

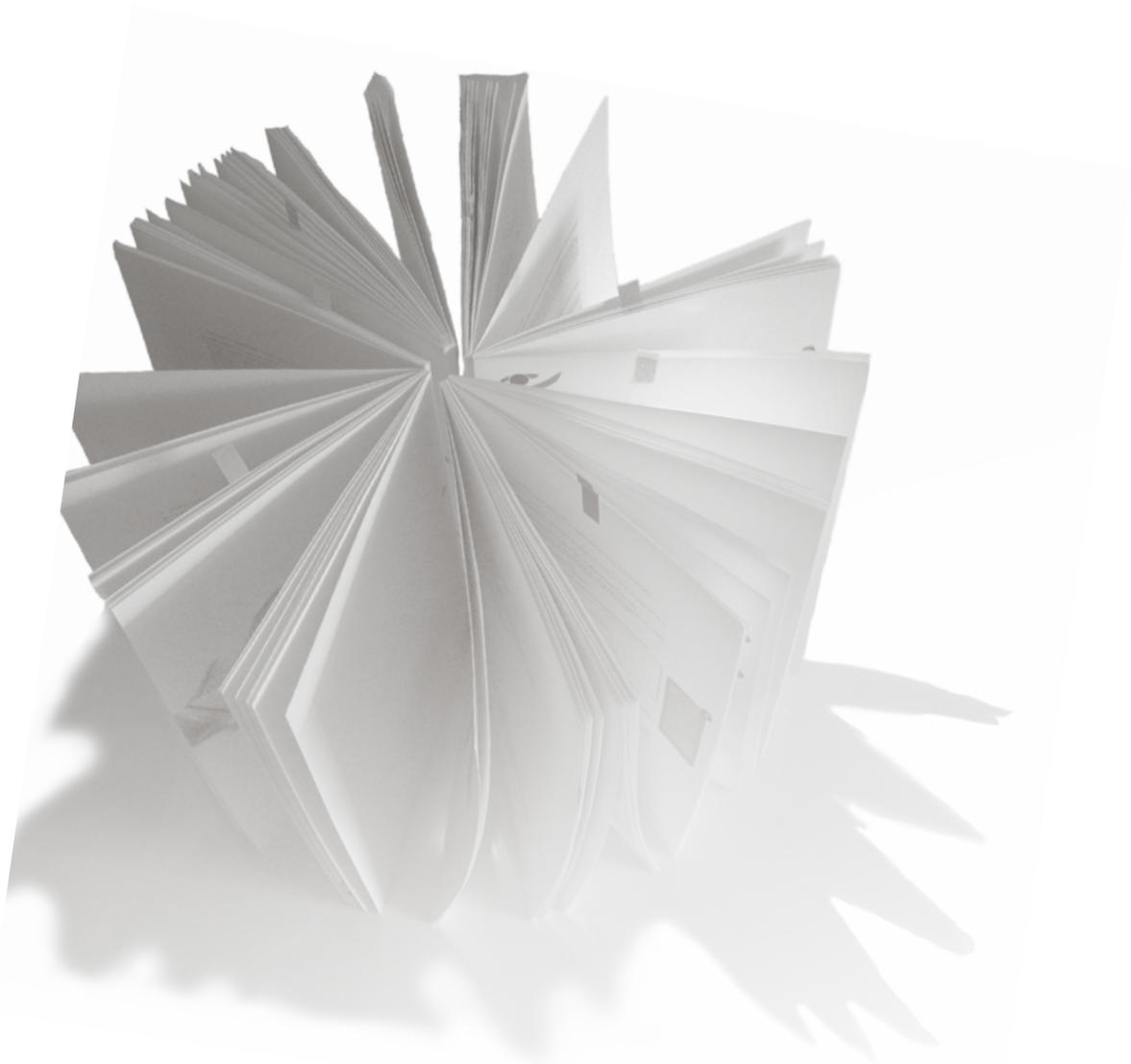
Inhoud

| | |
|---|-----|
| 1 ^e Deel – Studiën ¹ | 151 |
| Organisatie en financiering van huisartsenwachtposten in België Ontwikkeling van een financieringsmodel, door C. Van Loon | 152 |
| 2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen | 195 |
| 1 ^{ste} trimester 2013 | 196 |
| 3 ^e Deel – Rechtspraak | 215 |
| I. Arbeidshof van Brussel, 20 juni 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 - Hervatting van een niet toegestane activiteit Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, alinea 4 - Terugvordering van het onverschuldigde bedrag - Verjaring na vijf jaar - Bedrieglijk opzet | 216 |
| II. Arbeidshof van Gent, afdeling Brugge, 12 oktober 2012 Het feit dat een verzekerde aan CVS lijdt, betekent niet noodzakelijk dat zij hierdoor beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het is de functionele weerslag van de klachten op het verdienvermogen die zal bepalen of betrokkene verder arbeidsongeschikt kan worden erkend. De loutere bewering van verzekerde dat personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, is niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd. Het gegeven dat de deskundige in zijn verzoek aan het Arbeidshof heeft vermeld dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens “ziekte” (tussen aanhalingstekens) van verzekerde, leidt er niet toe dat tot vooringenomenheid of de niet objectiviteit van de deskundige dient te worden besloten | 223 |
| III. Arbeidsrechtbank van Brugge, 19 december 2012 Vervanging van de gerechtsdeskundige is mogelijk wanneer de gerechts- deskundige via briefwisseling laat weten dat hij de expertise niet kan verderzetten aangezien hij mogelijkwijze de neiging zal hebben om zijn vroegere toekenning van punten voor de vermindering van zelfredzaamheid voor betrokkene te volgen | 225 |
| IV. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Antwerpen, 11 december 2012 Gerechtelijk wetboek, artikel 978 – Expertise – Besluiten expert | 226 |

1. De ondergetekende bijdragen verbinden enkel hun auteur(s).

| | |
|--|------------|
| V. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 20 december 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Arbeidsongeschiktheid ad futurum | 227 |
| 4^e Deel – Parlementaire vragen en antwoorden | 229 |
| I. Sociale fraude Centraal contactpunt | 230 |
| II. Generische geneesmiddelen Gebruik in ziekenhuizen | 231 |
| 5^e Deel – Basisgegevens | 233 |
| I. OMNIO-statuum Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming | 234 |
| II. VT-statuum Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) voor 2013 | 235 |
| III. VT-statuum Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) vanaf 1 september 2013 | 236 |
| IV. Grensbedrag van de jaarinkomens dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3 ^{de} bis van het K.B. van 03.07.1996) – Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde | 237 |
| 6^e Deel – Statistieken | 239 |
| Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1 ^{ste} trimester 2013 | 240 |
| 7^e Deel – Bibliografie | 261 |
| I. Gezondheidszorg : meer dan geneeskunde | 262 |
| II. The European Yearbook of Disability Law, Volume 4 | 262 |
| 8^e Deel – Prijzen van de publicaties | 265 |
| Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014 | 266 |

1^e Deel Studies



Organisatie en financiering van huisartsenwachtposten in België

Ontwikkeling van een financieringsmodel

Door C. VAN LOON, attaché bij de Dienst voor geneeskundige verzorging

Inleiding

De huisartsenwachtposten zijn in België bezig aan een stevige opmars. Ging het in 2003 om een handvol proefprojecten in een lokale zoektocht om de huisartsenwachtdienst te reorganiseren, dan financiert het RIZIV anno 2013, 60 posten voor een totaalbedrag van 13.282.154 EUR. Binnen het geheel van de Belgische ziekteverzekering gaat het om een kleine sector, maar dat maakt ze niet minder belangrijk. Door de rechtstreekse impact die huisartsenwachtposten hebben op de werk-omstandigheden tijdens de wachtdienst kunnen we ze beschouwen als belangrijke instrumenten in de herwaardering van het huisartsenberoep. De wachtdienst betekent een belangrijke tijdsinvestering voor de huisarts en de appreciatie ervan drukt onmiskenbaar een stempel op diens beroepservaring. De voordelen die een wachtpost biedt voor de uitoefening van het huisartsenberoep vormt dan ook de motor voor de lokale hervorming van de klassieke wachtdienst (hoofdstuk I).

Het succes van de wachtposten heeft het aantal projecten en de middelen die de ziekteverzekering eraan besteedt op 10 jaar tijd doen exploderen. Het beheer van de sector is er in die periode alles behalve eenvoudiger op geworden. Beslissingen over budgetten werden *ad hoc* genomen op basis van weinig gestructureerde aanvragen en de financiële rapportage was niet geüniformiseerd waardoor er weinig transparantie was over de werking van de wachtposten. Ook de grote verschillen in de werkingsmodaliteiten (hoofdstuk II.1) en de uitgaven (hoofdstuk II.3) van de projecten verhinderden een vlotte en eenduidige besluitvorming. Een goed beheer van de budgetten voor de wachtposten vereiste dan ook een meer gestructureerde rapportering over budgetten en uitgaven, zowel op het vlak van de posten zelf, alsook globaal op het niveau van de besluitvorming in de beheersorganen van het RIZIV (hoofdstuk III).

Deze vaststellingen vormden het startschot voor de ontwikkeling van een nieuw financieringsmodel voor de huisartsenwachtposten. Op basis van objectieve parameters werden gestandaardiseerde financieringsprincipes uitgewerkt die een transparante en evenwichtige financiering moeten verzekeren. De werkingskosten werden opgedeeld in 5 rubrieken en voor elk onderdeel werden maximumbedragen vastgelegd (hoofdstuk IV.1). Het model wordt toegepast in 3 fasen: de eerste in 2012, de tweede in 2013 en de laatste fase in 2014. Voor 2012 en 2013 is de impact meteen zichtbaar: het financieringsmodel heeft voldoende budgettaire ruimte gecreëerd om enerzijds een reeks eenmalige en structurele correcties op de werkingskosten van de bestaande wachtposten te bekostigen en anderzijds de investerings- en werkingskosten van 3 nieuwe projecten te dragen.

De hervorming van de wachtpostfinanciering is met de ingang van de tweede fase nog maar net begonnen. Het model heeft sinds zijn eerste toepassing al verschillende veranderingen ondergaan en in de toekomst zullen andere aanpassingen waarschijnlijk volgen. Een belangrijke vraag zal daarbij zijn tot op welke hoogte eventuele aanpassingen rekening moeten/kunnen houden met alternatieve modellen voor de reorganisatie van de wachtdienst. Er dient eveneens een oplossing gezocht te worden voor de investeringskosten bij de opstart van de huisartsenwachtpost die momenteel nog steeds *ad hoc* worden beoordeeld (hoofdstuk IV.2). Bovendien zal een stroomlijning met andere financieringsbronnen zich opdringen, zodat de beleidsvorming kan steunen op een integrale visie die rekening houdt met de totaliteit van de beschikbare middelen. In dat opzicht wordt het boeiend om te zien in welke richting de sector zal evolueren, volgend op de 3 ronde tafel conferenties over de continuïteit van de zorg in de huisartsgeneeskunde die Minister Onkelinx midden 2013 organiseerde voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel en de voorstelling van het “Plan de gardes de médecine générale”.

I. Korte situering van de huisartsenwachtposten

1. De huisartsenwachtpost als reorganisatie van de klassieke wachtdienst

Het klassieke Belgische wachtsysteem op de eerste lijn is dat van de dokter van wacht. Via een beurtrol organiseren de huisartsen in een bepaalde zone zich onderling om de continuïteit van de zorg voor alle inwoners te verzekeren tijdens het weekend, de feestdagen en de avond- en nachturen van de week. De organisatie van deze wachtdiensten wordt toevertrouwd aan de huisartsenkringen.

Huisartsenkringen zijn lokale vzw's van praktiserende huisartsen die actief zijn in een welomschreven geografische zone. De 2 belangrijkste opdrachten van de kringen zijn de organisatie van de wachtdienst en de lokale vertegenwoordiging van de huisartsen¹ (Maroy, 2008). Hierdoor zijn de bestuursleden van deze vzw's hét aanspreekpunt voor de huisartsen, andere zorgverleners en ziekenhuizen uit de eigen zone. De kringen zijn voor de overheid de geprivilegieerde partner in de realisatie van lokale zorgprojecten waarin huisartsen betrokken zijn.

Met de organisatie van de wachtdienst ondersteunen de kringen een belangrijke dienstverlening voor de Belgische bevolking. De huisartsen zijn wettelijk verplicht om deel te nemen aan de georganiseerde wachtdienst. In de plichtenleer van de Orde der geneesheren² staat de deelname aan de wachtdienst expliciet als deontologische plicht vermeld. Bovendien is de deelname één van de belangrijkste voorwaarden om de erkenning als huisarts te behouden³.

Aan de klassieke wachtdienst zijn evenwel een aantal nadelen verbonden. De huisarts werkt tijdens zijn of haar wachtshift alleen, vanuit de eigen praktijk, met het eigen materiaal. Dit betekent vaak dat de familie van de huisarts mede van wacht is.

1. K.B. van 08.07.2002.

2. <http://www.ordomedic.be/nl/code/inhoud/>

3. www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Accessandpracticeoftheprofession/Maintainingtherecognition/index.htm?foedlang=nl.

De huisarts kan 's nachts immers steeds uit bed gebeld worden en in het weekend is het niet zelden de partner die dienst doet als onthaalmedewerker.

Vooraf jongere en vrouwelijke huisartsen verlangen in een dergelijke context naar een beter evenwicht tussen werk en privé: “minder werkuren, méér tijd voor [het] gezin en voor [het] eigen sociaal leven” (Van de Meulebroeke, 2002). Huisbezoeken legt de huisarts af met zijn of haar eigen wagen, wat soms tot onveilige situaties kan leiden indien men 's nachts op onbekend terrein een oproep moet beantwoorden. Veel huisartsen voelen zich daarom onveilig tijdens de uitoefening van hun beroep, vooral tijdens de nachtelijke uren, op huisbezoek en in de grotere steden (Philips, 2010). Voor sommige huisartsen wegen de nadelen van de klassieke wacht dan ook dermate hard door dat de deelname aan de georganiseerde wachtdienst een probleem wordt.

De huisartsenwachtpost is een vorm van reorganisatie van de wachtdienst waarbij de eerste lijnszorg voor een bepaalde zone buiten de reguliere uren geconcentreerd wordt in een centraal gelegen, medisch uitgeruste post. Zulke gecentraliseerde wachtdienst biedt een aantal voordelen ten overstaan van de klassieke wacht.

In de eerste plaats denken we aan de verbeterde werkomstandigheden tijdens de wacht. De huisarts van wacht wordt doorgaans ondersteund door onthaalpersoneel en chauffeurs en kan werken vanuit een goed uitgeruste infrastructuur. Vaak wordt de dagelijkse werking van een wachtpost gedragen door een coördinator die, eventueel bijgestaan door een administratieve hulp, de wachtplanning opvolgt, de administratie, registratie en externe rapportage op zich neemt en desgevallend niet-medische problemen opvangt voor, tijdens en na de wacht.

Voorts heeft de installatie van een wachtpost ook positieve gevolgen voor het evenwicht werk/privé (Giesen, Huibers, & Wensing, 2010). Het aantal wachten per huisarts en de lengte van de wachtshiften dalen meestal door de schaalvergroting die gepaard gaat met een wachtpost. Via gespecialiseerde software voor de wachtverdeling en een coördinator die de dienstregeling opvolgt, kan men bovendien flexibele wachtdiensten organiseren.

De reorganisatie in een huisartsenwachtpost is voor bepaalde kringen tevens een manier om het hoofd te bieden aan de problemen die ontstaan door de grote uitstroom van huisartsen die met pensioen gaan en de ontoereikende instroom van nieuw bloed. Vooral in landelijke gebieden komt de wachtdienst door deze evolutie onder druk te staan (Jonckheer, et al., 2011). De aanwezigheid van een wachtpost kan een stimulans zijn voor jonge huisartsen om hun praktijk te vestigen in een bepaalde regio.

Ten slotte gaat de veiligheid voor de artsen erop vooruit door de aanwezigheid van personeel tijdens de consultaties en de begeleiding door een chauffeur tijdens huisbezoeken. In de wachtpost zelf wordt aandacht besteed aan een goede beveiliging via camerabewaking, een beveiligde toegang tot het gebouw en diens meer.

We kunnen de huisartsenwachtposten dan ook beschouwen als een belangrijk instrument om het huisartsenberoep te ondersteunen en te herwaarderen.

2. Wettelijke omkadering

Van 2003 tot 2006 gebeurde de financiering van de huisartsenwachtposten op basis van overeenkomsten afgesloten met het Verzekeringscomité in het kader van artikel 56 van de GvU-wet⁴ (K.B. van 16.01.2003).

4. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994.

Op basis van dit artikel kan het Verzekeringscomité in de tijd beperkte overeenkomsten afsluiten voor de betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter. De financiële lasten worden aangerekend op de administratiekosten van de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Van 2006 tot 2011 werd de financiering van de wachtposten in de grote steden (posten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in de Vlaamse en Waalse gemeenten met meer dan 150.000 inwoners) geregeld op basis van het Koninklijk besluit van 13 januari 2006 (B.S. 21.02.2006). De overeenkomsten werden rechtstreeks afgesloten met de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De financiële lasten bleven ten laste van de Ziekteverzekering.

Vanaf 1 januari 2011 worden alle overeenkomsten voor de financiering van de huisartsenwachtposten (experimenten en grote steden) afgesloten tussen de huisartsenkringen en het Verzekeringscomité op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ). De nieuwe financiering gebeurt voortaan op basis van artikel 22, 6^o van de GVV-wet. Het doel is een betere coherentie te bereiken in de financieringsvoorwaarden van de huisartsenwachtposten.

II. De wachtposten in cijfers en beelden

Alvorens dieper in te gaan op het nieuwe financieringsmodel bieden we in dit hoofdstuk een overzicht van de belangrijkste eigenschappen van de huisartsenwachtposten, evenals hun geografische inplanting en werkingskosten. Hierbij zullen de verschillen op het terrein, die de ontwikkeling van het model noodzakelijk maakten, meteen duidelijk worden.

We baseren ons voornamelijk op de resultaten van een enquête die het RIZIV in 2011 uitgevoerd heeft bij de 27 wachtposten die op dat moment operationeel waren⁵. Via de enquête werd op een gestructureerde manier informatie ingewonnen over de specifieke kenmerken van de projecten en de uitgaven voor het werkingsjaar 2010. Alle wachtposten hebben hun antwoordformulier opgestuurd. De projecten in Gent (3 wachtposten) en La Louvière-Binche (2 wachtposten) hebben enkel gecumuleerde gegevens ter beschikking gesteld, geen resultaten per wachtpost. Wanneer we in dit werk spreken over projecten dan doelen we op de gecumuleerde gegevens voor Gent en La Louvière-Binche (N=24), spreken we over wachtposten dan doelen we op elke individuele post (N=27).

De resultaten van de enquête werden verder aangevuld met de gegevens van 13 wachtposten die op het moment van de enquête in 2011 een erkend aanvraagdossier hadden ingediend bij het RIZIV. Deze wachtposten ontvangen sinds 2011/2012 een financiering van het RIZIV. De financiële gegevens voor deze wachtposten zijn geen reële uitgaven, maar ramingen gezien in 2011 enkel een aanvraagdossier beschikbaar was.

Ten slotte houden we bij de beschrijving van de eigenschappen van de projecten in deel II.1 ook rekening met 2 wachtposten die sinds 2012 gefinancierd worden door het RIZIV. Bij de beschrijving van de werkingskosten in deel II.3 worden deze 2 projecten⁶ evenwel niet betrokken.

5. Tussen 2005 en 2012 werd eveneens een project in Borsbeek-Wommelgem gefinancierd. Dit project maakt echter geen onderdeel uit van voornoemde 27 posten en wordt niet betrokken in de analyses.

6. De werkingskosten van deze projecten zijn immers van bij de start onderhevig aan de standaardisatieprincipes die later in dit werk aan bod komen. De reële en geraamde werkingskosten van de andere projecten waren nog niet gebonden aan deze principes.

Voor de projecten die in de loop van 2013 een overeenkomst hebben afgesloten met het Verzekeringscomité wordt enkel de geografische inplanting (deel II.2) weergegeven. Ze worden verder niet betrokken in deel II.1 en II.3.

Het werkingsgebied, de geografische inplanting en de openingsuren van de projecten hebben we afgeleid uit de meest recente overeenkomst met de wachtposten. De berekeningen van de oppervlakten en de aantallen inwoners (op 01.01.2008) zijn gebaseerd op de gegevens van de Algemene Directie Statistiek van de FOD Economie.

1. Eigenschappen van de wachtposten

1.a. Oppervlakte van het werkingsgebied en aantal inwoners

De oppervlakte van het werkingsterrein en het aantal inwoners dat elke wachtpost bedient, variëren sterk (tabel 1).

Het gemiddelde werkingsgebied van de projecten is 343,26 km² (standaardafwijking (sd) = 339,67). De kleinste oppervlakte bedraagt 14,31 km², de grootste 1.186,66 km². De helft van de projecten bedient een oppervlakte gelijk aan of kleiner dan 200,88 km².

Gemiddeld organiseren de projecten voor 127.937 inwoners (sd = 86.585) de wacht. Het kleinste aantal inwoners is 24.438, het grootste aantal is 438.901. De helft van de projecten verzekert de wachtdienst voor 107.519 inwoners of minder.

Combineren we beide parameters in een maat voor de bevolkingsdichtheid dan heeft het gemiddelde wachtpostproject 1.573 inwoners per km² (sd = 2.416). Het project met de laagste bevolkingsdichtheid (37 inw/km²) staat in schril contrast met de 8.728 inw/km² van het project met de grootste bevolkingsdichtheid. De helft van de projecten heeft een bevolkingsdichtheid gelijk aan of kleiner dan 472 inwoners per km².

Voor elk project dienen we steeds alle 3 de maten te bekijken. Het project met de kleinste oppervlakte (14,31 km²) heeft een gemiddeld aantal inwoners (124.891) en de grootste bevolkingsdichtheid (8.728 inw/km²). De wachtpost met de laagste bevolkingsdichtheid (37 inw/km²) heeft een grote oppervlakte (946,74 km²), maar een klein aantal inwoners (35.059). Een andere wachtpost combineert een grote oppervlakte (748,23 km²) met een groot aantal inwoners (438.901) en bereikt daarmee een bevolkingsdichtheid (587) die dicht bij de mediaan ligt. Zouden we slechts één van deze parameters in rekening brengen, dan krijgen we een vertekend beeld van het project.

Tabel 1 : Verdeling van de oppervlakte van het werkingsgebied, het aantal inwoners en de bevolkingsdichtheid van de wachtposten

| | N | Gemiddelde | Standaard afwijking | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|-------------|----|------------|---------------------|--------|--------|---------|---------|----------|
| Oppervlakte | 39 | 343,26 | 339,67 | 14,31 | 122,79 | 200,88 | 411,78 | 1.186,66 |
| Inwoners | 39 | 127.937 | 86.585 | 24.438 | 66.300 | 107.519 | 147.563 | 438.901 |
| Dichtheid | 39 | 1.573 | 2.416 | 37 | 213 | 472 | 1.300 | 8.728 |

1.b. Consultaties en huisbezoeken

Het aantal consultaties en huisbezoeken in 2010 is gekend voor 24 projecten⁷. Tabel 2 bevat enkele spreidingsmaten die wederom de grote variabiliteit bij de wachtposten reflecteren.

