. Ze moeten de duur ervan zo kort mogelijk houden en een behandelingsplan opstellen dat het vooruitzicht van een terugkeer naar werk omvat.

### c. Beoordelen van de ongeschiktheid en kiezen van een strategie voor de terugkeer naar werk

#### OPSPOREN VAN DE RISICOGEVALLLEN

Niet iedereen die door een mentale stoornis arbeidsongeschikt is, loopt het risico op een socio-professionele uitval. De aanbevelingen van evaluatiemethodes die de Technische medische raad bij de Dienst uitkeringen heeft opgesteld, betreffen criteria die het mogelijk moeten maken om op te sporen wie nood zal hebben aan actieve begeleiding. Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau zijn variabelen die de literatuur als voorspellende factoren voor een terugkeer naar werk vermeldt. Andere aspecten zijn de voorgeschiedenis van de ongeschiktheid wegens mentale stoornissen en het beeld dat de betrokkene heeft van zijn gezondheidstoestand en van zijn vooruitzicht op terugkeer naar werk.



## ZO VROEG MOGELIJK TUSSENKOMEN

Het is aangeraden om de betrokkene zo snel mogelijk te begeleiden. Hoe langer de ongeschiktheid duurt, hoe groter het risico op deconditionering. Het komt er op aan snel een uitspraak te doen over een mogelijke werkhervatting en om meteen een terug-naar-werk-strategie te ontwikkelen. Die prognose bepaalt welk re-integratietraject voorrang zal krijgen.

## ONTWIKKELEN VAN TERUG-NAAR-WERK-STRATEGIEËN

### ○ Terugkeer naar de vorige functie

Dat is de doelstelling met de beste prognose. De terugkeer naar werk bij dezelfde werkgever is de beste garantie op behoud van de sociale integratie. Het is voor de adviserend geneesheer, bijgestaan door speciaal opgeleid personeel, daarom van essentieel belang om alle obstakels voor een terugkeer naar werk te identificeren.

### ○ Terugkeer naar een ander referentieberoep

Als de terugkeer naar de vorige functie onmogelijk is, dan zal de adviserend geneesheer de capaciteit van de betrokkene beoordelen om een beroep uit te oefenen "dat hij vanwege zijn opleiding of professionele loopbaan heeft of had kunnen uitoefenen".

#### **Als de patient zijn professionele vaardigheden nog heeft en zich dus niet hoeft bij te scholen:**

De adviserend geneesheer zal, in samenwerking met de arbeidsgeneesheer, overwegen om de werknemer te plaatsen bij de werkgever die hem gewoonlijk werk geeft. Een bezoek dat plaatsvindt vóór de werkhervatting is daarbij een ideaal hulpmiddel. Eventueel, als het niet mogelijk is om de betrokkene bij de werkgever te plaatsen, zal de adviserend geneesheer de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene moeten beëindigen. Hij zal de betrokkene dan ook vragen om zich bij de RVA in te schrijven en zich bij de zoektocht naar werk te richten tot de diensten van de VDAB in Vlaanderen, Forem in Wallonië of Actiris in Brussel.

#### **Als bijscholing wel nodig is:**

De adviserend geneesheer zal het proces van professionele rehabilitatie opstarten, dat zo snel mogelijk moet beginnen. Bij voorspelling van ongeschiktheid op lange termijn verloopt dat proces in het kader van de arbeidsongeschiktheid. Is de ongeschiktheid op medisch vlak echter niet meer gerechtvaardigd, dan zal de adviserend geneesheer de uitkeringen stopzetten.

### ○ Volgen van een nieuwe opleiding

Als de betrokkene niet meer geschikt is om een van zijn referentieberoepen uit te oefenen, dan bekijkt de adviserend geneesheer, samen met hem de mogelijkheid van professionele heroriëntering na een heroriënteringsproef. Met instemming van de patiënt dient hij dan bij het RIZIV een aanvraag in om de opleiding voor de nieuwe job te financieren. Heroriëntering betekent verwerven van nieuwe vaardigheden. Als iemand een beroep heeft aangeleerd, maar het lange tijd niet heeft uitgeoefend is het mogelijk dat er een heroriëntering in dat beroep nodig is, al heeft de betrokkene dus nog wel de kwalificaties om het uit te oefenen. Dat is het geval als het beroep zich intussen zodanig heeft ontwikkeld dat er (bijna) volledig nieuwe vaardigheden voor nodig zijn.

### ○ Vrijwilligerswerk

Als er geen mogelijkheid meer bestaat tot werkhervatting of professionele heroriëntering, dan kan de adviserend geneesheer een vrijwillige activiteit aanraden om de sociale integratie zo groot mogelijk te houden.

## 5. Conclusies

Het behoud van de socioprofessionele (re-)integratie van mensen met mentale stoornissen vraagt van de adviserend geneesheer vroegtijdige en aanhoudende actie, die middelen vereist die niet helemaal tot zijn bevoegdheid behoren.

De lopende organisatorische hervorming van de opdrachten van de adviserend geneesheer wil hem die middelen bieden.

Empathie, samenwerking met alle partijen, informatie en begeleiding van de patiënt zijn – met de huidige kennis – efficiëntere middelen dan controle en opgelegde beslissingen.

### DE ALGEMENE CONCLUSIE

België heeft een veelbelovende structuur om de uitdagingen op het gebied van geestelijke gezondheid en werk aan te gaan:

- De structuur is ideaal voor een snelle tussenkomst en professionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen. Het RIZIV kan in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (1<sup>e</sup> jaar) en invaliditeit (na 1 jaar) tussenkomen, heeft de financiële verantwoordelijkheid en controleert en beoordeelt de maatregelen.
- De bedrijven en de arbeidsgeneeskunde zijn wettelijk verplicht om een actieve rol te spelen bij de re-integratie van werknemers.

De hervorming van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg – beter gekend onder de benaming 'artikel 107', een wetsartikel over de ziekenhuizen dat aan de basis van de hervorming ligt – is een kans voor toenadering tot en samenwerking met het RIZIV in het kader van het opstellen en opvolgen van maatregelen voor professionele re-integratie van geesteszieke arbeidsongeschikten.

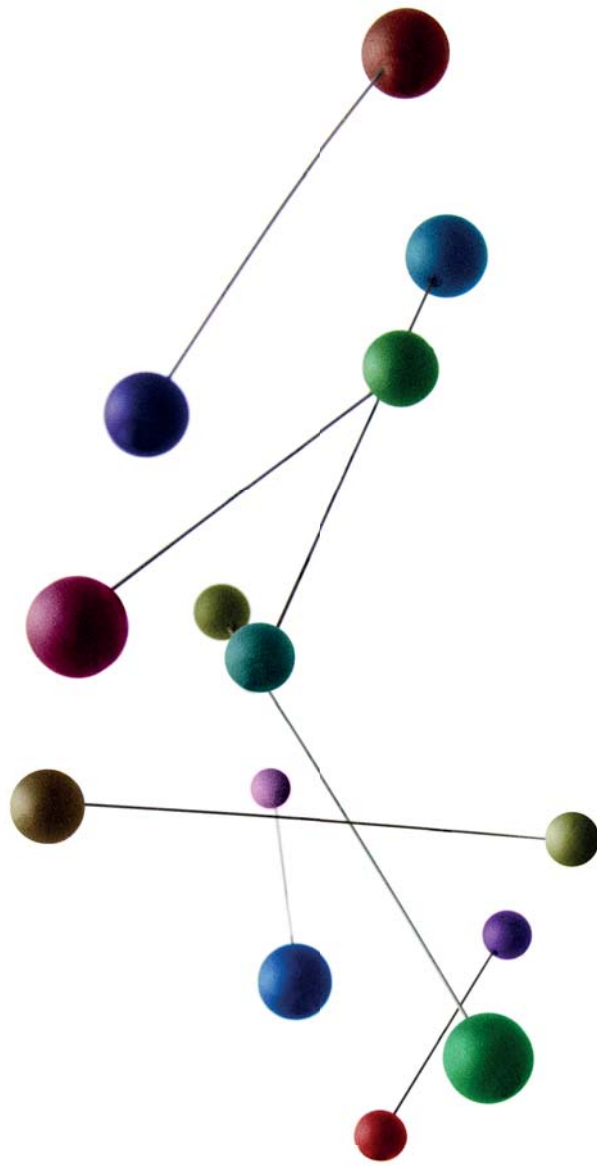
In alle gewesten lopen er innovatieve projecten over geestelijke gezondheid en werk voor arbeidsongeschikte personen. De evaluaties van die projecten zullen toelaten om een reeks aanbevelingen en goede praktijken te bepalen. Die zullen dan verspreid worden en in concrete maatregelen omgezet. Dat zal gebeuren in het kader van de samenwerking met de partners die betrokken zijn bij de begeleiding/follow-up van de re-integratie van door mentale stoornissen arbeidsongeschikte personen.

Arbeidsongeschiktheid en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in een ander licht zien, is hét te bereiken doel.

Het is niet nodig om zich aan structurele hervormingen op grote schaal te wagen. Het is daarentegen hoog tijd om sneller en proactiever te gaan ingrijpen – wat de wetgeving vandaag al mogelijk maakt – en om meer namens de verschillende instellingen en actoren van de betrokken gebieden samen te werken: behandelende artsen, adviserend geneesheren, werkgevers en HR-diensten, arbeidsgeneesheren, vertegenwoordigers van de werknemers, beroepsherscholingscentra, gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en personen met een handicap, enz.







5<sup>e</sup> Deel  
Statistische gegevens

# I. Statistieken van de geneeskundige verzorging

## 1. Aantal individuele zorgverleners

### a. Grondige herziening

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

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

Het RIZIV gebruikt sinds 2009 de volgende benamingen:


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

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

De categorie van de zorgkundigen is niet meer opgenomen in de tabellen. Sinds juni 2010 gebeurt de registratie van de zorgkundigen immers door de Federale overheidsdienst (FOD) 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.

#### HERGROEPERING VAN DE MEDISCHE SPECIALISMEN

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

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

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


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

In tegenstelling tot de internationale richtlijnen zijn de zeldzame kinderartsen met een dubbel specialisme buiten de kindergeneeskunde opgenomen in de groep van de kindergeneeskunde. Bepaalde specialismen die de FOD Volksgezondheid erkent, hebben geen RIZIV-nummer en zijn dus niet in de tabellen opgenomen (bv. arbeidsgeneeskunde, gegevensbeheer, enz.).

Tabellen 1 en 2 hernemen de beroepsbeoefenaars met een activiteit in 2012.

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.

#### HERGROEPERING VAN DE NIET-MEDISCHE GEZONDHEIDSBEROEPEN

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

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

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

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

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

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

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

- 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 2 categorieën de voorbije jaren verkeerd, maar de cijfers stemden overeen met de categorieën zoals hierboven gedefinieerd.

Opmerking: 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

**abc** 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 voor verstrekte hulp en voorschriften bestellen.

Tabellen 1 en 2 vermelden het aantal beroepsbeoefenaars dat op 31 december 2012 en 31 december 2013 bij het RIZIV is ingeschreven met het “recht om prestaties te verrichten”.

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



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



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

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

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

#### ACTIVITEITSCRITERIA VAN DE ACTIEVE BEROEPSBEOEFENAARS

Bij de beroepsbeoefenaars zijn er verschillende activiteitsgraden op basis van:

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


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

In de verschillende tabellen worden de volgende activiteitscriteria toegepast:

- Beroepsbeoefenaars met “profielen”: beroepsbeoefenaars die tijdens het betreffende jaar  
meer dan 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 beroepsbe-  
oefenaar” in de tabellen opgenomen, in de kolom “praktijk”.

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

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

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

De telling van de actieve beroepsbeoefenaars gedurende een bepaald jaar (bv. 2012) houdt slechts rekening met de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten op 31 december van dat jaar.

De telling is gebaseerd op het rijksregisternummer, om overblijvende dubbele registraties te 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 (31-12-2012 en 31-12-2013) en actieve beroepsbeoefenaars (2012)									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012			Actief 2012	In opleiding 2012		Dichtheid 2012	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2013	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2012-2013
<b>Geneesheren</b>	<b>8.429</b>	<b>33.412</b>	<b>41.841</b>	<b>32.583</b>	<b>4.865</b>	<b>15%</b>	<b>29,4</b>	<b>42.419</b>	<b>1%</b>
Huisartsen	2.843	11.957	14.800	12.363	788	6%	11,1	14.952	1%
Kinderartsen	434	1.331	1.765	1.378	369	27%	1,2	1.804	2%
Gynaecologen	381	1.201	1.582	1.370	266	19%	1,2	1.594	1%
Psychiaters	592	1.646	2.238	1.890	289	15%	1,7	2.248	0%
Medische specialismen	2.233	8.605	10.838	9.043	1.687	19%	8,1	10.976	1%
Heelkundige specialismen	1.448	6.075	7.523	6.150	1.466	24%	5,5	7.673	2%
Niet-gespecialiseerde artsen	498	2.597	3.095	389	-	0%	0,4	3.172	2%
<b>Niet-medische beroepen</b>	<b>10.738</b>	<b>145.654</b>	<b>156.392</b>	<b>95.222</b>	<b>189</b>	<b>0%</b>	<b>85,8</b>	<b>162.821</b>	<b>4%</b>
Apothekers	2.420	13.124	15.544	13.027	-	0%	11,7	16.086	3%
Tandartsen	1.324	7.707	9.031	7.869	189	2%	7,1	9.182	2%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	3.528	83.913	87.441	45.916	-	0%	41,4	91.219	4%
Kinesitherapeuten	1.937	26.624	28.561	18.742	-	0%	16,9	29.537	3%
Paramedische beroepen	1.529	14.286	15.815	9.668	-	0%	8,7	16.797	6%
<b>Algemeen totaal</b>	<b>19.167</b>	<b>179.066</b>	<b>198.233</b>	<b>127.805</b>	<b>5.054</b>	<b>4%</b>	<b>115,1</b>	<b>205.240</b>	<b>4%</b>

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

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

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

**Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2012 en 31-12-2013) en actieve beroepsbeoefenaars (2012)**

Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012			Actief 2012	In opleiding 2012		Dichtheid 2012	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2013	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2012-2013
<b>Geneesheren</b>	<b>8.429</b>	<b>33.412</b>	<b>41.841</b>	<b>32.583</b>	<b>4.865</b>	<b>15%</b>	<b>29,4</b>	<b>42.419</b>	<b>1%</b>
Huisartsen	2.843	11.957	14.800	12.363	788	6%	11,1	14.952	1%
Kinderartsen	434	1.331	1.765	1.378	369	27%	1,2	1.804	2%
Kinderartsen	427	1.271	1.698	1.320	369	28%	1,2	1.733	2%
Neuropediaters	7	60	67	58	-	0%	0,1	71	6%
Gynaecologen	381	1.201	1.582	1.370	266	19%	1,2	1.594	1%
Psychiaters	592	1.646	2.238	1.890	289	15%	1,7	2.248	0%
Psychiaters	382	1.550	1.932	1.738	289	17%	1,6	1.977	2%
Neuropsychiaters	210	96	306	152	-	0%	0,1	271	-11%
Medische specialismen	2.233	8.605	10.838	9.043	1.687	19%	8,1	10.976	1%
Algemeen inwendige geneeskunde	431	895	1.326	936	584	62%	0,8	1.325	0%
Inwendige en nucleaire geneeskunde	47	23	70	49	-	0%	0,0	70	0%
Geriaters	32	259	291	265	52	20%	0,2	298	2%
Endocrinologen	43	220	263	248	-	0%	0,2	277	5%
Medische oncologen	15	208	223	211	34	16%	0,2	231	4%
Hematologen	10	120	130	124	-	0%	0,1	135	4%
Reumatologen	63	189	252	216	15	7%	0,2	243	-4%
Reumatologie en fysische geneeskunde	22	-	22	10	-	0%	0,0	21	-5%
Pneumologen	61	472	533	489	52	11%	0,4	547	3%
Gastro-enterologen	101	600	701	624	62	10%	0,6	718	2%
Cardiologen	214	949	1.163	1.007	106	11%	0,9	1.176	1%
Neurologen	29	468	497	472	118	25%	0,4	530	7%
Fysische geneeskunde	98	435	533	460	68	15%	0,4	537	1%
Dermatologen	177	612	789	700	75	11%	0,6	804	2%
Neus-keel-oorartsen	160	554	714	622	91	15%	0,6	718	1%
Radiotherapeuten	14	202	216	173	55	32%	0,2	215	0%
Radiotherapeuten-nuclearisten	50	26	76	46	-	0%	0,0	72	-5%
Nucleaire geneeskunde	12	194	206	180	35	19%	0,2	212	3%
Biologen	179	291	470	280	46	16%	0,3	464	-1%
Biologie en nucleaire geneeskunde	52	187	239	183	-	0%	0,2	237	-1%
Biologie en pathologische anatomie	36	7	43	18	-	0%	0,0	43	0%
Anatomo-pathologen	57	292	349	290	45	16%	0,3	354	1%
Radiologen	330	1.402	1.732	1.440	249	17%	1,3	1.749	1%
Heelkundige specialismen	1.448	6.075	7.523	6.150	1.466	24%	5,5	7.673	2%
Anesthesisten	318	1.972	2.290	1.802	470	26%	1,6	2.332	2%
Acute geneeskunde en urgentie-geneeskunde	7	344	351	322	211	66%	0,3	376	7%
Chirurgen	447	1.246	1.693	1.285	299	23%	1,2	1.708	1%
Orthopedisten	228	877	1.105	949	190	20%	0,9	1.136	3%
Urologen	91	339	430	373	87	23%	0,3	430	0%
Neurochirurgen	31	178	209	180	52	29%	0,2	216	3%
Plastische chirurgen	45	230	275	223	46	21%	0,2	278	1%

Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2012 en 31-12-2013) en actieve beroepsbeoefenaars (2012) (vervolg)									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012			Actief 2012	In opleiding 2012		Dichtheid 2012	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2013	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inv.	Aantal	Evolutie 2012-2013
Oftalmologische heelkunde	281	889	1.170	1.016	111	11%	0,9	1.197	2%
Niet-gespecialiseerde artsen	<b>498</b>	<b>2.597</b>	<b>3.095</b>	<b>389</b>	-	<b>0%</b>	<b>0,4</b>	<b>3.172</b>	<b>2%</b>
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	452	1.142	1.594	248	-	0%	0,2	1.561	-2%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	46	1.455	1.501	141	-	0%	0,1	1.611	7%
<b>Niet-medische beroepen</b>	<b>10.738</b>	<b>145.654</b>	<b>156.392</b>	<b>95.222</b>	<b>189</b>	<b>0%</b>	<b>85,8</b>	<b>162.821</b>	<b>4%</b>
Apothekers	2.420	13.124	15.544	13.027	-	0%	11,7	16.086	3%
Apothekers gerechtigden	845	5.074	5.919	5.074	-	0%	4,6	5.910	0%
Apothekers niet-gerechtigden	1.394	7.561	8.955	7.561	-	0%	6,8	9.489	6%
Apothekers-biologen	181	489	670	392	-	0%	0,4	687	3%
Tandartsen	1.324	7.707	9.031	7.869	189	2%	7,1	9.182	2%
Tandartsen	1.198	6.888	8.086	7.034	88	1%	6,3	8.206	1%
Paradontologen	-	151	151	143	21	15%	0,1	162	7%
Orthodontisten	27	412	439	407	43	11%	0,4	457	4%
Stomatologen	99	256	355	285	37	13%	0,3	357	1%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	3.528	83.913	87.441	45.916	-	0%	41,4	91.219	4%
Vroedvrouwen	463	3.838	4.301	2.110	-	0%	1,9	4.492	4%
Verpleegkundigen	2.183	72.500	74.683	39.858	-	0%	35,9	78.096	5%
Verpleegkundigen vroedvrouwen	119	1.876	1.995	1.071	-	0%	1,0	2.206	11%
Verpleegassistenten	763	5.699	6.462	2.877	-	0%	2,6	6.425	-1%
Kinesitherapeuten	1.937	26.624	28.561	18.742	-	0%	16,9	29.537	3%
Paramedische beroepen	1.529	14.286	15.815	9.668	-	0%	8,7	16.797	6%
Diëtisten	29	2.181	2.210	806	-	0%	0,7	2.392	8%
Podologen	1	353	354	240	-	0%	0,2	387	9%
Logopedisten, Ergotherapeuten	72	7.265	7.337	5.204	-	0%	4,7	7.921	8%
Bandagisten, Orthopedisten, Audiciens, Opticiens, Verstrekkers implantaten	1.427	4.487	5.914	3.418	-	0%	3,1	6.097	3%
<b>Algemeen totaal</b>	<b>19.167</b>	<b>179.066</b>	<b>198.233</b>	<b>127.805</b>	<b>5.054</b>	<b>4%</b>	<b>115,1</b>	<b>205.240</b>	<b>4%</b>

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

### e. Telling van de actieve beroepsbeoefenaars per jaar (2004-2012)

Bij de telling (tabel 3) is van 2004 tot 2012, 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 2004 tot 2012, 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 1 getuigschrift per jaar terugvindt ("geattesteerde" praktijk). Er is geen rekening gehouden met:

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

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2004-2012

Specialismen/beroepen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Jaarlijkse gemiddelde stijging
<b>Geneesheren</b>	<b>29.891</b>	<b>30.081</b>	<b>30.440</b>	<b>30.868</b>	<b>31.281</b>	<b>31.561</b>	<b>31.794</b>	<b>32.164</b>	<b>32.573</b>	<b>1,08%</b>
Huisartsen	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	12.273	12.356	-0,06%
Kinderartsen	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	1.350	1.378	2,16%
Kinderartsen	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1.297	1.320	1,62%
Neuropediater	-	-	-	-	49	50	50	53	58	-
Gynaecologen	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1.352	1.370	1,64%
Psychiaters	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1.865	1.890	0,63%
Psychiaters	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	1.697	1.738	3,15%
Neuropsychiaters	441	334	324	308	298	288	276	168	152	-12,47%
Medische specialismen	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	8.866	9.042	2,06%
Algemeen inwendige geneeskunde	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	943	936	-7,32%
Inwendige en nucleaire geneeskunde	69	66	64	59	57	57	52	48	49	-4,19%
Geriaters	-	-	210	219	225	237	262	276	265	-
Endocrinologen	-	-	-	187	195	201	219	232	248	-
Medische oncologen	-	-	-	-	-	3	193	195	211	-
Hematologen	-	-	-	-	-	-	112	116	124	-
Reumatologen	206	209	208	208	203	204	205	212	216	0,59%
Reumatologie en fysische geneeskunde	13	11	12	10	10	10	10	10	10	-3,23%
Pneumologen	322	348	370	381	395	411	431	458	489	5,36%
Gastro-enterologen	407	443	461	488	523	588	605	608	624	5,49%
Cardiologen	779	802	826	898	922	942	959	976	1.007	3,26%
Neurologen	203	231	253	276	297	314	330	451	472	11,12%
Fysische geneeskunde	407	409	418	421	432	439	443	449	460	1,54%
Dermatologen	615	632	641	652	670	675	682	687	700	1,63%
Neus-keel-oorartsen	546	550	561	576	590	604	602	614	622	1,64%
Radiotherapeuten	136	138	144	149	152	158	166	172	172	2,98%
Radiotherapeuten-nuclearisten	67	65	64	59	60	56	54	51	46	-4,59%
Nucleaire geneeskunde	144	147	147	157	160	166	169	173	180	2,83%
Biologen	272	270	275	264	265	265	268	272	280	0,36%
Biologie en nucleaire geneeskunde	203	201	199	198	194	195	188	186	183	-1,29%
Biologie en pathologische anatomie	32	31	28	26	26	21	22	19	18	-6,94%
Anatomo-pathologen	245	251	259	262	264	266	276	282	290	2,13%
Radiologen	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1.420	1.440	1,36%
Heelkundige specialismen	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	6.059	6.150	2,59%
Anesthesisten	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	1.770	1.802	2,89%
Acute geneeskunde en urgentie-geneeskunde	-	-	-	150	244	257	306	307	322	-
Chirurgen	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	1.281	1.285	0,91%
Orthopedisten	828	857	869	893	902	917	930	943	949	1,72%
Urologen	315	322	328	339	342	352	355	366	373	2,14%
Neurochirurgen	138	141	149	155	161	163	169	177	180	3,38%
Plastische chirurgen	180	191	193	201	209	211	213	224	223	2,71%
Oftalmologische heelkunde	921	930	934	954	965	967	972	991	1.016	1,23%
Niet-gespecialiseerde artsen	626	504	497	473	442	437	425	399	387	-5,83%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	626	356	346	316	292	282	268	259	248	-10,93%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	-	148	151	157	150	155	157	140	139	-

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2004-2012

Specialismen/beroepen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Jaarlijkse gemiddelde stijging
<b>Niet-medische beroepen</b>	<b>51.976</b>	<b>52.600</b>	<b>53.561</b>	<b>59.397</b>	<b>57.937</b>	<b>59.220</b>	<b>60.901</b>	<b>63.086</b>	<b>64.647</b>	<b>2,76%</b>
Apothekers-biologen	364	367	364	363	388	383	389	392	392	0,93%
Tandartsen	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	7.777	7.869	0,25%
Tandartsen	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	6.953	7.034	-0,72%
Paradontologen	-	-	-	108	118	124	134	139	143	-
Orthodontisten	-	-	-	375	395	392	394	399	407	-
Stomatologen	261	254	264	260	269	280	285	286	285	1,11%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	27.215	27.999	3,80%
Vroedvrouwen	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	1.960	2.058	5,34%
Verpleegkundigen	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	23.344	24.080	4,15%
Verpleegkundigen vroedvrouwen	743	768	768	767	819	821	876	923	953	3,16%
Verpleegassistenten	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	988	908	-4,33%
Kinesitherapeuten	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	18.325	18.727	0,98%
Paramedische beroepen	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	9.377	9.660	6,58%
Diëtisten	-	-	-	591	625	657	722	776	803	-
Podologen	-	-	-	177	176	194	203	223	239	-
Logopedisten, Ergotherapeuten	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	4.958	5.202	12,41%
Bandagisten, Orthopedisten, Audiciens, Opticiens, Verstrekkers implantaten	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	3.420	3.416	-1,20%

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

## 2. Uitgaven voor gezondheidszorg

Tabel 4 geeft de evolutie, van 2010 tot 2014, van de jaarlijkse uitgaven voor de vergoeding van geneeskundige verzorging. Die informatie is uitgesplitst per type van verstrekking en omvat alle verzekeringsinstellingen (V.I.). Grafiek 1 geeft een verdeling van de begrotingsdoelstelling van 2014.

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 uitgaven zijn in 9 hoofdrubrieken en in één rubriek "rest" gegroepeerd.



De gegevens van 2013 zijn voorlopige gegevens. Voor 2014 stemmen de opgegeven bedragen overeen met de verschillende partiële begrotingsdoelstellingen die door de Algemene raad van het RIZIV zijn vastgesteld op 14 oktober 2013.

De rubriek “paramedische medewerkers” omvat:

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

De rubriek “andere verblijven” omvat de volgende posten:

- rust- en verzorgingstehuizen (RVT)
- rustoorden voor bejaarden (ROB)
- dagverzorgingscentra
- psychiatrische verzorgingstehuizen
- initiatieven van beschut wonen
- revalidatie en herscholing
- medisch-pediatrie centra
- palliatieve zorg 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 volledig vergoed voor de verstrekkingen die ze de rest van dat kalenderjaar genieten. 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 ziekten, palliatieve zorg (patiënt), menselijk lichaamsmateriaal, multidisciplinaire eerstelijnszorg (SISD, COMA en therapeutische zorgtrajecten), multidisciplinaire teams rolwagens, tabaksontwenning, psychiatrisch verzorgingscircuit, Fonds verslaving, chronische ziekten extra, medische huizen, diversen (telematica apothekers, oncologische revalidatie, magistrale bereidingen (voorschrift op stofnaam), expertise gezondheidswet, financiering artsensyndicaten, kankerplan, project E-learning, transfer uitkeringsverzekering, eenmalige informaticapremie verpleegkundigen, thuisverpleging (sociaal akkoord), informaticapremie bandagisten, RVT/ROB/dagcentra (eenmalige informaticapremie), ROB/ROB/dagcentra (geriatrische verpleegkunde), PVT (sociaal akkoord), medische huizen (sociaal akkoord), Project PBNbis, DNA-tests uitgevoerd in het buitenland, financiering voor lokale kwaliteitsgroepen, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, revalidatie en herscholing (sociaal akkoord) en budget ICT implantaten), MS/ALS/Huntington, zeldzame ziekten, sociaal akkoord, Fonds voor de medische ongevallen, compensatie uitgaven buiten doelstelling en bevrozing gereserveerde bedragen.



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



**Tabel 4 - Jaarlijkse uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen voor de periode 2010-2013 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2014 volgens verschillende categorieën van prestaties en/of van zorgverleners (in duizenden EUR)**

	2010	2011	2012	2013	Doelstelling 2014 (*)
Geneesheren	6.665.919	6.955.943	7.265.430	7.443.472	7.802.237
Verpleegkundigen	1.063.302	1.122.136	1.200.395	1.273.579	1.371.533
Tandartsen	756.408	775.562	804.462	839.240	867.394
Kinesitherapie	580.007	606.694	624.859	652.480	680.383
Farmaceutische verstrekkingen	4.249.222	4.395.249	4.366.572	4.254.470	4.391.332
Paramedische medewerkers	834.888	889.167	983.748	1.035.343	1.133.103
Ziekenhuisopname	4.836.026	5.207.108	5.428.277	5.579.435	5.874.299
Andere verblijven	2.847.789	3.042.726	3.194.114	3.389.885	3.572.815
MAF	326.335	329.653	328.002	331.080	377.596
Rest	666.523	753.146	788.993	880.057	1.790.868
<b>Totaal</b>	<b>22.826.419</b>	<b>24.077.384</b>	<b>24.984.852</b>	<b>25.679.041</b>	<b>27.861.560</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)  
 (\*) Doelstelling 2014 goedgekeurd door de Algemene raad op 14 oktober 2013

**Grafiek 1 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2014 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of van zorgverleners (in %)**

Geneesheren	28,0	
Verpleegkundigen	4,9	
Tandartsen	3,1	
Kinesitherapeuten	2,4	
Farmaceutische verstrekkingen	15,8	
Paramedische medewerkers	4,1	
Ziekenhuisopname	21,1	
Andere verblijven	12,8	
MAF	1,4	
Rest	6,8	

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

### 3. Remgeld

Tabel 5 en grafiek 2 bevatten voor 2010 tot 2012 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. de 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)**

	2010	2011	2012
Geneesheren	742.894	752.481	762.695
Verpleegkundigen	7.821	8.133	8.808
Tandartsen	116.087	119.816	124.507
Kinesitherapeuten	144.536	150.083	154.234
Farmaceutische verstrekkingen	559.938	544.223	541.574
Paramedische medewerkers	129.711	144.987	166.244
Ziekenhuisopname	203.572	205.498	208.403
Andere verblijven	12.622	11.294	11.876
Rest	19.622	20.641	21.270
<b>Totaal</b>	<b>1.936.803</b>	<b>1.957.156</b>	<b>1.999.611</b>

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

**Grafiek 2 - Jaarlijks persoonlijk aandeel van de patiënt in 2012 (in %)**

Geneesheren	38,2	
Verpleegkundigen	0,4	
Tandartsen	6,2	
Kinesitherapeuten	7,7	
Farmaceutische verstrekkingen	27,1	
Paramedische medewerkers	8,3	
Ziekenhuisopnames	10,4	
Andere verblijven	0,6	
Rest	1,1	

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

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



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.

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 2007 en 2012, de uitgaven die zijn gedaan voor de ambulante patiënten en voor de opgenomen patiënten, en ook het totaal.

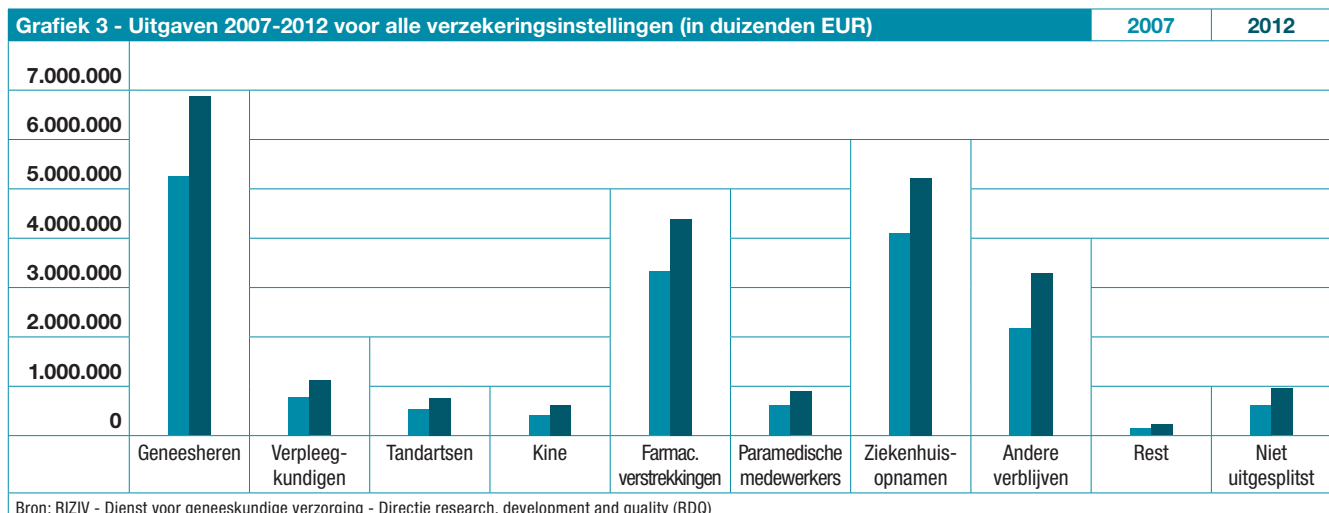
Bepaalde uitgaven zijn onmogelijk uit te splitsen volgens het criterium “ambulant-opgenomen”. Het gaat dan vooral om uitgaven voor geneeskundige verzorging die door het RIZIV zijn gedaan en waarvoor geen precieze link met een rechthebbende bestaat (uitgaven opgenomen in tabel 6bis). De uitsplitsing daarvan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

Van de totale uitgaven 2012 heeft 63,3 % betrekking op ambulante patiënten en 36,7 % op patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn. Van 2007 tot 2012 is het aandeel van de uitgaven voor ambulante patiënten gestegen van 61,8 % naar 63,3 %, wat neerkomt op een stijging met 1,5 procentpunten.

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

Tabel 6 - Uitgaven van 2007 en 2012 voor alle verzekeringsinstellingen (in duizenden EUR)									2007	2012
	Ambulant		%		Gehospitaliseerd		%		Totaal	
Geneesheren	3.597.660	4.775.128	64,6	66,7	1.967.520	2.387.001	35,4	33,3	5.565.180	7.162.129
Verpleegkundigen	836.892	1.200.395	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	836.892	1.200.395
Tandartsen	573.649	788.326	99,7	99,7	1.701	2.060	0,3	0,3	575.350	790.386
Kinesitherapeuten	396.653	567.922	90,5	91,9	41.450	49.872	9,5	8,1	438.103	617.794
Farmaceutische verstrekkingen	2.953.767	3.807.607	83,6	87,5	580.446	543.041	16,4	12,5	3.534.213	4.350.648
Paramedische medewerkers	269.457	415.994	41,0	42,3	388.408	567.754	59,0	57,7	657.865	983.748
Ziekenhuisopnamen	201.214	314.856	4,9	5,8	3.882.486	5.113.421	95,1	94,2	4.083.700	5.428.277
Andere verblijven	2.305.213	3.113.552	95,3	95,7	113.629	140.165	4,7	4,3	2.418.842	3.253.717
Rest	141.563	214.596	94,9	96,3	7.585	8.175	5,1	3,7	149.148	222.771
<b>Totaal</b>	<b>11.276.068</b>	<b>15.198.376</b>	<b>61,8</b>	<b>63,3</b>	<b>6.983.225</b>	<b>8.811.489</b>	<b>38,2</b>	<b>36,7</b>	<b>18.259.293</b>	<b>24.009.865</b>
Niet uitgesplitst									616.195	974.987
<b>Algemeen totaal</b>									<b>18.875.488</b>	<b>24.984.852</b>

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



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

Tabel 6bis geeft het detail en de evolutie (2007 - 2012) van de rubriek "niet uitgesplitst" weer.

<b>Tabel 6 bis - Verdeling van de rubriek "niet uitgesplitst" van tabel 6 (in duizenden EUR)</b>		
<b>Verdeling van de rubriek</b>	<b>2007</b>	<b>2012</b>
Honoraria van geneesheren		
Accreditering	13.202	16.456
Forfait medisch dossier	2.436	0
Forfait telematica (1)	5.400	6.802
Kwaliteitscontrole klinische biologie (2)	1.912	3.476
Beschikbaarheidshonoraria	16.922	54.998
Medische huizen (3)	44.106	92.803
Tandheelkundigen - Accreditering	9.933	14.076
Einde loopbaan	52.475	109.084
Regularisaties + Herfacturatie	-173.111	-85.337
MAF	286.576	328.002
Multidisciplinaire eerstelijnszorg	755	1.191
Loonharmonisering RVT	256.584	302.939
Syndicale premie	2.163	2.503
RVT/ROB/Dagcentra: eenmalige informaticapremie (1)	0	0
RVT/ROB/Dagcentra: geriatrische verpleegkunde	0	161
Kinesitherapeuten - Forfait telematica (1)	7.887	7.065
Zorgvernieuwing	0	9.359
Multidisciplinaire teams rolwagens	422	700
Tabaksontwenning	99	859
Impulso I + II + III	3.087	4.476
Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	17.093
Geïnterneerden	38.609	29.200
Provisioneel bedrag sociaal akkoord	6.717	8.688
Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0
Algologie (art. 56)	886	0
2 <sup>e</sup> pijler pensioenfonds verstrekkers	0	0
Herceptine (art 56)	9.601	0
Pneumokokkenvaccin (art 56)	6.480	15.924
Magistrale bereidingen (voorschrift op stofnaam)	0	0
AIDS	965	0
Oncologische revalidatie	170	189
Vinca-project verpleegkundigen	690	0
Eenmalige informaticapremie verpleegkundigen (1)	3.952	9.203
Project zorgkundigen begeleiding (art. 56)	0	0
Verpleegkundigen - Thuisverpleging: sociaal akkoord	0	5.125
Palliatieve dagcentra	506	438
Psychiatrische verzorgingstehuizen: sociaal akkoord	0	248
Fonds verslaving	3.000	3.000
Expertise gezondheidswet	0	815
e-Health	2.800	0
Dading klinische biologie laboratoria	8.075	0
Financiering artsensyndicaten	981	1.117
Psychiatrisch verzorgingscircuit	1.915	120
Telematica apothekers (1)	0	2.487

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

Verdeling van de rubriek	2007	2012
Chronisch zieken - MS/ALS/Huntington	0	7.619
Medische huizen: sociaal akkoord	0	2.430
Toekomstfonds	0	0
Kankerplan	0	897
Project E-Learning	0	426
Transfer uitkeringsverzekering	0	0
Informaticapremie bandagisten (1)	0	223
Project "PBHbis"	0	132
<b>Totaal</b>	<b>616.195</b>	<b>974.987</b>

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

(1) Hulp van het RIZIV aan de zorgverlener om zich te informiseren

(2) Controle van de laboratoria klinische biologie

(3) Vroeger waren deze uitgaven opgenomen in de rubrieken "geneesheren", "verpleegkundigen" en "kinesitherapeuten"

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

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

- de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2012
- de leden van de ziekenfondsen (ledentallen) in 2012
- de berekende gemiddelde kostprijzen per rechthebbende in 2012
- de procentuele evolutie van de gemiddelde kostprijzen van 2011 naar 2012 en van 2010 naar 2012.

Voor de berekening van de gemiddelde kostprijzen van tabel 7 zijn de ledentallen uitgesplitst per leeftijdscategorie op basis van de geboortedatum, gebruikt als noemer. In vorige edities van het jaarverslag werden de leeftijdscategorieën samengesteld op basis van het geboortjaar, dit zonder rekening te houden met noch de maand, noch de dag van geboorte. Deze verbeterde methodologie heeft een invloed op de berekende gemiddelde kostprijzen en dit in het bijzonder voor de leeftijdscategorie van de personen van 0 tot 9 jaar.