Het absolute aantal consultaties en huisbezoeken zegt ons weinig gezien de oppervlakte van de wachtgebieden en het aantal inwoners per wachtpost sterk verschillen. Een vergelijking is wel mogelijk op basis van het aantal contacten per 100.000 inwoners. 50 % van de wachtposten verwerkt jaarlijks 6.174 contacten per 100.000 inwoners of minder. Het verschil tussen de wachtposten met de laagste en de hoogste activiteit is aanzienlijk: 556 contacten per 100.000 inwoners tegenover 14.115 contacten per 100.000 inwoners.

Ook het percentage consultaties in de wachtpost tegenover het percentage huisbezoeken schommelt sterk. Bij de helft van de wachtposten is 28 % van de contacten of minder een huisbezoek. Dit staat in schril contrast met de wachtpost die het hoogste percentage huisbezoeken uitvoerde, namelijk 89 %.

Tabel 2 : Verdeling van het aantal patiëntencontacten, consultaties en huisbezoeken

| | N | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|---------------------------------------|----|-------|-------|---------|-------|--------|
| Totaal aantal contacten | 24 | 1.457 | 5.837 | 8.287 | 9.959 | 19.468 |
| Aantal consultaties | 24 | 770 | 3.383 | 5.305 | 7.210 | 15.687 |
| % consultaties | 24 | 11 | 61 | 72 | 82 | 100 |
| Aantal huisbezoeken | 24 | 0 | 1.066 | 2.123 | 3.721 | 8.806 |
| % huisbezoeken | 24 | 0 | 18 | 28 | 39 | 89 |
| Aantal contacten per 100.000 inwoners | 24 | 556 | 4.418 | 6.174 | 7.962 | 14.115 |

Er zijn meerdere factoren die de verhouding consultaties/huisbezoeken kunnen beïnvloeden. Naast de oppervlakte van het werkingsgebied, het aantal inwoners en de bevolkingsdichtheid, spelen ook de bereikbaarheid van de wachtpost, de openingsuren, het aantal uren dat men een rijdende wacht organiseert, de nabijheid van een ziekenhuis en de startdatum van de wachtpost een rol. Wat deze laatste factor betreft rapporteren verschillende projecten immers dat het % huisbezoeken daalt naarmate de wachtpost langer actief is in de regio en de bekendheid bij de bevolking groeit. De meeste wachtposten sporen hun patiënten bovendien systematisch aan om zich te verplaatsen naar de wachtpost indien mogelijk. In de praktijk wordt deze tendens ervaren als een welkome kwaliteitsverbetering voor zowel de huisartsen als de patiënten (Cabus & Vanobbergen, 2011).

1.c. Openingsuren

De meeste wachtposten zijn enkel geopend gedurende het weekend en op feestdagen. Het weekend rekenen we van vrijdagavond 19 uur tot maandagochtend 08 uur (=61 uur). Iets meer dan de helft van de wachtposten (54,76 %) is in 2010 60 tot 61 uur geopend in het weekend. 25 % van de wachtposten is 33 uur of minder geopend, met een minimum van 4 uur per weekend. 73,81 % van de wachtposten legt in het weekend gedurende 60 tot 61 uur huisbezoeken af. Voor het merendeel van de wachtposten lopen de momenten waarop de post geopend is en men huisbezoeken aflegt, gelijk. Dit is echter niet noodzakelijk bij alle wachtposten het geval.

7. De 3 Gentse wachtposten en de 2 wachtposten van La Louvière-Binche rapporteerden enkel gecumuleerde gegevens en tellen dus telkens als 1 project. 15 andere projecten waren nog niet actief in 2010.

In Brussel worden bv. geen huisbezoeken afgelegd vanuit de wachtposten.

Feestdagen worden gerekend van 19 uur de avond voor de feestdag tot 08 uur de ochtend na de feestdag (=37 uur). Op feestdagen is 50 % van de posten 36 of 37 uur geopend en eenzelfde percentage legt gedurende die uren huisbezoeken af.

Bepaalde wachtposten openen de deuren ook tijdens de avonden van de week of leggen 's avonds en 's nachts huisbezoeken af vanuit de post. Twee Brusselse wachtposten ontvangen tijdens de week ook overdag patiënten, namelijk van 9 uur tot 23 uur. Uiteraard kunnen we de dagactiviteit tijdens de week niet beschouwen als wachtdienst, waardoor deze eigenlijk niet gefinancierd zou mogen worden in het kader van de wachtposten (zie ook hoofdstuk IV.1.a.). Eén wachtpost geeft aan 24/24 en 7/7 een rijdende "wacht" te organiseren. Ook hier geldt dat de uren overdag eigenlijk niet gerekend kunnen worden als wachtdienst.

| | N ^o | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|--------------------------------|----------------|------|----|---------|----|------|
| Openingsuren week | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 |
| Openingsuren weekend | 42 | 4 | 33 | 60 | 60 | 61 |
| Openingsuren feestdagen | 42 | 2 | 14 | 36 | 37 | 38 |
| Uren rijdende wacht week | 42 | 0 | 0 | 0 | 1 | 107 |
| Uren rijdende wacht weekend | 42 | 0 | 51 | 60 | 61 | 61 |
| Uren rijdende wacht feestdagen | 42 | 0 | 28 | 36 | 37 | 38 |

1.d. Aantal artsen

Het gemiddeld aantal huisartsen dat deelneemt aan de wacht in de projecten is 94 (sd = 73). De helft van de projecten heeft 83 deelnemende huisartsen of minder. In de wachtpost met de grootste wachtdienst zijn 400 huisartsen actief. Dit is 17 keer het aantal huisartsen dat actief is in de wachtpost met de kleinste wachtdienst (23). 25 % van de projecten organiseert een wachtdienst met 46 huisartsen of minder.

Het aantal artsen dat deelneemt aan de wacht is een belangrijk gegeven omdat een krimpend artsenkorps vaak de aanleiding is voor een huisartsenkring om een wachtpost op te starten. Via schaalvergroting en een gecentraliseerde wachtdienst hoopt men voldoende wachtdoende artsen te behouden en nieuwe collega's aan te trekken. Desondanks blijven in sommige projecten beduidend weinig huisartsen beschikbaar voor de wacht, wat niet ten gunste komt van de werklust (zie hoofdstuk III.2.).

| | N | Gemiddelde | Standaard afwijking | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|---------------|----|------------|---------------------|------|----|---------|-----|------|
| Aantal artsen | 38 | 94 | 73 | 23 | 46 | 83 | 110 | 400 |

1.e. Infrastructuur

Naast de totale oppervlakte van het gebouw waarin de wachtpost gevestigd is, hebben we bij elk project de gezamenlijke oppervlakte van de wachtzaal, de consultatieruimtes en het secretariaat/onthaal opgevraagd. Deze ruimtes kunnen we samen beschouwen als de “essentiële” ruimte die een wachtpost nodig heeft om zijn activiteiten te kunnen uitvoeren. De oppervlakte van het gehele gebouw is in sommige gevallen immers veel groter dan de puur functionele ruimte, omdat in het gebouw nog andere organisaties huizen of er activiteiten plaatsvinden die niet verbonden zijn aan de wachtpostwerking. Het meest sprekende voorbeeld is een wachtpost waar de totale oppervlakte van het gebouw 1.640 m² bedraagt en de essentiële ruimte 133 m². De totale oppervlakte van het gebouw kan dus een vertekend beeld geven, wat ook te merken is aan de grote spreiding tussen de projecten.

Ook met de essentiële oppervlakte dienen we echter op te letten gezien het per definitie een onderschatting is van de nuttige oppervlakte die de wachtpost dagelijks gebruikt. Het toilet, de gangen, de keuken, ... worden niet meegerekend in de essentiële oppervlakte maar maken uiteraard intrinsiek deel uit van de wachtposten in kwestie.

Tabel 5 toont de resultaten voor 37 projecten. Het project in Gent heeft de gezamenlijke oppervlakte van zijn 3 gebouwen opgegeven. Dit is eveneens het geval bij de 2 wachtposten van La Louvière-Binche. We zouden de gerapporteerde oppervlakten kunnen delen door het aantal wachtposten om zo een fictieve oppervlakte per wachtpost te bekomen, wat we in de context van dit werk echter niet zullen doen. 3 wachtposten hebben enkel de essentiële oppervlakte opgegeven. De ontbrekende waarde voor de totale oppervlakte werd in deze gevallen vervangen door de essentiële oppervlakte. 1 wachtpost heeft enkel de totale oppervlakte van het gebouw opgegeven. De ontbrekende waarde voor de essentiële oppervlakte werd vervangen door de totale oppervlakte.

De helft van de wachtposten blijkt gevestigd in een gebouw van 154 m² of minder, 25 % betreft een gebouw groter dan 234 m². Het kleinste gebouw is 40 m² groot, het grootste 1.640 m². De kleinste essentiële ruimte bedraagt 40 m², de grootste 458 m². Bij 75 % van de wachtposten is de essentiële ruimte 150 m² of kleiner. 83,78 % beschikt over 3 of minder consultatieruimtes. Het maximum van 7 consultatieruimtes is toe te schrijven aan de 3 wachtposten in Gent.

Tabel 5 : Verdeling van de totale oppervlakte van de wachtpost, de “essentiële” ruimte en het aantal consultatieruimtes, met imputatie

| | N | Gemiddelde | Standaard afwijking | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|---|----|------------|---------------------|------|-----|---------|-----|-------|
| Totale oppervlakte gebouw in m ² | 37 | 246 | 341 | 40 | 102 | 154 | 234 | 1.640 |
| Oppervlakte wachtzaal + consultatieruimtes + secretariaat/onthaal in m ² | 37 | 120 | 79 | 40 | 65 | 101 | 150 | 458 |
| Aantal consultatieruimtes | 37 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 7 |

1.f. Coördinatie en administratieve ondersteuning

Bij de dagelijkse organisatie van de wachtdienst en specifiek in het geval van een wachtpost komen heel wat logistieke, administratieve en management taken kijken. Veel van deze taken kunnen onder de eindverantwoordelijkheid van het kringbestuur gedelegeerd worden. Het opstellen van een wachtverdeling, het contacteren van leveranciers, rapportering aan het RIZIV of het aansturen van onthaalmedewerkers vereisen geen medische expertise. Verschillende wachtposten hebben dan ook een coördinator en/of administratief medewerker aangeworven om dit soort taken waar te nemen. Deze manier van werken biedt een dubbel voordeel. De coördinator en administratief medewerker worden op termijn een centraal en ervaren aanspreekpunt voor de huisartsen, het bestuur en de overheid. Bovendien worden de bestuursleden en huisartsen van de kring ontlast van administratieve taken waardoor zij zich meer kunnen richten op hun kernactiviteit: huisartsgeneeskunde.

Uiteraard kunnen niet alle aspecten van de organisatie overgedragen worden aan een coördinator of een administratief medewerker. Op zijn minst behoudt het bestuur van de wachtpost de eindverantwoordelijkheid over het project. Ook bij de behandeling van klachten van patiënten of huisartsen is de betrokkenheid of de tussenkomst van het bestuur aangewezen.

Lang niet alle wachtposten werken echter met een coördinator en/of administratieve kracht. Sommige wachtposten laten de administratieve taken bijvoorbeeld uitvoeren door de onthaalmedewerkers. De coördinator is ook niet bij alle projecten een loontrekkende. Er zijn wachtposten waar het bestuur van de kring of groepen van huisartsen de logistieke, administratieve en management taken op zich nemen. In sommige gevallen is dit historisch gegroeid: men werkt van bij het begin van het project op dergelijke manier en de situatie is van jaar op jaar verder gezet. In andere gevallen vinden huisartsen via de wachtpost een nieuwe invulling van hun professionele leven, bijvoorbeeld tegen het einde van de loopbaan. Er zijn ten slotte ook projecten die stellen dat alleen huisartsen goed geplaatst zijn om een wachtpost te coördineren. Zij zijn van mening dat weinig of geen van de hierboven beschreven taken kunnen worden uitbesteed aan een loontrekkende medewerker die geen arts is.

1.g. Onthaal

Alle wachtposten werken met onthaalmedewerkers. De aard van de tewerkstelling, de bezetting en de taken die de onthaalmedewerkers uitvoeren, variëren van post tot post.

Sommige wachtposten werken uitsluitend met interimkrachten. Deze formule biedt het voordeel van flexibiliteit. Het personeelsbeleid wordt grotendeels gedragen door het interimkantoor. Het interimkantoor zorgt er in principe voor dat er steeds onthaalmedewerkers beschikbaar zijn, ook wanneer iemand uitvalt wegens ziekte. De rekrutering van onthaalmedewerkers kan de wachtpost eveneens uit handen geven indien het dit wenst⁹. Het nadeel is dat deze formule meestal duurder is dan de aanwerving van de onthaalmedewerkers door de wachtpost zelf.

9. De wachtpost kan er eveneens voor kiezen om zelf een selectieprocedure te organiseren, waarna de geslaagde kandidaten een interimcontract aangeboden krijgen via het interimkantoor. Dit drukt de maandelijkse kosten die de wachtpost moet betalen aan het interimkantoor.

Buiten de klassieke interimkantoren zijn er ook gespecialiseerde spelers op de markt, zoals MEMO en Telepronam, die zich toespitsen op de medische sector. Het onthaal van de wachtpost wordt bemand door gespecialiseerde medewerkers die in dienst blijven van het externe bedrijf of de oproepen worden op bepaalde uren beantwoord door het telesecretariaat¹⁰ van deze gespecialiseerde bedrijven.

Wanneer de wachtpost zelf de onthaalmedewerkers in loondienst neemt dan biedt dit naast een gunstiger prijskaartje het voordeel van stabiliteit en controle. De wachtpost heeft een duidelijk zicht op en controle over wat het betaalt voor zijn personeel. Tenzij in specifieke gevallen waar een onthaalmedewerker niet naar behoren functioneert, is er meestal ook minder verloop van het personeel. Op die manier kan men mits de nodige opleiding een performant en professioneel team creëren dat gekend is met de werking van de wachtpost. Het nadeel is een hogere tijdsinvestering voor de coördinator en/of het bestuur. Een deel van de grotere administratieve last, zoals de loonberekening, wordt opgenomen door een sociaal secretariaat.

Er zijn eveneens tussenvormen waar men werkt met onthaalmedewerkers in loondienst en een pool van interimmedewerkers in het geval een vaste medewerker wegens ziekte of verlof vervangen moet worden. Hierdoor combineert men de voordelen van beide formules.

Naast het type onthaalmedewerker, varieert ook de bezetting in de wachtposten. De wachtposten verschillen immers in het aantal uren dat ze geopend zijn tijdens de week, het weekend en de feestdagen (zie hoofdstuk II.1.c.). Bovendien is de onthaalmedewerker niet bij alle wachtposten gedurende de gehele openingstijd aanwezig. Bij sommige projecten worden de oproepen en bezoekers 's nachts door een chauffeur onthaald. Bij andere projecten worden de oproepen behandeld door een medisch telesecretariaat en ontvangt de huisarts van wacht de patiënten zelf. Daarnaast zijn er ook projecten waar op de drukkere tijdstippen van de dag meerdere onthaalmedewerkers aanwezig zijn.

Tot slot verschillen ook de taken die de onthaalmedewerkers uitvoeren. Zoals reeds aangegeven in hoofdstuk II.1.e. voeren bepaalde onthaalmedewerkers tijdens hun werkuren ook administratieve taken uit. Twee projecten hebben verpleegkundigen in dienst die gedeeltelijk of geheel het onthaal op zich nemen en daarnaast ook paramedische ondersteuning aan de huisartsen bieden.

1.h. Vervoer

Vervoer is voor de meeste huisartsenwachtposten een essentieel onderdeel van het project. Gezien het onveiligheidsgevoel dat bij veel huisartsen leeft tijdens huisbezoeken en dan vooral 's nachts en in de grote steden (zie hoofdstuk I.1.), hoeft dit niet te verbazen. Enkel vanuit de 4 Brusselse wachtposten worden geen huisbezoeken afgelegd. De andere wachtposten organiseren het vervoer van de artsen tot bij de patiënt op 3 manieren.

In 8 van de 39 projecten verplaatsen de huisartsen zich uitsluitend met de eigen wagen. Soms worden de huisartsen daarbij aangestuurd door een externe dienst die de dispatching regelt. Benzine en onderhoudskosten worden gedragen door de huisartsen zelf of worden vergoed via een vast bedrag per km.

10. Telefonische permanentie zonder aanwezigheid van een medewerker in de wachtpost.

Bij 10 projecten gebeuren alle verplaatsingen met een of meerdere wagens die eigendom zijn van de wachtpost of geleased worden. Chauffeurs in dienst van de post vervoeren de huisarts tot bij de patiënt. Benzine en onderhoudskosten worden gedragen door de wachtpost. Meestal investeert men in een goede uitrusting van de wagens met mobiele betaalautomaat zodat de huisarts zo weinig mogelijk cash geld op zak heeft, gsm en hands-free-kit zodat de chauffeur oproepen voor huisbezoeken kan ontvangen, laptop en mobiel internet zodat de huisarts vanuit de wagen verslagen kan inladen en een medische kit van de wachtpost zodat de huisarts niet steeds het eigen materiaal moet gebruiken. De buitenkant van de wagen wordt vaak aangekleed met het logo van de wachtpost zodat deze goed herkenbaar is.

Een derde manier, waar 12 projecten exclusief gebruik van maken, is artsenvervoer via een externe vervoersfirma. Het kan daarbij gaan om een taxibedrijf dat de huisarts opbelt wanneer hij of zij een huisbezoek moet afleggen of om gespecialiseerde commerciële en niet-commerciële bedrijven die medisch vervoer organiseren. Deze gespecialiseerde firma's stellen voor een welomschreven aantal uren een of meerdere wagens met chauffeur ter beschikking van de wachtpost. Er wordt een eenheidsprijs per uur vastgelegd op basis van een gemiddeld aantal af te leggen kilometers per maand. De wachtposten betalen een toeslag voor de nachtelijke uren¹¹ en tevens in het geval het gemiddeld aantal kilometer in een bepaalde maand overschreden wordt. De prijs wordt elk jaar automatisch geïndexeerd.

De eenheidsprijs die een externe firma per uur aanrekent, varieert eveneens in functie van het type contract. Het eerste soort contract is gebaseerd op een zogenaamde "slappende wacht". Dit wil zeggen dat de chauffeur 's nachts thuis of in een daarvoor voorzien lokaal slaapt en opgeroepen wordt indien nodig. Op dat moment dient de chauffeur doorgaans binnen 10 minuten beschikbaar te zijn.

Het tweede soort contract is gebaseerd op een "staande wacht". Dit wil zeggen dat de chauffeur 's nachts aanwezig is in de wachtpost en wakker blijft om oproepen op te nemen. De chauffeur is dus steeds meteen beschikbaar.

Het eerste type contract is goedkoper dan het tweede type, maar er bestaat discussie over de correcte interpretatie van de arbeidsvoorwaarden die bij elk type van toepassing zijn. We komen hier later op terug in hoofdstuk IV.1.d.

De resterende 5 projecten passen een combinatie van de 3 voornoemde vervoerswijzen toe. Zo gebruiken de huisartsen van een van de projecten overdag de eigen wagen en wordt tijdens de nachtelijke uren beroep gedaan op een wagen met chauffeur via een externe firma. Om de diversiteit nog te vergroten, zijn er wachtposten die niet 1 wagen met chauffeur inzetten, maar 2 wagens met chauffeur overdag of gedurende het hele weekend.

Naast het vervoer van de artsen naar de patiënt voorzien 3 projecten eveneens een vorm van patiëntenvervoer. De activiteit van deze dienstverlening lijkt eerder beperkt voor zover wij dit kunnen opmaken uit de verslagen van de wachtposten. Deze "taxis sociaux" komen uitsluitend voor in Wallonië. Ze zijn vooral gericht op oudere en mindervalide patiënten die zich moeilijk of niet zelfstandig kunnen verplaatsen en die soms lange afstanden moeten afleggen om de wachtpost te bereiken.

11. De manier waarop de eenheidsprijs berekend wordt in dit type contracten is meestal niet duidelijk. Er kan eveneens gediscussieerd worden over de wijze waarop de toeslagen voor de nachtelijke uren aangerekend worden. Dit gebeurt niet via een aangepaste eenheidsprijs, maar via het aanrekenen van "extra uren".

2. De huisartsenwachtposten op de landkaart

2.a. Inplanting

Sinds oktober 2013 beheert het RIZIV 56 overeenkomsten voor de financiering van 60 huisartsenwachtposten¹², waarvan 17 projecten in de loop van 2013 een overeenkomst hebben afgesloten met het Verzekeringscomité. 25 van de posten bevinden zich in Vlaanderen, 31 in Wallonië en 4 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In termen van oppervlakte wordt hiermee 57,11 % van het Belgisch grondgebied gedekt, wat overeen komt met 58,93 % van de Belgische bevolking¹³. Op het moment van dit schrijven, zijn de aanvragen voor 6 andere wachtposten in behandeling. Het gaat om 5 wachtposten in Vlaanderen en 1 in Wallonië. De realisatie van al deze aanvragen zou ervoor zorgen dat een extra grondgebied van ongeveer 1.391,57 km² gedekt wordt, wat samen met de bestaande wachtposten neer komt op een totaal van 61,67 % van het Belgisch grondgebied. Dit komt overeen met 63,88 % van de Belgische bevolking. In tabel 6 gaan de cijfers per provincie voor de bestaande en kandidaat wachtposten.