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

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

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



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

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

Uitgaven in 2012 (in duizenden EUR)						VROUWEN - MANNEN			
Leeftijd	Algemene regeling			Regeling der zelfstandigen		Algemeen totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal	Totaal					
0 tot 9 jaar	306.328	393.616	116.124	162.512	978.579	36.051	47.633	83.684	1.062.264
10 tot 19 jaar	283.928	280.924	137.369	161.039	863.261	38.977	41.828	80.806	944.066
20 tot 29 jaar	573.217	320.856	194.896	164.717	1.253.686	42.143	29.306	71.449	1.325.135
30 tot 39 jaar	779.626	434.455	245.038	226.984	1.686.103	66.217	61.402	127.618	1.813.722
40 tot 49 jaar	811.564	638.336	365.970	319.649	2.135.519	89.630	128.314	217.944	2.353.463
50 tot 59 jaar	1.042.201	971.219	504.802	435.769	2.953.991	116.056	184.658	300.715	3.254.706
60 tot 69 jaar	1.106.359	1.259.073	619.487	525.351	3.510.269	112.547	157.701	270.248	3.780.517
70 tot 79 jaar	1.171.567	1.222.816	852.080	547.233	3.793.696	157.539	146.345	303.883	4.097.579
80 tot 89 jaar	1.256.814	838.187	1.418.053	536.480	4.049.535	228.055	148.023	376.078	4.425.613
90 jaar en +	366.463	138.646	537.230	116.032	1.158.371	86.842	29.591	116.433	1.274.804
<b>Totaal</b>	<b>7.698.066</b>	<b>6.498.128</b>	<b>4.991.050</b>	<b>3.195.767</b>	<b>22.383.011</b>	<b>974.057</b>	<b>974.801</b>	<b>1.948.858</b>	<b>24.331.868</b>

Ledentallen van de rechthebbenden in 2012						VROUWEN - MANNEN			
Leeftijd	Algemene regeling			Regeling der zelfstandigen		Algemeen totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal	Totaal					
0 tot 9 jaar	457.579	478.640	90.225	95.615	1.122.059	55.246	58.139	113.385	1.235.444
10 tot 19 jaar	437.969	454.726	98.863	104.800	1.096.358	57.748	60.854	118.602	1.214.960
20 tot 29 jaar	538.026	540.050	82.609	70.614	1.231.299	44.628	55.211	99.839	1.331.138
30 tot 39 jaar	557.913	544.625	80.985	63.079	1.246.602	54.707	94.153	148.860	1.395.462
40 tot 49 jaar	592.691	576.606	97.057	74.770	1.341.124	76.549	130.763	207.312	1.548.436
50 tot 59 jaar	565.705	543.630	109.123	80.081	1.298.539	67.751	111.704	179.455	1.477.994
60 tot 69 jaar	441.412	434.558	120.523	85.596	1.082.089	41.898	53.634	95.532	1.177.621
70 tot 79 jaar	292.749	267.292	125.996	70.527	756.564	35.904	29.362	65.266	821.830
80 tot 89 jaar	166.891	116.193	125.927	49.520	458.531	26.159	17.955	44.114	502.645
90 jaar en +	24.926	11.029	29.421	6.946	72.322	5.263	2.091	7.354	79.676
<b>Totaal</b>	<b>4.075.861</b>	<b>3.967.349</b>	<b>960.729</b>	<b>701.548</b>	<b>9.705.487</b>	<b>465.853</b>	<b>613.866</b>	<b>1.079.719</b>	<b>10.785.206</b>

Gemiddelde kostprijs per rechthebbende in 2012 (in EUR)						VROUWEN - MANNEN			
Leeftijd	Algemene regeling			Regeling der zelfstandigen		Algemeen totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal	Totaal					
0 tot 9 jaar	669,45	822,36	1.287,05	1.699,65	872,13	652,55	819,30	738,05	859,82
10 tot 19 jaar	648,28	617,79	1.389,49	1.536,63	787,39	674,96	687,35	681,32	777,03
20 tot 29 jaar	1.065,41	594,12	2.359,26	2.332,64	1.018,18	944,33	530,80	715,65	995,49
30 tot 39 jaar	1.397,40	797,71	3.025,72	3.598,41	1.352,56	1.210,39	652,15	857,30	1.299,73
40 tot 49 jaar	1.369,29	1.107,06	3.770,67	4.275,10	1.592,34	1.170,88	981,27	1.051,28	1.519,90
50 tot 59 jaar	1.842,31	1.786,54	4.626,00	5.441,60	2.274,86	1.712,99	1.653,10	1.675,71	2.202,11
60 tot 69 jaar	2.506,41	2.897,36	5.139,99	6.137,57	3.243,97	2.686,21	2.940,31	2.828,87	3.210,30
70 tot 79 jaar	4.001,95	4.574,83	6.762,75	7.759,20	5.014,38	4.387,77	4.984,15	4.656,07	4.985,92
80 tot 89 jaar	7.530,75	7.213,75	11.260,91	10.833,60	8.831,54	8.718,05	8.244,09	8.525,14	8.804,65
90 jaar en +	14.702,02	12.571,05	18.260,09	16.704,86	16.016,85	16.500,43	14.151,78	15.832,63	15.999,85
<b>Totaal</b>	<b>1.888,70</b>	<b>1.637,90</b>	<b>5.195,07</b>	<b>4.555,31</b>	<b>2.306,22</b>	<b>2.090,91</b>	<b>1.587,97</b>	<b>1.804,97</b>	<b>2.256,04</b>

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 2011 tot 2012 (2011 = 100) <span style="float: right;">VROUWEN - MANNEN</span>									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	102,32	102,61	99,94	99,29	102,66	102,61	100,92	101,62	102,54
10 tot 19 jaar	102,44	104,89	101,10	101,75	104,07	101,53	109,80	105,64	104,18
20 tot 29 jaar	101,53	104,02	100,84	96,66	102,51	106,58	105,26	106,18	102,68
30 tot 39 jaar	102,67	103,47	101,15	99,37	103,53	101,49	103,94	102,37	103,51
40 tot 49 jaar	102,73	103,57	100,63	97,39	103,19	101,11	103,93	102,72	103,17
50 tot 59 jaar	101,37	101,99	103,77	102,56	102,42	101,23	102,02	101,70	102,33
60 tot 69 jaar	101,40	103,47	102,42	101,74	102,62	99,91	98,90	99,39	102,40
70 tot 79 jaar	101,71	102,80	103,12	104,68	102,47	100,28	100,49	100,37	102,32
80 tot 89 jaar	102,00	101,97	103,53	104,08	102,52	102,44	102,90	102,62	102,53
90 jaar en +	103,09	104,80	102,51	101,39	102,54	102,58	104,77	103,02	102,58
<b>Totaal</b>	<b>102,90</b>	<b>104,09</b>	<b>101,29</b>	<b>100,44</b>	<b>103,28</b>	<b>101,92</b>	<b>102,46</b>	<b>102,15</b>	<b>103,19</b>

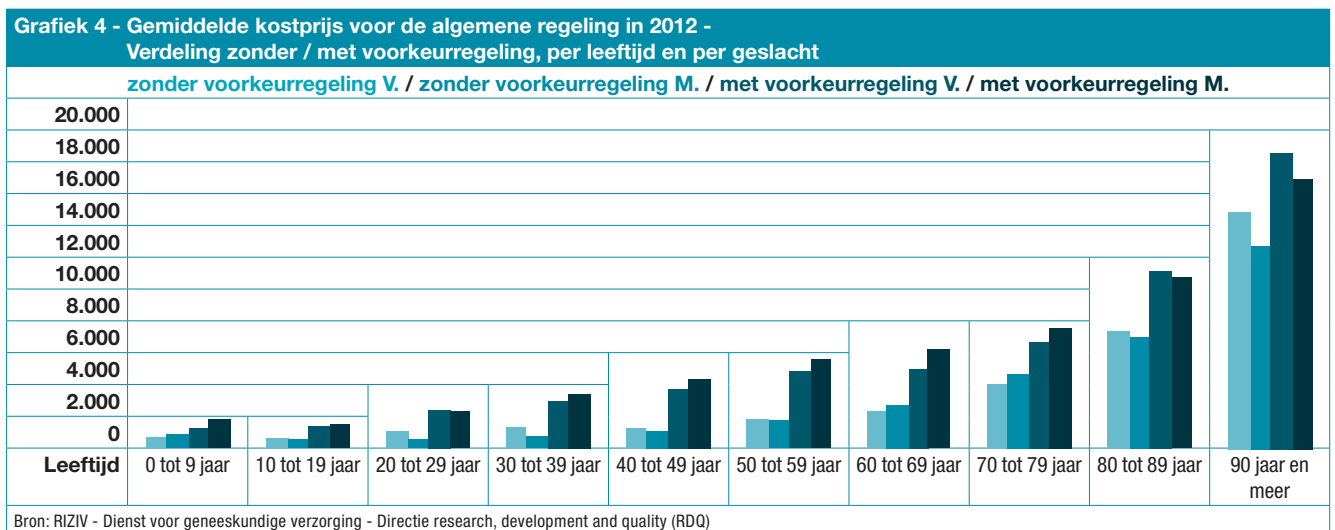
  

Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2010 tot 2012 (2010 = 100) <span style="float: right;">VROUWEN - MANNEN</span>									
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal	
	Zonder voorkeurregeling		Met voorkeurregeling		Totaal		Totaal		
0 tot 9 jaar	106,81	106,26	95,16	97,37	106,90	107,27	105,46	106,20	106,74
10 tot 19 jaar	104,70	108,82	101,45	98,39	107,92	107,51	113,41	110,48	108,10
20 tot 29 jaar	103,85	105,59	100,62	95,61	106,07	108,44	107,00	108,21	106,14
30 tot 39 jaar	105,99	107,28	99,09	97,34	108,15	106,55	107,25	106,42	108,19
40 tot 49 jaar	105,79	106,85	99,36	95,51	107,79	106,22	109,00	107,75	107,83
50 tot 59 jaar	104,68	106,01	107,39	106,11	106,64	104,04	105,39	104,82	106,45
60 tot 69 jaar	105,06	106,42	108,19	107,83	106,76	103,10	104,04	103,75	106,59
70 tot 79 jaar	104,79	105,44	108,46	109,77	105,96	102,98	103,58	103,24	105,76
80 tot 89 jaar	104,31	103,65	109,05	109,20	105,96	105,11	108,12	106,23	105,98
90 jaar en +	106,33	105,37	107,41	108,80	106,09	106,22	108,41	106,44	106,13
<b>Totaal</b>	<b>107,46</b>	<b>108,55</b>	<b>102,16</b>	<b>100,57</b>	<b>107,97</b>	<b>105,06</b>	<b>106,62</b>	<b>105,74</b>	<b>107,80</b>

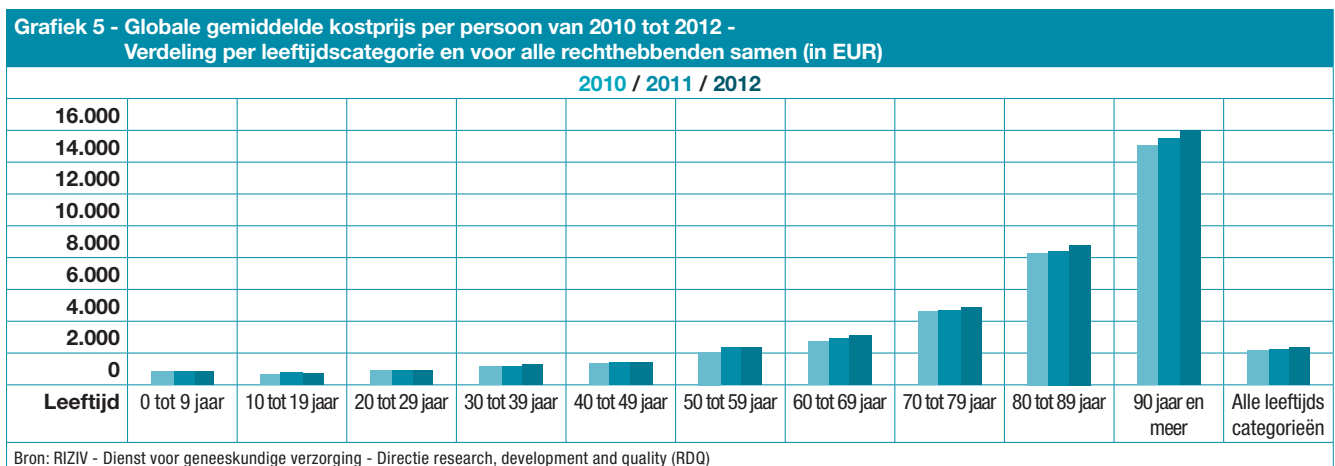
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

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

Grafiek 4 bevat de gegevens van de gemiddelde kostprijs 2012 voor de algemene regeling, uitgesplitst per geslacht, met of zonder voorkeurregeling, en per leeftijd.



Grafiek 5 bevat de globale gemiddelde kostprijs per persoon van 2010 tot 2012, 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 2012.

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

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

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

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



Tabel 8 - Uitsplitsing van de terugbetaalde bedragen (in EUR) inzake de voorschriften technische handelingen en de verstrekkingen - boekjaar 2012					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesh.-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheelkundigen
<b>Voorschriften technische handelingen</b>	<b>Bedragen - Aantal voorschrijvers</b>				
Ambulante patiënten	1.292.976.865,89 17.899	71.135.769,58 3.616	1.396.225.560,86 22.983	2.760.338.196,33 44.498	11.515.897,33 4.517
Gehospitaliseerde patiënten	15.373.696,42 7.711	41.345.823,16 3.365	848.579.676,13 17.346	905.299.195,71 28.422	2.809.207,11 486
<b>Totaal - Voorschriften technische handelingen</b>	<b>1.308.350.562,31</b> <b>18.170</b>	<b>112.481.592,74</b> <b>3.719</b>	<b>2.244.805.236,99</b> <b>23.517</b>	<b>3.665.637.392,04</b> <b>45.406</b>	<b>14.325.104,44</b> <b>4.575</b>
<b>Voorgeschreven farmaceutische specialiteiten</b>	<b>Bedragen - Aantal voorschrijvers</b>				
	1.755.868.731 19.901	44.564.624 3.690	876.865.846 25.314	2.677.299.192 48.905	9.771.687 8.381
<b>Verstrekkingen</b>	<b>Bedragen - Aantal zorgverleners</b>				
Ambulante patiënten	1.187.199.943,79 13.606	3.083.803,71 1.299	3.228.138.440,08 19.934	4.418.422.187,58 34.839	847.375.253,14 8.091
Gehospitaliseerde patiënten	10.376.404,62 3.095	10.310.604,88 1.322	1.821.152.386,31 17.091	1.841.839.395,81 21.508	10.209.450,63 1.046
<b>Totaal - Verstrekkingen</b>	<b>1.197.576.348,41</b> <b>13.665</b>	<b>13.394.408,59</b> <b>1.544</b>	<b>5.049.290.826,39</b> <b>20.194</b>	<b>6.260.261.583,39</b> <b>35.403</b>	<b>857.584.703,77</b> <b>8.093</b>

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

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

Tabel 9 - Uitsplitsing van het aantal akten inzake voorschriften technische handelingen en verstrekkingen - boekjaar 2012					
	Algemeen geneeskundigen	Geneesheren-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheelkundigen
<b>Voorschriften technische handelingen</b>	<b>Aantal akten - Aantal voorschrijvers</b>				
Ambulante patiënten	215.461.047 17.899	8.353.309 3.616	138.997.076 22.983	223.817.972 44.498	521.962 4.517
Gehospitaliseerde patiënten	5.361.779 7.711	13.962.535 3.365	94.418.764 17.346	113.743.078 28.422	140.323 486
<b>Totaal - Voorschriften technische handelingen</b>	<b>220.822.826</b> <b>18.170</b>	<b>22.315.844</b> <b>3.719</b>	<b>233.395.840</b> <b>23.517</b>	<b>337.561.050</b> <b>45.406</b>	<b>662.285</b> <b>4.575</b>
<b>Verstrekkingen</b>	<b>Aantal akten - Aantal zorgverleners</b>				
Ambulante patiënten	58.294.073 13.606	145.840 1.299	212.611.768 19.934	271.051.681 34.839	30.057.040 8.091
Gehospitaliseerde patiënten	578.201 3.095	208.399 1.322	102.324.838 17.091	103.111.438 21.508	147.410 1.046
<b>Totaal - Verstrekkingen</b>	<b>58.872.274</b> <b>13.665</b>	<b>354.239</b> <b>1.544</b>	<b>314.936.606</b> <b>20.194</b>	<b>374.163.119</b> <b>35.403</b>	<b>30.204.804</b> <b>8.093</b>

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](http://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 2012 terugbetaald zijn voor voorschriften van farmaceutische specialiteiten.

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

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

Zijn dus niet opgenomen in de gegevens:

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

**Tabel 10 - Terugbetaalde bedragen voor de voorschriften van farmaceutische specialiteiten (in EUR) - Verdeling volgens de ATC-klassen (afleverings jaar 2012) (1)**


ATC		Algemeen geneeskundigen	Geneesheren-specialisten	Geneesheren-specialisten in opleiding	Tandheekundigen	Totaal
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling (bv. maagproblemen, diabetes)	204.379.938	69.243.127	3.950.064	222.957	<b>277.796.086</b>
B	Bloed en bloedvormende organen (bv. antistollingsmiddelen)	99.514.184	55.980.970	5.308.967	93.383	<b>160.897.504</b>
C	Hartvaatstelsel (bv. hoge bloeddruk, cholesterol)	542.650.166	57.524.744	4.646.586	471.683	<b>605.293.179</b>
D	Dermatologische preparaten (bv. schimmeldodende middelen, acne)	18.510.838	12.695.499	558.908	40.736	<b>31.805.981</b>
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (contraceptiva)	17.698.682	9.941.576	441.462	31.346	<b>28.113.066</b>
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd	42.547.072	38.848.140	2.486.722	60.024	<b>83.941.958</b>
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (bv. antibiotica, aids, vaccins)	149.019.537	112.199.767	8.378.657	6.245.397	<b>275.843.359</b>
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen (bv. kanker, antibraakmiddelen)	65.837.777	305.661.359	7.165.435	66.967	<b>378.731.538</b>
M	Skeletspierstelsel (bv. ontstekingsremmers)	81.429.301	16.994.750	1.312.312	1.968.705	<b>101.705.067</b>
N	Zenuwstelsel (bv. antidepressiva)	329.287.016	122.876.884	6.896.228	298.141	<b>459.358.270</b>
P	Antiparasitaire middelen	674.930	545.365	56.505	62.743	<b>1.339.542</b>
R	Ademhalingsstelsel (bv. astma, chronische obstructieve bronchopneumopathie: COPD)	182.521.917	43.211.175	2.075.872	171.701	<b>227.980.665</b>
S	Zintuiglijke organen (bv. geneesmiddelen voor de ogen)	10.102.355	26.916.655	976.084	33.640	<b>38.028.734</b>
V	Diverse middelen (bv. zuurstof)	11.695.016	4.225.837	310.813	4.264	<b>16.235.930</b>
	<b>Totaal</b>	<b>1.755.868.731</b>	<b>876.865.846</b>	<b>44.564.615</b>	<b>9.771.687</b>	<b>2.687.070.878</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

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

## EVOLUTIE 2008-2012

Tabel 11 geeft de evolutie over de periode 2008-2012 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 2012 in 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.



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

**Tabel 11 - Voorschriften van farmaceutische specialiteiten - Verdeling volgens de ATC-klassen**

	<b>Bedragen terugbetaald door de verzekering (EUR)</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	279.705.978	278.414.806	271.774.101	282.209.222	278.162.582
B	Bloed en bloedvormende organen	154.572.828	167.079.787	155.769.339	150.667.140	161.213.330
C	Hart vaatstelsel	625.356.021	646.712.549	651.813.390	647.963.242	606.064.210
D	Dermatologische preparaten	28.083.920	27.150.729	30.522.477	31.475.856	31.915.403
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	33.390.399	30.984.090	31.311.481	30.276.171	28.248.380
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	73.988.252	75.730.918	82.952.396	86.144.405	84.057.099
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	267.084.007	262.653.247	262.805.754	272.915.144	276.568.945
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	316.006.889	343.133.301	365.910.151	379.100.952	379.228.820
M	Skeletspierstelsel	107.388.152	99.573.001	101.203.773	100.753.875	101.929.692
N	Zenuwstelsel	443.148.295	455.158.756	469.549.511	491.180.797	460.656.156
P	Antiparasitaire middelen	824.315	855.151	1.146.899	1.286.092	1.343.421
R	Ademhalingsstelsel	218.352.773	228.904.174	226.493.103	231.415.818	228.360.574
S	Zintuiglijke organen	30.982.713	32.306.299	39.053.299	42.582.701	38.155.003
V	Diverse middelen	26.952.618	26.868.189	26.193.837	25.431.604	16.341.396
	<b>Totaal</b>	<b>2.605.837.161</b>	<b>2.675.524.998</b>	<b>2.716.499.512</b>	<b>2.773.403.019</b>	<b>2.692.245.012</b>
	<b>Remgeld (EUR)</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	59.492.100	55.676.720	50.008.937	49.970.701	47.739.264
B	Bloed en bloedvormende organen	25.834.985	26.947.625	20.755.799	19.728.432	20.259.468
C	Hart vaatstelsel	167.543.954	163.015.891	150.877.617	145.354.910	144.672.832
D	Dermatologische preparaten	7.309.010	6.864.539	6.866.413	6.842.002	7.029.886
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	34.362.251	30.839.596	24.558.718	20.624.938	19.025.923
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	5.714.028	5.519.669	5.394.988	5.302.430	5.507.606
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	62.347.739	61.580.656	54.927.171	52.579.634	48.541.787
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	2.203.627	2.338.356	2.519.200	2.826.130	3.494.431
M	Skeletspierstelsel	33.980.316	32.813.853	27.852.345	24.866.060	23.388.373
N	Zenuwstelsel	104.015.828	100.290.619	95.839.880	96.531.588	96.714.738
P	Antiparasitaire middelen	249.121	257.846	261.618	269.750	294.031
R	Ademhalingsstelsel	80.138.691	84.177.600	78.767.913	79.203.338	80.019.376
S	Zintuiglijke organen	7.802.787	7.943.535	8.206.311	8.655.133	8.394.457
V	Diverse middelen	239.326	220.809	226.619	230.967	238.412
	<b>Totaal</b>	<b>591.233.763</b>	<b>578.487.315</b>	<b>527.063.529</b>	<b>512.986.014</b>	<b>505.320.584</b>
	<b>DDD</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	498.474.489	544.076.637	578.147.768	608.351.578	638.193.509
B	Bloed en bloedvormende organen	139.656.561	321.094.300	357.313.999	380.933.619	400.600.181
C	Hart vaatstelsel	1.776.301.049	1.868.213.049	1.925.951.464	1.954.535.948	1.982.960.119
D	Dermatologische preparaten	25.594.764	25.451.166	25.485.004	25.729.901	26.331.512
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	304.779.305	294.617.728	281.550.861	272.369.095	267.815.925
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	150.611.212	156.388.281	161.363.446	165.309.114	169.044.032
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	122.150.057	126.522.702	125.892.014	129.232.543	133.227.239
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	43.587.902	45.671.377	47.401.848	49.389.270	50.966.423
M	Skeletspierstelsel	240.654.936	243.269.768	242.902.873	246.556.952	252.916.426
N	Zenuwstelsel	446.096.718	464.847.005	486.869.460	509.168.107	523.413.953
P	Antiparasitaire middelen	1.734.938	1.849.328	1.946.920	2.046.819	2.174.845
R	Ademhalingsstelsel	374.376.476	393.055.290	404.672.535	421.857.189	431.890.384
S	Zintuiglijke organen	75.265.033	73.629.722	75.308.184	74.746.647	72.833.436
V	Diverse middelen	1.549.390	1.558.979	1.618.384	1.630.437	1.224.341
	<b>Totaal</b>	<b>4.200.832.831</b>	<b>4.560.245.333</b>	<b>4.716.424.759</b>	<b>4.841.857.219</b>	<b>4.953.592.323</b>

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

	<b>Gemiddelde kost (terugbetaalde bedragen/DDD) (EUR)</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	0,56	0,51	0,47	0,46	0,44
B	Bloed en bloedvormende organen	1,11	0,52	0,44	0,40	0,40
C	Hart vaatstelsel	0,35	0,35	0,34	0,33	0,31
D	Dermatologische preparaten	1,10	1,07	1,20	1,22	1,21
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	0,49	0,48	0,51	0,52	0,50
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	2,19	2,08	2,09	2,11	2,08
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	7,25	7,51	7,72	7,68	7,44
M	Skeletspierstelsel	0,45	0,41	0,42	0,41	0,40
N	Zenuwstelsel	0,99	0,98	0,96	0,96	0,88
P	Antiparasitaire middelen	0,48	0,46	0,59	0,63	0,62
R	Ademhalingsstelsel	0,58	0,58	0,56	0,55	0,53
S	Zintuiglijke organen	0,41	0,44	0,52	0,57	0,52
V	Diverse middelen	17,40	17,23	16,19	15,60	13,35

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

In 2008 ligt het stijgingspercentage (+7,8%) van de terugbetaalde bedragen (uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging) in de lijn van dat van 2007 en de jaren vóór 2005. Dit na enkele jaren van dalende uitgaven (in 2005 en 2006), hoofdzakelijk te verklaren door 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 dus 7,8%. Het stijgingspercentage van de uitgaven in 2009, 2010 en 2011 is nog altijd positief, maar ligt een stuk lager (+2,7%, +1,5% en +2,1%). In 2012 daalden de uitgaven opnieuw met 2,9%. In dat jaar zette de daling van de gemiddelde kost zich verder (de opname van atorvastatine in het systeem van de referentierugbetaling heeft een belangrijke impact), terwijl de volumes veel minder stijgen dan de voorgaande jaren. Het aantal DDD nam in 2011 toe met 2,6% en in 2012 met 2,3%. Dit zijn de 2 laagste groeipercentages van de laatste 15 jaar (5,4% gemiddeld).

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 daalt in de periode 2008-2012 met 12,2%.

Van sommige ATC-klassen stijgt deze gemiddelde kost echter 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 gemiddelde kost mee in de klasse L (cytostatica en immunomodulerende middelen).

Ook de klasse S (zintuiglijke organen) stijgt procentueel sterk, als gevolg van de hervorming van het vergoedingssysteem voor de apothekers. In deze klasse S, waar veel geneesmiddelen een lage "affabriekprijs" hebben (soms minder dan 2 EUR), heeft de betaling van een vast honorarium van meer dan 4 EUR per aflevering geleid tot een verhoging van de gemiddelde kost per DDD.

De gemiddelde kost van andere belangrijke 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)
- de klasse C (hart vaatstelsel): het gevolg van budgettaire maatregelen (referentierugbetaling (atorvastatine), daling van de prijs van oude geneesmiddelen)
- de klasse N (zenuwstelsel): het gevolg van budgettaire maatregelen (referentierugbetaling, daling van de prijs van oude geneesmiddelen).

### Evolutie van het volume

Het volume stijgt in de periode 2008-2012 met 17,7%.

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 hart vaatgeneesmiddelen: calciumantagonisten en ACE-remmers en geneesmiddelen tegen cholesterol)
- L (immunosuppressiva: TNF-alfaremmers en overige immunosuppressiva)
- N (analgetica, anti-epileptica, antipsychotica en antidepressiva)
- R (sympathicomimetica via inhalatie).

De daling van de globale gemiddelde kost wordt in de periode 2008-2012 meer dan teniet gedaan door de volumestijging, waardoor er een aangroei van de globale uitgaven is met 3,3%.

De grootste absolute stijging in de uitgaven vinden we terug in de klasse L (+63 miljoen EUR). Ondanks een daling van de gemiddelde kost, ligt ook de uitgave voor de klasse N hoger in 2012 dan in 2008 (+18 miljoen EUR). Dit komt door de relatief grotere volumestijging in deze klasse.

De klasse C kende de grootste daling in absolute uitgaven (-19 miljoen EUR).

Voor de andere klassen bleef de absolute stijging of daling in uitgaven beperkt.

## II. Statistieken van de uitkeringen


### 1. Algemene regeling

#### a. Algemene regeling - Primaire arbeidsongeschiktheid

**Tabel 1 - Aantal vergoede dagen en daarbij horende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013**

Vergoede dagen - Uitgaven					
	2009	2010	2011	2012	2013
Arbeiders	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273	22.620.901 938.272.906	23.067.749 981.324.294	23.811.060 1.035.770.771
Bedienden	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602	10.075.193 458.510.160	10.119.625 475.431.232	10.739.174 519.356.808
Verbeteringen vorige dienstjaren	1.158	-1.796	-2.706	-3.405	1.370
<b>Algemeen totaal</b>	<b>29.433.296</b> <b>1.210.223.367</b>	<b>30.904.395</b> <b>1.285.381.079</b>	<b>32.696.094</b> <b>1.396.780.361</b>	<b>33.187.374</b> <b>1.456.752.121</b>	<b>34.550.234</b> <b>1.555.128.948</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%	5,80% 8,67%	1,50% 4,29%	4,11% 6,75%


Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

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

Tabel 1 geeft het aantal dagen en bedragen weer dat werd uitgekeerd tussen 2009 en 2013 voor de perioden van primaire ongeschiktheid volgens de sociale stand. Het aantal dagen en de uitgekeerde bedragen liggen beduidend hoger bij arbeiders dan bij bedienden.

Twee factoren kunnen deze trend verklaren:

- De periode van het gewaarborgd loon, die korter is voor arbeiders dan voor bedienden.

 Het **gewaarborgd loon** is de periode waarin de werknemer nog wordt doorbetaald door de werkgever. Deze periode duurt 14 dagen voor de arbeiders en 30 dagen voor de bedienden. Arbeiders zijn dus vlugger ten laste van de uitkeringsverzekering.

- De aard van de arbeid die beide beroepsgroepen verrichten. Arbeiders voeren vaker fysiek zwaardere en gevaarlijker taken uit dan een bediende. De kans om een letsel op te lopen of een ongeval te krijgen met een periode van arbeidsongeschiktheid tot gevolg, ligt dan ook hoger bij arbeiders.

Tabel 1 geeft ook percentages die de evolutie tegenover het vorige dienstjaar weergeven.

**Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2009 - 2013**

Duur	2009	2010	2011	2012	2013
1 - 14 dagen	45.165	41.534	41.621	40.708	43.125
15 - 98 dagen	217.828	223.181	230.138	224.933	219.599
99 - 337 dagen	87.108	90.536	95.573	95.523	102.828
338 - 365 dagen	41.547	43.824	46.571	50.681	47.370
<b>Totaal</b>	<b>391.648</b>	<b>399.075</b>	<b>413.903</b>	<b>411.845</b>	<b>412.922</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen volgens de in dagen uitgedrukte totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid een einde nam in de jaren 2009 tot en met 2013 mogen opgeteld worden in een categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid niet verder reikt dan het gewaarborgde loon (14 dagen voor de arbeiders en 30 dagen voor de bedienden) en die bijgevolg niet vergoed zijn door de uitkeringsverzekering, zijn niet opgenomen in deze cijfers. Als de arbeidsongeschiktheid verder reikt dan het gewaarborgde loon, dan komt het geval voor de ganse duur van de arbeidsongeschiktheid in aanmerking.

De gevallen met een duur van minder dan 15 dagen zijn voornamelijk werklozen. Werklozen hebben geen recht op gewaarborgd loon en zijn dus vanaf de 1ste dag ten laste van de uitkeringsverzekering. Deze groep vertegenwoordigt 10,44% van het totale aantal gevallen.

De meeste primaire arbeidsongeschikten zijn tussen de 15 en 98 dagen arbeidsongeschikt (53,18%). Binnen de 3 maanden hervat de meerderheid van de arbeidsongeschikten zijn beroepsactiviteiten. Daarna neemt het aantal arbeidsongeschikten gestaag af (24,90 % of 102.828 gevallen met een duur tussen 99 en 337 dagen).

De laatste periode in primaire arbeidsongeschiktheid die slechts 1 maand bedraagt, bevat 11,47% van het aantal gevallen. Deze gerechtigden, die bijna een jaar lang arbeidsongeschikt zijn, hebben ernstige gezondheidsproblemen. Binnen deze groep zullen er waarschijnlijk veel in invaliditeit treden.

**Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1000 gerechtigden**

Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Arbeiders	71,20	143,36	72,14	144,46	73,70	148,20	77,00	147,76	78,96	147,49
Bedienden	73,85	63,69	76,11	65,37	77,00	67,47	78,85	66,62	80,58	67,86
<b>Totaal</b>	<b>71,98</b>	<b>104,90</b>	<b>73,33</b>	<b>106,20</b>	<b>74,68</b>	<b>109,19</b>	<b>77,55</b>	<b>108,36</b>	<b>79,46</b>	<b>108,59</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

De tabel 3 toont:

- de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid
- het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1000 gerechtigden.

De duur van de periode van gewaarborgd loon (arbeiders: 14 dagen, bedienden: 1 maand) en de aard van het werk verklaren de verschillen tussen de cijfers voor arbeiders en bedienden.



## b. Algemene regeling - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013										
Vergoede dagen - Uitgaven										
	2009	2010	2011	2012	2013					
Periode van moederschapsrust										
Arbeidsters	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526	2.577.144	119.135.377	2.535.707	120.916.161	2.445.988	118.842.380
Bedienden	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263	4.612.798	300.093.854	4.503.432	302.389.157	4.486.977	308.946.979
<b>Totaal</b>	<b>7.186.928</b>	<b>405.812.885</b>	<b>7.249.973</b>	<b>413.385.789</b>	<b>7.189.942</b>	<b>419.229.232</b>	<b>7.039.139</b>	<b>423.305.318</b>	<b>6.932.965</b>	<b>427.789.359</b>
Periode van werkverwijdering										
Arbeidsters	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934	729.386	35.017.007	746.668	37.321.998	754.193	38.429.076
Bedienden	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440	1.919.316	113.775.420	1.913.122	118.495.331	1.988.299	125.979.897
<b>Totaal</b>	<b>1.942.649</b>	<b>65.600.293</b>	<b>2.335.545</b>	<b>102.857.374</b>	<b>2.648.702</b>	<b>148.792.427</b>	<b>2.659.790</b>	<b>155.817.330</b>	<b>2.742.492</b>	<b>164.408.973</b>
Totaal ten laste van de GUV-verzekering <sup>(1) (2)</sup>	1.466.591		2.462.545		2.648.702		2.659.790		2.742.492	
Vaderschapsverlof	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043	411.460	38.422.978	403.772	38.871.788	394.920	38.875.200
Adoptieverlof	11.676	931.692	12.281	1.001.957	11.179	920.011	9.308	775.791	7.567	659.899
Verbeteringen vorige dienstjaren		1.695		1.104		1.104		129		987
<b>Algemeen totaal</b>	<b>9.533.567</b>	<b>507.897.076</b>	<b>10.000.447</b>	<b>553.957.267</b>	<b>10.261.283</b>	<b>607.365.751</b>	<b>10.112.009</b>	<b>618.770.355</b>	<b>10.077.944</b>	<b>631.734.418</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	3,04%	8,12%	4,90%	9,07%	2,61%	9,64%	-1,45%	1,88%	-0,34%	2,10%
Invaliditeit	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995	117.209	5.859.140	119.307	6.156.205	140.682	7.335.375
<sup>(1)</sup> Aantal dagen ten laste van de GUV-verzekering, na aftrek van de dagen die het Fonds voor beroepsziekten (FBZ) uitkeert.										
<sup>(2)</sup> Sinds 1 januari 2010 vallen de werkverwijderingen als gevolg van zwangerschap, die tot dan onder de bevoegdheid van het FBZ vielen, ten laste van het RIZIV. Algemeen genomen ontvangen zwangere werknemers die van het werk verwijderd zijn vanaf die datum een daguitkering, gelijk aan 78,237% van hun gederfde loon (beperkt tot het GUV-plafond). Let op: Deze maatregel betreft enkel de werkverwijdering als gevolg van zwangerschap. De gerechtigden die van het werk verwijderd zijn door borstvoeding ontvangen nog altijd een uitkering die gelijk is aan 60% van hun gederfde loon (beperkt tot het GUV-plafond).										
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken										

Tabel 4 bevat:

- Uitgaven over de moederschapsverzekering



De **moederschapsverzekering** wil tijdens de periode van moederschapsbescherming een vervangingsinkomen verlenen. De periode van voorbevallingsrust start op vraag van de betrokkene ten vroegste de 6<sup>e</sup> week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. De nabevallingsrust strekt zich uit over een periode van 9 weken die begint op de dag van de bevalling.

Als de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, dan worden de dagen en de bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2013 ging het voor deze beperkte groep om 140.682 dagen en 7.335.375 EUR. Dat bedrag is beperkt in verhouding tot de uitgekeerde bedragen in moederschapsrust: 6.932.965 dagen en 427.789.359 EUR.

- Uitgaven betreffende de werkverwijdering

De arbeidswet van 16 maart 1971 legt aan de werkgever bepaalde verplichtingen op die van toepassing zijn wanneer de werknemster zwanger is. Als er risico's zijn bij de uitoefening van haar werk, dan moet zij de blootstelling daaraan vermijden. De werknemster kan in die periode van het werk worden verwijderd en heeft daardoor recht op een vergoeding. In 2013 zijn er 2.742.492 dagen vergoed voor een totaal van 164.408.973 EUR. De sterke stijging van de vergoede dagen en bedragen in 2010 en 2011 is hoofdzakelijk toe te wijzen aan de bevoegdheids-overdracht inzake werkverwijdering van het Fonds voor beroepsziekten (FBZ) naar het RIZIV (vanaf 1 januari 2010). Hierdoor gebeurde er een aanpassing aan het uitbetalingspercentage van de prenatale werkverwijdering, van 60% naar 78,237%.

### ○ Uitgaven voor vaderschapverlof

Vanaf 1 juli 2002 is de regeling van het vaderschapsverlof van kracht. Dit verlof bedraagt 10 dagen, waarvan de werkgever de eerste 3 betaalt. De overige 7 dagen geven geen recht meer op loon, maar zijn gedekt door een uitkering die het ziekenfonds uitbetaalt. Het aantal dagen en de uitgekeerde bedragen in het kader van het vaderschapsverlof groeiden gestaag tot en met 2011, om dan licht af te nemen in 2012 en 2013. Dit verlof lijkt dus rond een bepaald niveau te stabiliseren.

### ○ Uitgaven voor adoptieverlof

Vanaf 25 juli 2004 heeft de werknemer die in zijn gezin een kind onthaalt in het kader van een adoptie, recht op een adoptieverlof. Het verlof duurt maximum 6 weken als het kind bij het begin van dit verlof de leeftijd van 3 jaar niet heeft bereikt. Het verlof bedraagt 4 weken in de andere gevallen. Het recht op adoptieverlof loopt af op het moment dat het kind de leeftijd van 8 jaar bereikt. Net zoals het vaderschapsverlof kende het adoptieverlof eerst een stijgende tendens tussen 2002 en 2011, om dan af te nemen in 2012 en 2013.

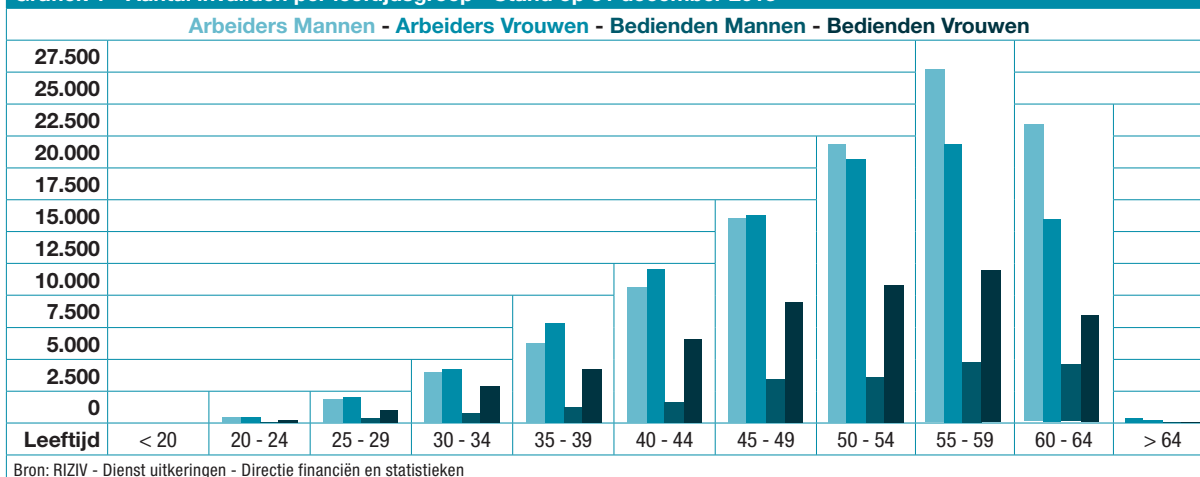
## c. Algemene regeling - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2013

Leeftijdsgroep	Arbeiders Mannen	Arbeiders Vrouwen	Bedienden Mannen	Bedienden Vrouwen	Totaal
< 20	2	2	0	1	5
20 - 24	523	512	81	256	1.372
25 - 29	2.047	2.317	354	1.317	6.035
30 - 34	4.496	4.746	798	2.903	12.943
35 - 39	6.788	7.560	1.302	4.744	20.394
40 - 44	10.994	12.240	1.971	7.116	32.321
45 - 49	16.595	16.969	2.731	9.946	46.241
50 - 54	22.678	21.455	3.889	11.993	60.015
55 - 59	27.031	22.323	4.928	12.306	66.588
60 - 64	23.553	15.859	4.636	8.799	52.847
> 64	295	183	73	96	647
<b>Totaal</b>	<b>115.002</b>	<b>104.166</b>	<b>20.763</b>	<b>59.477</b>	<b>299.408</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Grafiek 1 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2013



Tabel 5 en grafiek 1 tonen zeer duidelijk aan dat het aantal invaliden stijgt met de leeftijd (tot en met 59 jaar). 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 2009 - 2013**

Ziektegroep	2009	2010	2011	2012	2013
1 Besmettelijke en parasitaire ziekten	2.131	2.217	2.248	2.286	2.403
2 Gezwollen	15.103	16.083	16.742	17.591	18.462
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.598	5.733	5.865	5.967	6.140
4 Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	413	433	447	468	520
5 Psychische stoornissen	83.247	88.535	92.899	98.171	104.291
6 Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	14.883	15.512	16.149	16.869	17.797
7 Ziekten van het hart vaatstelsel	19.427	19.571	19.549	19.772	19.963
8 Ziekten van de ademhalingswegen	5.669	5.689	5.736	5.798	5.792
9 Ziekten van het spijsverteringsstelsel	6.247	6.404	6.532	6.732	7.008
10 Ziekten van het urogenitaalsysteem	2.042	2.110	2.230	2.320	2.422
11 Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	523	481	509	527	504
12 Ziekten van de huid en de celweefsels	1.320	1.375	1.441	1.543	1.579
13 Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	65.146	69.583	74.192	79.643	86.071
14 Congenitale afwijkingen	1.577	1.602	1.614	1.624	1.643
15 Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	19	19	21	23	23
16 Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	5.260	5.427	5.605	5.696	5.693
17 Ongevalsletsels en vergiftigingen	16.538	17.080	17.635	18.383	18.955
Niet bepaald	66	81	85	128	142
<b>Totaal</b>	<b>245.209</b>	<b>257.935</b>	<b>269.499</b>	<b>283.541</b>	<b>299.408</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije 5 jaar, volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is. De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 5, 13 en 7.

Op 31 december 2013 bedroegen de percentages van invaliden in deze ziektegroepen respectievelijk 34,83%, 28,75% en 6,67%. Van 2009 tot 2013 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 van het hart- en vaatstelsel (hartinfarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose, enz.) zijn de 3e belangrijkste ziektegroep. Ze nemen wel in belang af, terwijl het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en daarbij horende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013

Vergoede dagen - Uitgaven										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Arbeiders - Mannen	30.038.025	1.273.293.957	31.044.786	1.355.567.179	31.986.210	1.429.552.719	32.893.458	1.513.252.110	34.244.042	1.609.840.150
Arbeiders - Vrouwen	23.083.667	791.921.571	24.783.478	879.407.762	26.389.299	965.689.847	28.013.348	1.065.829.383	29.991.898	1.169.363.997
<b>Arbeiders - Totaal</b>	<b>53.121.692</b>	<b>2.065.215.528</b>	<b>55.828.264</b>	<b>2.234.974.941</b>	<b>58.375.509</b>	<b>2.395.242.566</b>	<b>60.906.806</b>	<b>2.579.081.493</b>	<b>64.235.940</b>	<b>2.779.204.147</b>
Bedienden - Mannen	5.882.803	260.683.664	6.095.739	279.897.042	6.301.884	294.693.528	6.528.718	312.567.582	6.806.414	331.159.222
Bedienden - Vrouwen	14.228.675	520.069.015	15.433.034	586.291.940	16.534.566	646.780.658	17.571.921	712.275.992	18.777.703	777.781.269
<b>Bedienden - Totaal</b>	<b>20.111.478</b>	<b>780.752.679</b>	<b>21.528.773</b>	<b>866.188.981</b>	<b>22.836.450</b>	<b>941.474.186</b>	<b>24.100.639</b>	<b>1.024.843.574</b>	<b>25.584.117</b>	<b>1.108.940.491</b>
<b>Subtotaal</b>	<b>73.233.170</b>	<b>2.845.968.207</b>	<b>77.357.037</b>	<b>3.101.163.922</b>	<b>81.211.959</b>	<b>3.336.716.752</b>	<b>85.007.445</b>	<b>3.603.925.067</b>	<b>89.820.057</b>	<b>3.888.144.638</b>
Allerlei	-208	-5.038	-467	-7.071	-308	170	1.759	39.873	-1.069	-26.712
Inhaalpremie		0		10.999.275		48.895.375		52.129.171		74.058.678
<b>Algemeen totaal</b>	<b>73.232.962</b>	<b>2.845.963.169</b>	<b>77.356.570</b>	<b>3.112.156.126</b>	<b>81.211.651</b>	<b>3.385.612.297</b>	<b>85.009.204</b>	<b>3.656.094.110</b>	<b>89.818.988</b>	<b>3.962.176.604</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%	4,98%	8,79%	4,68%	7,99%	5,66%	8,37%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 7 geeft het aantal dagen en bedragen weer in invaliditeit, vanaf 2009 tot en met 2013.

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat het aantal uitgekeerde dagen in invaliditeit gestadig groeit de laatste jaren. Deze trend hangt samen met de gestadige 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 had tot gevolg dat vrouwen langer in invaliditeit kunnen blijven of tot op latere leeftijd in invaliditeit kunnen treden.