Figuur 1 toont de locatie en het werkingsgebied van de bestaande en de kandidaat wachtposten in 2013, evenals de locatie van de ziekenhuizen met een spoedgevallendienst. In vogelvlucht zijn 32 wachtposten (53 %) minder dan 1 km verwijderd van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. 18 wachtposten (30 %) zijn 1 tot 10 km verwijderd van een ziekenhuis, 5 wachtposten liggen meer dan 10 km van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

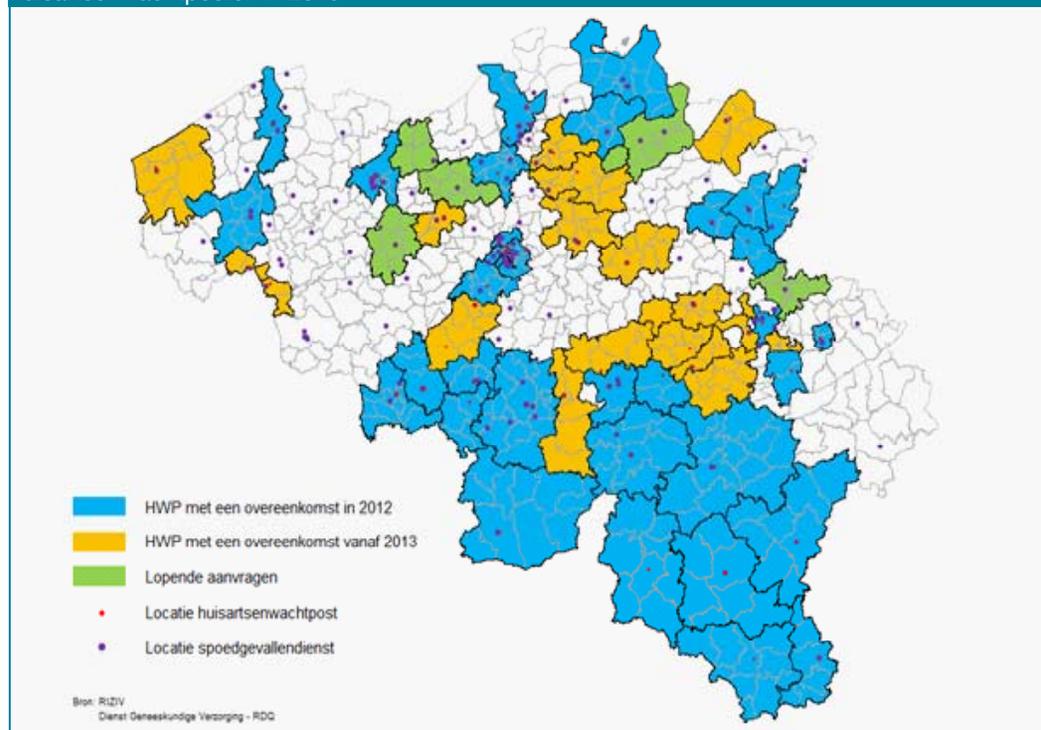
Tabel 6 : Aantal wachtposten, % van het grondgebied en % inwoners dat bediend wordt, per provincie

| | Bestaande HWP | | | Bestaande + nieuwe HWP | | |
|-------------------|-----------------------------|---------------|--------------|------------------------|---------------|--------------|
| | Aantal posten ¹² | % grondgebied | % inwoners | Aantal posten | % grondgebied | % inwoners |
| Antwerpen | 9 | 61,62 | 67,28 | 11 | 76,65 | 75,34 |
| Brabant Wallon | 1 | 11,86 | 13,09 | 1 | 11,86 | 13,09 |
| Brussel Hoofdstad | 4 | 100,00 | 100,00 | 4 | 100,00 | 100,00 |
| Hainaut | 8 | 65,53 | 79,07 | 8 | 65,53 | 79,07 |
| Liège | 11 | 35,62 | 56,79 | 12 | 39,87 | 63,31 |
| Limburg | 5 | 43,96 | 50,73 | 5 | 46,05 | 51,24 |
| Luxembourg | 5 | 96,85 | 97,20 | 5 | 96,85 | 97,20 |
| Namur | 6 | 98,94 | 98,37 | 6 | 98,94 | 98,37 |
| Oost-Vlaanderen | 4 | 11,41 | 27,01 | 7 | 35,20 | 48,21 |
| Vlaams-Brabant | 3 | 44,70 | 44,37 | 3 | 46,42 | 46,02 |
| West-Vlaanderen | 4 | 39,62 | 36,80 | 4 | 39,62 | 36,80 |
| België | 60 | 57,11 | 58,93 | 66 | 61,67 | 63,88 |

12. Hierbij tellen we eveneens de projecten Condroz, Hannut, Seraing, Chaudfontaine en Ans die niet beschikken over een fysieke wachtpost (zie hoofdstuk IV.2.c).

13. Bevolkingsaantallen op 01.01.2008. Bron: AD Statistiek van de FOD Economie.

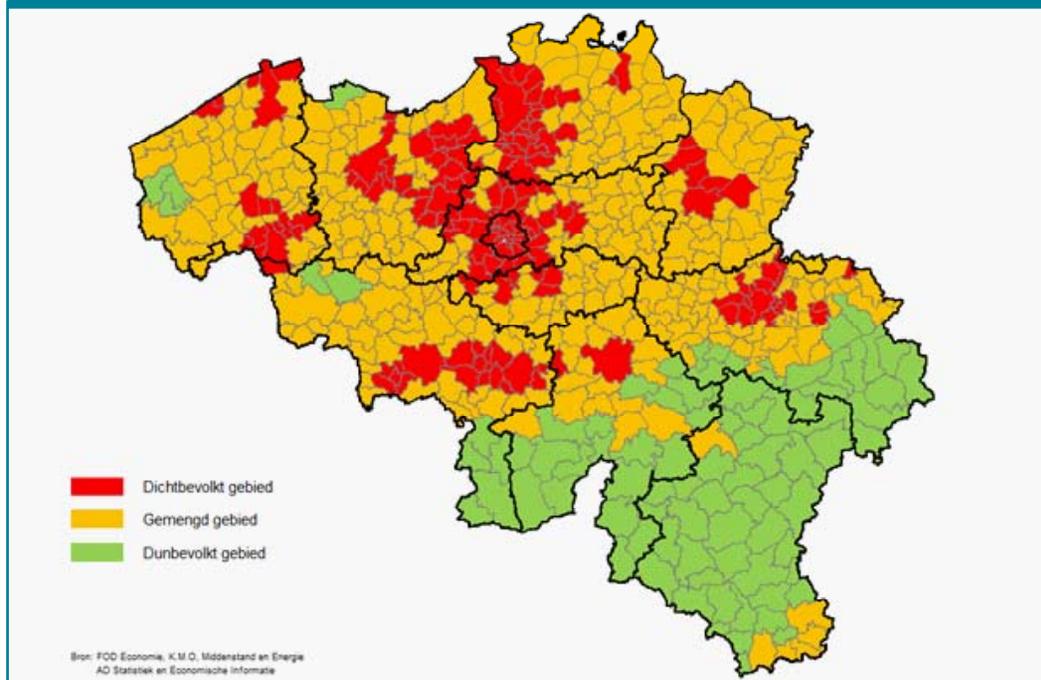
Figuur 1: Locatie van de spoedgevallendiensten ten overstaan van de bestaande en kandidaat-huisartsenwachtposten in 2013



Ten slotte geven we in figuur 2 de graad van verstedelijking van de gemeenten volgens het “Eurostat” concept¹⁴. Bij deze methode worden de gemeenten ingedeeld volgens bevolkingsdichtheid in dunbevolkt (0-100 inwoners/km²), gemengd (101-500 inwoners/km²) en dichtbevolkt gebied (> 500 inwoners/km²). Een vergelijking met figuur 1 geeft voor elke bestaande en kandidaat wachtpost een appreciatie van het werkingsgebied. Zoals we in hoofdstuk III.3. zullen zien, hebben landelijke gebieden vaak moeite om voldoende huisartsen aan te trekken en te behouden. In verstedelijkte gebieden kan het grote aantal inwoners op een kleine oppervlakte zorgen voor een hoge activiteit (i.e. veel consultaties en huisbezoeken), wat een weerslag kan hebben op de eisen die een wachtpost stelt inzake de beschikbaarheid van onthaalpersoneel en vervoer om piekmomenten op te vangen.

14. http://economie.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/leefmilieu/geo/typologie_gemeenten/

Figuur 2: Graad van verstedelijking volgens het Eurostat concept - Toestand op 1 januari 2008



2.b. Studie Prof. Brijs

Met de financiering van 60 wachtposten en minstens 6 potentiële nieuwe wachtposten voor de deur zijn we genoodzaakt ons af te vragen welke richting we best uit gaan. Hoeveel wachtposten zijn er nodig in België? Waar worden nieuwe wachtposten best ingeplant? Welke zones worden, gelet op de bereikbaarheid, best bediend door welke wachtposten? Om deze vraag te kunnen beantwoorden gaf het Verzekeringscomité in juli 2011 de opdracht aan het Instituut voor Mobiliteit (IMOB) van de Universiteit Hasselt om een optimalisatiemodel uit te werken dat zou toelaten het aantal, de ideale inplanting en het optimale werkingsgebied van huisartsenwachtposten voor het ganze grondgebied België in kaart te brengen. De bereikbaarheid van de wachtposten werd daarbij centraal gesteld door de totale aanrijtijd voor alle inwoners van de werkingsgebieden zo veel mogelijk te minimaliseren (Brijs, 2011).

De studie, uitgevoerd door Prof. T. Brijs, resulteerde niet in één ideale oplossing voor het ganse land, maar in een hele reeks van mogelijke oplossingen. Het “rapport Brijs” vertrekt namelijk van een aantal verschillende modelscenario’s en bevat voor elk scenario de optimale oplossingen voor 80 tot 110 wachtposten. In het basisscenario zijn de locatie en het werkingsgebied van de bestaande wachtposten vastgelegd in het model. Een optimalisatiefunctie verdeelt de rest van de Belgische gemeenten in werkingsgebieden en berekent de ideale locatie voor nieuwe wachtposten (Brijs, 2011). De overige scenario’s bevatten steeds extra restricties bovenop het basisscenario door de maximale reistijden naar de wachtpost te beperken tot 15, 20, 25 of 30 minuten of door een minimum van 35 wachtdoende artsen op te leggen. Ten slotte bevat de studie ook een scenario waarin de locatie van de bestaande wachtposten vastgelegd wordt, maar waar de werkingsgebieden door het model vrij bepaald kunnen worden. Op deze manier werden er in totaal 210 mogelijke oplossingen gevonden.

Elk van deze oplossingen kan gevisualiseerd worden op een landkaart. België wordt daarbij opgedeeld in geografische zones op gemeenteniveau zoals vastgelegd in de NIS codes¹⁵. Voor de grootstedelijke gebieden (Antwerpen, Brussel, Gent, Charleroi, Luik en Namen) werken de modellen op deelgemeenteniveau¹⁶.

De studie laat voorts toe om elke oplossing te vergelijken via een aantal indicatoren, zoals bijvoorbeeld de gemiddelde reistijd van elke (deel)gemeente tot de dichtstbijzijnde wachtpost, het aantal inwoners en het aantal artsen dat actief is in elk wachtgebied.

Bij wijze van voorbeeld vindt de lezer in tabel 7 de indicatoren van het scenario voor 80 wachtposten waarin de locatie van de bestaande wachtposten werd vastgelegd, maar niet het werkingsgebied. De werkingsgebieden die voortvloeien uit de optimale oplossing voor dit scenario zijn afgebeeld in figuur 3.

Tabel 7 : Indicatoren 80 wachtposten, locatie bestaande wachtposten vastgelegd, werkingsgebied vrij bepaald door model

| Indicatoren | 80 wachtposten |
|---|------------------|
| Gemiddelde reistijd incl. post (minuten) (sd) | 7,28 (2,90) |
| Gemiddelde reistijd excl. post (minuten) (sd) | 10,56 (3,16) |
| Gemiddelde maximale reistijd (minuten) (sd) | 15,26 (4,79) |
| Gemiddelde maximale afstand (km) (sd) | 15,76 (5,55) |
| Min - Max aantal inw. per post | 25.367 – 352.491 |
| Gemiddeld aantal inw. per post (sd) | 132.574 (73.031) |
| Aantal posten met inw. < 50.000 | 7 |
| Aantal posten met inw. ≥ 50.000 < 100.000 | 22 |
| Aantal posten met inw. ≥ 100.000 < 150.000 | 29 |
| Aantal posten met inw. ≥ 150.000 < 200.000 | 12 |
| Aantal posten met inw. ≥ 200.000 | 10 |
| Minimum aantal artsen per 100.000 inw. | 29 |
| Gemiddeld aantal artsen per 100.000 inw. (sd) | 90 (18,49) |
| Maximum aantal artsen per 100.000 inw. | 126 |
| Aantal posten < 35 artsen | 2 |

15. http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/enquetes_et_methodologie/downloads/codes_nis.jsp

16. Het gemeenteniveau groepeerd voor de grootsteden betrekkelijk grote gebieden met een hoog bevolkingsaantal. Gezien in sommige grootsteden meerdere wachtposten actief zijn, werd het deelgemeenteniveau gebruikt om de gebieden accurater toe te kunnen wijzen aan deze wachtposten.

Figuur 3: Kaart 80 wachtposten, locatie bestaande wachtposten vastgelegd, werkingsgebied vrij bepaald door model



De 210 mogelijke oplossingen maken het moeilijk om de studie, zonder bijkomende keuzes, als beleidsinstrument te gebruiken. Op basis van de resultaten kan immers geen unieke, optimale inplanting voor de bestaande en toekomstige wachtposten naar voren geschoven worden. We kunnen dit ook omkeren door te stellen dat gezien er niet één objectieve, ideale oplossing bestaat, het maken van weloverwogen keuzes des te belangrijker wordt. In principe zou België evengoed bedekt kunnen worden door 80 als 110 wachtposten. Meer wachtposten met kleinere werkingsgebieden bieden het voordeel dat de reistijden en afstanden in sommige gebieden licht verminderen, ook al verhoogt via schaalverkleining de werkdruk gezien er per gebied minder artsen beschikbaar zijn voor de wacht. Minder wachtposten met grotere werkingsgebieden verlagen de werklust in termen van het aantal wachten dat de huisarts jaarlijks moet doen omdat meer artsen meedraaien in de centrale wachtdienst. De reistijden en afstanden worden dan in sommige gebieden iets groter, maar dit effect blijft volgens de resultaten van de studie beperkt. In het basisscenario is er tussen de gemiddelde maximale reistijd voor 80 en 110 wachtposten bijvoorbeeld een verschil van ongeveer 2 minuten. De langste reistijd bedraagt in beide gevallen ongeveer 31 minuten.

Het mag echter duidelijk zijn dat 110 wachtposten een zeer zware budgettaire last zouden betekenen voor de Ziekteverzekering. Zelfs vertrekkend van 80 potentiële wachtposten zou er een belangrijke bijkomende investering vereist zijn ten opzichte van het budget dat ten tijde van het verschijnen van de studie beschikbaar was voor de wachtposten. Zeker indien de gevraagde investerings- en werkingskosten voor de nieuwe projecten die eind 2011 op tafel lagen, een maatstaf konden zijn voor toekomstige aanvragen. In hoofdstuk II.3 gaan we dieper in op deze financiële kant van de posten.

Op twee vlakken biedt de studie van Prof. Brijs wel enige zekerheid. Ondanks de vele scenario's zijn er namelijk een groot aantal gemeenten die systematisch geselecteerd worden als ideale locatie voor een wachtpost. Deze stabiliteit over de scenario's heen zorgt ervoor dat de studie toch gebruikt kan worden als instrument om bv. advies te geven over de mogelijke inplanting van een wachtpost aan de huisartsenkringen die overwegen er één op te richten. Ook kunnen de inplanting en het werkingsgebied van nieuwe aanvragen afgetoetst worden aan de scenario's zodat al te grote afwijkingen gericht bevestigd kunnen worden.

Daarnaast laat de studie ook zien dat de meeste wachtposten door het optimalisatiemodel geplaatst worden in een gemeente waar reeds een ziekenhuis ligt. Voor de overige wachtposten leidt de verschuiving naar een ziekenhuis binnen het werkingsgebied bovendien niet tot significante wijzigingen in de reistijd voor de patiënt/arts (Brijs, 2011). Dit is een belangrijk gegeven voor de stakeholders. Uit ervaring met bestaande projecten blijken wachtposten die gevestigd zijn in een ziekenhuis doorgaans immers kostenefficiënter te werken (zie hoofdstuk III.1.). Bovendien speelt hier de ruimere vraag hoe al dan niet urgente zorg buiten de reguliere uren het best wordt afgestemd op de eerste en tweede lijn.

3. Uitgaven van de wachtposten

In 2013 bedraagt het beschikbare budget voor de huisartsenwachtposten 17.160.000 EUR. De 60 wachtposten die het RIZIV via dit budget financiert, kosten samen 13.282.154 EUR aan investerings- en werkingskosten. Op 10 jaar tijd is het totale budget voor de sector enorm gestegen. Het aantal wachtposten neemt dan ook jaar op jaar toe. Voor bepaalde projecten is het jaarlijkse budget vrij stabiel gebleven gedurende deze periode, bij anderen merken we een toename van de financiering. Wat echter vooral opvalt, is het grote verschil tussen de projecten. Aan het ene eind van het spectrum vinden we een project dat gedurende jaren werkt met een budget van 13.720 EUR. Aan het andere eind vinden we projecten met een budget van meer dan 400.000 EUR per jaar. Sommige projecten genereren voor een aantal uitgavenrubrieken immers geen kosten waar anderen dat wel doen. Hiermee moeten we rekening houden wanneer we de totale uitgaven van de projecten onderling vergelijken.

De financiering die elke wachtpost jaarlijks ontvangt, is gebaseerd op het aanvraagdossier dat de huisartsenkring of de vereniging van huisartsen indient bij het RIZIV. In dit dossier wordt het project beschreven en worden de kosten voor de oprichting en de dagelijkse werking geraamd. Na evaluatie van het dossier worden de eventueel aangepaste ramingen als financieringsbedrag ingeschreven in de overeenkomst. Aan het begin van elk werkingsjaar ontvangt de wachtpost 80 tot 90 % van zijn subsidie. De overige 10 tot 20 % wordt het daaropvolgende jaar gestort na ontvangst van het financieel verslag van het voorbije werkingsjaar. Op basis van de evaluatie van dit verslag kan het RIZIV eventueel beslissen om een deel van het budget niet uit te betalen. De wachtpost kan in de jaren na de opstart ook een verhoging van de financiering bekomen wanneer het zijn hogere uitgaven afdoende kan verantwoorden.

Het uiteindelijke financieringsbedrag van elke wachtpost werd tot 2012 bijna uitsluitend vastgelegd op basis van wat door de huisartsenwachtpost gevraagd werd, wat de variatie tussen de projecten in de hand werkt. Het RIZIV evalueerde uiteraard wel de aanvragen en jaarlijkse financiële verslagen. De registratie van die financiële gegevens verliep echter niet op een gestandaardiseerde manier waardoor hun waarde als beleidsondersteunend instrument zeer beperkt bleef. Het bevorderde evenmin de financiële controle. Welke regels past de wachtpost toe in zijn financieel verslag? Wat is de inhoud van elke rubriek of van het totaalbedrag? Welke uitgaven zijn verantwoord? Worden enkel de specifieke kosten voor de wachtpost gerapporteerd of ook de kosten voor andere kringactiviteiten? Bij gebrek aan een uniforme rapportering was het onmogelijk om de financiële gegevens tussen de wachtposten te vergelijken. Gezien de diversiteit in de budgetten voor de bestaande posten en dus een gebrek aan een duidelijk referentiepunt bleek het eveneens een hele kluit om objectief te beslissen over de ontvankelijkheid van nieuwe financieringsaanvragen.

De enquête die in 2011 werd afgenomen (zie hoofdstuk II), maakte het voor de eerste keer mogelijk om de uitgaven van de wachtposten onderling te vergelijken. Om dit op een zinvolle manier te kunnen doen, hebben we de uitgaven per project (N=37) eerst samengevoegd in betekenisvolle uitgavengroepen. We willen benadrukken dat het hier gaat om de gerapporteerde uitgaven¹⁷ voor het werkingsjaar 2010. De som van deze uitgaven komt niet noodzakelijk overeen met het budget dat voor 2010 is opgenomen in de overeenkomst van elke wachtpost. Tabel 8 geeft de spreiding van de gerapporteerde uitgaven uit de enquête per uitgavengroep.

Het zou ons te ver leiden om elke uitgavengroep apart te bekijken. De verschillen tussen de wachtposten zijn niet terug te brengen tot een beperkt aantal categorieën. Bij praktisch elke uitgavengroep stellen we vast dat de gerapporteerde uitgaven matig tot sterk variëren.

Een deel van de variatie is zeker te wijten aan de manier waarop we de gegevens hebben verzameld. Het enquêteformulier ging immers niet vergezeld van duidelijke instructies over de manier waarop het diende te worden ingevuld. Zo werden de uitgaven voor de verzekering van het personeel door sommige wachtposten in de rubriek “verzekeringen (uitgezonderd gebouw)” opgenomen, terwijl dit bij andere wachtposten verrekend werd in de personeelskosten. Bovendien bevatten sommige uitgavengroepen eenmalige kosten die een vertekening geven van de structurele werkingskosten die jaarlijks terugkeren. Dit is vooral het geval in rubrieken als “andere kosten”, “afschrijvingen hardware”, “sensibilisatie”, “kantoormateriaal”, “afschrijvingen” en “uitrusting consultatieruimte”.

Ondanks deze kanttekeningen hebben we met de resultaten van de enquête een waardevol instrument in handen. Het laat ons toe om gericht vragen te stellen over de componenten van elk wachtpostproject en de financiering die daartegenover zou moeten staan. Het brengt de variatie in beeld die voorheen wel gekend was, maar niet begrepen werd. Een gebrek aan transparantie is het grootste struikelblok dat een evenwichtige en stabiele financiering tot nu in de weg heeft gestaan.

17. Zoals aangegeven aan het begin van hoofdstuk II gaat het voor 13 wachtposten om een raming uit het aanvraagdossier en niet om reële uitgaven.