- **De groei van de participatiegraad van vrouwen op het arbeidsmarkt**

De afgelopen jaren is vastgesteld dat de participatie van 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 deelnemen aan het arbeidsproces. Het aantal uitkeringsgerechtigden dat sociale bijdragen betaalt en dat ook in aanmerking komt om arbeidsongeschikt te worden, stijgt dus.

- **De vergrijzing van de bevolking**

De veroudering van de Belgische bevolking is een feit. De groei van de bevolking, zowel bij mannen als bij 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 Nieuwe ziektebeelden

Er treden belangrijke verschuivingen op in de ziektebeelden die leiden tot invaliditeit. Onder meer de vooruitgang van de medische wetenschap laat toe om bepaalde ziekten goed te behandelen. Dat is het geval voor hart- en vaatziekten. Daartegenover staat een forse toename van invaliden die lijden aan psychische stoornissen, gezwellen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel. Steeds meer analyses leggen verbanden tussen stress, arbeidsomstandigheden, gebrek aan betrokkenheid bij de job en langdurige arbeidsongeschiktheid. De impact van de werkomgeving op de terugkeer naar het werk is ook zeer belangrijk. De relaties met de collega's, de leidinggevenden en de werksfeer in het algemeen bepalen in belangrijke mate of een arbeidsongeschikte sociaal verzekerde gemotiveerd is om het werk te hervatten of niet.

Aanvullend onderzoek rond arbeidsongeschiktheid zal de fenomenen verder in kaart moeten brengen die aan de basis liggen van arbeidsongeschiktheid. In de sector uitkeringen is er een kenniscentrum opgericht. Dat zal kennis- en beleidsondersteunende instrumenten aanreiken en, in samenwerking met de Dienst uitkeringen, een ruimere expertise opbouwen in de diverse domeinen van arbeidsongeschiktheid. Op basis van de nieuw verworven inzichten kan de beleidsondersteunde rol in de toekomst sterker worden.

## d. Beroepsherscholing

Op 1 juli 2009 zijn de bevoegdheden inzake beroepsherscholing overgedragen van de sector geneeskundige verzorging naar de sector uitkeringen. Vanaf die datum neemt de uitkeringsverzekering de uitgaven ten laste met betrekking tot een beroepsherscholingsprogramma.

Tabel 8 bevat de uitgaven van de beroepsherscholing, per afzonderlijke code.

Tabel 8 - Aantal vergoede gevallen en daarbijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013 (1)
Beroepsoriënteringsonderzoek	48.357,05	159.928,36	231.379,45	279.924,57	2.674.028,69
Inschrijving voor cursus en examen	361.776,06	988.264,78	948.931,82	1.276.174,88	2.115.746,54
Verblijfkosten	17.763,84	96.670,20	137.194,69	158.646,26	45.475,54
Verplaatsingskosten	26.752,81	87.613,35	101.291,22	145.587,17	216.425,78
Materiaal	5.537,11	7.245,02	10.365,17	11.806,15	29.362,69
Vergoeding voor gevolgde uren	1.698,44	46.528,63	123.470,68	601.103,21	881.492,30
Forfaitaire premie beroepsherscholing met succes doorlopen	0,00	2.000,00	5.500,00	21.500,00	33.350,00
Kosten verbonden aan de effectieve integratie na een programma van beroepsherscholing	0,00	0,00	329,68	0,00	1.000,00
<b>Totaal</b>	<b>461.885,31</b>	<b>1.388.250,34</b>	<b>1.558.462,71</b>	<b>2.494.742,24</b>	<b>5.996.881,54</b>
<b>Gevallen</b>	<b>-</b>	<b>435</b>	<b>527</b>	<b>623</b>	<b>1.593</b>
(1) Voorlopige cijfers					
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Voor 2012 bedragen de totale uitgaven inzake beroepsherscholing 2.494.742,24 EUR. In 2013 zijn ze gestegen tot 5.996.881,54 EUR. Dit is een stijging met 140,38%.

De sensibilisering van de adviserend-geneesheren op het vlak van herscholing leidt tot een stijging van het aantal dossiers (voorgelegd aan en goedgekeurd door de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (HCGRI)), waardoor de uitgaven toenemen. Sinds 1 september 2011 is de vergoeding per gevolgd uur opleiding 5 EUR en is de premie verdubbeld voor wie de herscholing succesvol beëindigt (500 EUR).




Voor het project 'back to work' (activering en herinschakeling van arbeidsongeschikten) is de Dienst uitkeringen gestart met de ontwikkeling van een opleidingsstelsel voor disability management. Dit initiatief zal bijdragen tot de begeleiding en ondersteuning van mensen die om medische redenen van de arbeidsmarkt zijn verwijderd en die het werk willen hervatten. De opleiding voor disability management zal die begeleiding benaderen op een gestandaardiseerde, meetbare en kwalitatieve manier. In het kader van de activering heeft de Dienst uitkeringen ook overeenkomsten afgesloten met VDAB, FOREM, ACTIRIS en AWIPH. Die moeten het mogelijk maken om arbeidsongeschikte gerechtigden opnieuw te begeleiden naar de arbeidsmarkt. De HCGRI moet de dossiers voor herscholing goedkeuren die de adviserend-geneesheren van de verzekeringsinstellingen hebben voorgelegd.

## 2. Regeling zelfstandigen

### a. Regeling zelfstandigen - Primaire arbeidsongeschiktheid

Tabel 1 - Aantal vergoede dagen en daarbij horende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2009	2010	2011	2012	2013
Zelfstandigen	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478	1.881.217 68.221.999	1.904.732 71.658.190	2.017.509 78.050.477
Meehelpende echtg.	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663	120.945 4.138.005	102.947 3.623.169	104.384 3.828.893
Verbeteringen vorige dienstjaren	0	0	16	0	11
<b>Algemeen totaal</b>	<b>1.896.392</b> <b>63.703.196</b>	<b>1.940.866</b> <b>67.469.141</b>	<b>2.002.162</b> <b>72.360.020</b>	<b>2.007.679</b> <b>75.281.359</b>	<b>2.121.893</b> <b>81.879.381</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%	3,16% 7,25%	0,28% 4,04%	5,69% 8,76%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

 Het eerste jaar arbeidsongeschiktheid wordt “primaire uitkeringsperiode” genoemd. Na 1 jaar ziekte komt de gerechtigde die nog arbeidsongeschikt erkend is, in een periode van invaliditeit.

Tabel 1 geeft het aantal dagen en de bedragen weer die zijn uitgekeerd in de jaren 2009 - 2013, voor primaire ongeschiktheid en volgens het type van zelfstandige.

In 2013 nam het aantal uitkeringsdagen toe met 114.214 (+5,69% ten opzichte van 2012). Voor de zelfstandigen zijn er 112.777 dagen meer (+5,92%) en voor de meehelpende echtgenoten zijn er 1.437 dagen meer (+1,40%). De stijging van de uitgaven in 2013 (+8,76% ten opzichte van 2012) is veroorzaakt door de toename van het aantal dagen en de herwaardingen van de forfaits van primaire arbeidsongeschiktheid in 2013.

**Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2009 - 2013**

Duur	2009	2010	2011	2012	2013
29 - 98 dagen	3.637	3.563	3.804	3.688	3.795
99 - 337 dagen	4.407	4.577	4.712	4.749	5.142
338 - 365 dagen	3.662	3.830	3.793	3.997	3.952
<b>Totaal</b>	<b>11.706</b>	<b>11.970</b>	<b>12.309</b>	<b>12.434</b>	<b>12.889</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	5,21%	2,26%	2,83%	1,02%	3,66%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen in primaire ongeschiktheid volgens de totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid, uitgedrukt in dagen. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid eindigde in het betreffende jaar zelf mogen opgenomen worden in de categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid de carenperiode van 1 maand niet overtreft, zijn niet opgenomen in de cijfers. Als 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 29,44% van de gevallen een duur tussen 29 en 98 dagen hebben: 39,89% tussen 99 en 337 dagen en 30,66% 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 en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2009 - 2013**

Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2009		2010		2011		2012		2013	
Mannen	142,34	19,55	145,86	19,73	141,83	19,97	146,25	20,20	147,27	20,89
Vrouwen	142,36	21,01	142,60	22,13	142,90	23,14	141,44	22,90	142,00	23,79
<b>Totaal</b>	<b>142,35</b>	<b>20,02</b>	<b>144,75</b>	<b>20,48</b>	<b>142,20</b>	<b>20,97</b>	<b>144,60</b>	<b>21,05</b>	<b>145,44</b>	<b>21,81</b>

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 2013, per 1.000 zelfstandige gerechtigden, 21,81 ziektegevallen geregistreerd zijn. Bij de mannelijke zelfstandige gerechtigden zijn er 20,89 ziektegevallen per 1.000 zelfstandigen terwijl er bij de vrouwelijke gerechtigden 23,79 ziektegevallen zijn.

## b. Regeling zelfstandigen - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede gevallen en daarbij horende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013					
Gevallen - Uitgaven					
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>In primaire arbeidsongeschiktheid</b>					
Zelfstandigen	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729	5.287 15.724.858	5.296 16.509.671	5.234 17.883.003
Meehelpende echtg.	199 557.540	220 627.283	192 581.874	168 522.258	142 458.497
<b>Totaal</b>	<b>5.441</b> <b>15.219.935</b>	<b>5.473</b> <b>15.759.012</b>	<b>5.479</b> <b>16.306.732</b>	<b>5.464</b> <b>17.031.928</b>	<b>5.376</b> <b>18.341.500</b>
<b>In invaliditeit</b>					
Zelfstandigen	7 19.272	16 45.853	19 47.345	9 24.060	16 47.053
Meehelpende echtgenoten	0 0	0 0	2 6.132	0 0	1 3.524
<b>Totaal</b>	<b>7</b> <b>19.272</b>	<b>16</b> <b>45.853</b>	<b>21</b> <b>53.477</b>	<b>9</b> <b>24.060</b>	<b>17</b> <b>50.577</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	3,80% 27,03%	0,75% 3,71%	0,20% 3,51%	-0,49% 4,25%	-1,46% 7,83%
<b>Adoptieverlof</b>					
Zelfst. + Meehelpende echtgenoten	<b>33</b> <b>63.442</b>	<b>53</b> <b>97.824</b>	<b>34</b> <b>70.453</b>	<b>25</b> <b>50.652</b>	<b>40</b> <b>89.351</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	88,00% 89,37%	60,61% 54,19%	-35,85% -27,98%	-26,47% -28,10%	60,00% 76,40%
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 toegekennen tijdens de periode van moederschapsrust.

Sinds 1 juli 2009 is het tijdvak van moederschapsrust een verplichte periode van 3 weken (1 vóór en 2 na de bevalling). De overige weken zijn, per blok van één of meerdere weken, facultatief op te nemen (maximaal 8 weken). Dit tijdvak is met een week verlengd in geval van een geboorte van een meerling.

In 2013 bedragen de uitgaven voor moederschapsrust tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid 18.341.500 EUR (+7,69% in verhouding tot 2010) voor 5.376 gevallen.

Als de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, dan zijn de gevallen en daarbij horende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2013 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 50.577 EUR voor 17 gevallen.

Het adoptieverlof, ingevoerd op 1 februari 2007, telt 40 gevallen in 2013.

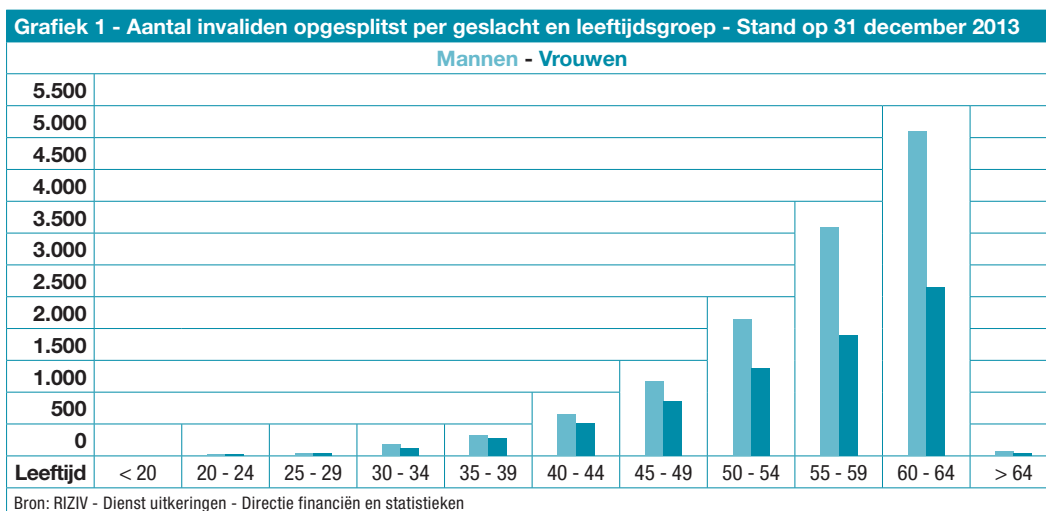


## c. Regeling zelfstandigen - Invaliditeit

**Tabel 5 - Aantal invaliden opgesplitst per geslacht en leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2013**

Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 20	0	0	0
20 - 24	12	8	20
25 - 29	62	52	114
30 - 34	193	123	316
35 - 39	340	281	621
40 - 44	695	559	1.254
45 - 49	1.280	928	2.208
50 - 54	2.193	1.483	3.676
55 - 59	3.563	1.947	5.510
60 - 64	5.053	2.533	7.586
> 64	76	34	110
<b>Totaal</b>	<b>13.467</b>	<b>7.948</b>	<b>21.415</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken



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

<b>Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2009 - 2013</b>					
<b>Ziektegroep</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	186	193	197	192	195
2. Gezwollen	1.978	2.029	2.036	2.186	2.255
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	467	471	446	439	412
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	31	31	40	43	40
5. Psychische stoornissen	3.678	3.890	3.980	4.151	4.352
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	1.168	1.208	1.265	1.306	1.363
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	2.551	2.533	2.481	2.424	2.438
8. Ziekten van de ademhalingswegen	435	429	409	403	384
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	463	471	491	527	528
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	180	189	197	193	199
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	6	5	8	7	10
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	112	122	123	124	125
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	5.526	5.805	5.882	6.107	6.286
14. Congenitale afwijkingen	77	72	70	71	71
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	2	1	1	1	1
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	446	434	402	384	349
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	2.143	2.241	2.269	2.332	2.384
Niet bepaald	10	12	18	21	23
<b>Totaal</b>	<b>19.459</b>	<b>20.136</b>	<b>20.315</b>	<b>20.911</b>	<b>21.415</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije 5 jaar, volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is. De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 13, 5 en 7. Op 31 december 2013 bedroegen de percentages van invaliden in deze belangrijkste ziektegroepen respectievelijk 29,35%, 20,32% en 11,38%. Net zoals in de algemene regeling is het aantal invaliden met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen enz.) sterk toegenomen tussen 2009 en 2013. De ziekten van het bewegingsstelsel 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 3e belangrijkste ziektegroep maar ze nemen procentueel gezien in belang af, terwijl het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en daarbij horende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2009 - 2013					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Zelfstandigen</b>					
Mannen	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880	3.963.464 160.978.737	4.010.736 166.646.614	4.070.358 173.101.699
Vrouwen	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719	1.909.973 70.766.451	1.962.040 75.507.019	2.043.568 80.434.154
<b>Totaal</b>	<b>5.534.503</b> <b>205.294.784</b>	<b>5.742.250</b> <b>220.471.599</b>	<b>5.873.437</b> <b>231.745.188</b>	<b>5.972.776</b> <b>242.153.633</b>	<b>6.113.926</b> <b>253.535.852</b>
<b>Meehelpende echtgenoten</b>					
Mannen	21.953 775.060	23.774 795.858	22.986 926.124	19.503 751.561	28.405 1.169.947
Vrouwen	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904	376.653 13.065.560	390.786 14.066.177	387.282 14.416.641
<b>Totaal</b>	<b>352.519</b> <b>11.329.459</b>	<b>386.024</b> <b>12.786.761</b>	<b>399.639</b> <b>13.991.684</b>	<b>410.289</b> <b>14.817.738</b>	<b>415.687</b> <b>15.586.588</b>
Inhaalpremie	-	-	3.711.550	3.846.036	4.028.971
Onbekend	0 0	0 0	53 1.827	-88 -2.089	376 11.494
<b>Algemeen totaal</b>	<b>5.887.022</b> <b>216.624.243</b>	<b>6.128.274</b> <b>233.258.360</b>	<b>6.273.129</b> <b>249.450.250</b>	<b>6.382.977</b> <b>260.815.318</b>	<b>6.529.989</b> <b>273.162.904</b>
Evolutie t.o.v. vorig jaar	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%	2,36% 6,94%	1,75% 4,56%	2,30% 4,73%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 7 geeft de vergoede dagen en de uitgaven betreffende de invaliditeit weer.

In 2013 stijgen de uitgaven met 4,73% ten opzichte van 2012, door de koppeling van de uitkeringen aan het minimumpensioen (stelsel van de zelfstandigen) voor gerechtigden met gezinslast en alleenstaanden. De opeenvolgende toenames in 2011 (6,94%), 2012 (4,56%) en 2013 (4,73%) zijn vooral gelinkt aan verschillende herwaarderingen van de forfaits in die jaren en aan het stijgende aantal invaliden.

#### d. Beroepsherscholing

Op 1 juli 2009 zijn de bevoegdheden inzake beroepsherscholing overgedragen van de sector geneeskundige verzorging naar de sector uitkeringen. Vanaf die datum neemt de uitkeringsverzekering de uitgaven ten laste met betrekking tot een beroepsherscholingsprogramma.

De uitgaven van de beroepsherscholing zijn de volgende:

<b>Tabel 8 - Aantal gevallen en bedragen (in EUR) voor herscholing - Evolutie 2009 - 2013</b>					
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013 (1)</b>
Beroepsoriënteringsonderzoek	1.588,23	6.606,57	6.993,34	2.574,51	40.956,77
Inschrijving voor cursus en examen	14.090,50	26.867,68	22.561,60	59.225,00	64.291,40
Verblijfkosten	721,70	1.732,08	2.123,86	0,00	33,50
Verplaatsingskosten	1.338,79	3.342,04	3.095,32	913,60	2.394,91
Material	0,00	0,00	290,62	0,00	2.264,56
Vergoeding voor gevolgde uren	0,00	953,00	1.741,00	13.398,00	13.410,40
Forfaitaire premie beroepsherscholing met succes doorlopen	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00
Kosten verbonden aan de effectieve integratie na een programma van beroepsherscholing	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totaal</b>	<b>17.739,22</b>	<b>39.501,37</b>	<b>36.805,74</b>	<b>76.111,11</b>	<b>124.351,54</b>
<b>Gevallen</b>	<b>-</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>29</b>
<small>(1) Voorlopige cijfers</small>					
<small>Bron: RIZIV</small>					

In 2013 hebben 29 gevallen een beroep gedaan op de uitkering inzake beroepsherscholing (8 in 2012). De sensibilisering van de adviserend geneesheren op het vlak van herscholing leidt tot een stijging van het aantal dossiers (voorgelegd aan en goedgekeurd door de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (HCGRI)), waardoor de uitgaven toenemen.

De algemene uitgaven voor beroepsherscholing zijn gestegen van 76.111,11 EUR in 2012 tot 124.351,54 EUR in 2013, een verhoging van 63,38%. De meest markante evoluties zijn de forse stijging van de uitgaven voor oriënteringsonderzoeken en de stijging van de inschrijvingskosten voor cursussen en examens (+8,55%). Daarnaast zijn er in 2013 voor de 1e keer premies uitbetaald voor het succesvol beëindigen van een opleiding (in totaal 1000 EUR). Sinds 1 september 2011 is de vergoeding per gevolgd uur opleiding 5 EUR en is de premie verdubbeld voor wie de herscholing succesvol beëindigt (500 EUR).

### III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) heeft een drieledige opdracht met betrekking tot de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: informeren, evalueren en controleren.

Specifiek met betrekking tot de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering neemt de DGEC, net als de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen (V.I.), deel aan de controle van de arbeidsongeschiktheid in de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI).

#### 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 - bijgewerkte versie
- Infobox voor de huisarts - bijgewerkte versie
- Infobox voor de verpleegkundige in de thuisverzorging
- Infobox voor de kinesitherapeut
- Infobox voor de apotheker
- Infobox voor de tandarts, nieuw in 2013
- Infobox voor de paramedici, nieuw in 2013

In 2013 verschenen de laatste 2 “Infoboxen”. Ze vormen het sluitstuk van de serie. Met de 7 “Infoboxen” zijn alle groepen van zorgverleners bereikt.

Door de zorgverleners te informeren over de draagwijdte van de wettelijke of reglementaire bepalingen, vervullen de inspecteurs/controleurs van de DGEC hun opdracht van informatie en preventie. Ze maken daarbij gebruik van de brochure “Opdrachten en procedures” die de DGEC heeft gemaakt. In 2013 verscheen een nieuwe versie van die brochure.

#### 2. Evaluatieopdracht van de DGEC

De DGEC evalueert ook de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en wijst zo op overconsumptie of overdreven voorschrijven van verstrekkingen. De aanbevelingen voor goede medische praktijk en de indicatoren van manifeste afwijking van die praktijk helpen daarbij.

Evaluatieprojecten afgesloten in 2013:

- Impactmeting van de campagne “longfunctietests”. Berekening van de impact van de campagne (2009) naar de pneumologen. (10/001)
- Protonpompinhibitoren: studie over de implementatie van de indicatoren. Haalbaarheidsstudie voor een controle a posteriori van het voorschrift van protonpompinhibitoren op basis van de gepubliceerde indicatoren. (11/004)
- Impactmeting van de versterkte controle door de V.I. van de aanvragen voor een machtiging tot vergoeding van de geneesmiddelen uit “hoofdstuk IV”. (13/006)

### 3. Controleopdracht van de DGEC

De DGEC stelt inbreuken door zorgverleners vast op het vlak van:

- realiteit-conformiteit met de regelgeving
- overconsumptie en overdreven voorschrijven.