Tabel 8 : Spreiding van de uitgaven (EUR) in 2010, per uitgavengroep

| Uitgavengroep | Gemiddelde | Standaard afwijking | Min. | Q1 | Mediaan | Q3 | Max. |
|--------------------------------------|------------|---------------------|-------|--------|---------|---------|---------|
| Informatica | 8.051 | 9.604 | 0 | 2.216 | 5.439 | 9.289 | 43.925 |
| Afschrijving hardware | 1.754 | 3.563 | 0 | 0 | 0 | 1.824 | 13.323 |
| Kantoor materiaal | 2.617 | 2.606 | 0 | 571 | 1.500 | 4.000 | 12.977 |
| Verzekeringen (uitgez. gebouw) | 1.472 | 1.866 | 0 | 150 | 641 | 2.400 | 8.829 |
| Boekhouder | 3.113 | 4.985 | 0 | 714 | 2.124 | 3.500 | 29.570 |
| Betaalautomaat | 965 | 832 | 0 | 0 | 1.166 | 1.600 | 2.348 |
| Sensibilisatie | 1.522 | 3.285 | 0 | 57 | 95 | 1.774 | 18.419 |
| Telefoon + fax + internet | 3.892 | 2.722 | 0 | 1.880 | 3.846 | 5.700 | 9.879 |
| Andere kosten | 3.959 | 5.805 | 0 | 525 | 1.463 | 4.240 | 24.571 |
| Sociaal secretariaat | 1.577 | 1.471 | 0 | 0 | 2.125 | 2.577 | 4.867 |
| Opleiding | 935 | 1.830 | 0 | 0 | 0 | 2.500 | 8.500 |
| Provisie (sociaal en andere) | 2.097 | 6.987 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40.000 |
| Huur + nutsvoorzieningen | 25.391 | 14.504 | 3.000 | 15.298 | 26.000 | 35.780 | 57.614 |
| Onderhoud_all | 5.996 | 7.687 | 0 | 0 | 4.727 | 7.668 | 39.830 |
| | | | | | | | |
| Coördinatie | 15.264 | 21.522 | 0 | 0 | 9.677 | 19.465 | 85.697 |
| Administratieve ondersteuning | 13.898 | 46.699 | 0 | 0 | 0 | 7.000 | 283.233 |
| Loon onthaal | 71.786 | 71.936 | 0 | 35.740 | 58.502 | 79.978 | 413.851 |
| Vervoer | 70.589 | 67.503 | 0 | 32 | 76.460 | 131.427 | 207.897 |
| | | | | | | | |
| Farmaceutica + medisch materiaal | 3.415 | 3.754 | 0 | 1.074 | 3.000 | 3.714 | 18.387 |
| Catering | 1.469 | 2.772 | 0 | 0 | 403 | 2.336 | 15.459 |
| Afschrijvingen (andere dan hardware) | 4.818 | 8.391 | 0 | 0 | 0 | 6.636 | 40.351 |
| Beheersvergoeding | 11.276 | 15.852 | 0 | 0 | 2.446 | 18.000 | 67.327 |
| Verzorgend personeel | 5.245 | 22.255 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99.931 |
| Representatiekosten | 783 | 1.638 | 0 | 0 | 0 | 890 | 7.785 |
| Uitrusting consultatieruimte | 1.990 | 8.757 | 0 | 0 | 0 | 0 | 52.806 |
| Bankkosten | 435 | 461 | 0 | 54 | 222 | 772 | 1.521 |

III. Probleemstelling

1. Waarom appels en peren verschillende kosten genereren?

De beschrijving van de huisartsenwachtposten in hoofdstuk II toont de grote diversiteit in organisatie en kosten die op het terrein bestaat. Het ligt voor de hand dat het prijskaartje van een project voortvloeit uit de specifieke keuzes die men maakt bij de organisatie van de wachtpost. Tot hiertoe hebben we nog geen expliciete koppeling gemaakt tussen beiden. In dit hoofdstuk illustreren we hoe moeilijk het is om de gerapporteerde uitgaven van de projecten onderling te vergelijken zonder een verband te leggen met de verschillen in de organisatie. We beperken ons tot 2 voorbeelden. Binnen het bestek van dit werk is het immers niet onze ambitie om een exhaustieve typologie van de wachtposten te ontwikkelen.

> Voorbeeld 1: onthaal

Tabel 9 bevat de uitgaven voor de uitgavenpost “onthaal” voor 3 wachtposten die 60 uur per weekend geopend zijn. Ondanks het gelijke aantal openingsuren rapporteren de posten sterk verschillende uitgaven voor het onthaal tijdens deze uren.

| | Enquête 2011 ¹⁸ (EUR) | | Budget 2013 (EUR) | |
|-------|----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | Totaal | Per 100.000 inwoners | Totaal | Per 100.000 inwoners |
| HWP 1 | 123.085,00 | 100.813,32 | 139.985,00 | 114.655,34 |
| HWP 2 | 93.478,49 | 53.478,01 | 93.982,49 | 53.766,34 |
| HWP 3 | 39.666,64 | 49.524,49 | 42.972,00 | 53.651,29 |

De uitgaven vloeien rechtstreeks voort uit de manier waarop de wachtposten het onthaal organiseren.

HWP 1 (180,25 km², 122.092 inwoners) zet voor het onthaal interimmedewerkers in. Bovenop het bruto-uurloon betaalt de wachtpost een extra kost (bruto-uurloon*2,1 (excl. BTW)) aan het interimkantoor omdat deze de personeelsselectie heeft georganiseerd. Bovendien is er op zaterdag- en zondagmorgen een dubbele bezetting op het onthaal om de drukke ochtend op te vangen.

HWP 2 (603,47 km², 174.798 inwoners) heeft eigen onthaalmedewerkers aangeworven. Tijdens de openingsuren is er steeds 1 onthaalmedewerker aanwezig in de post.

HWP 3 (230,99 km², 80.095 inwoners) heeft zijn onthaalmedewerkers eveneens in eigen beheer. Overdag (in totaal 32u) is er steeds 1 onthaalmedewerker aanwezig in de post. In het weekend kan men ook 's nachts voor consultaties terecht in de wachtpost. Het onthaal wordt op dat moment echter verzekerd door de chauffeur en de huisarts van wacht. Tijdens deze uren heeft de wachtpost dus geen extra kosten voor onthaalpersoneel.

18. Voor HWP 1 en 2 gaat het om de reële uitgaven voor het werkingsjaar 2010. Voor HWP 3 gaat het om de geraamde uitgaven uit de aanvraag voor financiering die ingediend werd in 2011.

> Voorbeeld 2: huur

Indien we de uitgaven voor de huur, nutsvoorzieningen, verzekeringen in verband met het gebouw en de onderhoudskosten samentellen dan kunnen we wederom grote verschillen observeren tussen de projecten. Tabel 10 vergelijkt deze uitgaven voor 4 wachtposten.

Tabel 10 : Vergelijking van de infrastructuur en de uitgaven voor huur, nutsvoorzieningen, verzekering en onderhoud tussen 4 wachtposten

| | Kabinetten | Oppervlakte in m ² | | Enquête 2011 ¹⁹ (EUR) | | Budget 2013 (EUR) | |
|-------|------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | | Gebouw | "Essentiële" ruimte | Totaal | Per 100.000 inwoners | Totaal | Per 100.000 inwoners |
| HWP 4 | 1 | 94 | 64 | 3.000,00 | 4.784,84 | 3.600,00 | 5.741,81 |
| HWP 5 | 2 | 40 | 40 | 7.205,59 | 4.955,22 | 7.395,91 | 5.086,11 |
| HWP 6 | 3 | 155 | 150 | 49.888,58 | 19.032,51 | 59.000,00 | 22.508,52 |
| HWP 7 | 4 | 370 | 247 | 69.716,11 | 46.567,13 | 63.200,86 | 42.215,24 |

De uitgaven voor de huur, nutsvoorzieningen, verzekering en onderhoud liggen 7 tot 23 keer hoger voor HWP 6 en 7 in vergelijking met HWP 4 en 5. Dit verschil is nauwelijks gedaald in 2013. Een deel van de verklaring ligt in het feit dat de gebouwen van HWP 4 en 5 veel kleiner zijn en minder consultatieruimtes tellen. Dit vertaalt zich uiteraard in een lagere huurprijs, lagere kosten voor het onderhoud, de nutsvoorzieningen en de verzekering van het gebouw.

HWP 4 is 4 uur per weekend geopend voor 62.698 inwoners waardoor we kunnen spreken van een zeer kleinschalig project. HWP 6 daarentegen is 32 uur geopend in het weekend en 66 uur gedurende de week voor ongeveer 262.123 inwoners, wat verklaart waarom het een grotere wachtpost nodig heeft. Het aantal inwoners kan evenwel niet ingeroepen worden om het verschil in infrastructuur tussen HWP 5 en 7 te verantwoorden. Beiden hebben immers een vergelijkbaar aantal inwoners (respectievelijk 145.414 en 149.711). Men kan zich afvragen op welke basis de infrastructuur van HWP 7 te motiveren is.

Er spelen nog andere factoren mee dan de oppervlakte van de gebouwen. De erg goedkope prijs voor HWP 4 heeft voor een groot stuk te maken met een tussenkomst door de lokale overheid in de kosten van het gebouw. HWP 5 heeft dan weer een zeer gunstige overeenkomst kunnen sluiten met het ziekenhuis waarin de wachtpost gevestigd is.

HWP 6 is eveneens gevestigd in een gebouw van een ziekenhuis, maar dit vertaalt zich duidelijk niet in een budgettaire win-win situatie. HWP 7 is gevestigd in een nieuwbouw van een lokaal farmaceutisch bedrijf. De bouwkosten en inrichtingskosten worden door de eigenaar duidelijk doorgerekend in de huurprijs.

Dit doet de vraag rijzen naar de kostenefficiëntie die men wil bereiken in dit soort projecten. Wanneer huisartsen geïntegreerd worden in de spoedafdeling van een ziekenhuis of de wachtpost gevestigd wordt in of naast het ziekenhuis dan werkt dit vaak kostenbesparend gezien men infrastructuur en soms ook personeel kan delen (Philips, 2010). Sommige huisartsenkringen zoeken uit eigen beweging lokale kansen voor samenwerking met ziekenhuizen, andere openbare diensten en de lokale overheid. In andere projecten slaagt men daar niet in of heeft men er geen oog voor. Er was tot op heden weinig reden voor kandidaat wachtposten om dergelijke kostenefficiëntie na te streven.

19. De gerapporteerde uitgaven voor het werkingsjaar 2010 uit de enquête van 2011 dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De onderhoudskosten bevatten soms immers grotere eenmalige kosten die de structurele uitgaven (kuisdienst, afvalverwerking, wassen van het linnen, kleine reparaties) vertekenen. Het budget voor 2013 bevat deze vertekening niet.

Uit de twee voorbeelden hierboven mag het duidelijk zijn dat we appels met peren vergelijken indien we louter de gerapporteerde uitgaven bekijken zonder de specifieke werkingsmodaliteiten in rekening te brengen. Een gebrek aan transparantie over de werking van de wachtposten ondermijnt dan ook een vlotte en eenduidige besluitvorming en maakt het onmogelijk om tot een correcte financiering te komen.

2. Wie wil nog wachtdienst doen en onder welke voorwaarden?

In België wordt het als een vanzelfsprekendheid ervaren dat men ten allen tijde medische verzorging kan verkrijgen. Door de vrije toegang tot eerste en tweede lijn kunnen patiënten zich buiten de reguliere werkkuren op eigen initiatief aanmelden op de spoedafdeling van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kan men de huisarts van wacht contacteren voor een consultatie of huisbezoek. Artsen zijn niet vrij in hun keuze: zij zijn wettelijk verplicht deel te nemen aan de wachtdienst die de huisartsenkring organiseert. Zoals we al eerder hebben aangehaald, is het in bepaalde regio's echter moeilijk om de wachtdienst te blijven garanderen.

Vooraf in rurale gebieden, waarvan veel in het Zuiden van België (zie hoofdstuk II.2.a.), wordt men geconfronteerd met een onvoldoende instroom van nieuwe huisartsen om de vergrijzing van het lokale artsenkorps op te vangen. Een klein artsenkorps leidt tot een hogere werklast omdat elke huisarts meer wachtshiften moet draaien, wil men de continuïteit blijven garanderen. In de recente studie van het KCE over de huisartsenwachtdiensten (Jonckheer, et al., 2011) werd berekend dat het aantal onregelmatige uren en het aantal nachten dat een huisarts in een ruraal gebied jaarlijks presteert veel hoger ligt dan in semi-rurale en stedelijke gebieden. De mediaan voor 2009 bedroeg 630 uur en 38 nachten per arts in rurale gebieden, 326 uur en 20 nachten per arts in semi-rurale gebieden en 224 uur en 14 nachten per arts in stedelijke gebieden. Deze resultaten mogen niet verbazen gezien de wachtdienst in rurale gebieden vaak door een relatief klein aantal artsen gedragen wordt (Jonckheer, et al., 2011).

Naast de werkbelasting die weekend- en weekwachten met zich meebrengen, worden huisartsen ook vaker geconfronteerd met agressie en onveilige situaties. De kans is vooral groot tijdens huisbezoeken en zou meer uitgesproken zijn in de grote steden (Philips, 2010). De vaak aangehaalde vervrouwelijking van het beroep en het groeiende verlangen van zowel vrouwelijke als mannelijke huisartsen naar een beter evenwicht tussen werk en privé leggen daarbij een extra belasting op het uitvoeren van de wachtdienst.

Bovendien zijn wachtdiensten niet op alle uren even rendabel. Vooral tijdens de zogenaamde "donkere uren" of "diepe nacht" houdt de huisarts zich beschikbaar voor een zeer laag aantal oproepen. Ongeacht de specifieke definitie van de "diepe nacht" blijkt uit de KCE studie (Jonckheer, et al., 2011) dat huisartsenkringen tijdens deze periode gemiddeld 1 à 2 contacten (huisbezoeken of consultaties) per 100.000 inwoners registreren. Deze fysiek en mentaal zware uren zijn met andere woorden niet bepaald winstgevend.

Deze problemen op het terrein tonen aan dat de dienstverlening van de eerste lijn buiten de reguliere uren steeds minder vanzelfsprekend wordt voor de huisartsen en de kringen. We kunnen deze ontwikkelingen als volgt in vraagvorm formuleren: wie wil nog wachtdienst doen en onder welke voorwaarden?

Afhankelijk van de antwoorden op deze vraag leggen huisartsenkringen andere klemtonen in de reorganisatie van de wachtdienst. Kijken we naar de kringen die kiezen voor een huisartsenwachtpost dan observeren we in grote lijnen volgende klemtonen:

1. In de meeste stedelijke gebieden en veel semi-rurale gebieden, waarvan veel in Vlaanderen, wordt de vergrijzing van de huisartsen en een eventuele verminderde instroom van nieuwe collega's voldoende opgevangen door de installatie van een huisartsenwachtpost. De veiligheid en de logistieke ondersteuning van de huisartsen worden als belangrijkste voorwaarden gezien om de wacht te kunnen blijven verzekeren. Door de hogere bevolkingsdichtheid en dus het groter aantal patiëntencontacten leggen deze projecten de klemtoon op een verregaande "professionalisering" van de dienstverlening, wat zich vertaalt in belangrijke investeringen in onthaal, administratieve ondersteuning, management, vervoer en infrastructuur.
2. In de landelijke gebieden, waarvan veel in Wallonië, spelen veiligheid en logistieke ondersteuning uiteraard ook een belangrijke rol. Deze projecten zijn vaak wel meer bescheiden in hun uitgaven voor onthaal, administratieve ondersteuning, management, vervoer en infrastructuur. De soms grote en moeilijk bereikbare gebieden en de lage bevolkingsdichtheid vereisen vooral dat de huisarts vlot tot bij de patiënt geraakt (of omgekeerd). Vaak is het tekort aan artsen in deze landelijke gebieden acuter in vergelijking met de stedelijke en semi-rurale gebieden. De nadruk komt daardoor veel sterker te liggen op het aantrekken en behouden van voldoende artsen om de wacht te verzekeren, bijvoorbeeld via het vergoeden van zogenaamde "gardisten". Dit zijn artsen van buiten het wachtgebied die door de wachtpost worden betaald om wachtshiften uit te voeren. Ook de uren van de dag waarop men de wachtdienst wilt blijven verzekeren, is binnen diezelfde context een geladen thema. Meerdere kringen sluiten bijvoorbeeld de wachtpost gedurende de luwe "diepe nacht". Andere wachtposten blijven tijdens de diepe nacht wel geopend, maar betalen hun artsen een gewaarborgd inkomen via de subsidies die zij ontvangen van het RIZIV. Zo wordt de weinig rendabele diepe nacht toch overbrugd. Dit fenomeen blijft trouwens niet beperkt tot de landelijke regio's. Vanaf juli 2013 wordt zulk gewaarborgd inkomen niet langer gefinancierd in het kader van de huisartsenwachtposten. Andere huisartsenkringen, met of zonder wachtpost, kunnen hier immers ook geen aanspraak op maken. Bovendien zijn er wachtposten die een soortgelijk systeem voorzien, maar volledig gebaseerd op de solidariteit tussen de huisartsen. De honoraria worden centraal geïnd en herverdeeld zodat artsen die meer nachtshiften opnemen verzekerd zijn van een aanvaardbaar inkomen. Indien voldoende patiënten hun weg vinden naar de huisartsenwachtpost dan kan een dergelijk systeem perfect gedragen worden door de gezamenlijke wachtafactiviteit.

Bij de reorganisatie van de wacht is het dus belangrijk om zich bewust te zijn van de voorwaarden waaronder huisartsen in een specifieke regio de wachtdienst nog willen vervullen. Bekeken vanuit het perspectief van de financier is het minstens zo belangrijk om keuzes te maken over de noden die men wel of niet wil opvangen en over de manier waarop men dit wil doen. Nemen we het voorbeeld van het gewaarborgd inkomen. Het is begrijpelijk dat een huisarts een redelijk inkomen verwacht tijdens zijn of haar wachtdienst, ook indien men 's nachts de permanentie verzorgt. Om aan deze voorwaarde te voldoen, passen verschillende huisartsenwachtposten een herverdeling toe van de centraal geïnde artsenhonoraria. Dit systeem biedt de garantie dat huisartsen ook in minder drukke periodes van de wacht vergoed worden voor hun arbeid. Als de reorganisatie van een wachtdienst echter niet rendabel genoeg is om de tijdsinvestering van de huisartsen via de geïnde honoraria te vergoeden dan dient men zich af te vragen of de overheid dit tekort moet dragen bovenop de financiering van de investerings- en werkingskosten van de wachtpost.

3. Belendende subsidies

De financiering van de huisartsenwachtposten is slechts één van de instrumenten ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde.

De basisfinanciering die de organisatie van de wachtdiensten op de eerste lijn en de lokale vertegenwoordiging van de huisartsen mogelijk maakt, is de kringfinanciering die in 2008 vastgesteld werd op 0,2 EUR per inwoner van de huisartsenzone²⁰. Deze kan aangevuld worden met een bijkomende financiering van 0,175 EUR per inwoner voor de installatie van een centraal oproepnummer. In het geval er geen centraal oproepnummer voorhanden is, maar het werkingsgebied van de kring rurale zones²¹ bevat dan kan het aanspraak maken op een aanvullende financiering van 0,125 EUR per inwoner van deze rurale zone(s). De basis- en aanvullende financiering worden jaarlijks geïndexeerd²².

Bij de uitoefening van de wachtdienst kunnen individuele huisartsen bovendien aanspraak maken op een beschikbaarheidshonorarium²³. Daarnaast mogen zij een wachttoeslag vragen aan de patiënt voor raadplegingen in het kader van de georganiseerde wachtdienst vanaf 19 uur tot 21 uur of een permanentietoeslag voor raadplegingen in het kader van de eigen praktijkorganisatie tussen 18 uur en 21 uur²⁴.

Voorts zijn er nog federale projecten zoals het unieke oproepnummer 1733 en de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN). Het 1733-project van de FOD Volksgezondheid beoogt het oproepnummer 1733 als uniek nummer voor niet-dringende medische hulp in gans België te installeren. Op die manier zou de burger niet langer op zoek moeten gaan naar de gegevens van de huisarts van wacht en zouden oproepen nationaal getrieerd kunnen worden naar de correcte vorm van hulpverlening. Er lopen proefprojecten in Luxemburg, Henegouwen en Brugge (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2010). De lokale multidisciplinaire netwerken hebben hun belang in het kader van de zorgtrajecten²⁵ rond de aanpak, de behandeling en opvolging van patiënten met een chronische ziekte zoals chronische nierinsufficiëntie of diabetes type 2. De financiering van de LMN beoogt de samenwerking tussen lokale zorgverleners (huisarts, specialisten, verpleegkundigen, diëtisten, podologen, apothekers en diabeteseducatoren) te bevorderen. De huisartsenkring en de lokale geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) ontvangen de financiering voor de tewerkstelling van een zorgtrajectpromotor en de werkings- en beheerskosten die eraan verbonden zijn²⁶.

20. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/18008717?ie2Term.=huisartsenkringen>.

21. Een rurale zone wordt gedefinieerd als een gemeente binnen de huisartsenzone waarvan de bevolkingsdichtheid onder de 125 inwoners per km² ligt (art. 5 van het K.B. van 04.06.2003).

22. Voor 2013 bedraagt de geïndexeerde basisfinanciering (per inwoner) 0,2260 EUR, de aanvullende financiering voor het centraal oproepnummer (per inwoner) 0,1977 EUR en voor een lage bevolkingsdensiteit (per inwoner) 0,1412 EUR.

23. <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/availability/index.htm>.

24. <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/general-information/guard>.

25. <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/tdszt/index.htm>.

26. <http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/network/network02.asp>.

In een aantal gevallen kan men zich vragen stellen over de verhouding tussen deze verschillende financieringsbronnen. Het beheer van al deze subsidies is bovendien verspreid binnen de federale overheid en de financiële rapportage is zeer uiteenlopend. In de praktijk wordt de besluitvorming over de financiering van de individuele huisartsenwachtposten hierdoor soms bemoeilijkt.

> Enkele voorbeelden:

- meerdere huisartsenwachtposten werken met een loontrekkende coördinator. Bij verschillende van deze projecten blijkt deze persoon tevens de zorgtrajectpromotor te zijn die tewerkgesteld wordt via de LMN-subsidie. Tot 2012 was er geen duidelijk zicht op de werkuren die betaald werden via de LMN-subsidie en de wachtpostsubsidie. Bovendien wordt de infrastructuur van de wachtpost vaak gebruikt voor activiteiten van het LMN (bv. het bureau waar de zorgtrajectpromotor/wachtpostcoördinator werkt) en/of de kring (bv. de vergaderzaal of het bureau van de secretaresse van de kring/wachtpost), zonder dat dit gerapporteerd wordt aan het RIZIV. Het risico op dubbele financiering of substitutie van subsidies is in beide gevallen uiteraard groot
- een deel van de financiering van de huisartsenwachtposten gaat naar de kosten voor telefonie, fax en internet. Ook hier bestaat het risico van substitutie wanneer kosten voor telefonie verbonden aan de wachtdienst tijdens de week ingebracht worden voor vergoeding in het kader van de wachtpost die normaal enkel instaat voor de weekendwacht. Bovendien ontvangen de huisartsenkringen die beschikken over een wachtpost in veel gevallen reeds een subsidie voor het centraal oproepnummer via de kringfinanciering. Via deze subsidie worden de kosten gedragen voor “een bemande telefooncentrale die de oproepen tijdens de wachtdienst centraliseert, ze behandelt volgens vastgelegde afspraken [en] de patiënten ... [doorverwijst] naar de meest adequate verstrekker.”²⁷ Een duidelijke, uniforme regeling lijkt hier aangewezen.
- de 7 wachtposten uit het project Luxemburg-Dinant nemen deel aan het proefproject 1733. Door technische beperkingen kunnen de oproepen die ontvangen worden via het nummer 1733 echter niet rechtstreeks doorgeschakeld worden naar de wachtposten. De wachtposten zijn dus genoodzaakt om telkens zelf de patiënt op te bellen na het nummer ontvangen te hebben via de 1733-medewerker. Het spreekt voor zich dat dit hoge telefoonkosten tot gevolg heeft. Minder vanzelfsprekend is dat deze kosten worden doorgerekend via het budget voor de wachtposten en niet via het project 1733.