In dat 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 2013 via de CENEC

- Aanrekenen van een neurolyse bij het syndroom van carpaal tunnel. Studie van de implicatie van de aanrekening van een neurolyse bij het syndroom van carpaal tunnel. (IP014)
- Facturering van percutane endovasculaire dilataties. Vaststelling van de toestand inzake tarifiering van niet-coronair percutane endovasculaire dilataties en de omstandigheden waarin ze uitgevoerd zijn. (IP022)
- Kinesitherapie: impactmeting van de overschrijdingen van de daggemiddelden. Becijferd overzicht en actualisering van de voorgaande enquête. (IP024)

#### b. Individuele enquêtes in 2013

##### AFGESLOTEN ENQUÊTES

Tabel 1 - Enquêtes afgesloten in 2013		
Bevoegdheid van	Aantal	%
Huisartsen	108	11,0%
Geneesheren-specialisten	231	34,0%
Apothekers	23	2,0%
Tandheelkundigen	51	5,0%
Verpleegkundigen	209	21,0%
Kinesitherapeuten	87	9,0%
Logopedisten	2	0,2%
Orthesisten	7	0,7%
Bandagisten	7	0,7%
Verstrekking van implantaten, prothesen en divers materiaal	3	0,3%
Erkende laboratoria	4	0,4%
Gehoorthesisten	2	0,2%
Apothekers-biologen	97	10,0%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	13	1,0%
Rusthuizen voor bejaarden (ROB)	1	0,1%
Rust- en verzorgingstehuizen (RVT)	4	0,4%
Verzekeren	66	7,0%
Andere	68	7,0%
<b>Totaal</b>	<b>983</b>	<b>100,0%</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

## OPGESTARTE ENQUÊTES

Tabel 2 - Enquêtes opgestart in 2013		
Bevoegdheid van	Aantal	%
Huisartsen	103	10,3%
Geneesheren-specialisten	184	18,3%
Apothekers	18	1,8%
Tandartsen	257	25,6%
Verpleegkundigen	160	15,9%
Kinesitherapeuten	57	5,7%
Logopedisten	6	0,6%
Orthesisten	11	1,1%
Bandagisten	8	0,8%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	1	0,1%
Opticiens	1	0,1%
Apothekers-biologen	4	0,4%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	67	6,7%
Rustoord voor bejaarden (ROB)	10	1,0%
Rust- en verzorgingstehuizen (RVT)	3	0,3%
Erkende laboratoria	2	0,2%
Verzekerden	44	4,4%
Andere	68	6,8%
<b>Totaal</b>	<b>1.004</b>	<b>100,0%</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

## RESULTATEN VAN DE ENQUÊTES

Tabel 3 - Resultaten van de enquêtes afgesloten in 2013		
Types van dossiers	Aantal	%
Informatief	50	5,1%
Negatief	288	29,3%
Negatief met actie voor derden	130	13,2%
Verwittiging	114	11,60%
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	284	28,9%
Te vervolgen	117	11,9%
<b>Totaal</b>	<b>983</b>	<b>100,0%</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie “**informatief**” bevat de dossiers die, na verhoor van de klager en/of de zorgverlener, afgesloten zijn zonder vastgestelde inbreuk.
- De categorie “**negatief**” bevat de gevallen waarin de vermoedens van vergissing of bedrog na onderzoek niet gegrond bleken.
- De categorie “**negatief met actie voor derden**” bevat alle vaststellingen voor derden die doorgestuurd zijn naar andere instellingen (bv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren, Dienst voor administratieve controle).

- De categorieën “**verwittiging**” en “**verwittiging met vrijwillige terugbetaling**” bevatten de gevallen waarin de zorgverleners bij vergissing, maar te goeder trouw, verstrekkingen ten onrechte aanrekenden. In die gevallen wordt er geen procedure bij de administratieve rechtsinstanties ingeleid, maar wel een waarschuwing gestuurd, waarbij de zorgverleners de onverschuldigde bedragen – als die er zijn – vrijwillig terugbetalen.
- De categorie “**te vervolgen**” bevat de dossiers die ingediend zijn bij een van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen. De statistische gegevens komen verder aan bod.

**Tabel 4 - Vrijwillige terugbetalingen - Enquêtes afgesloten in 2013**

Bevoegdheid van	Bedrag (EUR)	%
Huisartsen	188.947	5,20%
Geneesheren-specialisten	1.861.207	50,90%
Apothekers	3.978	0,10%
Tandheelkundigen	175.915	4,80%
Verpleegkundigen	360.488	9,80%
Kinesitherapeuten	249.859	6,80%
Orthopedisten	63.336	1,70%
Bandagisten	22.494	0,60%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en divers materiaal	8.163	0,20%
Gehoorthesisten	382	0,01%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	611.945	16,70%
Rustoord voor bejaarden (ROB)	16.762	0,50%
Verzekerden	4.675	0,10%
Anderen	91.490	2,50%
<b>Totaal</b>	<b>3.659.642</b>	<b>100,00%</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

## PROCEDURES

Als een zorgverlener zich niet houdt aan de wettelijke en reglementaire bepalingen, dan volgt er een administratieve procedure. Die procedure kan leiden tot opgelegde maatregelen, zoals de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en/of een administratieve boete. De rechtscollages voeren die administratieve procedure.

### ○ Het Comité DGEC

De dossiers met betrekking tot 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 Kamers van eerste aanleg (KEA - zie verder). In 2013 zijn er 3 dossiers voorgelegd aan het Comité:

- 1 dossier is geklasseerd zonder gevolg
- 2 dossiers zijn doorverwezen naar de Kamer van eerste aanleg.

### ○ 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.

Er is maar één voorwaarde: de L.A. behandelt de zaken waarin de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan:

- 25.000 EUR voor de vaststellingen gedaan tussen 9 april 2013 en 7 april 2013
- 35.000 EUR voor de vaststellingen gedaan vanaf 8 april 2013.

**Tabel 5 - Beslissingen van de L.A. in 2013**

Bevoegdheid van	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	7	44.266	7.344	275
Geneesheren-specialisten	11	71.903	7.361	2.925
Apothekers	7	84.591	8.750	3.275
Tandartsen	6	77.302	10.888	1.138
Verpleegkundigen	45	502.685	98.008	23.748
Kinesitherapeuten	9	100.865	10.038	2.063
Logopedisten	1	5.944	1.375	-
Verstrekkers van implantaten	1	118.105	1.375	-
Apothekers-biologen	1	10.537	-	-
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2	28.712	4.125	-
Anderen	2	17.004	3.121	-
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>1.061.914</b>	<b>152.385</b>	<b>33.424</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de L.A. bij de Kamers van eerste aanleg (KEA).

**Tabel 6 - Beroep bij de KEA tegen de beslissing van de L.A. in 2013**

Aantal beslissingen van de L.A.	Aantal beroepen bij de KEA	%
92	22	24

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

#### ○ De Kamers van eerste aanleg



De Kamers van eerste aanleg (KEA) zijn administratieve rechtscolleges.

Een Kamer neemt kennis van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, een andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. De Kamers zijn samengesteld uit een magistraat van de rechterlijke orde, bijgestaan door 4 leden die de koning heeft benoemd:

- 2 leden (artsen) op voordracht van de V.I.
- 2 leden op voordracht van de verschillende beroepscategorieën.

De leden zetelen niet als afgevaardigde van hun groep, maar in eigen naam wegens hun technische kennis van de behandelde materie.

De Kamers van eerste aanleg (KEA) doen uitspraken over de beroepen die zijn ingesteld tegen de beslissingen van de L.A.

**Tabel 7 - Beslissingen van de KEA in 2013 (als beroepsinstantie tegen beslissingen van de L.A.)**

Bevoegdheid van	Aantal beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Geneesheren-specialisten	1	-	-	-
Apothekers	1	51.282	1.375	-
Tandartsen	4	8.757	4.956	2.632
Verpleegkundigen	54	37.254	97.476	2.632
Orthopedisten	1	12.780	12.780	-
Gehoorthesisten	1	15.940	7.970	-
Rustoorde voor bijarden (ROB)	1	14.448	7.224	-
Anderen	1	-	-	-
<b>Totaal</b>	<b>64</b>	<b>140.461</b>	<b>131.781</b>	<b>94.888</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

**!** De beslissingen van de KEA over dossiers zijn 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.

De KEA doen ook uitspraken in eerste aanleg in alle zaken die niet tot de bevoegdheid van de L.A. behoren.

Net zoals de L.A. kunnen de KEA:

- de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging
- en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

**Tabel 8 - Beslissingen van de KEA in 2013 in eerste aanleg**

Bevoegdheid van	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	6	189.110	21.043	26.793
Geneesheren-specialisten	15	1.491.614	822.736	1.335
Apothekers	4	131.425	14.491	13.116
Tandartsen	4	527.633	5.625	1.375
Verpleegkundigen	26	889.444	321.616	40.869
Ziekenhuizen	10	624.220	26.584	109.894
Anderen	2	63.589	14.870	16.924
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>3.917.035</b>	<b>1.226.965</b>	<b>210.307</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen beslissingen van de KEA bij de Kamers van beroep (KvB).

**Tabel 9 - Beroep bij de Kamers van beroep (KvB) tegen de beslissingen van de KEA in 2013**

Aantal beslissingen KEA eerste aanleg	Aantal beroepen bij de KvB			
	Door de zorgverlener	%	Door de DGEC	%
67	24	36	6	9


Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

## o De Kamers van beroep

 De Kamers van beroep (KvB) zijn administratieve rechtscolleges, met een identieke samenstelling als de Kamers van eerste aanleg (KEA), met dit verschil dat enkel de voorzittende magistraat stemgerechtigd is. De 4 andere leden hebben een adviserende stem. De KvB spreken zich uit over de beroepen ingesteld tegen de beslissingen van de KEA.


Tabel 10 - Beslissingen van de KvB in 2013				
Bevoegdheid van	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	3	93.146	21.692	18.942
Geneesheren-specialisten	12	710.927	1.375	1.500
Apothekers	3	230.976	80.622	-
Tandartsen	7	613.769	29.004	103
Verpleegkundigen	91	1.266.099	494.251	5.522
Logopedisten	2	58.164	4.516	3.141
Verstrekkers van implantaten	1	3.047	-	-
Ziekenhuizen	2	109.412	-	-
Anderen	1	-	-	-
<b>Totaal</b>	<b>122</b>	<b>3.085.539</b>	<b>631.459</b>	<b>29.208</b>

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

 De beslissingen van de KvB over dossiers zijn niet gebonden aan het kalenderjaar waarin beroep is aangetekend. Het totale aantal beslissingen in de loop van een bepaald jaar kan dus hoger of lager zijn dan het totale aantal dossiers waarin er gedurende dat jaar beroep is aangetekend.

## RECHTSPRAAK

Het RIZIV publiceert op zijn website de definitieve beslissingen (geanonimiseerd) van de L.A., de KEA en de KvB.

 Meer info staat op de website [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Zorgverleners > Algemene info > Rechtspraak van de bestuurlijke en jurisdictionele instanties bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

## IV. Statistieken van de administratieve controle


De Dienst voor administratieve controle (DAC) moet erop toezien dat de 7 verzekeringsinstellingen (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](http://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
- controleren van de goede uitvoering van de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming en het Omnio-statuut, in samenwerking met de ziekenfondsen, de Federale overheidsdienst Financiën en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, om ervoor te zorgen dat het recht op die 3 tegemoetkomingen voor de sociaal verzekerden gewaarborgd is
- in bepaalde gevallen bijdragebonnen afleveren, zodat de sociaal verzekerden hun situatie bij hun ziekenfonds kunnen laten regulariseren
- bepaalde attesten (attest van sociaal verzekerde of attest van tijdelijke dekking bij het ziekenfonds, attest van weduwe of weduwnaar, pensioenattest, enz.) opstellen, zodat de sociaal verzekerden hun statuut kunnen aantonen bij hun ziekenfonds.

Hierna volgen, voor de jaren 2011, 2012 en 2013, 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 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 (nieuwe naam "Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail") zijn er in die grafieken dan ook geen cijfers opgenomen.

 De DAC maakt ook statistieken over de sociaal verzekerden: zie 5<sup>e</sup> Deel, V.

 Meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de DAC staat op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV.

<sup>1</sup> De 7 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: Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- HZIV: Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- NMBS-Holding: Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding (nieuwe naam "Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail")

## 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 aspect van de GVV-verzekering. Het doel ervan is de interne controleprocedures van de ziekenfondsen analyseren. De bijzondere nadruk ligt bij de themacontroles op de eenvormigheid waarmee de ziekenfondsen de sociaal verzekerden behandelen.

Het aandeel van de themacontroles binnen het controleprogramma is momenteel ongeveer 20%.

De doelgroep van de controles verschilt van themacontrole tot themacontrole.

De aanpak van elke themacontrole is volledig gedocumenteerd: per themacontrole wordt 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.

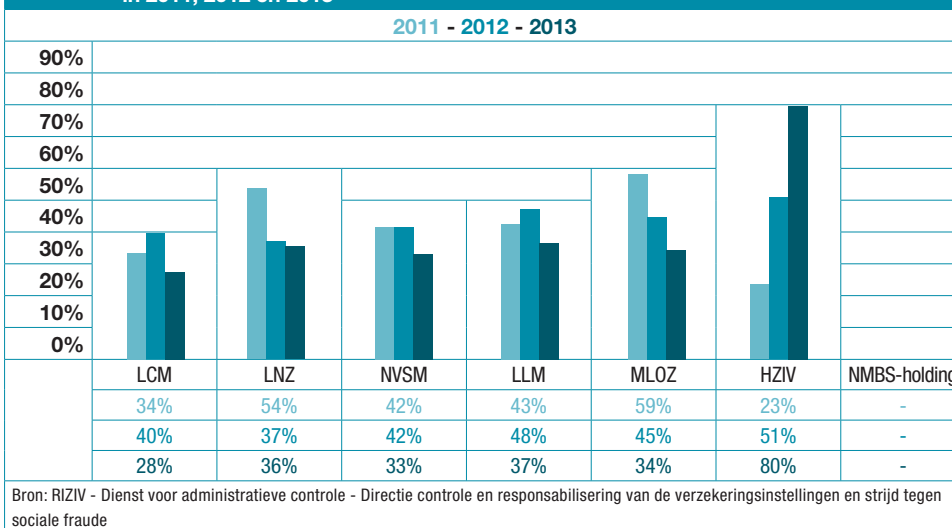
Controles kunnen resulteren in vaststellingen. Is er geen vaststelling, dan wordt het gecontroleerde dossier als correct beschouwd.

**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 GVV-verzekering (V.I., voogdijminister, sociale partners, enz.). Elk verslag stelt de methodologie en de resultaten van de controle voor en bevat aanbevelingen om de praktische werking van de V.I. te verbeteren.

**+** De bestuursovereenkomst tussen de staat en het RIZIV legt jaarlijks minimaal 2 themacontroles op, waardoor het RIZIV zijn preventierol, door middel van feedback en advies, continu kan vervullen.

**Grafiek 1 - Themacontroles uitkeringen door de DAC - Percentage controles met vaststelling in 2011, 2012 en 2013**



**!** De HZIV is een kleinere instelling, waar verhoudingsgewijs maar een beperkt aantal controles hebben plaatsgevonden. Het hoge percentage vaststellingen bij de HZIV is te wijten aan die kleinschaligheid en dus niet representatief.

Een zeer specifieke themacontrole is de jaarlijkse themacontrole “Artikel 195 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juni 1994 (GVU-wet)”.

Personen of organisaties die ten onrechte prestaties hebben ontvangen van de GVVU-verzekering, zijn verplicht om de waarde ervan te vergoeden aan de V.I. die ze heeft uitbetaald (artikel 164 van de GVVU-wet). De V.I. zijn op hun beurt verplicht om die prestaties terug te vorderen en de bedragen ervan op te nemen op de lijsten die daarvoor voorzien zijn. Die lijsten hebben een belangrijke impact op de administratiekosten die de V.I. jaarlijks toegekend krijgen. De administratiekosten verhogen immers met een percentage van de teruggevorderde bedragen (artikel 195 van de GVVU-wet beschrijft dit mechanisme).

Dergelijke verhoging is wel aan voorwaarden gebonden:

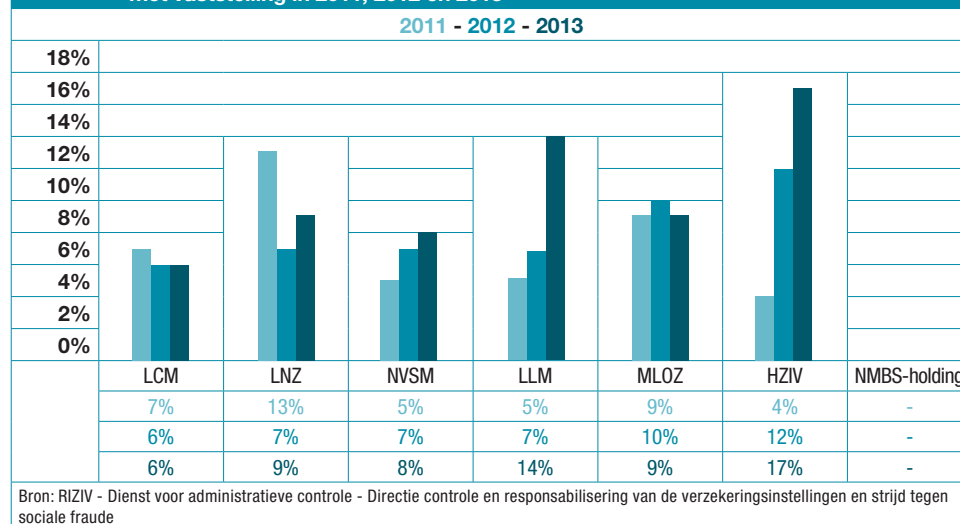
- Het mag niet gaan om een spontane terugbetaling.
- De onterechte betaling mag niet het gevolg zijn van een fout, vergissing of nalatigheid van de V.I. in kwestie.
- De terugvordering mag niet het gevolg zijn van een vaststelling van de DAC of van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen (CDZ).


 Meer informatie over de CDZ staat op het internet: [www.ocm-cdz.be](http://www.ocm-cdz.be).

Tijdens deze themacontrole controleert de DAC de lijsten met de door de V.I. teruggevorderde bedragen, om na te gaan of de bedragen terecht op die lijsten zijn opgenomen.

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

**Grafiek 2 - Themacontroles artikel 195 van de GVVU-wet door de DAC - Percentage controles met vaststelling in 2011, 2012 en 2013**



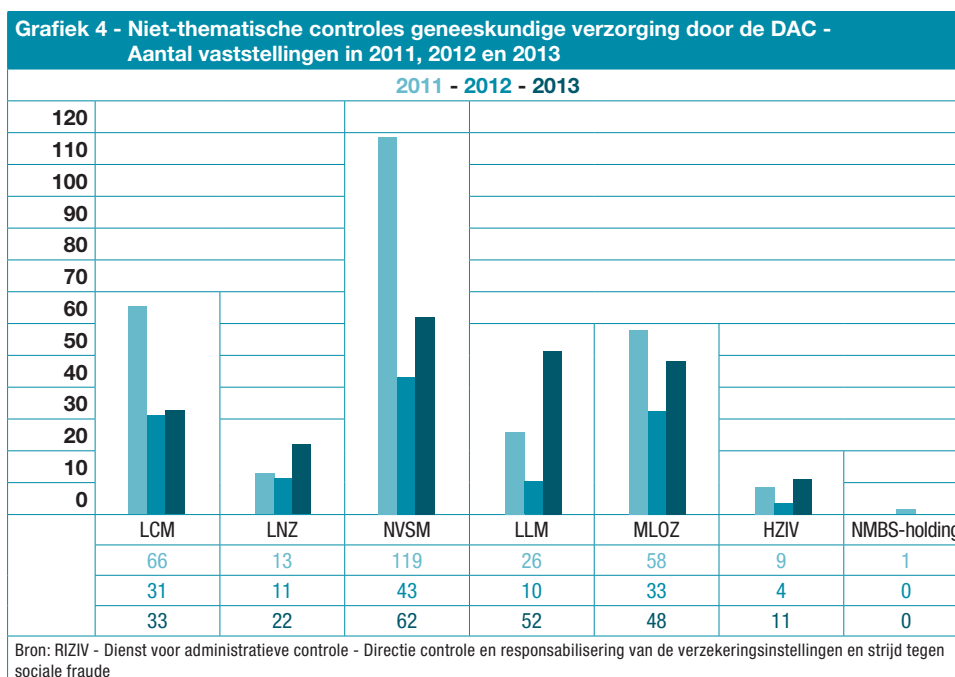
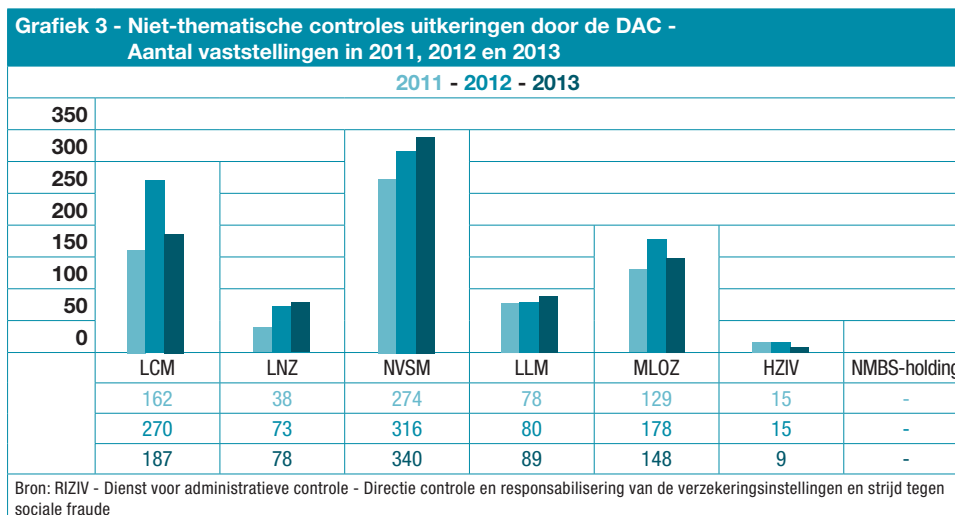
 De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding heeft voor de 3 betrokken jaren geen te controleren lijsten ingediend.

## 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



Om de strijd tegen sociale fraude op te voeren, is de DAC in de bestuursovereenkomst 2013-2015 het engagement aangegaan om via "datamatching" de cumulatie van GUV-uitkeringen met aan de RSZ aangegeven prestaties op te sporen, zowel voor personen in primaire arbeidsongeschiktheid als voor invaliden. Jaarlijks wordt een rapport over de fraudebestrijding opgesteld met betrekking tot de strijd tegen zwartwerk, de uitgevoerde datamatchings, de strijd tegen frauduleuze onderwerpingen aan de sociale zekerheid en de strijd tegen domiciliefraude.

De strijd tegen sociale fraude is essentieel voor de DAC. De dienst spoort meer bepaald het volgende op:

- niet-toegelaten cumulatie van GUV-uitkeringen met aan de RSZ aangegeven loon (opsporing via "datamatching" of kruisen van databanken)
- fictieve onderwerping aan de sociale zekerheid
- niet-toegelaten activiteiten (zwartwerk)
- domiciliefraude
- SIS-kaartfraude
- enz.

**Grafiek 5 - Vaststellingen bij controles door de DAC - Percentage vaststellingen sociale fraude in 2011, 2012 en 2013**

2011 - 2012 - 2013							
	LCM	LNZ	NVSM	LLM	MLOZ	HZIV	NMBS-holding
15%							
10%							
5%							
0%							
	2%	4%	11%	3%	9%	1%	0%
	3%	7%	9%	4%	13%	1%	0%
	4%	11%	10%	6%	11%	2%	0%

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

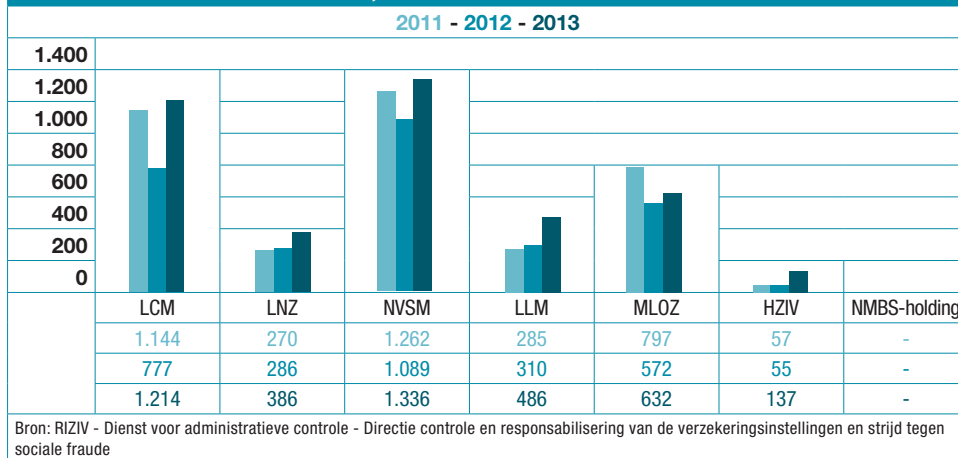


## 4. Opvolgingscontroles

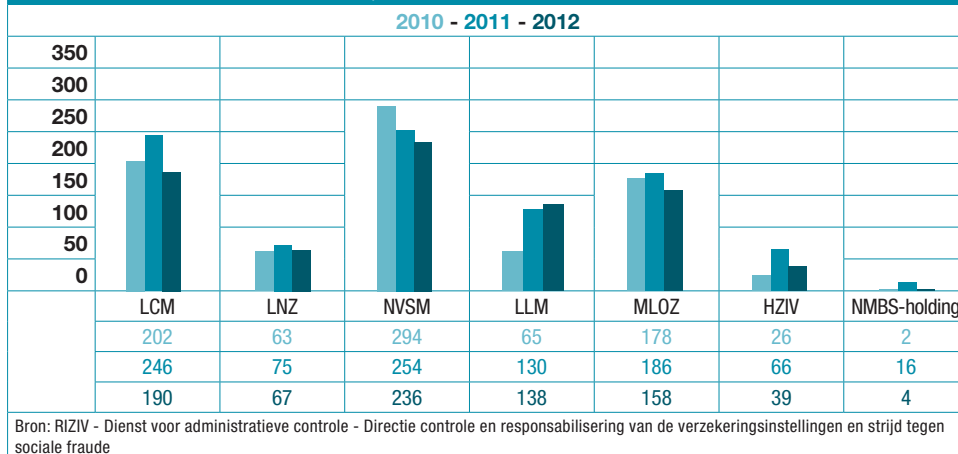
De DAC voert opvolgingscontroles uit voor alle dossiers waarin vaststellingen zijn gedaan. Er zijn dus opvolgingscontroles met betrekking tot:

- de uitkeringsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging
- de themacontroles en de niet-thematische controles.

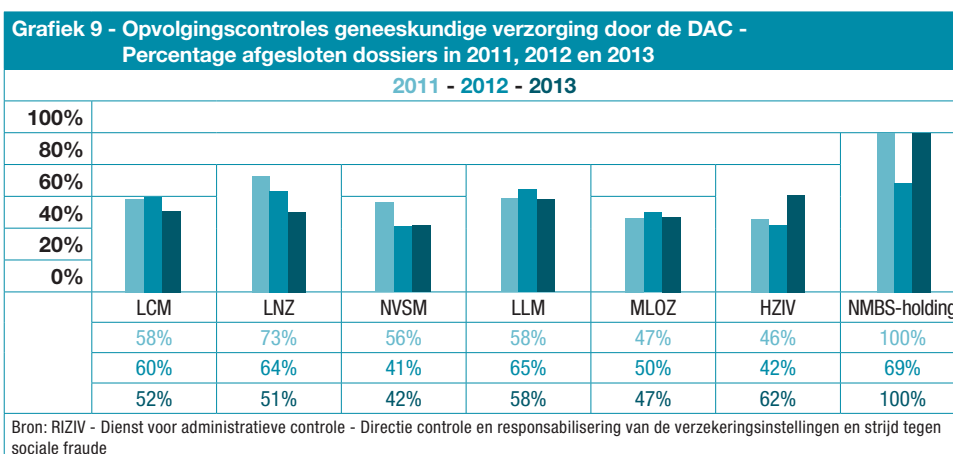
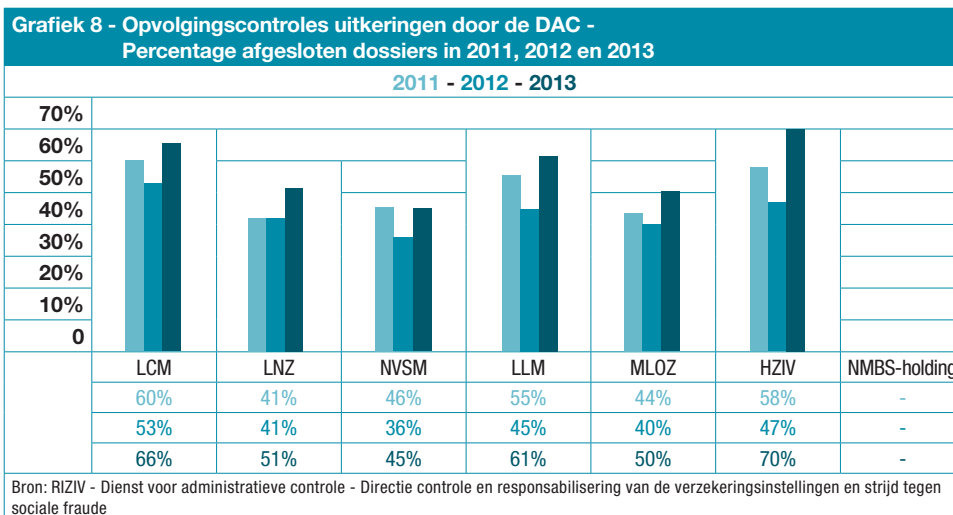
**Grafiek 6 - Opvolgingscontroles uitkeringen door de DAC - Aantal controles in 2011, 2012 en 2013**



**Grafiek 7 - Opvolgingscontroles geneeskundige verzorging door de DAC - Aantal controles in 2011, 2012 en 2013**



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 afgesloten.



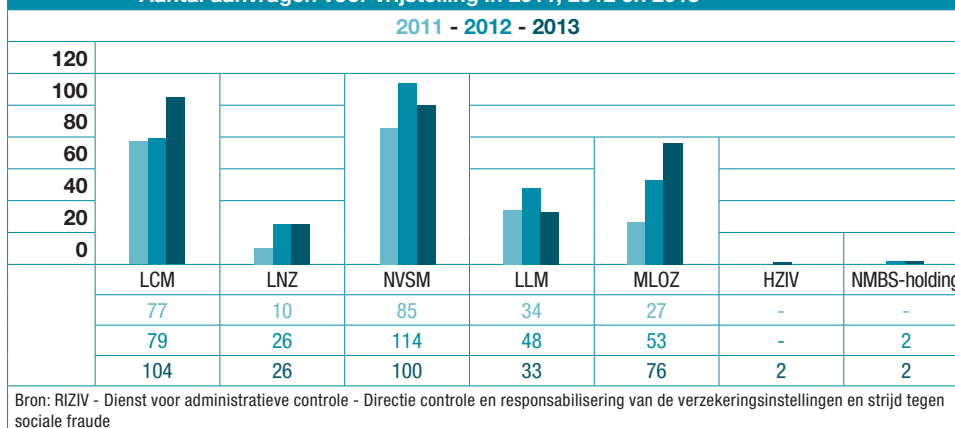
## 5. Terugvordering

Als de V.I. er niet in slagen om niet-verschuldigde prestaties van sociaal verzekerden binnen de wettelijk voorziene termijn terug te vorderen (zie ook 1. Themacontroles, artikel 195), dan moeten zij het resterend saldo ten laste van hun eigen administratiekosten boeken.

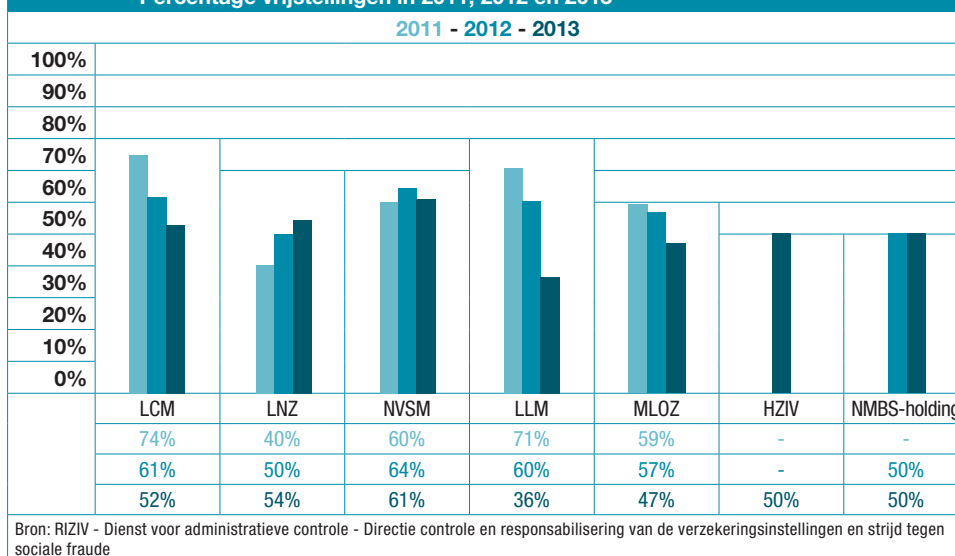
De V.I. kunnen wel vrijstelling daarvan aanvragen bij de leidend ambtenaar van de DAC. Vrijstelling is alleszins niet mogelijk in een van de volgende gevallen (artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Gvu-wet (GVU-besluit):

- 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 600 EUR bedraagt
- als de aanvraag buiten de termijn is ingediend.

**Grafiek 10 - Artikel 327 van het Gvu-besluit -  
Aantal aanvragen voor vrijstelling in 2011, 2012 en 2013**




**Grafiek 11 - Aanvragen artikel 327 van het Gvu-besluit -  
Percentage vrijstellingen in 2011, 2012 en 2013**



## V. Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)


Dit deel geeft de evolutie van de personen die recht hebben op prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (sociaal verzekerden), volgens regeling en volgens verzekeringsinstelling (V.I.).


De gegevens in dit deel zijn gebaseerd op de bestanden van de leden van de ziekenfondsen (ook "ledentallen" genoemd). De V.I. bezorgen deze bestanden 2 keer per jaar aan de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. De gegevens hebben betrekking op de situatie op 30 juni en 31 december van het betrokken jaar.

 U vindt een toepassing om zelf statistieken aan te maken en meer informatie op: [www.riziv.be](http://www.riziv.be) > Wilt u meer weten? > Statistieken van het RIZIV > Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds


Sociaal verzekerden kunnen recht hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging en/of de uitkeringsverzekering. De **verzekering voor geneeskundige verzorging** komt tegemoet in de kosten voor verzorging door individuele zorgverleners of door verzorgingsinstellingen. De **uitkeringsverzekering** kent een inkomensvervangende uitkering toe aan wie door arbeidsongeschiktheid, moederschap, vaderschap of adoptie geen arbeidsactiviteiten uitoefent.

De verzekering voor geneeskundige verzorging kent 2 categorieën rechthebbenden, namelijk gerechtigden en personen ten laste.

 **Gerechtigden** zijn de personen tot wie de verzekering zich in de 1<sup>e</sup> plaats richt en die de basisvoorwaarden moeten vervullen om het recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging te laten ontstaan.

 **Personen ten laste** genieten mee van het recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging van de gerechtigde, omdat ze samenleven of verwant zijn met die gerechtigde. Het gaat meer bepaald om echtgenoten en echtgenotes, samenwonenden, ascendenten en descendenten.

Vanaf 1993 onderscheiden we naast de rechthebbenden een categorie van niet-verzekerde rechthebbenden.


 Het zijn personen die niet langer de voorwaarden vervullen om recht te hebben op prestaties, bijvoorbeeld omdat ze weigerden de verschuldigde persoonlijke bijdrage te betalen wanneer er bijdragegegevens met een onvoldoende waarde aan het ziekenfonds werden bezorgd. Deze personen zijn dus nog wel lid van een ziekenfonds, maar verloren hun recht op prestaties, m.a.w. hun hoedanigheid van rechthebbende.

## 1. Evolutie volgens regeling

Tot eind 2007 vielen de rechthebbenden onder 2 regelingen, met een verschillend niveau van tegemoetkomingen en uitkeringen:

- de **algemene regeling**, gegroeid uit een verzekering die oorspronkelijk georganiseerd werd voor personen die zich als werknemer op de arbeidsmarkt bevonden of die zich door werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of pensionering niet langer op de arbeidsmarkt bevonden, en die naderhand uitgebreid werd naar andere bevolkingslagen
- de **regeling voor de zelfstandigen** en de leden van de kloostergemeenschappen.

Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging is dit onderscheid tussen de regelingen vanaf 1 januari 2008 verdwenen. Vanaf die datum hebben zelfstandigen (en leden van een kloostergemeenschap) dezelfde rechten inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging als de andere groepen van de bevolking en bestaat er dus maar 1 stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging.

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

Wat de uitkeringsverzekering betreft, bestaat er nog steeds zowel een formeel als inhoudelijk onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen.

### a. Algemene regeling

Tabel 1 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de algemene regeling en het aantal niet-verzekerde rechthebbenden.

Tabel 1 - Het aantal rechthebbenden van de algemene regeling - Stand op 30 juni							
Categorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Gerechtigden (1)</b>							
PUG + Overheidspersoneel & gelijkgestelden	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964	4.308.868
Invaliden	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424	289.044
Mindervaliden	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970	72.058
Weduwen, weduwnaars en wezen	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689	315.374
Gepensioneerden	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241	1.499.695
Personen ingeschreven in het rijksregister	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575	162.704
<b>Totaal (1)</b>	<b>6.288.662</b>	<b>6.362.315</b>	<b>6.405.630</b>	<b>6.464.111</b>	<b>6.537.345</b>	<b>6.594.863</b>	<b>6.647.743</b>
<b>Personen ten laste (2)</b>							
Echtgenoten	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636	615.524	599.952
Ascendenten	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882	15.415	14.530
Descendenten	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285	2.479.685	2.501.384
<b>Totaal (2)</b>	<b>3.097.885</b>	<b>3.081.202</b>	<b>3.087.434</b>	<b>3.100.824</b>	<b>3.105.803</b>	<b>3.110.624</b>	<b>3.115.866</b>
<b>Rechthebbenden (1+2)</b>	<b>9.386.547</b>	<b>9.443.517</b>	<b>9.493.064</b>	<b>9.564.935</b>	<b>9.643.148</b>	<b>9.705.487</b>	<b>9.763.609</b>
Niet-verzekerde gerechtigden	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219	118.547

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 arbeidsongeschikt zijn erkend
- **mindervaliden:** verzekerden die, zonder recht te hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, ongeschikt zijn erkend in het kader van ofwel de reglementering omtrent de tegemoetkomingen voor personen met een handicap ofwel de kinderbijslagregeling
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van gerechtigden
- **gepensioneerden:** alle personen die recht hebben op een rustpensioen, een vervroegd pensioen of een als dusdanig geldend voordeel
- **personen ingeschreven in het rijksregister van de natuurlijke personen:** personen die in België hun legale hoofdverblijfplaats hebben en niet onderworpen zijn aan een buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging of een specifieke Belgische ziekteverzekering, zoals bijvoorbeeld de Hulp- en verzorgingskas voor zeevarenden. Voor de ledentallen is een persoon slechts opgenomen in deze categorie als hij niet in een andere categorie vermeld kan worden.

## b. Zelfstandigen en kloostergemeenschappen

Tabel 2 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de regeling van de zelfstandigen met 1 activiteit (= eigenlijke zelfstandigen) en de kloostergemeenschappen. De zelfstandigen met een gemengde loopbaan behoren tot de algemene regeling.

Tabel 2 - Aantal rechthebbende zelfstandigen met één enkele activiteit en de kloostergemeenschappen (met inbegrip van de mindervaliden) - Stand op 30 juni							
Categorie	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Gerechtigden (1)</b>							
PUG	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882	574.896
Invaliden	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014	19.544
Gepensioneerden	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104	86.009
Weduwen, weduwnaars en wezen	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436	26.819
Starters	36.349						
IGO (Inkomensgarantie voor ouderen)	9.400						
Mindervaliden		6.632	3.945	5.421	5.363	5.314	4.989
<b>Totaal (1)</b>	<b>635.928</b>	<b>688.914</b>	<b>696.955</b>	<b>702.181</b>	<b>703.603</b>	<b>708.750</b>	<b>712.257</b>
<b>Personen ten laste (2)</b>							
Echtgenoten	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614	98.234	94.234
Ascendenten	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865	1.907	1.843
Descendenten	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133	269.065	277.626
<b>Totaal (2)</b>	<b>308.553</b>	<b>338.712</b>	<b>353.845</b>	<b>362.453</b>	<b>366.612</b>	<b>369.206</b>	<b>373.729</b>
<b>Rechthebbenden (1+2)</b>	<b>944.481</b>	<b>1.027.626</b>	<b>1.050.800</b>	<b>1.064.634</b>	<b>1.070.215</b>	<b>1.077.956</b>	<b>1.085.986</b>
Kloostergemeenschappen	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763	1.565

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

De verschillende categorieën van gerechtigden zijn:

- **primaire uitkeringsgerechtigde zelfstandigen (PUG) en helpers:** actieve zelfstandigen/ helpers en zelfstandigen/helpers in primaire arbeidsongeschiktheid of moederschapsrust
- **invaliden:** verzekerden die arbeidsongeschikt erkend bleven na de periode van primaire ongeschiktheid en die voldoen aan de voorwaarden inzake invaliditeit, vastgesteld door het koninklijk besluit van 20 juli 1971
- **gepensioneerden:** alle zelfstandigen die recht hebben op een rustpensioen als zelfstandige
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van zelfstandige gerechtigden waarvan de echtgeno(o)t(e) gedurende minstens 1 jaar een beroepsactiviteit als zelfstandige heeft uitgeoefend
- **starters en “inkomensgarantie voor ouderen (IGO)”:**  
Van 1 juli 2006 tot 31 december 2007 hadden de “startende zelfstandigen” en de “zelfstandigen met IGO” al recht op tegemoetkoming van zowel grote als kleine risico’s. Tijdens deze periode was het mogelijk om ze als aparte categorieën te onderscheiden in de ledentallenbestanden. Omdat vanaf 1 januari 2008 alle verzekerde zelfstandigen recht hebben op grote en kleine risico’s, zijn de startende zelfstandigen en zelfstandigen met IGO vanaf dit moment opgenomen bij respectievelijk de primaire uitkeringsgerechtigden en de gepensioneerden (zonder aparte vermelding).
- **mindervalide zelfstandigen:** al de mindervalide gerechtigden waarvoor er nog een band kan worden aangeduid met een hoedanigheid van zelfstandige
- leden van de **kloostergemeenschappen**.

## 2. Evolutie volgens verzekeringsinstelling

Hieronder vindt u grafieken en tabellen over de verdeling van de sociaal verzekerden per verzekeringsinstelling (V.I.).

Grafiek 1 geeft de verdeling weer van de leden volgens V.I. op 30 juni 2013 voor de algemene regeling en grafiek 2 geeft de verdeling voor de zelfstandigen.