IV. Financieringsmodel voor de huisartsenwachtposten

1. Gestandaardiseerde financieringsprincipes

Uit de situationele schets in hoofdstuk II en de probleemstelling in hoofdstuk III blijkt de nood aan een beleidsinstrument dat een gecontroleerde besluitvorming over de financiering van de huisartsenwachtposten toelaat. Met dit doel voor ogen ontwikkelde de werkgroep “huisartsenwachtposten” van de NCGZ in de loop van het eerste semester van 2012 een reeks gestandaardiseerde financieringsprincipes.

27. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/18008717?ie2Term=huisartsenkringen>.

Het financieringsmodel moest de uitgaven in de sector beheersbaar maken en moest budgettaire ademruimte creëren voor nieuwe wachtpostprojecten. In plaats van historische, bottom-up enveloppes over te dragen van het ene jaar op het volgende werd het de bedoeling om de financiële noden op een uniforme manier af te leiden uit de karakteristieken van de wachtposten.

In dit hoofdstuk zullen we de financieringsprincipes en hun toepassing nader toelichten. Naast de nota's van de werkgroep huisartsenwachtposten van de NCGZ baseren we ons voornamelijk op 3 nota's Verzekeringscomité. Nota CGV 2012/248, goedgekeurd op 16 juli 2012, legt de financieringsprincipes vast. Nota CGV 2012/447, goedgekeurd op 21 december 2012, bevat enkele bijkomende toepassingsregels. Nota CGV 2013/263, goedgekeurd op 22 juli 2013, regelt de indexering van de lonen coördinatie, administratie en onthaal.

De resultaten van de enquête uit hoofdstuk II vormen het vertrekpunt van het financieringsmodel. De uitgavengroepen (kantoor materiaal, huur, vervoer, afschrijvingen, ...) worden verder onderverdeeld in 5 grote rubrieken: vaste/variabele operationele kosten, omkadering (coördinatie en administratie), onthaal, vervoer en niet-verrekende kosten. Deze laatste rubriek bevat de gerapporteerde uitgavengroepen die niet als structurele werkingskosten opgenomen worden in het financieringsmodel. Het gaat om farmaceutisch en medisch materiaal, afschrijvingen (andere dan hardware), verzorgend personeel, uitrusting van de consultatieruimte en bankkosten.

Door de som te maken van de uitgaven per rubriek krijgen we een zicht op hun gewicht binnen het totaal van de gerapporteerde uitgaven uit de enquête. Zoals blijkt uit tabel 11 gaat het grootste deel van de uitgaven naar lonen onthaal (27 %), vervoer (27 %) en de vaste/variabele operationele kosten (24 %). De kosten voor de coördinatie/administratie en de kosten die niet weerhouden worden in het financieringsmodel vertegenwoordigen beiden 11 % van de totale uitgaven van de wachtposten.

| Tabel 11: De gerapporteerde uitgaven (EUR) uit de enquête, per uitgavenrubriek | | |
|--|------------------|--------------|
| Vaste/variabele operationele kosten | 2.343.674 | 24 % |
| Onderhoud hardware en software | 297.895 | 3,0 % |
| Afschrijving hardware | 64.895 | 0,7 % |
| Kantoor materiaal | 96.830 | 1,0 % |
| Verzekering (uitgezonderd gebouw) | 54.473 | 0,6 % |
| Boekhouder | 115.188 | 1,2 % |
| Betaalautomaat | 35.700 | 0,4 % |
| Sensibilisatie | 56.332 | 0,6 % |
| Telefoon + fax + internet | 144.015 | 1,5 % |
| Andere kosten | 146.473 | 1,5 % |
| Sociaal secretariaat | 58.350 | 0,6 % |
| Opleiding | 34.596 | 0,4 % |
| Provisie (sociaal en andere) | 77.595 | 0,8 % |
| Coördinatie + administratie | 1.079.001 | 11 % |
| Onthaal | 2.656.089 | 27 % |
| Vervoer | 2.611.785 | 27 % |
| Niet-verrekende kosten | 1.088.949 | 11 % |
| Farmaceutisch en medisch materiaal | 126.358 | 1,3 % |
| Afschrijvingen (andere dan hardware) | 178.275 | 1,8 % |
| Verzorgend personeel | 194.070 | 2,0 % |
| Uitrusting van de consultatieruimte | 73.639 | 0,8 % |
| Bankkosten | 16.088 | 0,2 % |
| Totaal uitgaven 2010 | 9.779.498 | 100 % |

Voor elk van de 5 rubrieken legt het model specifieke financieringsprincipes en maximumbedragen vast. Bij het vastleggen van het gestandaardiseerde budget van een wachtpost wordt voor elk onderdeel van de werking de reële of geraamde uitgave uit de enquête vergeleken met het maximumbedrag. Indien de werkelijke kost lager ligt dan het maximum, dan wordt voor dat onderdeel de werkelijke kostprijs behouden. Indien de reële of geraamde uitgave hoger ligt dan het maximum, dan wordt deze laatste behouden in de berekening van het gestandaardiseerde budget voor de wachtpost.

De werkgroep berekende voor het financieringsmodel zoals het in juli 2012 werd voorgesteld aan het Verzekeringscomité een potentieel besparingseffect van ongeveer 3 miljoen EUR ofwel 33 % van wat toen gekend was aan werkingskosten. De blinde toepassing van de standaardisatieprincipes zou met andere woorden een financiële adering betekenen voor het merendeel van de wachtposten. Hoewel dit heel wat ademruimte zou creëren voor nieuwe projecten, zou het eveneens de goede werking van veel bestaande posten in het gedrang brengen. Daarom worden bij de implementatie van het model volgende bijzonderheden in acht genomen:

- de standaardisatie wordt in 3 fasen doorgevoerd zodat de bestaande wachtposten de tijd krijgen om zich aan te passen aan de nieuwe regels. Sommige werkingskosten vloeien immers voort uit tijdsgebonden contracten die de wachtpost is aangegaan met zijn personeel, de eigenaar van het gebouw waarin men gevestigd is of de externe firma die men inschakelt voor het vervoer. In de eerste fase (werkingskosten voor 2012) worden de beheersvergoeding, catering en representatie geschrapt uit de financiering (zie hieronder, niet-verrekende kosten). Vanaf 2013 worden de overige niet-verrekende kosten geschrapt. In deze tweede fase worden eveneens de standaardisatieprincipes voor de vaste en variabele kosten en de vervoerskosten toegepast. In de derde fase (vanaf 2014) worden ten slotte de personeelskosten (onthaal, coördinatie en administratie) gestandaardiseerd
- indien een wachtpost zich in de vooropgestelde termijn niet kan aanpassen aan de standaardisatie dan worden de meeruitgaven voor sommige onderdelen tijdelijk aanvaard. De wachtpost dient in dat geval wel een actieplan op te stellen om zijn uitgaven op termijn te laten dalen tot het maximum van de standaardisatie
- in de loop van 2012 kregen de wachtposten de mogelijkheid om eenmalige en structurele correcties op hun financiering aan te vragen. De eenmalige correcties hebben tot doel om eventuele tekorten uit het verleden te dichten of eenmalige grotere uitgaven zoals verbouwwerken te bekostigen. De structurele correcties hebben tot doel de financiering van de wachtposten te actualiseren binnen de krijtlijnen van het standaardisatiemodel. De gegevens uit de enquête zijn immers de reële werkingskosten van 2010 of in het geval van sommige wachtposten ramingen van werkingskosten. Om de huidige structurele noden van de wachtposten in rekening te kunnen brengen, werd daarom bij het vastleggen van de gestandaardiseerde budgetten voor 2013 individueel overleg gepleegd met elke wachtpost.

1.a. Vaste en variabele operationele kosten

De rubriek “operationele kosten” dient om de werkingskosten (informatica, bureaumateriaal, verzekering, huur, onderhoud ...) van de wachtposten te dekken. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de vaste en de variabele operationele kosten.

VASTE KOSTEN

Het model gaat uit van een reeks vaste kosten voor alle wachtposten, ongeacht de grootte van de post. Het maximumbedrag dat per onderdeel van de vaste kosten gefinancierd kan worden, komt overeen met de mediaan van de reële kosten in 2010 (zie hoofdstuk II.3.). Dit is niet het geval voor de bedragen die gevolgd worden door een *. Voor deze onderdelen wordt de mediaan uit de enquête te laag geacht om een wachtpost op een gedegen manier te laten functioneren. Deze bedragen heeft de werkgroep van de NCGZ bijgevolg verhoogd in overeenstemming met het derde kwartiel of percentiel 90²⁸ voor dat onderdeel in de enquête. Tabel 12 geeft een overzicht van de vaste kosten en de bijhorende maximumbedragen.

Tabel 12 : Maximumbedragen voor de vaste operationele kosten van een wachtpost

| Uitgavenpost | Bedrag (EUR) |
|--|-------------------|
| Onderhoud hardware en software | 16.000 * |
| Provisie hardware | 1.500 * |
| Kantoomateriaal | 1.500 EUR / 2.500 |
| Verzekering aansprakelijkheid beheerders | 641 |
| Boekhouder | 2.124 EUR / 4.000 |
| Betaalautomaat | 1.166 |
| Sensibilisatie | 1.500 * |
| Telefoon + fax + internet | 3.846 |
| Andere kosten | 5.000 * |
| Sociaal secretariaat | 2.125 |
| Opleiding | 2.500 * |
| Sociaal passief | 5.000 * |

Onderhoud hardware en software bevat alle onderhoudskosten voor de computerinfrastructuur van de wachtpost. Soms verloopt dit onderhoud via een contract met een vaste maandelijkse of jaarlijkse prijs. Het grootste deel gaat echter naar medische software voor het beheer van patiëntengegevens en verslagen (Trigonia, Health Guard, Medibridge, ...) en software om de wachtverdeling te beheren (Permamed, ...). Deze softwarepakketten werken meestal met een licentie per huisarts, waardoor de totale kost op kan lopen voor wachtposten waar veel huisartsen actief zijn.

De wachtposten kunnen een provisie voor hardware aanleggen waarmee zij periodiek hun computerinfrastructuur kunnen vervangen. Dit is een van de weinige provisies die in het model vervat zijn. Naast de desktop(s) in de consultatieruimte(s) en aan het onthaal hebben veel wachtposten een laptop of ipad die de huisarts meeneemt tijdens huisbezoeken. Meerdere projecten hebben ook een eigen server, wat meestal neer komt op een dure investering.

Onder kantoomateriaal wordt het klassieke verbruiksmateriaal verstaan (enveloppes, papier, pen-nen, ringmappen, nietjes, plakband, ...), maar ook postzegels en inktpatronen. Het maximumbedrag in het model bedraagt 1.500 EUR, tenzij de wachtpost werkt met centrale inning van de honoraria die de patiënten betalen in de wachtpost of naar aanleiding van een huisbezoek. In dat geval wordt het maximumbedrag opgetrokken naar 2.500 EUR. Bij centrale inning worden de honoraria van de huisartsen gedurende de wacht geïnd op de rekening van de wachtpost en later herverdeeld onder de huisartsen.

28. In tegenstelling tot de maximumbedragen die overeenstemmen met de mediaan uit de enquête, werden de maximumbedragen afgeleid uit het 3e kwartiel of percentiel 90 steeds afgerond naar een veelvoud van 500.

De huisartsen gebruiken getuigschriften voor verstrekte hulp en geneesmiddelenvoorschriften van de wachtpost. Deze gezamenlijke “boekjes” worden eveneens gerekend onder het kantoomateriaal wat de hogere kost in het geval van centrale inning deels verklaart.

In de vaste kosten zit enkel de verzekering voor de aansprakelijkheid van de beheerders van de wachtpost. De verzekeringen voor het personeel, de infrastructuur en eventueel de wagen van de wachtpost worden verrekend onder de rubrieken coördinatie-administratie, onthaal, huur (variabele kosten) en vervoer. Meerdere wachtposten hebben naast de aansprakelijkheid van de beheerders eveneens een verzekering per wachtdoende huisarts afgesloten. Deze kosten worden om twee redenen niet langer gefinancierd in het kader van dit model. Ten eerste heeft elke huisarts reeds een individuele verzekering die zijn aansprakelijkheid dekt tijdens de wachtdienst. Deze dekt de activiteit tijdens de weekwacht en normaal gezien ook tijdens het weekend zoals het geval is in de gebieden waar men werkt via een klassieke wachtdienst. Ten tweede zou de financiering van een extra verzekering voor de individuele huisartsen van een wachtpost gezien kunnen worden als een discriminerende maatregel ten aanzien van de gebieden zonder wachtpost waar de huisartsen de kosten van hun verzekering tijdens de wacht zelf moeten dragen.

De boekhouder is een vast onderdeel van bijna elke wachtpost. In het geval van centrale inning van de artsenhonoraria voorziet het model een hoger maximumbedrag (4.000 EUR i.p.v. 2.124 EUR). In dergelijke gevallen is er immers een extra werklast verbonden aan de herverdeling van de honoraria onder de artsen.

De uitgaven voor de betaalautomaat zijn afhankelijk van een aantal factoren. In de eerste plaats zijn er de gebruikskosten per transactie. Hoe meer consultaties en huisbezoeken er plaatsvinden, hoe hoger deze kosten. Een tweede factor is het type toestel dat men gebruikt. Mobiele toestellen die men gebruikt tijdens huisbezoeken zijn gevoelig duurder dan vaste toestellen. Een derde factor is het aantal van deze toestellen dat men in gebruik heeft. Sommige wachtposten hebben bijvoorbeeld 2 mobiele toestellen in gebruik. Tenslotte is het huren dan wel het aankopen van de betaalautomaat van invloed op de kostprijs. Het huren van de betaalautomaat is gebruiksvriendelijker in het geval een toestel vervangen dient te worden, maar is duurder in gebruik omwille van de bijkomende huurprijs. Voorlopig wordt in de financiering geen rekening gehouden met deze factoren.

Het onderdeel sensibilisatie bevat de kosten voor het onderhoud en de hosting van de website van de wachtpost. Daarnaast kan een deel van het jaarlijkse bedrag worden opgespaard als provisie voor de communicatie naar de bevolking. Bij de opstart van elk project wordt geïnvesteerd in de bekendmaking en zichtbaarheid van de wachtpost bij de bevolking. Hiervoor wordt doorgaans een apart budget voorzien in de investeringskosten (zie hoofdstuk IV.2.b.). Periodiek kan het echter nodig zijn om een nieuwe campagne te lanceren. Hiervoor kan de wachtpost voornoemde provisie aanspreken.

Zoals bij de betaalautomaat zijn de kosten voor telefonie, fax en internet afhankelijk van meerdere factoren. Een eerste factor is de gebruiksfrequentie van de toestellen. Een tweede factor is het type toestellen dat men gebruikt. Naast de vaste toestellen gebruiken veel wachtposten gsm-toestellen voor de huisartsen die huisbezoeken afleggen, maar soms ook voor de bestuursleden en/of de coördinator. In bepaalde gevallen wordt er naast de internetverbinding in de wachtpost ook een abonnement betaald voor mobiel internet zodat de huisartsen tijdens huisbezoeken verbinding kunnen maken met het netwerk van de post. Een derde factor is het aantal toestellen en lijnen dat men in gebruik heeft. Verschillende wachtposten hebben meerdere lijnen in gebruik (onthaal, kabinetten van de huisartsen, secretariaat/coördinator, ...). Een vierde factor zijn de uiteenlopende abonnementskosten die sterk kunnen verschillen tussen providers.

Wat we kunnen verstaan onder andere kosten wordt in het model niet specifiek omschreven. Hieronder vallen de uitgaven die niet structureel gevat worden in de andere rubrieken. Dit wilt niet zeggen dat eender welke uitgave die men kan bedenken bij dit onderdeel in aanmerking komt voor financiering. Lidgelden voor overkoepelende verenigingen zoals FAG of Wachtposten Vlaanderen worden bijvoorbeeld niet langer aanvaard. Bij het opstellen van het jaarbedrag wordt dit onderdeel zo precies mogelijk ingeschat. Op het einde van het werkingsjaar dient de wachtpost de uitgaven in deze rubriek te staven en wordt beslist of zij al dan niet aanvaard worden. Verschillende projecten nemen in dit onderdeel de kosten op voor het onderhoud van de beveiliging van de wachtpost.

Het sociaal secretariaat verzorgt de loonadministratie van de wachtposten in het geval deze een coördinator, administratief medewerker, onthaalpersoneel of chauffeurs in eigen dienst heeft. Hoe meer personeel de wachtpost in eigen dienst heeft, hoe hoger de kosten. Het model houdt hier op dit moment geen rekening mee. De meeste sociaal secretariaaten rekenen ook bijkomende kosten aan in het geval een wachtpost vragen heeft over loonadministratie of tewerkstellingsvoorwaarden.

Onder opleiding verstaan we doorgaans de vorming van het personeel van de wachtpost. Dit kan gaan om interne of externe opleidingen EHBO, klantvriendelijkheid, omgaan met agressie, boekhouding, procedures voor het behandelen van oproepen, ... Er bestaan eveneens opleidingen voor de huisartsen in het gebruik van de medische software en de wachtverdelers, maar deze worden meestal bij aanvang van het project verrekend in de investeringskosten.

Als laatste vaste kost is er het sociaal passief. Dit is de derde provisie in het financieringsmodel. In het geval een wachtpost eigen personeel in dienst heeft, dient het een sociaal passief aan te leggen dat enkel aangesproken wordt wanneer een personeelslid ontslagen wordt. Dit betekent meteen dat dit onderdeel van de financiering wegvalt eenmaal het sociaal passief volledig is aangelegd. Er zijn op dit moment nog geen duidelijke regels over de manier waarop het sociaal passief opgebouwd en aangewend kan worden. De wachtposten volgen hierin verschillende regels. Er is nood aan duidelijke afspraken over de precieze doelstellingen van het bedrag van het sociaal passief waarbij voornamelijk rekening moet worden gehouden met de hypothese waarin de subsidie voor de huisartsenwachtpost zou wegvallen of ontoereikend zou zijn. In afwachting van uniforme regels werd het jaarlijkse bedrag vastgelegd op 5.000 EUR. In het geval het opgebouwde sociaal passief van een wachtpost ontoereikend is op het moment dat een personeelslid ontslagen wordt, dan wordt dit momenteel opgevangen via een eenmalige correctie na voorlegging van de problematiek aan de werkgroep van de NCGZ.

VARIABELE KOSTEN

Het geheel van de huur, nutsvoorzieningen en verzekeringen in verband met het gebouw worden in het model beschouwd als variabele kosten in functie van het aantal inwoners en de gemeente waar de wachtpost gevestigd is. Er wordt vanuit gegaan dat projecten die een groter aantal inwoners bedienen een groter aantal consultaties te verwerken heeft en dus een grotere infrastructuur nodig heeft. Verder wordt aangenomen dat de huurprijs per m² van een gebouw gemiddeld duurder of net goedkoper is afhankelijk van de gemeente waar men een wachtpost wil vestigen.

Om de oppervlakte van een wachtpost in functie van het aantal inwoners te kunnen inschatten, werden de projecten uit de enquête eerst opgedeeld in 3 groepen volgens het aantal inwoners van hun werkingsgebied:

- 1) [0 – 75.000 inwoners]
- 2) [75.001 – 150.000 inwoners]
- 3) > 150.000 inwoners.

Binnen elke groep werd vervolgens de verdeling van de oppervlakten van de gebouwen berekend en van de ruimte die essentieel is om een wachtpost te laten functioneren, namelijk het geheel van de kabinetten, het onthaal en de wachtzaal (zie tabel 13). We berekenen de spreidingsmaten op het niveau van de projecten, wat wil zeggen dat we voor de 3 gebouwen in Gent en de 2 gebouwen van La Louvière-Binche telkens één globale oppervlakte gebruiken²⁹. De mediaan van de oppervlakte van het totale gebouw ligt voor de groepen 1 en 2 rond 150 m². Voor de projecten met meer dan 150.000 inwoners bedraagt de mediaan bijna 200 m². De oppervlakte van het totale gebouw varieert sterk binnen elke groep, deels omdat in sommige gebouwen ook andere organisaties zoals het OCMW, Kind en Gezin of de brandweerdienst actief zijn. De spreiding van de essentiële ruimte (kabinetten + onthaal + wachtzaal) is veel kleiner en bevat minder extreme waarden. De mediaan voor de essentiële ruimte ligt in alle 3 de groepen echter vrij laag, waardoor we ze moeilijk als realistische basis kunnen gebruiken bij de berekening van de maximumbedragen. Daarom werd beslist om per groep de (afgeronde) mediaan van de oppervlakte van het totale gebouw te nemen als benodigde oppervlakte in onze berekeningen.

De benodigde oppervlakte per groep wordt vervolgens vermenigvuldigd met een huurprijs per m² die afhankelijk is van de gemeente waar de wachtpost gevestigd is. Voor de gemeenten waar geen specifieke prijs per m² beschikbaar is, wordt de huurprijs van een vergelijkbare naburige gemeente genomen. Tenslotte wordt dit maandbedrag verhoogd met 15 % kosten voor nutsvoorzieningen.

Voor een wachtpost gevestigd in de gemeente Spa met een werkingsgebied van 120.000 inwoners bedraagt het maximumbedrag voor huur + nutsvoorzieningen + verzekeringen in verband met het gebouw:

$$18,07 \times 150 \times 1,15 \times 12 = 37.405 \text{ EUR.}$$

Voor eenzelfde wachtpost gevestigd in Sint-Niklaas (de goedkoopste gemeente uit de lijst) is het maximumbedrag:

$$9,68 \times 150 \times 1,15 \times 12 = 20.038 \text{ EUR.}$$

Vergelijken we dit met de spreiding van de reële uitgaven uit de enquête (tabel 13) dan bevindt het maximumbedrag voor Spa zich rond percentiel 75 van groep 2. Het bedrag voor Sint-Niklaas, dat meteen het laagst mogelijke maximumbedrag is, bevindt zich rond percentiel 75 van groep 1.

29. Voor Gent en La Louvière-Binche beschikken we via de enquête immers alleen over gecumuleerde gegevens.

Tabel 13 : Verdeling van de totale oppervlakte van de gebouwen, de “essentiële” ruimte, het aantal consultatieruimtes en de huurprijs, per project en aantal inwoners

| Groep inwoners | Aantal posten | Mediaan kabinetten | Oppervlakte gebouw ³⁰ | | | | | Oppervlakte kabinetten + wachtzaal + onthaal ³¹ | | | | |
|----------------|---------------|--------------------|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|--|-----------|-----------|------------|------------|
| | | | P10 | P25 | P50 | P75 | P90 | P10 | P25 | P50 | P75 | P90 |
| Groep 1 | 13 | 3 | 67 | 108 | 157 | 200 | 343 | 61 | 64 | 90 | 116 | 132 |
| Groep 2 | 16 | 3 | 59 | 83 | 148 | 193 | 335 | 50 | 70 | 90 | 138 | 200 |
| Groep 3 | 8 | 3 | 101 | 128 | 198 | 310 | 703 | 72 | 94 | 128 | 175 | 312 |
| Totaal | 37 | 3 | 61 | 102 | 154 | 234 | 370 | 54 | 65 | 97 | 133 | 219 |

Huur + nutsvoorzieningen + verzekering (uitgaven 2010)

| Groep inwoners | Aantal posten | Gem. | Min. | P10 | P25 | P50 | P75 | P90 | Max. |
|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Groep 1 | 13 | 18.652 | 3.000 | 4.634 | 10.000 | 17.134 | 29.100 | 30.606 | 35.780 |
| Groep 2 | 16 | 26.521 | 4.310 | 7.806 | 15.487 | 26.108 | 37.546 | 43.037 | 57.614 |
| Groep 3 | 8 | 34.083 | 10.798 | 17.701 | 26.883 | 34.376 | 43.520 | 50.585 | 52.211 |
| Totaal | 37 | 25.391 | 3.000 | 7.846 | 15.298 | 26.000 | 35.780 | 42.830 | 57.614 |

De maximale onderhoudskosten worden door het financieringsmodel vastgelegd op 35 % van het bedrag voor de huur + nutsvoorzieningen + verzekeringen in verband met het gebouw. Onder de onderhoudskosten worden het schoonmaken van de wachtpost, het wassen van het linnengoed, de kosten voor afvalverwerking en kleine herstellingen verstaan.