Grafiek 1 - Algemene regeling - Verdeling van de rechthebbenden volgens V.I. op 30 juni 2013		
LCM	41,29%	
LNM	4,41%	
NVSM	29,67%	
LLM	5,11%	
LOZ	17,62%	
HZIV	0,79%	
NMBS-Holding	1,12%	

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

Grafiek 2 - Regeling zelfstandigen met één activiteit - Verdeling van de rechthebbenden volgens V.I. op 30 juni 2012		
LCM	43,11%	
LNM	5,22%	
NVSM	15,44%	
LLM	6,72%	
LOZ	29,10%	
HZIV	0,41%	
NMBS-Holding	0,00%	

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 2003 t.e.m. 2013 in de algemene regeling (exclusief de niet-verzekerde rechthebbenden).

Tabel 4 geeft de evolutie voor de regeling van de zelfstandigen.

Tabel 5 geeft de evolutie van de niet-verzekerde rechthebbenden vanaf 2011.

Tabel 3 - Algemene regeling - Evolutie van de rechthebbenden volgens V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
2003	43,29	3,97	29,36	5,63	15,49	0,79	1,49
2004	43,01	3,98	29,58	5,57	15,65	0,79	1,42
2005	42,77	3,98	29,79	5,51	15,81	0,79	1,36
2006	42,37	3,98	30,00	5,43	16,14	0,78	1,31
2007	42,39	4,04	29,41	5,41	16,69	0,77	1,29
2008	42,21	4,11	29,46	5,34	16,86	0,75	1,26
2009	42,04	4,18	29,51	5,29	17,01	0,74	1,23
2010	41,81	4,23	29,54	5,27	17,21	0,75	1,20
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	41,48	4,35	29,65	5,17	17,45	0,76	1,14
2013	41,29	4,41	29,67	5,11	17,62	0,79	1,12

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 volgens V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29		0,31
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62		0,30
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46		0,30
2006	45,88	5,22	14,35	7,48	26,76		0,30
2007	44,96	5,14	14,28	7,22	28,08		0,32
2008	45,10	5,17	14,56	7,10	27,79		0,27
2009	44,55	5,20	14,84	6,96	28,11		0,34
2010	44,43	5,15	14,99	6,85	28,23		0,34
2011	44,03	5,19	15,07	6,82	28,58		0,31
2012	43,60	5,20	15,17	6,81	28,81		0,40
2013	43,11	5,22	15,44	6,72	29,10		0,41

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

Tabel 5 - Niet-verzekerde rechthebbenden - Evolutie per V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	30,53	3,84	32,51	3,75	25,96	3,41	0,01
2013	31,73	3,95	31,85	3,55	25,89	3,04	0,01

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



## VI. Statistieken van het Fonds voor de medische ongevallen

### 1. Oproepen naar het callcenter

Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) heeft een callcenter opgericht dat elke werkdag tussen 8 u en 17 u bereikbaar is. Dat callcenter geeft informatie over de werking van het FMO en over zijn acties en opdrachten. Het geeft evenwel geen antwoord op vragen in verband met specifieke dossiers.

Tabellen 1 en 2 geven de statistieken van het callcenter voor 2012 (vanaf augustus) en 2013:

- het aantal ontvangen oproepen per maand sinds de lancering van het callcenter
- het aantal oproepen dat binnen 30 seconden is beantwoord (Service level)
- het aantal oproepen waarbij de beller ophangt vooraleer hij iemand aan de lijn heeft gekregen (Abandon rate)
- de verhouding tussen Nederlandstalige en Franstalige oproepen
- het aantal oproepen met betrekking tot de 'meest gestelde vragen' op de website van het FMO (FAQ rate).

#### a. 2012

Tabel 1 - Oproepen ontvangen in het callcenter in 2012 (vanaf augustus)						
Maanden	08-2012	09-2012	10-2012	11-2012	12-2012	Gemiddelde
Aantal oproepen	73	313	204	153	106	169,8
Gecumuleerd aantal oproepen	73	386	590	743	849	-
Service level	84,00%	87,00%	82,00%	94,00%	96,00%	88,60%
Abandon rate	6,00%	2,00%	1,00%	0,00%	1,00%	2,00%
NL rate	9,00%	30,00%	28,00%	36,00%	29,00%	26,40%
FR rate	91,00%	70,00%	72,00%	64,00%	71,00%	73,60%
FAQ rate	88,00%	93,00%	95,00%	91,00%	88,00%	91,00%

Bron: RIZIV

De belangrijkste cijfers in deze tabel zijn die over het aantal oproepen en hun verdeling per taal. Er waren zeer veel oproepen in september 2012. Dat is logisch, aangezien het FMO die maand van start is gegaan. Nadien is het aantal oproepen gedaald, eerst geleidelijk aan, nadien op kruissnelheid.

De reactiviteit van de dienst is bovendien uitstekend: ongeveer 89 % van de bellers kreeg binnen 30 seconden iemand aan de lijn. Rekening houdend met een uitval van 2 % betekent het dat minder dan 10 % van de bellers langer dan 30 seconden op een gesprekspartner heeft moeten wachten.

## b. 2013

Tabel 2 - Oproepen ontvangen in het callcenter in 2013							
Maanden	01-2013	02-2013	03-2013	04-2013	05-2013	06-2013	07-2013
Aantal oproepen	139	114	109	96	78	59	68
Gecumuleerd aantal oproepen	139	253	362	458	536	595	663
Service Level	90,00%	95,00%	95,00%	95,00%	94,00%	89,00%	97,00%
Abandon rate	1,00%	0,00%	0,00%	2,00%	0,00%	1,00%	3,00%
NL rate	33,00%	35,00%	36,00%	24,00%	42,00%	29,00%	45,00%
FR rate	67,00%	65,00%	64,00%	76,00%	58,00%	71,00%	55,00%
FAQ rate	90,00%	89,00%	88,00%	96,00%	94,00%	91,00%	89,00%
Maanden	08-2013	09-2013	10-2013	11-2013	12-2013	Gemiddelde	
Aantal oproepen	53	107	128	96	77	95	
Gecumuleerd aantal oproepen	716	823	951	1.047	1.124	-	
Service Level	90,00%	99,00%	95,00%	96,00%	93,00%	94,00%	
Abandon rate	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,00%	1,08%	
NL rate	53,00%	51,00%	32,00%	39,00%	35,00%	37,83%	
FR rate	47,00%	49,00%	68,00%	61,00%	65,00%	62,17%	
FAQ rate	90,00%	94,00%	93,00%	91,00%	93,00%	91,50%	

Bron: RIZIV

Voor 2013 blijkt uit tabel 2 een gemiddelde van minder dan 100 oproepen per maand. Dat aantal daalt dus in vergelijking met het voorgaande jaar (gemiddelde van 170 oproepen per maand in 2012).


Het callcenter verwerkte het grootste aantal oproepen tijdens de 1<sup>e</sup> maanden van het jaar. In september en oktober was er een kleine toename. Het callcenter werd dus nog altijd gecontacteerd, maar minder in vergelijking met 2012. Dat is logisch, want in 2012 is het FMO operationeel geworden.

De reactiviteit van de dienst blijft bovendien uitstekend: 94 % van de bellers kreeg binnen 30 seconden iemand aan de lijn. Rekening houdend met een uitval van 1,08 % betekent het dat minder dan 5 % van de bellers langer dan 30 seconden op een gesprekspartner heeft moeten wachten. Een resultaat dat nog beter is dan dat van 2012, maar ook het lagere aantal oproepen naar het callcenter kan het verklaren.


## 2. Ingediende dossiers


### a. Dossiers volgens status en taal

Een dossier kan de status 'open', 'afgesloten' of 'heropend' hebben.

 Een **open dossier** is een dossier dat bij het FMO is ingediend en dat nog steeds in behandeling is. Het kan zich bevinden in:

- fase 1: het FMO bepaalt nog de ontvankelijkheid, de documenten die het moet ontvangen, enz. of
- fase 2: voor het dossier is een juridische of medische evaluatie, een extern deskundigenonderzoek, enz. aan de gang.

 Een **afgesloten dossier** is om verschillende redenen niet meer in behandeling: het heeft tot een vergoeding geleid die door alle partijen is aanvaard, het is administratief onontvankelijk verklaard, enz. Tot nu toe zijn de meeste dossiers afgesloten wegens hun onontvankelijkheid in fase 1.

 Een **dossier wordt heropend** wanneer nieuwe elementen – die nog niet gekend waren toen het dossier werd afgesloten – opduiken en onderzoek vragen. Voorbeeld: een dossier dat het FMO had afgesloten omdat het de nodige documenten niet binnen de vastgestelde termijn had ontvangen, wordt heropend wanneer de aanvrager die documenten uiteindelijk heeft bezorgd.

**Tabel 3 - Aantal ingediende dossiers in 2010, 2011 en 2012 - Verdeling volgens status en taal**

Status van het dossier	Franstalig	Nederlandstalig	Duitstalig	Totaal
Afgesloten	64	32	-	96
Open	260	137	2	399
Heropend	13	2	-	15
<b>Totaal</b>	<b>337</b>	<b>171</b>	<b>2</b>	<b>510</b>

Bron: RIZIV

Eind 2012 heeft het FMO in totaal al 510 dossiers ontvangen. Daarvan zijn er 36 ingediend in 2011 en 11 in 2010, dus voordat de behandeling van de dossiers in september 2012 van start ging.

Het aantal Franstalige dossiers (66 %) ligt veel hoger dan het aantal Nederlandstalige dossiers (33 %). Er zijn maar heel weinig Duitstalige dossiers.

**Tabel 4 - Aantal ingediende dossiers in 2013 - Verdeling volgens status en taal**

Status van het dossier	Franstalig	Nederlandstalig	Duitstalig	Totaal
Afgesloten	38	12	-	50
Open	455	579	6	1.040
Heropend	5	1	-	6
<b>Totaal</b>	<b>498</b>	<b>597</b>	<b>6</b>	<b>1.096</b>

Bron: RIZIV

Uit tabel 4 blijkt dat er in 2013 in totaal 1.096 dossiers bij het FMO zijn ingediend.

Er zijn iets meer Nederlandstalige (54 %) dan Franstalige (45 %) dossiers ingediend. De verhouding is dus meer in evenwicht in vergelijking met de situatie in 2012. Er zijn nog altijd heel weinig Duitstalige dossiers.

Status van het dossier	Franstalig	Nederlandstalig	Duitstalig	Totaal
Afgesloten	102	44	-	146
Open	715	716	8	1.439
Heropend	18	3	-	21
<b>Totaal</b>	<b>835</b>	<b>763</b>	<b>8</b>	<b>1.606</b>

Bron: RIZIV

Jaar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Totaal
2010	-	-	-	-	2	-	1	-	2	1	2	3	11
2011	6	2	3	1	4	1	2	1	9	4	1	2	36
2012	8	4	14	6	10	16	9	21	113	97	95	70	463
2013	143	96	108	93	65	84	57	62	105	107	105	71	1.096
<b>Totaal</b>	<b>157</b>	<b>102</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>101</b>	<b>69</b>	<b>84</b>	<b>229</b>	<b>209</b>	<b>203</b>	<b>146</b>	<b>1.606</b>

Bron: RIZIV

Eind 2013 zijn er bij het FMO in totaal 1.606 dossiers ingediend: 11 in 2010, 36 in 2011, 463 in 2012 en 1.096 in 2013.

Sinds de effectieve start van de behandeling in september 2012 ontvangt het FMO gemiddeld een honderdtal nieuwe dossiers per maand: 91,3 in 2013 en 93,7 voor de 4 behandelingsmaanden in 2012. Er waren 135 dossiers ingediend voordat de behandeling effectief van start ging.

## b. Dossiers volgens hun behandelingsfase en taal

Een dossier doorloopt tijdens de behandeling verschillende fasen:

**abc** De 1<sup>e</sup> fase of **opstartfase** is een **administratieve fase** waarin de dossierbeheerder het dossier opent en de noodzakelijke documenten verzamelt om te bepalen of het dossier op administratief vlak ontvankelijk is. Die fase begint met de ontvangst van de adviesaanvraag, ingediend door het slachtoffer of zijn rechthebbenden. Ze eindigt wanneer de administratieve ontvankelijkheid van het dossier bepaald is. Op dat ogenblik is het dossier ofwel administratief onontvankelijk en wordt het afgesloten, ofwel is het administratief ontvankelijk en gaat het over naar fase 2 van de behandeling.

**abc** De 2<sup>e</sup> fase is wellicht de belangrijkste van de hele procedure: tijdens die fase gebeuren de **medische en juridische evaluaties** en vaak ook een extern deskundigenonderzoek. Het is op basis daarvan dat het FMO een advies zal geven over de aansprakelijkheid van een zorgverlener of het therapeutisch risico, en ook over het recht op een schadevergoeding. De 2<sup>e</sup> fase eindigt wanneer het FMO een advies heeft uitgebracht.

**abc** In een 3<sup>e</sup> fase doet het FMO een **voorstel tot schadevergoeding** of geeft het advies over de schadevergoeding die voorgesteld is door degene die voor de schade aansprakelijk is.

**Tabel 7 - Aantal open en heropende dossiers - Situatie eind 2013 - Verdeling volgens status en taal**

Behandelingsfase	Franstalig	Nederlandstalig	Duitstalig	Totaal	%
Administratieve fase	69	89	0	158	11,00%
Evaluatiefase	664	630	8	1.302	89,00%
<b>Totaal</b>	<b>733</b>	<b>719</b>	<b>8</b>	<b>1.460</b>	<b>100,00%</b>

Bron: RIZIV

Uit tabel 7 blijkt dat 89 % van de ingediende en niet-afgesloten dossiers zich eind 2013 in behandelingsfase 2 bevond.





# 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@inami.fgov.be](mailto:bib@inami.fgov.be) ou [communication@inami.fgov.be](mailto:communication@inami.fgov.be)

Website: [www.inami.be](http://www.inami.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<sup>e</sup> en 10<sup>e</sup> verdieping  
Sint-Katelijnevest 54,  
bussen 2 en 3  
2000 Antwerpen  
Tel.: 03 201 45 50  
Fax: 03 232 81 55  
E-mail: [antwerpen.dgc@riziv.fgov.be](mailto:antwerpen.dgc@riziv.fgov.be)

### Brussel Hoofdstedelijk Gewest

Tervurenlaan 158  
1150 Brussel  
Tel.: 02 739 79 88  
Fax: 02 739 79 67  
E-mail: [bru.secr@inami.fgov.be](mailto:bru.secr@inami.fgov.be)

### Henegouwen

Parc Initialis  
Boulevard A. Delvaux 5  
7000 Mons  
Tel.: 065 35 42 37  
Fax: 065 35 50 21  
E-mail: [mons.scm@inami.fgov.be](mailto:mons.scm@inami.fgov.be)

### Nouveau Centre médical Arthur Gailly

Polyclinique du Mambourg,  
entrée 2 (3<sup>e</sup> étage)  
Boulevard Zoé Drion 1  
6000 Charleroi  
(Alleen medische bezoeken  
GCGRI)

### Limburg

Guffenslaan 33  
3500 Hasselt  
Tel.: 011 45 77 00  
Fax: 011 23 32 87  
E-mail: [hasselt.dgc@riziv.fgov.be](mailto:hasselt.dgc@riziv.fgov.be)

### Luik

Rue Fabry 25  
4000 Liège  
Tel.: 04 229 20 40  
Fax: 04 229 20 99  
E-mail: [liege.scm@inami.fgov.be](mailto:liege.scm@inami.fgov.be)

### Luxemburg

Rue des Déportés 50  
1<sup>er</sup> étage  
6700 Arlon  
Tel.: 063 22 05 98  
063 22 05 99  
Fax: 063 23 40 91  
E-mail: [arlon.scm@inami.fgov.be](mailto:arlon.scm@inami.fgov.be)

### Namen

Avenue Jean Materne 115-117  
5100 Jambes  
Tel.: 081 58 53 20  
081 73 06 22  
Fax: 081 74 30 57  
E-mail: [namur.scm@inami.fgov.be](mailto:namur.scm@inami.fgov.be)

### Oost-Vlaanderen

Groeninghecomplex  
Zwijnaardsesteenweg 316 D  
9000 Gent  
Tel.: 09 321 80 10  
Fax: 09 225 30 88  
E-mail: [gent.dgc@riziv.fgov.be](mailto:gent.dgc@riziv.fgov.be)

### Vlaams-Brabant

Martelarenlaan 38 bus 2  
6010 Kessel-Lo  
Tel.: 016 39 26 00  
Fax: 016 39 26 39  
E-mail: [vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be](mailto:vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be)

### Waals-Brabant

Avenue de Tervueren 158  
1150 Bruxelles  
Tel.: 02 739 79 92  
Fax: 02 739 79 67  
E-mail: [brabantwallon.scm@inami.fgov.be](mailto:brabantwallon.scm@inami.fgov.be)

### West-Vlaanderen

Hertogenstraat 71  
8200 Sint-Andries-Brugge  
Tel.: 050 39 04 10  
Fax: 050 39 22 91  
E-mail: [brugge.secr@riziv.fgov.be](mailto:brugge.secr@riziv.fgov.be)



## II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014 (in EUR)

### 1. Informatieblad

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar ..... 32,00



Het informatieblad is ook beschikbaar op de website van het RIZIV, [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

### 2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-ROM: ..... 5,00

Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar: ..... 5,00

#### a. Wet van 14 juli 1994

Basistekst<sup>1</sup> ..... 27,00

Bijwerkingen in 2014 ..... 25,00

Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014: ..... Losbladig ..... 52,00

#### b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Basistekst<sup>1</sup> ..... 17,00

Bijwerkingen in 2014 ..... 5,00

Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014: ..... Losbladig ..... 22,00

#### c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Basistekst<sup>1</sup> ..... 2,00

Bijwerkingen in 2014 ..... 12,00

Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014: ..... Losbladig ..... 14,00

#### d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Basistekst<sup>1</sup> ..... 12,00

Bijwerkingen in 2014 ..... 6,00

Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014: ..... Losbladig ..... 18,00

#### e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Basistekst<sup>1</sup> ..... 45,00

Bijwerkingen in 2014 ..... 13,00

Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014: ..... Losbladig ..... 58,00

<sup>1</sup> 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)


Basistekst <sup>1</sup> .....	6,00
Bijwerkingen in 2014.....	6,00
Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014 :.....	12,00

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

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014 :.....	168,00
Bijwerkingen in 2014.....	52,00

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

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014 :.....	87,00
Bijwerkingen in 2014.....	28,00

 Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV, [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF formaat, namelijk:

- Wet van 14 juli 1994
- Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- Verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003
- Verordening uitkeringen van 16 april 1997.


### 3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

#### a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014 :.....	68,00
Bijwerkingen in 2014.....	45,00

#### b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen in 2014 :.....	49,00
Bijwerkingen in 2014.....	8,00

 De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen.

<sup>1</sup> 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

De omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt	
Per blad .....	0,12
Abonnement <sup>2</sup> .....	provisie van 50,00
Index 1964-2012: .....	CD-ROM.....6,00

## 5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

### a. Jaarverslag RIZIV

Enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

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

Brochure.....gratis

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

Folder.....gratis

### d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder.....gratis

### e. Repertorium van de Landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GvU)

Enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

### f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten.....gratis

### g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Door J. Engels (449 blz.)..... 12,50



De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de site van het RIZIV: [www.riziv.be](http://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.

<sup>2</sup> De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

**Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zocht wenden tot:**

Publicatie	Contact
1, 2, 3 en 4	Abonnementendienst Tel. 02 739 72 32, e-mail: <a href="mailto:abonnee@riziv.fgov.be">abonnee@riziv.fgov.be</a>
5.a, b en c	Communicatiecel Tel. 02 739 72 14, e-mail: <a href="mailto:communication@riziv.fgov.be">communication@riziv.fgov.be</a>
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging Tel. 02 739 77 77, e-mail: <a href="mailto:solidariteitsfonds@riziv.fgov.be">solidariteitsfonds@riziv.fgov.be</a>
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging Tel. 02 739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: <a href="mailto:daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be">daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be</a>
5.g	Documentatiedienst Tel. 02 739 70 91, e-mail: <a href="mailto:bib@riziv.fgov.be">bib@riziv.fgov.be</a>

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.



Het jaarverslag 2013 is tot stand gekomen dankzij de waardevolle medewerking van:

Ann Alcide, Jean Alves, Yoeriska Antonissen, Vera Beeken, Daniël Bodart, Danny Borreman, Michel Breda, Christophe Buret, Francis Colla, Benoît Collin, Isabelle Collin, de Communicatiecell (Sandrine Bingen, David Constant, Bruno De Bolle, Sandra De Clercq, Lawrence de Marneffe, Véronica Franceschini, Mélissa Hermie, Ludwig Moens, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Jan De Bruycker, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Ri De Ridder, Thibaut Dorbant, André Dorian, Fabienne Dubois, Ilse Fastekaekels, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Fatiha Hosni, Ilse Kerfs, Véronique Lesne, Guy Lombaerts, Sofie Lombaert, Olivia Machiels, Marie-Hélène Mangon, Dirk Marcelis, Pascal Meeus, Olivier Michiels, François Perl, Bram Putzeijs, Frederik Remorie, Didier Renault, Rodrigo Ruz Torrez, het Algemeen secretariaat van de Algemeen ondersteunende diensten, de Vertaal- en vertolkingsdienst, het Secretariaat van de Dienst voor administratieve controle, het Secretariaat van de dienst voor geneeskundige verzorging, Marie-jeanne Servotte, Patrick Smets, An Taelmans, Joos Tielemans, Yves Trappeniers, Jan Tremmery, Tessy Van Berlo, Louis Van Damme, Christian Van Ende, Karlien Van Hellemont, Margot Van Wouwe, Tom Verdonck, Sylvie Willemsens.

**Verantwoordelijke uitgever:** J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Bruxelles

**Grafisch ontwerp:** Ab initio Graphic Design, Brussel, [www.abinitio.be](http://www.abinitio.be)

**Wettelijk depôt:** -



Dit jaarverslag is beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV  
> Publicaties van het RIZIV.