1.b. Coördinatie en administratieve ondersteuning

Lonen hebben in vergelijking met de eerder besproken vaste en variabele kosten het voordeel dat ze exact berekend kunnen worden mits het aantal te presteren uren, de anciënniteit, het barema en de eventuele onregelmatige uren gekend zijn. Voor de wachtposten die een volledig weekend geopend³² zijn (60u) kunnen de coördinator en administratief medewerker samen maximum 0,8 voltijds equivalent (VTE)³³ bedragen, waarvan maximum 0,6 VTE voor de coördinator. Voor de coördinator gaat het financieringsmodel uit van loonschaal 1.80 (paritair comité 330.1) en 10 jaar anciënniteit. Dit komt overeen met een niet-geïndexeerd maandbarema van 2.315,51 EUR (basis 2004). In de loonberekening voor de coördinator wordt per week 2 uur avondwerk met een toeslag van 20 % en 2 uur zaterdagwerk met een toeslag van 26 % opgenomen.

Voor de administratief medewerker wordt loonschaal 1.39 (PC 330.1) en 10 jaar anciënniteit als basis genomen, wat overeen komt met een niet-geïndexeerd maandbarema van 1.532,54 EUR (basis 2004). Er wordt bij de berekening van de loonkosten niet uitgegaan van onregelmatige uren voor de administratief medewerker.

30. Let op: sommige projecten hebben post gevat in een gebouw waar ook andere activiteiten plaatsvinden, waardoor de oppervlakte van het volledige gebouw groot is in vergelijking met de andere projecten.

31. Deze “essentiële” oppervlakte kent een veel kleinere spreiding dan de totale oppervlakte van de gebouwen en vertoont minder extreme observaties.

32. Onder openingsuren wordt verstaan: de uren waarop een patiënt een huisarts kan consulteren in de wachtpost. De uren waarop de wachtpost fysiek gesloten is en de huisartsen enkel huisbezoeken afleggen, worden niet gerekend als openingsuren.

33. Waarbij 1 VTE overeenkomt met een 38-uren werkweek. 0,8 VTE komt dus overeen met 30,4 uur ofwel een 4/5e werkweek.

Uitgaande van deze parameters bedraagt het maximumbedrag voor coördinator en administratie samen 51.602,20 EUR vanaf 1 januari 2013. Indien een wachtpost in het weekend minder dan 60 uur geopend is, dan wordt dit totaalbedrag proportioneel verrekend aan het werkelijk aantal openingsuren. Voor 48 openingsuren betekent dit dus een maximumbedrag van 41.281,76 EUR. Indien een wachtpost in het weekend minder dan 24 uur open is, dan wordt er geen budget voor coördinatie en/of administratie toegekend.

In principe is het bedrag van 51.602,20 EUR een absoluut maximum, ook indien de wachtpost tijdens de avonden van de week geopend is en dus meer dan 60 openingsuren³⁴ heeft. Enkel in het geval meerdere wachtposten samenwerken en door schaalvergroting de globale werkingskosten voor de betrokken posten kunnen verminderen, kan het aantal werkuren eventueel in overleg verhoogd worden. Een voorbeeld hiervan zijn de 7 wachtposten van het project Luxemburg-Dinant waar eenzelfde coördinator voltijds instaat voor het gehele gebied.

Binnen de hierboven beschreven krijtlijnen kunnen de wachtposten zelf bepalen hoe ze de coördinatie/administratie organiseren. Daarbij is de wachtpost niet verplicht om het paritair comité 330.1 en de loonschalen 1.80 en 1.39 toe te passen. Deze worden enkel gebruikt om het maximumbedrag te berekenen. Wanneer een wachtpost bijvoorbeeld een professioneel bachelor aangeworven heeft als loontrekkende coördinator, dan spreekt het voor zich dat er een andere, lagere loonschaal wordt gebruikt overeenkomstig het opleidingsniveau van die medewerker en niet de loonschaal 1.80 of equivalent daarvan. Een wachtpost kan er ook voor kiezen om de coördinator minder uren te laten presteren, waardoor binnen hetzelfde budget meer uren vrijkomen voor de administratief medewerker of onregelmatige uren voor deze laatste betaald kunnen worden. Zolang de totale kost voor de coördinator en de administratieve kracht het maximumbedrag niet overschrijdt en de coördinator niet meer dan 0,6 VTE presteert, is de wachtpost vrij om eigen klemtonen te leggen.

Zoals de rubriek hierboven is uitgewerkt, is de coördinator een loontrekkende medewerker. Bepaalde wachtposten verkiezen echter om deze taak³⁵ toe te vertrouwen aan een of meerdere huisartsen of bestuursleden van de kring. In dit geval word(t)(en) de arts(en) met een coördinerende rol nominatief vermeld in de overeenkomst met de wachtpost.

Recent is er discussie ontstaan of PC 330 dan wel PC 337 het bevoegde paritair comité is bij de tewerkstelling van personeel in een huisartsenwachtpost. Hoewel we, zoals gezegd, vertrekken van PC 330 voor de berekening van de maximumbedragen, doen we verder geen uitspraken over het paritair comité dat in de praktijk effectief zou moeten worden toegepast. Een eventuele uitspraak in het voordeel van PC 337 zal een impact hebben op het maximumbedrag voor de rubriek coördinatie en administratieve ondersteuning.

1.c. Onthaal

Zoals bij de rubriek “coördinatie en administratieve ondersteuning” wordt het maximumbedrag voor het onthaal berekend op basis van een gegeven aantal openingsuren, anciënniteit, barema en onregelmatige uren.

34. Het financieringsmodel houdt enkel rekening met de weekendwacht. De eventuele activiteit tijdens de avonden van de week heeft geen invloed op de maximumbedragen en wordt in principe dus niet gefinancierd. Voor 5 wachtposten wordt een uitzondering op deze regel toegepast en de kostprijs en de meerwaarde van de weekwacht worden vanuit een wachtpost geëvalueerd.

35. Het gaat hierbij over de taken van een coördinator, niet over het financiële beheer van de wachtpost (= taak die toekomt aan de huisartsenkring) of de medische eindverantwoordelijkheid van de bestuursleden.

Voor de wachtposten die een volledig weekend geopend zijn (60u) komen maximaal 61 uur onthaal in aanmerking voor financiering. Verschillende wachtposten beginnen hun wachtactiviteit immers reeds op vrijdagavond, 19 uur en eindigen de weekendwacht op maandagochtend, 8 uur. Het model gaat uit van loonschaal 1.14 (PC 330.1) en 10 jaar anciënniteit. Dit komt overeen met een niet-geïndexeerd maandbarema van 1.266,84 EUR (basis 2004). Bij 61 uur onthaal worden de onregelmatige uren als volgt verrekend: 1 uur avondwerk aan 20 %, 14 uur zaterdagwerk aan 26 %, 22 uur nachtwerk aan 35 % en 24 uur zondagwerk aan 56 %.

De maximale kostprijs voor lonen onthaal bedraagt bijgevolg 106.983,54 EUR vanaf 1 januari 2013. De formule houdt rekening met het feit dat wachtposten die het onthaal in eigen beheer hebben een grotere reserve aan onthaalmedewerkers moeten aanleggen om afwezigheden wegens ziekte en verlof te kunnen opvangen³⁶. Indien een wachtpost in het weekend minder dan 61 uur geopend is, dan wordt dit totaalbedrag proportioneel verrekend aan het werkelijk aantal openingsuren. Voor 48 openingsuren betekent dit dus een maximumbedrag van 84.183,77 EUR. In tegenstelling tot het budget voor coördinatie en/of administratie geldt er geen minimum aantal openingsuren voor de rubriek onthaal.

Ook voor het onthaal wordt er geen specifieke organisatievorm opgelegd via de standaardisatieprincipes. Wachtposten kunnen naar eigen keuze werken met interimkrachten, studenten, eigen personeel of een mengeling hiervan. Het gebruik van PC 330.1 en loonschaal 1.39 wordt evenmin opgelegd. Een van de wachtposten schakelt bijvoorbeeld verpleegkundigen in voor het onthaal van zijn patiënten. Naast het onthaal nemen deze verpleegkundigen ook bepaalde paramedische taken op zich wat een ontlasting betekent voor de wachtdoende huisartsen. De verpleegkundigen worden door de post betaald op basis van een vooraf bepaald aantal administratieve en verpleegkundige prestaties per weekend en een vast forfait per type prestatie. Voor 2013 slaagt deze wachtpost er in om het maximumbedrag voor het onthaal te respecteren.

Ook voor het maximumbedrag voor het onthaalpersoneel is de discussie over het bevoegde paritair comité zoals we dit besproken hebben bij de rubriek coördinatie en administratieve ondersteuning van belang.

1.d. Vervoer

Zoals we reeds hebben aangehaald in hoofdstuk II.1.h. kan men onder vervoer verschillende zaken verstaan:

- het vervoer van de arts tijdens huisbezoeken door een wagen met chauffeur via een externe, al dan niet commerciële firma
- het vervoer van de arts tijdens huisbezoeken door een wagen met chauffeur in eigen beheer van de wachtpost
- de verplaatsing van de arts met zijn eigen wagen, eventueel met een extra onkostenvergoeding.

Ook het vervoer van patiënten naar de wachtposten via een (sociaal) taxisysteem of een combinatie van voorgaande formules bestaat op het terrein.

36. In nota CGV 2012/248 figureert een maximumbedrag van 81.320,65 EUR voor lonen onthaal. Dit bedrag houdt onvoldoende rekening met 1) de vervanging van onthaalmedewerkers wegens ziekte/verlof en 2) de gepresteerde uren tijdens feestdagen. Dit werd rechtgezet in nota CGV 2012/447.

Gezien contracten met externe commerciële vervoersfirma's doorgaans duurder zijn dan de andere formules wordt het maximumbedrag voor deze rubriek bepaald door het commercieel meest gunstige contract voor 60 uur artsenvervoer via een externe transportfirma voor 1 auto all-in met chauffeur. Initieel werd dit bedrag vastgelegd op 79.337,27 EUR (nota CGV 2012/248). Dit bedrag is gebaseerd op een uitslapende chauffeur, wat wil zeggen dat de chauffeur tijdens momenten van inactiviteit niet aanwezig hoeft te zijn in de wachtpost. De chauffeur dient in het geval van een oproep voor een huisbezoek binnen een bepaalde termijn (meestal 10 à 15 minuten) beschikbaar te zijn op de wachtpost. De periodes waarin de chauffeur niet op de baan is, worden lager vergoed.

Er bestaat echter discussie of de periode waarin de uitslapende chauffeur oproepbaar is zonder effectief prestaties te leveren al of niet beschouwd moet worden als arbeidstijd met de daarbij horende (hogere) verloning. Zoals beschreven in nota CGV 2012/447 hangt het antwoord op deze vraag af van 2 andere vragen, namelijk over welk soort vervoer gaat het en wat is het bevoegde paritair comité? De Vlaamse Gemeenschap, die mede bevoegd is over de eerste vraag, is van oordeel dat voor de uitslapende chauffeur steeds arbeidstijd moet worden betaald. Uit voorzichtigheid en in afwachting van een duidelijke uitspraak over deze kwestie, werd beslist om het maximumbedrag voor vervoer voorlopig te verhogen tot 112.200,00 EUR. Onder voornoemde voorwaarden is dit de kostprijs van de goedkoopste commerciële formule gekend bij de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Het maximumbedrag is proportioneel aan het werkelijk aantal uren artsenvervoer in het kader van de weekendactiviteit van de huisartsenwachtpost (dus max. 60u). Voor 48 uur artsenvervoer betekent dit dus een maximumbedrag van 89.760,00 EUR. Wanneer het werkingsgebied groter is dan 600 km² dan voorziet het financieringsmodel voor de daguren van het weekend (zaterdag en zondag van 8u tot 20u) een budget voor een tweede auto met chauffeur, namelijk 44.800,00 EUR. Deze financiering is eveneens proportioneel aan het werkelijk aantal uren artsenvervoer in het kader van de weekendactiviteit overdag (dus max. 24u).

Ook voor het vervoer worden de wachtposten opgeroepen om te zoeken naar mogelijkheden tot synergie. Indien meerdere wachtposten voor een groter gebied een gezamenlijk contract voor het vervoer zouden onderhandelen dan zou dit een gunstig effect moeten hebben op de totale kostprijs. Bovendien zou men in dergelijke gevallen op een flexibele manier extra auto's kunnen inzetten om piekmomenten op te vangen over de grenzen van de bestaande wachtposten heen. Tot hiertoe zijn er echter geen concrete voorbeelden van projecten waar men dit heeft kunnen realiseren.

1.e. Niet-verrekenende uitgaven

Een aantal uitgaven van de huisartsenwachtposten worden met de invoering van de standaardisatieprincipes niet langer gefinancierd. Een eerste groep uitgaven werd reeds geschrapt uit de budgetten voor het werkingsjaar 2012. Het gaat om de beheersvergoedingen van de wachtpost, de kosten verbonden aan catering en de representatiekosten. Vanaf 2013 wordt de betaling van volgende uitgaven eveneens geweigerd: farmaceutica en medisch materiaal, afschrijvingen, verzorgend personeel, uitrusting van de consultatieruimte en bankkosten. Bij een aantal van deze onderdelen staan we hieronder kort stil.

De beheersvergoedingen zoals bedoeld in nota CGV 2012/248 zijn de vergoedingen voor het financiële beheer van de wachtpost door de bestuursleden van de kring. De belangrijkste taak van de huisartsenkringen is de organisatie van de wachtdienst (Maroy, 2008). Om deze taak te kunnen verzorgen, ontvangen de kringen een subsidie van het RIZIV. De achterliggende redenering voor het schrappen van de beheersvergoedingen is dat het financiële beheer van de wachtdienst, met of zonder huisartsenwachtpost, reeds vergoed wordt via de kringsubsidie.

Bij de meeste wachtposten is veel weerstand ontstaan tegen het schrappen van de beheersvergoedingen voor de wachtpostverantwoordelijken. Dit onderdeel van de financieringsprincipes wordt op het terrein ervaren als een miskenning van de inspanningen en engagementen van de huisartsen die de wachtposten hebben opgebouwd. Er wordt geredeneerd dat zowel in de (soms lange) opstartfase van een wachtpost als de dagelijkse werking een belangrijke medische verantwoordelijkheid en tijdsinvestering gedragen wordt door de wachtpostverantwoordelijken die bovenop de klassieke kringwerking komt. Na kennisneming van deze bezwaren heeft de NCGZ erkend dat het werk van deze huisartsen op een correcte manier gehonoreerd dient te worden (nota CGV 2012/447). De NCGZ blijft echter bij haar standpunt dat dit dient te gebeuren via de financiële middelen van de huisartsenkringen. De werkgroep huisartsenwachtposten van de NCGZ heeft daarom de opdracht gekregen om in 2013 “de voorwaarden uit te werken voor [een] honoreringssysteem, rekening houdend met de financiële draagkracht van de betrokken kringen en strevend naar een gelijkwaardige behandeling tussen enerzijds de initiatieven met een wachtpost en anderzijds projecten met een andere vorm van reorganisatie van de wacht” (nota CGV 2012/447). Hiervoor dient men natuurlijk eerst een duidelijk zicht te krijgen op de financiële middelen die elke kring ter beschikking heeft³⁷. Hoewel eind 2013 op dat laatste vlak nog maar weinig vorderingen zijn gemaakt, zijn de eerste lijnen voor een honoreringssysteem in 2014 reeds vastgelegd.

Onder farmaceutica en medisch materiaal worden de geneesmiddelen verstaan die de huisarts verschafft tijdens een consultatie of huisbezoek en het klein medisch verbruiksmateriaal zoals verbanden, draad, pleisters, spatels, enzovoort. In vergelijking met de bijna unanieme verontwaardiging over het schrappen van de beheersvergoedingen is de reactie op het schrappen van de kosten voor farmaceutica en medisch materiaal heel verdeeld. Verscheidene wachtposten gaan niet akkoord met de beslissing, maar anderen redeneren dat de huisartsen van wacht in gebieden zonder huisartsenwachtpost deze kosten ook zelf dragen. Bovendien zit de vergoeding van het verbruiksmateriaal zoals verbanden en draden reeds vevat in de honoraria die de huisarts voor zulke prestaties kan aanrekenen. De volledige uitrusting van de wachtpost, inclusief het farmaceutisch en medisch materiaal, wordt in de meeste gevallen trouwens bij de opstart van de wachtpost verwerkt in de investeringskosten. Het RIZIV voorziet op die manier dus al een volledige basisuitrusting die de huisartsen zelf niet moeten bekostigen.

De afschrijvingen die sommige wachtposten nog meedragen uit het verleden worden in de loop van 2013 apart bekeken. Het financieringsmodel voorziet niet in een vaste rubriek afschrijvingen, maar herneemt wel bepaalde uitgaven in de vorm van een provisie (bv. hardware).

Onder verzorgend personeel worden verpleegkundigen verstaan die hoofdzakelijk paramedische taken uitvoeren en waarvoor de kosten “bovenop” deze voor de onthaalmedewerkers komen. Bij een van de wachtposten (zie hoofdstuk IV.1.c.) worden weliswaar verpleegkundigen tewerkgesteld, maar deze hebben een duidelijke onthaalfunctie en worden volledig gefinancierd binnen het budget voor de rubriek onthaal.

De uitrusting van de consultatieruimte wordt gefinancierd in het kader van de investeringskosten. Het financieringsmodel bevat geen provisie voor de vervanging van dit materiaal. Er wordt wel de mogelijkheid voorzien om uitgaven voor de vervanging van groter medisch materiaal zoals bijvoorbeeld een onderzoekstafel, na goedkeuring door de werkgroep huisartsenwachtposten van de NCGZ, te vergoeden via een eenmalige correctie.

37. De kringfinanciering kan uiteraard voor elke huisartsenkring exact berekend worden op basis van het inwonersaantal. De financiële reserves die veel kringen hebben opgebouwd, zijn echter niet gekend. De kringen dienen tot op heden immers geen financiële rapportage voor te leggen aan de FOD Volksgezondheid of het RIZIV.

2. Financieringsmodel in ontwikkeling

Hoewel het model pas in 2014 volledig geïmplementeerd zal zijn, kunnen we stellen dat 4 doelstellingen reeds gedeeltelijk gerealiseerd zijn:

1. Beheersing van de uitgaven

De toepassing van de eerste fase van het financieringsmodel heeft in 2012 een extra budgettaire ruimte gecreëerd van 367.972,66 EUR bovenop de som van 1.486.742,94 EUR dat nog beschikbaar was binnen het totale budget van 10.915.000 EUR na betaling van alle werkingskosten van de wachtposten³⁸. Via het beschikbare budget dat aldus 1.854.715,60 EUR bedroeg, kon het RIZIV 648.353,04 EUR aan eenmalige correcties voor de bestaande wachtposten betalen en 393.634,76 EUR aan investeringskosten voor de projecten in Leuven en Tienen. Voor 2013 laat de toepassing van de tweede fase van het financieringsmodel toe om structurele correcties op de werkingsbudgetten van de bestaande posten te bekostigen, inclusief de werkingskosten van de 3 nieuwe posten in Lier, Leuven en Tienen.

2. Gelijkheid tussen de projecten bevorderen

Dit betekent niet dat elk project hetzelfde jaarlijkse werkingsbudget zal ontvangen. Er blijven namelijk gevoelige verschillen bestaan in de financiering van elke wachtpost. Er is wel gelijkheid in de principes die toegepast worden bij het vastleggen van de werkingsbudgetten. Verschillen in de financiering kunnen zo beter teruggebracht worden tot gedocumenteerde verschillen in de organisatie.

3. Transparantie in de dossiers bevorderen

Het financieringsmodel noodzaakt ons tot een gerichte bevraging van de uitgaven en werkingsmodaliteiten van de wachtposten. Door de ontwikkeling van een uniforme rapportage en het intensieve overleg met de wachtposten hebben we een beter inzicht verworven in het functioneren van de projecten en de uitgaven die voorgelegd worden aan het RIZIV. Dit laat toe om:

- de projecten beter met elkaar te vergelijken
- op termijn te identificeren welke organisatievormen kostenefficiënt zijn
- de wachtposten te stimuleren om de eigen uitgaven kritisch te bevragen, te leren van andere wachtposten en alternatieven te zoeken
- de financiële controle van de projecten door het RIZIV efficiënter uit te voeren
- de budgetten van de individuele wachtposten voorspelbaar en beheersbaar te maken voor de NCGZ en het Verzekeringscomité
- de besluitvorming over de globale financiering te faciliteren.

4. Communicatie tussen de NCGZ en de wachtposten bevorderen

- door de financieringsprincipes af te toetsen aan de praktijk wordt het snel duidelijk of beleidsmakers en wachtposten al dan niet op dezelfde golflengte zitten. Er kan op een objectieve basis een consensus worden bereikt over wat noodzakelijk en gewenst is in de financiering van de wachtposten.

38. Nota CGV 2012/447.

2.a. Kritieken op het model

Bij de toepassing van het financieringsmodel kunnen we vaststellen dat niet alle mogelijke onderdelen van de verschillende wachtpostprojecten gevat worden door de standaardisatieprincipes. Deze confrontatie tussen model en realiteit noopt ons tot een andere constatactie, namelijk dat het financieringsmodel en bij uitbreiding het hele beleid rond de wachtposten niet is ingebed in een eenduidige, ruimere beleidsvisie inzake de wachtproblematiek. Daardoor wordt het model vatbaar voor een aantal externe kritieken. Daarnaast kunnen we zelf ook enkele kanttekeningen formuleren die intrinsiek zijn aan het model.

1. Het financieringsmodel legt voor elke rubriek en elk onderdeel daarbinnen een maximumbedrag vast. Toch worden de werkelijke kosten van een wachtpost behouden indien deze lager liggen dan het maximumbedrag. Men zou het als oneerlijk kunnen beschouwen dat niet elke wachtpost automatisch aanspraak kan maken op deze maximumbedragen. Ook na de toepassing van de standaardisatieprincipes blijven er op deze manier immers wachtposten bestaan met een erg hoog werkingsbudget in vergelijking met de zeer bescheiden financiering van anderen. Deze laatsten worden de dupe van hun eigen zuinigheid.

Afgezien van het feit dat een toekenning van de maximumbedragen aan alle wachtposten zou leiden tot een ongeziene explosie van het totale budget van de wachtposten, is het niet de bedoeling dat de ziekteverzekering werkingskosten financiert die de wachtpost nooit zal maken. Indien de reële uitgaven hoger liggen dan het maximum dan dient de wachtpost zijn organisatie aan te passen naar het voorbeeld van andere projecten die voor de rubriek in kwestie wel binnen de standaard blijven. Wanneer de uitgaven voor een rubriek lager liggen dan het maximum dan geeft dit de reële behoefte van de wachtpost aan. Enkel als er een aanwijsbare en verdedigbare reden is waarom deze lagere uitgaven in de toekomst zouden stijgen, kunnen ze op basis van de financieringsprincipes in rekening worden gebracht.

2. Het maximumbedrag voor bepaalde vaste operationele kosten is gebaseerd op de mediaan van de uitgaven in 2010. Men zou kunnen stellen dat de mediaan wel een heel strenge limiet is die weinig rekening houdt met de grotere wachtposten die veel huisbezoeken en/of consultaties te verwerken krijgen.

Dit is een terechte opmerking. Het aantal huisbezoeken en consultaties heeft bijvoorbeeld een invloed op de kosten voor de betaalautomaat, gezien men een vast bedrag betaalt per transactie. Uit de individuele gesprekken met de wachtposten blijken ook de kosten voor het sociaal secretariaat vaak hoger te liggen dan het gehanteerde maximum wanneer men veel personeel in eigen beheer heeft.

De maximumbedragen in het financieringsmodel kunnen steeds aangepast worden indien er genoeg objectieve redenen zijn om daartoe te besluiten. In de loop van zijn ontwikkeling is dit bijvoorbeeld al gebeurd voor wat betreft de vaste kosten voor het kantoomateriaal en de boekhouder. Voor deze 2 onderdelen werd het maximumbedrag verhoogd voor de wachtposten die de artsenhonoraria centraal innen. In het voorbeeld van het sociaal secretariaat daarentegen bleek een deel van de variabiliteit ook te wijten aan de uiteenlopende prijzen die de verschillende sociaal secretariaten hanteren. Sommige van deze bedrijven rekenen stevige sommen aan voor elk bijkomend advies bovenop de loonadministratie. In dit geval lijkt het niet de gepaste reactie om meteen het maximumbedrag op te drijven, maar wel om de wachtposten als sector aan te sporen gezamenlijk een betere prijs te onderhandelen.

3. Het financieringsmodel weegt voor elk onderdeel de werkelijke uitgaven af tegen het maximumbedrag. Indien de kosten van een wachtpost voor een bepaalde rubriek lager zijn dan het maximumbedrag dan kan dit verschil momenteel niet gebruikt worden om de hogere kosten in een andere rubriek te dragen. Een systeem van “communicerende vaten” zou de wachtpost nochtans meer flexibiliteit geven om de financiering aan te passen aan de lokale behoeften.

Een systeem van communicerende vaten biedt inderdaad meer flexibiliteit. Het is ook moeilijker te controleren. Bovendien ondermijnt het de transparantie die we in deze fase van de financiering willen bereiken. Het financieringsmodel is op dit vlak minder flexibel, maar het zet de wachtpost daarvoor (hopelijk) wel aan om elk onderdeel van de eigen werking te bevragen en alternatieven te zoeken die verder gaan dan het louter verschuiven van uitgaven van de ene rubriek naar de andere.

4. Het model tracht op basis van een reeks principes een gecontroleerde en evenwichtige financiering voor de wachtposten te bereiken. Het houdt daarbij voor sommige, maar niet alle uitgavenrubrieken rekening met het aantal openingsuren, het inwonersaantal en de oppervlakte van het werkingsgebied. Is het niet veel eenvoudiger en eerlijker om alle werkingskosten op basis van deze parameters vast te leggen? Men kan bijvoorbeeld een vast bedrag per inwoner toekennen, zoals ook reeds toegepast wordt bij de kringfinanciering.

Het pleidooi voor een financiering per inwoner, zoals dit ook van toepassing is bij de kringfinanciering, is begrijpelijk. Het lijkt ons op dit moment om verschillende redenen echter niet wenselijk om over te stappen naar een dergelijk systeem. Ten eerste is het aantal inwoners maar één van de parameters die een invloed kunnen hebben op de werkingskosten. Ten tweede valt met dergelijk systeem voor de wachtposten elke motivatie weg om transparantie te scheppen in de manier waarop zij hun subsidies aanwenden en om alternatieven te zoeken voor kostelijke, historisch gegroeide organisatievormen. Ten derde hebben we op dit moment een onvoldoende objectieve basis om een bedrag per inwoner vast te leggen. In het beste geval zouden we een dergelijk bedrag kunnen baseren op de mediane of gemiddelde kost per inwoner voor de bestaande projecten. Het wordt in dat geval echter moeilijk om te oordelen over eventuele claims van het terrein dat de financiering ontoereikend is voor de ene of de andere wachtpost.

5. Het financieringsmodel reguleert de structurele werkingskosten. Eenmalige kosten krijgen (voorlopig?) geen plaats in het model. Hoe moeten wachtposten grotere onderhoudswerken bekostigen? Wat indien groter materiaal zoals een onderzoekstafel of een bank in de wachtzaal aan vervanging toe zijn?

Zoals aangegeven in hoofdstuk IV.1.e. wordt voorlopig inderdaad geen provisie voor de vervanging van materiaal of grotere onderhoudswerken voorzien. Indien deze uitgaven zich aandienen dan moet de wachtpost de werkgroep huisartsenwachtposten van de NCGZ hiervan op voorhand op de hoogte brengen. Na goedkeuring van de aanvraag kunnen de kosten vergoed worden via een eenmalige correctie.

6. Huurprijzen, lonen, kosten voor vervoer enzovoort worden jaarlijks geïndexeerd. In het financieringsmodel, zoals het initieel is geconcepieerd, wordt hiermee geen rekening gehouden. Toch zijn dit reële kosten die de wachtposten zullen moeten dragen. De maximumbedragen zullen dus op termijn voor alle projecten ontoereikend zijn.

Voor het werkingsjaar 2013 werden de lonen coördinatie, administratie en onthaal reeds geïndexeerd. Voor 2014 zullen naast voornoemde rubrieken ook de huurprijzen en de kosten voor het vervoer geïndexeerd worden bij de vaststelling van de budgetten.

2.b. Investeringskosten

Het model dat we in dit werk hebben voorgesteld, focust uitsluitend op de jaarlijkse werkingskosten van de huisartsenwachtposten. Bij de opstart ontvangen projecten ook een eenmalige financiering voor eventuele investeringskosten. Het gaat daarbij om verbouwingswerken, het huren van het gebouw tijdens de opstartfase, het loon van de coördinator gedurende diezelfde periode, de inrichting en uitrusting van de kabinetten, de wachtzaal en het onthaal, kosten voor de computerinfrastructuur en de bekendmaking van het project bij de bevolking enzovoort. De investeringskosten die worden voorgelegd aan het RIZIV variëren even sterk als de werkingskosten die we tot hiertoe hebben besproken. Sommige wachtposten vragen weinig of geen investeringskosten, andere projecten dienen aanvragen in tot bijna 300.000 EUR.

Momenteel worden investeringskosten nog steeds dossier per dossier onderhandeld met de kandidaat wachtposten. Daarbij zijn er weinig concrete regels om bepaalde geraamde kosten wel dan niet te aanvaarden. Enkel voor de huur en het loon van de coördinator tijdens de opstartfase werden richtlijnen vastgelegd. Een kandidaat wachtpost kan maximaal 3 maanden huur aanrekenen, proportioneel aan de maximale jaarlijkse huurprijs zoals berekend volgens de standaardisatieprincipes. Voor de coördinator kan men maximaal 6 maanden loon aanvragen, eveneens proportioneel aan het maximale bedrag zoals berekend op basis van het financieringsmodel.

Het spreekt voor zich dat de werkgroep van de NCGZ ook voor de investeringskosten best een duidelijk kader ontwikkelt waarbinnen onbetwistbare beslissingen genomen kunnen worden.

Ten slotte is in een beperkt aantal dossiers de vraag opgeworpen of de infrastructuur van de wachtpost mag worden aangekocht via de investeringskosten. De termijnen waarbinnen de beleidskeuzes over de huisartsenwachtposten momenteel worden ontwikkeld, laten op dit moment niet toe om een duidelijk standpunt in te nemen over de haalbaarheid en de wenselijkheid van eigendomsverwerving die – eventueel gedeeltelijk – gefinancierd wordt via de investeringskosten.

2.c. Alternatieve modellen

Het financieringsmodel gaat bij het vastleggen van de maximumbedragen uit van een standaard organisatievorm: 60 à 61 openingsuren tijdens het weekend, 37 uur tijdens feestdagen, een rijdende wacht gedurende die hele tijd, een loontrekkende coördinator en administratief medewerker, onthaalpersoneel tijdens de openingsuren en één wagen met chauffeur om huisbezoeken af te leggen.

Hiermee vatten we niet alle organisatiemodaliteiten die op het terrein te vinden zijn.



Hieronder geven we 2 voorbeelden.

1. Uitsluitend huisbezoeken

Sommige wachtposten sluiten gedurende bepaalde uren van het weekend hun deuren en leggen op die momenten enkel huisbezoeken af. Een mogelijke reden om voor deze organisatievorm te kiezen, is het relatief lage aantal oproepen dat men 's nachts in de wachtpost mag verwachten. Zeker indien men een uitgestrekt werkingsgebied heeft, is de kans kleiner dat patiënten zich 's nachts naar de post verplaatsen. De huisarts van wacht besteedt zijn tijd in die gevallen waarschijnlijk efficiënter op de baan dan in de wachtpost.

Een van de projecten doet bij het afleggen van huisbezoeken beroep op een externe firma die binnenkomende oproepen verwerkt en de artsen aanstuurt op hun ronde. Dergelijke dienstverlening wordt niet gevat door de financieringsprincipes en vereist dus een aparte beslissing op het moment dat het budget voor de wachtpost wordt vastgelegd.

Een ander project drijft dit idee nog iets verder door. De betrokken huisartsen wensen zich niet te organiseren in een centrale wachtpost, maar vragen uitsluitend financiële steun voor het vervoer tijdens huisbezoeken. Dergelijke reorganisatie van de wachtdienst is conceptueel ver verwijderd van een wachtpost.

2. Weekwacht

Het financieringsmodel is geënt op de activiteit tijdens het weekend en de feestdagen. Tijdens de avonden en nachten van de week wordt normaal in heel België de klassieke wachtdienst georganiseerd. Bij een beperkt aantal projecten worden de huisbezoeken tijdens de avonden en/of nachten van de week evenwel georganiseerd vanuit de wachtpost of kan men er terecht voor een consultatie (zie hoofdstuk II.1.c.). 2 wachtposten zijn in de week bovendien ook overdag geopend. Laatstgenoemde activiteit kan niet worden beschouwd als wachtdienst en wordt bijgevolg vanaf 2013 niet langer gefinancierd.

De financiering van de weekavonden wordt voorlopig wel op experimentele basis voortgezet bij 5 wachtposten. Een uitbreiding van het financieringsmodel in het kader van de weekwacht voor alle wachtposten is evenwel zonder bijkomend financiële middelen onmogelijk gezien de zware budgettaire gevolgen die we daarvan mogen verwachten.

V. Besluit

Het groeiende aantal huisartsenwachtposten, de jaarlijkse stijging van de middelen die in de sector gepompt worden en de grote diversiteit in de uitgaven die de projecten rapporteren, onderstrepen de nood aan een transparant financieel beleid voor de wachtposten. De belangrijkste voorwaarde om dit te bereiken, is een doorgedreven inzicht in de werkingsmodaliteiten van de posten. Enkel door de keuzes in beeld te brengen die gemaakt zijn bij de reorganisatie van de wachtdiensten kunnen we de historisch gegroeide verschillen op het terrein begrijpen. Door een gestandaardiseerde bevraging van de projecten in 2011 hebben we een belangrijke stap in die richting gezet.

Op basis van de verzamelde informatie werd een financieringsmodel uitgewerkt dat toelaat om op een objectieve basis beslissingen te nemen over de werkingsmiddelen voor elke huisartsenwachtpost. Het model legt specifieke financieringsprincipes vast voor 5 uitgavenrubrieken: de vaste en variabele operationele kosten, de coördinatie en administratieve ondersteuning, het onthaal, het vervoer en de niet-verrekenende kosten. Deze principes houden rekening met verschillende parameters die de werking van de wachtpost typeren: het aantal openingsuren, het aantal inwoners, de oppervlakte van het werkingsgebied en de eventuele centrale inning van de artsenhonoraria door de wachtpost. De toepassing gebeurt in 3 fasen van 2012 tot 2014 waardoor de bestaande wachtposten de kans krijgen om zich aan te passen aan de nieuwe regels zonder dat de continuïteit van hun werking in het gedrang komt. Via eenmalige en structurele correcties werden eventuele tekorten uit het verleden bij aanvang van de tweede fase vereffend en werden de actuele financiële behoeften van de posten als vertrekpunt genomen voor de financiering van de werkingskosten in 2013.

In vergelijking met de *ad hoc* besluitvorming uit het verleden, betekent het financieringsmodel een hele vooruitgang voor het beheer van de individuele dossiers en de besluitvorming over de globale financiering. In 2012 en 2013 heeft de toepassing van de standaardisatieprincipes reeds gezorgd voor de noodzakelijke extra budgettaire ruimte waardoor de investerings- en werkingskosten van 3 nieuwe wachtposten konden worden betaald. Met de verruiming van het totale budget voor 2013 en het model als leidraad zullen ook andere kandidaat projecten in de komende tijd een overeenkomst kunnen afsluiten met het Verzekeringscomité.

Het model wordt in de loop van 2013 verder geïmplementeerd. In de toekomst zal het ongetwijfeld een aantal veranderingen ondergaan. We beschouwen de principes in dit werk als een instrument in ontwikkeling. Op basis van consensus kunnen daarin de meest kwaliteitsvolle en kostenefficiënte opties voor de organisatie van een wachtpost geïntegreerd worden. Dit is de beste garantie dat de ziekteverzekering de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst in de nabije toekomst op een stabiele en evenwichtige manier kan blijven financieren.

2^e Deel

Evolutie van de wetgeving
over de verzekering voor de
geneeskundige verzorging
en uitkeringen



1^e trimester 2013

I. Institutionele en administratieve aspecten

a. Fonds Medische Ongevallen

Het Fonds Medische Ongevallen (FMO) is opgericht door de wet van 31 maart 2010 en staat ter beschikking voor personen die menen schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg en hieromtrent een advies en een vergoeding willen.¹

Vanaf 1 april 2012 maakt het FMO deel uit van het RIZIV.

De integratie is mogelijk gemaakt doordat een aantal bepalingen van de wet van 2010 zijn geïntegreerd in de wet betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen, en anderzijds door de invoering van een aantal nieuwe bepalingen:²

- de dienst “Fonds voor de Medische Ongevallen” wordt beheerd door een Beheerscomité. De oprichting van dit Beheerscomité, gelijkaardig aan de beheerscomités die andere ZIV-takken beheren, staat garant voor de autonomie van de nieuwe dienst bij de uitvoering en follow-up van zijn wettelijke opdrachten. De samenstelling van het comité wordt beschreven, alsook de bevoegdheden die het opneemt
- de financieringsbronnen van het FMO worden vastgelegd, zowel voor de opdrachten van het FMO als voor de werking ervan (beheersbegroting, administratiekosten).

b. Financiële verantwoordelijkheid

Twee wijzigingen treden in voege:³

De globale financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringinstellingen wordt toegepast door na te gaan in welke mate hun uitgaven ofwel hoger of lager uitvallen dan de globale begrotingsdoelstelling. De begrotingsdoelstelling wordt verdeeld onder de verzekeringsinstellingen op basis van het begrotingsaandeel. Het aandeel van elke verzekeringsinstelling vloeit voort uit de weging van twee verdeelsleutels. Voor de normatieve verdeelsleutel kan een wijziging aan de parameters na tussenkomst van een Koninklijk besluit worden gedelegeerd aan de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Daarnaast wordt bij de toepassing van de financiële verantwoordelijkheid eveneens een neutralisering doorgevoerd van de globale begrotingsdoelstelling met betrekking tot de bedragen die later worden uitgegeven doordat maatregelen later in werking treden dan op 1 januari van het begrotingsjaar.

c. Permanente steekproef

De permanente steekproef is een anoniem, representatief staal van de Belgische bevolking samengesteld uit de gegevens die bij de ziekenfondsen beschikbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het betreft zowel bevolkingsgegevens als factureringsgegevens gezondheidszorg en Farmanet(geneesmiddelen)gegevens.

1. Wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, B.S. van 02.04.2010.

2. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 27-43.

3. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 19-20.

De gezondheidswet van 19 maart 2013 vormt een wettelijke basis om de permanente steekproef aan te vullen met bijkomende informatie, waarbij in functie van het niveau van detail van die informatie (anonieme data vs. individuele data) en in functie van het al dan niet permanent karakter van die aanvulling (eenmalige aanvulling voor een specifiek project of een permanente aanvulling, bijkomende en stringenter privacymaatregelen opgelegd worden).⁴

De procedure om individuele data toe te voegen aan de bestaande permanente steekproef wordt door de wetgever aan strikte voorwaarden onderworpen.

d. E-Health

In 2008 is het E-Health platform opgericht.⁵ Dit voorziet in:

- de organisatie van de gegevensstroom voor medisch-administratieve doelen
- de organisatie van de registers betreffende verschillende klinische domeinen (implantaten, zeldzame ziekten, substitutiemiddelen, kankerregister, etc.)
- de verzameling van de anonieme en gecodeerde gegevens met het oog op de realisatie van wetenschappelijke en strategische studies.

De gezondheidswet breidt het platform verder uit. Gezondheidsgegevens met betrekking tot de patiënt kunnen de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners verbeteren wat ten voordele komt van de patiënt. Aldus wordt voorzien in de beschikbaarheid van pertinente gezondheidsgegevens van de patiënt om de opvolging van de patiënt te verbeteren (het delen van gegevens) en om de samenwerking en de communicatie (het delen van zorgen) tussen de zorgverleners te optimaliseren.⁶

e. Farmaceutische specialiteiten

Op 18 maart 2013 treden een aantal bepalingen in werking die de procedure tot wijziging van de vergoedingsvoorwaarden van farmaceutische specialiteiten vereenvoudigen.⁷

Een nieuwe procedure voor technische aanpassingen is voorzien waarin de farmaceutische firma op de hoogte gesteld wordt van de procedure en de gelegenheid die zij heeft om te reageren.

- De schorsing van de procedure opgestart door de Minister of de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen wordt opgeheven indien de aanvrager niet heeft gereageerd na 90 dagen schorsing.
- De nieuwe procedure laat de Minister of de Commissie toe:
 - procedures van wijzigingen van de vergoedingsvoorwaarden op te starten zonder schorsingsmogelijkheid van de termijnen voor zover de wijziging(en) geen betrekking heeft (hebben) op de prijs en/of de vergoedingsbasis van de betrokken farmaceutische specialiteit.
 - de aanvragen tot wijziging van vergoedingsvoorwaarden welke geen enkele invloed hebben op de doelgroep en de reeds vergoede indicaties,

4. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 24.

5. Wet van 21.08.2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen, B.S. 13.10.2008.

6. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 50-60.

7. K.B. van 27.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 08.03.2013, blz. 14067.

- sneller (60 + 30 dagen) en met een reactietermijn van 20 dagen voor de firma
- zonder beoordelingsrapport
- zonder schorsing(en) van de termijnen te behandelen.

f. Solidariteitsbijdrage pensioenen

Op de pensioenen wordt een bijdrage van 3,55 % ten bate van het RIZIV geheven. Uiterlijk op 1 januari 2014 zal deze RIZIV-bijdrage door de Rijksdienst voor Pensioenen (RVP) worden geïnd.⁸ De RVP zal dan belast zijn met de inning en de invordering van de twee sociale bijdragen die op de pensioenen rusten, namelijk de RIZIV-bijdrage en de solidariteitsbijdrage.

g. Verpleegdagprijs

Voor het tijdvak van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013 is de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis om dringende redenen in een land dat niet met België is verbonden door een multilateraal of bilateraal verdrag dat deze kwestie regelt, vastgesteld op 433,49 EUR.⁹

h. Registratieverplichting

De overeenkomsten die het Verzekeringscomité sluit met de ziekenhuizen in het kader van het proefproject QERMID, vereisen de registratie van individuele gegevens van materiële aard over implantaten en van medische aard over de operatie tot implantatie van een implanteerbare hartdefibrillator of van een pacemaker. Voortaan kan bij Koninklijk besluit de vergoeding van sommige geneeskundige verstrekkingen ondergeschikt worden gemaakt aan de voorwaarde van registratie van bepaalde gegevens.¹⁰

i. Wetenschappelijke Raad

De beraadslaging in Ministerraad in het kader van de benoeming van de voorzitters en de leden van de verschillende afdelingen van de Wetenschappelijke raad wordt geschrapt met de bedoeling van administratieve vereenvoudiging en het uniformiseren van de benoemingsregels.¹¹

j. Tarifieringsdiensten

De tarifieringsdiensten maken gegevens betreffende geneesmiddelen over aan de verzekeringsinstellingen voor bepaalde doeleinden, waaronder de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Het gaat hier over geneesmiddelen voorgeschreven door eender welke zorgverlener. De reglementering breidt zich uit voor zover het niet enkel meer gaat om geneesmiddelen die door artsen zijn voorgeschreven.¹²

8. Wet van 13.03.2013 tot hervorming van de inhouding van 3,55 % ten gunste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de solidariteitsbijdrage verricht op de pensioenen, B.S. van 21.03.2013, blz. 16902.

9. M.B. van 20.12.2012 tot wijziging van het M.B. van 05.06.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, B.S. van 07.01.2013, blz. 270.

10. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 2.

11. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 3.

12. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 7.

k. Paritair beheer

Voor elk voorontwerp van wet of ontwerp van besluit dat betrekking heeft op de verzekering voor geneeskundige verzorging dient het advies te worden ingewonnen van hetzij de Algemene Raad, hetzij het Verzekeringscomité. Dit principe is verankerd in de gecoördineerde wet, daar waar voorheen het advies van beide organen was vereist.¹³

l. Erkenningsraden

Per categorie van zorgverlener zijn erkenningsraden ingesteld in afwachting van de maatregelen noodzakelijk inzake de bescherming van de titel of de vereisten inzake vestiging in het beroep. Het artikel is geactualiseerd door de verwijzing naar het verstrekken van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen toe te voegen.¹⁴

m. Overeenkomstencommissies

In de artikelen met betrekking tot de overeenkomstencommissies en de akkoorden tussen verzekeringsinstellingen en zorgverleners wordt niet langer verwezen naar strafbedingen in geval van schending door een partij van de bepalingen die in de akkoorden vervat liggen.¹⁵ De meeste van de verplichtingen die in de akkoorden worden gesanctioneerd zijn immers wettelijke verplichtingen die door de gecoördineerde wet worden opgelegd.

Daarnaast krijgen de commissies de bevoegdheid om te bemiddelen inzake betwistingen die zijn gerezen over de interpretatie van de nomenclatuur.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

Internationale relaties

Om te vermijden dat EU onderdanen die niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten zijn, hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging krijgen aangerekend, wordt de gecoördineerde wet aangepast. Deze aanpassing brengt de reglementering in overeenstemming met de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie en de 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 worden gehanteerd door de zorgverleners zijn ook de tarieven die moeten gelden voor personen die niet bij het nationale stelsel voor sociale zekerheid aangesloten zijn.¹⁶

13. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 9.

14. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 11.

15. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 12-13.

16. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 4 en 5.

2. Zorgverleners

a. Publiciteit

De bepaling uit de gecoördineerde wet die betrekking heeft op de publiciteit voor geneeskundige verstrekkingen door zorgverleners wordt opgeheven. De beperkingen op publiciteit blijven bestaan, in bijzondere bepalingen per sector. De afschaffing in de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen laat wel toe om vrijer om te gaan met de publiciteit in zover dit verenigbaar is met de bijzondere wetten. Publiciteit waarin de kosteloosheid van de geneeskundige verstrekkingen wordt vermeld of waarin wordt verwezen naar de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van die verstrekkingen blijft in alle gevallen verboden.¹⁷

b. Artsen

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Op 23 januari 2013 heeft de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) een akkoord gesloten voor de jaren 2013-2014.¹⁸ De krachtlijnen ervan zijn de volgende:

o **Besparingen**

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

o **Maatregelen met betrekking tot huisartsen**

- o De honoraria van de huisartsen worden geïndexeerd met 2 % vanaf 1 februari 2013
- o De maatregel "Permanentie en beschikbaarheid" wordt verlengd met een verhoging van het betrokken honorarium met 1 EUR
- o De praktijktoelage wordt gehandhaafd op een bedrag van 1.650 EUR per jaar
- o De bedragen van de beschikbaarheidshonoraria en de vergoedingen in het kader van de Impulseoeregeling verhogen met 2,76 % in 2013
- o Het bedrag van het forfait telematica wordt vastgesteld op 806 EUR
- o De verlenging van het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) zal vanaf 1 januari 2014 verlopen via het systeem MyCarenet voor de artsen die hiertoe opteren
- o Een budget van 6 miljoen EUR wordt vrijgemaakt voor de uitbreiding van huisartsenwachtposten en daarmee gelijkgestelde projecten. Bij het opstellen van de begroting 2014 zal getracht worden een marge vrij te maken om dit bedrag niet langer ten laste van de indexmassa te leggen.

17. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 14.

18. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2013-2014 van 23.01.2013, B.S. van 11.02.2013 (Ed. 2), blz. 7286.

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

- De honoraria voor raadpleging, toezicht en andere intellectuele verstrekkingen van geneesheren-specialisten worden geïndexeerd met 2 % vanaf 1 februari 2013
- Evenwel worden de raadplegingen voor neurologen, pneumologen, reumatologen, gerieters met 5 % geherwaardeerd. Ook de raadplegingen van de dermatologen worden extra verhoogd. Tevens wordt het honorarium voor het consult aan bed in het ziekenhuis fors geherwaardeerd
- De speciale verstrekkingen en de verstrekkingen klinische biologie worden geïndexeerd met 1 % vanaf 1 februari 2013. De verstrekkingen inzake medische beeldvorming, heelkunde en gynaecologie worden geïndexeerd met 1,5 % vanaf 1 februari 2013. De honoraria voor dialyse worden niet aangepast. De speciale verstrekkingen voor fysiotherapie worden met 2 % geïndexeerd vanaf 1 februari 2013
- Evenwel worden een aantal technische verstrekkingen opgewaardeerd : echografie, gynaecologie, otoplastie, bepaalde heelkundige verstrekkingen waaronder de reconstructieve borstchirurgie na operatie. Voor deze laatste zullen met de betrokken beroepsgroep duidelijke afspraken worden gemaakt
- De enveloppes “medische beeldvorming” en “klinische biologie” zijn vastgelegd op respectievelijk 1.173.196 duizend EUR en 1.284.419 duizend EUR. Voor de medische beeldvorming zal een meerjarenplan worden ontwikkeld, in overleg met de betrokken beroepsgroep, dat moet toelaten een betere infrastructuur te creëren en grotere toegankelijkheid en een betere kwaliteit van de zorg te realiseren. In afwachting van structurele correcties worden de tarieven van de verstrekkingen inzake echocardiografie en coronarografie tijdelijk met 6,7 % verminderd.

- **De NCGZ wil conventionering aanmoedigen**

Naast de aanpassing van de tussenkomst voor het sociaal statuut wordt aan de geconventioneerde artsen, met een bepaalde activiteitsdrempel, een forfaitaire toelage toegekend van 434 EUR.

- **De NCGZ heeft volgend werkprogramma vastgesteld voor 2013 en 2014:**

- het terugdringen van de administratieve belasting in verband met de controles geneesmiddelen hoofdstuk IV
- de verdere ondersteuning van de huisartsenwachtposten
- de modulering van de telematicapremie in functie van het gebruik ervan
- de evaluatie van het systeem sociaal derde-betalende en de voorbereiding van de verruiming ervan via de ontwikkeling van MyCarenet
- de evaluatie van de zorgtrajecten en van de preventiemodule van het GMD
- het creëren van een grotere transparantie voor patiënten via de invoering van een patiëntenfactuur
- de problematiek van burn-out bij artsen
- de vereenvoudiging van de structuur van sommige honoraria en remgelden
- een evaluatie en analyse van het bestaande overlegsysteem met het oog op de modernisering ervan.

c. Tandheelkundigen

Op 13 december 2012 heeft de nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor de periode 2013-2014.¹⁹

Dit akkoord bevat volgende maatregelen:

- lineaire indexatie van de honoraria van de verstrekkingen met 2,76 %
- vastlegging van het accrediteringshonorarium op 2.795,88 EUR.

Het akkoord bevat verder afspraken om tijdens de looptijd van dit akkoord:

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

Tenslotte formuleert het akkoord diverse aandachtspunten en vragen:

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

d. Vroedvrouwen

Voor vroedvrouwen geldt voortaan ook de verplichting om het protocol van haar onderzoeken mee te delen aan de huisarts, met goedvinden van de patiënt, en aan de adviserend geneesheer, eventueel met instemming van de patiënt.²⁰ Voorheen was dit enkel vastgelegd voor de geneesheer-specialist en de tandheelkundige.

19. Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2013-2014 van 13.12.2012, B.S van 14.01.2013, blz. 1281.

20. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 6.

e. Rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging

EVALUATIESCHAAL

De creatie van de nieuwe afhankelijkheidscategorie “D” voor patiënten met dementie ongeacht hun fysieke afhankelijkheid, heeft ook zijn weerslag op de controle van de “katz”-evaluatieschaal in de ROB's en RVT's.²¹ De nieuwe bepalingen treden in werking vanaf 1 april 2013 en hebben betrekking op:

- de procedure die moet worden gevolgd met het oog op het onderzoek van de patiënten die tot de afhankelijkheidscategorie D behoren
- de matrix voor de berekening van de concordantiecoëfficiënt Kappa.

De maatregelen die bijdragen tot een betere omkadering van dementerende personen met een beperkt verlies van zelfredzaamheid en voor palliatieve patiënten wijzigen vanaf 1 januari 2013.²²

- De financiering van de premie voor de beroepstitels of -bekwaamheden verdwijnt uit de lijst van de verstrekkingen die zijn opgenomen in het forfait en die in de ROB's en RVT's worden verleend. Deze moeten immers rechtstreeks door het RIZIV worden betaald aan de instellingen die daarom verzoeken
- Er wordt in de centra voor dagverzorging een onderscheid gemaakt tussen fysiek afhankelijke gedesoriënteerde personen (categorie Fd) en personen waarvoor een diagnose van dementie is gesteld, ongeacht hun fysieke zelfredzaamheid (categorie D)
- De procedure die moet worden gevolgd indien bij de verzekeringsinstelling een tegemoetkoming voor een rechthebbende uit categorie D wordt aangevraagd, wordt vastgelegd.

f. Ziekenhuizen

Het systeem van de referentiebedragen, dat grondig hervormd werd met de gezondheidswet van 2008, kent opnieuw enkele wijzigingen.²³ Bepaalde APR-DRG worden uitgesplitst. Dit zijn diagnosegroepen per graad van ernst en per groep van verstrekkingen. Het gaat meer bepaald om de cardiale zorgprogramma's en om verstrekkingen van fysiotherapie.

21. Zie I.B. 2013/1 - blz.47.

22. K.B. van 09.01.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 22.01.2013, blz. 2658.

23. I.B. 2009/1, p. 38 - Wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2008 (Ed. 3).

3. Verstrekkingen

a. Artsen

ALGEMENE GENEESKUNDE

Vanaf 1 mei 2013 treden diverse wijzigingen aan artikel 2 van de nomenclatuur in werking:²⁴

- de proefperiode van de preventiemodule in het kader van het globaal medisch dossier wordt verlengd vanaf 31 december 2013
- het is mogelijk voor elk lid van een groepering van huisartsen een preventiemodule te realiseren
- de nomenclatuurcodes voor de bezoeken in de gemeenschappelijke verblijven voor de huisarts en voor de huisarts op basis van verworven rechten verdwijnen. De verstrekking wordt nu aangerekend als gewone bezoeken
- de bezoeken voor de huisarts en voor de huisarts op basis van verworven rechten op aanvraag van een andere arts verdwijnen
- de aanwijzing van de verschillende artsen in de algemene geneeskunde 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: deze worden onmiddellijk onder de handelingen geplaatst waarop zij betrekking hebben. In elke rubriek, worden de verzorgingen gesorteerd per bevoegdheidscode van de verstrekker.
- elk lid van een geregistreerde groepering van huisartsen zal de diabetespas kunnen gebruiken.

KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

Met ingang van 1 maart 2013 treden 4 nieuwe verstrekkingen in werking op het vlak van de crisisopvang in de kinder- en jeugdpsychiatrie.²⁵

- Het honorarium van de kinder- en jeugdpsychiater in de spoedgevallendiensten buiten de normale uren stijgt
- Het overleg tussen de kinder- en jeugdpsychiater, de psycholoog en de orthopedagoog wordt bevorderd door de invoering van een honorarium

24. K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van het art. 2 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.03.2013, blz. 19709, rechtzetting, B.S. van 29.04.2013 (Ed. 2), p. 25635, K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van art. 2, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.03.2013, blz. 19733, K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 28.03.2013, blz. 19705, K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van art. 37 *bis* van de wet GVU, B.S. van 28.03.2013, blz. 19706, rechtzetting, B.S. van 29.04.2013 (Ed. 2), p. 25635 en K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 28.03.2013, blz. 19704.

25. K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van de art. 2, K, en 25, §§ 1 en 3 *bis*, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.02.2013 (Ed. 2), blz. 12835, K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van art. 37 *bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 28.02.2013 (Ed. 2), blz. 12835 en K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 28.02.2013 (Ed. 2), blz. 12834.

- 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. Deze verstrekkingen moeten aan de nieuwe liaisonverstrekkingen (zie hierboven) voorafgaan.

SPECIALE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 februari 2013 komen de verstrekkingen die circulatieverschijnselen op basis van het Doppler-effect aantonen, niet langer in aanmerking voor terugbetaling.²⁶ De diagnostische waarde van deze onderzoeken is verdrongen door deze van het echoduplexonderzoek dat door een verfijning van de techniek ruimere mogelijkheden biedt en betrouwbaarder is.

Eveneens vanaf 1 februari 2013 vermindert het honorarium voor het gebruik van de lasermethode.²⁷

GASTRO-ENTEROLOGIE

Vanaf 1 februari 2013 wijzigen een aantal verstrekkingen die tot het specialisme van de gastro-enterologie behoren.²⁸

- Een verouderde verstrekking (duodenum- of dunne darm biopsie met sonde, inclusief radioscopie) wordt geschrapt
- De rectosigmoïdoscopie en de colonoscopie links worden gehergroepeerd. De honoraria voor de rectosigmoïdoscopie worden verhoogd en die voor de colonoscopie links verlaagd om tot een correcte waardering voor elk van de verstrekkingen te komen.

ANESTHESIOLOGIE

Vanaf 1 februari 2013 beperkt de terugbetaling van de verstrekking “therapeutische epidurale injecties in de lumbale wervelkolom via interlaminaire weg” zich tot 2 indicaties waarvoor voldoende werkzaamheid is aangetoond.²⁹

Vanaf dezelfde datum wijzigen de verstrekkingen met betrekking tot PCA (Patient Controlled Analgesia). Dit is het behandelen van hevige pijn door een pijnpomp die door de patiënt zelf wordt gecontroleerd. De omschrijving en de betrekkelijke waarde van 2 verstrekkingen wijzigen en er is geen cumulatie mogelijk.³⁰

26. K.B. van 10.01.2013 tot wijziging van de art. 3, § 1, B, 11, §§ 1 en 5, en 20, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2013.

27. K.B. van 10.01.2013 tot wijziging van het art. 11, § 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2012, blz. 2881.

28. K.B. van 23.01.2013 tot wijziging van de art. 11, § 1, 17, § 1, 3^o, 20, §§ 1, c), en 2, en 25, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 31.01.2013, blz. 5140.

29. K.B. van 10.01.2013 tot wijziging van het art. 12, § 1, e), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2013, blz. 2882.

30. K.B. van 14.01.2013 tot wijziging van het art. 12, § 1, d), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2013, blz. 2884.

Vanaf 1 maart 2013 wijzigt artikel 12 van de nomenclatuur.³¹ Thans is expliciet bepaald dat de plaatselijke of regionale anesthesieën inbegrepen zijn in de honoraria van de verstrekking waarvoor die anesthesie was vereist.

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN

Wat betreft de behandeling van obesitas, treedt er vanaf 1 maart 2013 een wijziging op in de wijze waarop de adviserend geneesheer in kennis gesteld wordt.³² De behandelend geneesheer moet de notificatie doorsturen per persoonlijke brief en de verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd als de adviserend geneesheer in het bezit is gesteld van het noodzakelijke formulier.³³ Deze wijziging laat een vervaltermijn wegvallen.

GYNAECOLOGIE EN VERLOSKUNDE

Vanaf 1 maart 2013 wijzigt de tegemoetkoming met betrekking tot de baarmoederhalscreening.³⁴ De verstrekkingen uitgevoerd in het kader van screening van cervicale kanker, zullen slechts 1 keer om de 3 jaar worden vergoed in plaats van 1 keer om de 2 jaar.

De microscopische colposcopie mag vanaf 1 februari 2013 enkel aangerekend worden:³⁵

- wanneer het niet wordt gecombineerd met het cervicovaginaal uitstrijkje voor screening
- onder de voorwaarden gerechtvaardigd door evidence based medicine.

OFTALMOLOGIE

Het honorarium voor cataractchirurgie daalt met ingang van 1 februari 2013.³⁶ Dit levert een gerechtvaardigde besparing op aangezien de techniek enorm verbeterd is en de operatietijd bijgevolg is ingekort.

MEDISCHE BEELDVORMING

Om het verantwoord gebruik van medische beeldvorming te bevorderen wijzigen vanaf 1 maart 2013 het aanvraagformulier en het artikel 17 van de nomenclatuur.³⁷

31 K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van het art. 12, §§ 1, 2, 2bis en 3, 4^e, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 26.02.2013, blz. 12083.

32 K.B. van 17.01.2013 tot wijziging van art. 14, d), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 31.01.2013, blz. 5139.

33 Verordening van 07.05.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^e, van de wet GVU, B.S. van 31.01.2013, blz. 5142.

34 K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van de art. 3 en 32 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11882, K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van art. 37 bis van de wet GVU, B.S. van 25.02.2013, blz. 11882 en K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11881.

35 K.B. van 14.01.2013 tot wijziging van het art. 14, g), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2013, blz. 2886.

36 K.B. van 14.01.2013 tot wijziging van het art. 14, h), § 1, i, 4^e, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.01.2013, blz. 2885.

37 Verordening van 11.06.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^e, van de wet GVU, B.S. van 24.01.2013, blz. 3194 en het K.B. van 19.12.2012 tot wijziging van het art. 17, § 12, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.01.2013, blz. 3192.

Om te mogen worden aangerekend moet de aanvraag voor een onderzoek medische beeldvorming de relevante klinische gegevens verschaffen, de diagnostische vraagstelling moet worden geformuleerd en relevante bijkomende klinische inlichtingen moeten worden vermeld. Daarnaast moet worden aangegeven welke de voorgestelde onderzoeken zijn en of er reeds vorige relevante onderzoeken in verband met de diagnostische vraagstelling werden uitgevoerd.

Vanaf 1 april 2013 bestaan er nieuwe toepassingsregels voor de verstrekking “RX lumbale wervelzuil”.³⁸ Hoewel de verstrekking een relatief groot aandeel heeft binnen de medische beeldvorming, is deze slechts voor een beperkt aantal indicaties aangewezen volgens de Belgische richtlijnen. Klinisch onderzoek en anamnese zijn van groot belang om te bepalen of en welke beeldvorming aangewezen is.

DERMATO-VENERELOGIE

Vanaf 1 april 2013 is het voor de PUVA-fototherapie niet langer noodzakelijk dat de geneesheerspecialist de patiënt bij elke zitting bijstaat.³⁹ De controle en fysieke aanwezigheid kan ook door een medewerker worden gegarandeerd.

b. Tandheekundigen

De parameters die gebruikt worden om het aantal verstrekkingen vast te leggen die aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen worden aangerekend binnen een bepaalde referentieperiode kunnen vanaf 8 april 2013 worden vastgelegd via Koninklijk besluit.⁴⁰ Dit leidt tot de bevoegdheid om tegemoetkomingen via de nomenclatuur te beperken indien bepaalde uitgaven onrealistische proporties aannemen.

NOMENCLATUUR

Met dezelfde bekommernis voor ogen, namelijk het wegwerken van een groot aantal onrealistische verstrekkingen vanwege een klein aandeel tandheekundigen, zijn artikel 5 en 6 van de nomenclatuur gewijzigd vanaf 1 maart 2013.⁴¹

Bij elke verstrekking inzake tandheekunde wordt een wegingscoëfficiënt P toegevoegd 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. Deze regel creëert een plafond van een maximaal aantal verstrekkingen die, beschouwd over een bepaalde referentieperiode, in aanmerking komen voor verzekeringstegemoetkoming.

c. Bandagisten

Vanaf 1 februari 2013 verlaagt de terugbetaling voor de standaardrolstoel en de modulaire rolstoel met 50 EUR.⁴² De maatregel realiseert een belangrijke besparing in de sector.

38. K.B. van 06.03.2013 tot wijziging van de art. 17, § 1, 7^o, en 17 *ter*, A, 7^o, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 26.03.2013 (Ed. 2), blz. 19214.

39. K.B. van 24.01.2013 tot wijziging van het art. 21, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.02.2013 (Ed. 3), blz. 9803.

40. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 21.

41. K.B. van 17.01.2013 tot wijziging, wat bepaalde tandheekundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 31.01.2013, blz. 5135.

42. K.B. van 17.12.2012 tot wijziging van art. 28, § 8, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 03.01.2013, blz. 48.

d. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

In artikel 35 wijzigt het nomenclatuurnummer dat betrekking heeft op de tegemoetkoming voor de plaat voor distale fibula. De correctie van de omschrijving gaat in met ingang van 1 maart 2013.⁴³

Vanaf 1 april 2013 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in:⁴⁴

- de centromedullaire dynamische nagel voor verlenging van het fimur of de tibia
- de periprothetische plaat specifiek ontworpen voor plaatsing met cerclage-kabel(s) met uitzondering van de trochaterplaten.

OFTALMOLOGIE

Vanaf 1 april 2013 wijzigt de nomenclatuur over de intra-oculaire lenzen en de visco-elastische producten.⁴⁵

- Er bestaat niet langer een terugbetaling voor multifocale lenzen. Het plaatsen van de plooibare intra-oculaire lens is alleen vergoedbaar bij cataract
- Om te kunnen worden opgenomen op de lijst van vergoedbare producten moet de torische lens van 2 dioptrie of meer, of van 6 dioptrie of meer, aan nieuwe criteria voldoen. Deze bestaan uit een klinisch bewijs dat welbepaalde elementen bezit van de doeltreffendheid van de betrokken torische lens om op korte termijn een regelmatig astigmatisme te reduceren, opgesteld door een onafhankelijk onderzoeksteam en niet gefinancierd door de industrie
- Alle visco-elastische producten (behalve de visco-elastische producten op basis van cellulose-derivaten) worden vergoed op basis van een forfait met behoud van een non-cumul regel tussen de forfaits van de visco-elastische producten. De lijst van producten wordt geschrapt.

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

De omschrijvingen van de verstrekkingen die betrekking hebben op het materiaal voor percutane nefrostomie wijzigen vanaf 1 maart 2013.⁴⁶ De medische handelingen worden ingevoegd in de omschrijvingen waardoor de artikelen en de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt, duidelijker wordt.

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

De tegemoetkoming voor de sonde gebruikt voor het meten van de zuurtegraad en de impedantie wordt verhoogd voor kinderen.⁴⁷ Vanaf 1 april 2013 bedraagt het persoonlijk aandeel voor patiënten tot en met 17 jaar 25 %. Vanaf 18 jaar blijft dit ongewijzigd op 55 %.

43. K.B. van 20.12.2012 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 17.01.2013, blz. 1738.

44. K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11878.

45. K.B. van 14.01.2013 tot wijziging van art. 35 en 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.02.2013, blz. 9198.

46. K.B. van 04.12.2013 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.01.2013 (Ed. 2), blz. 4234.

47. K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11877.

HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Vanaf 1 april 2013 wijzigen de voorwaarden tot terugbetaling van de coronaire dilataties.⁴⁸

De wijzigingen hebben betrekking op het gestandaardiseerd registratieformulier (clinical data report) van het dilatatiemateriaal en de coronaire stents die door de implanterend geneesheer-specialist aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ter kennisgeving wordt meegedeeld. Per verpleeginrichting zullen slechts 2 ondertekenaars (een verantwoordelijke en een plaatsvervangende) het registratieformulier kunnen ondertekenen.

BLOEDVATENHEELKUNDE

Vanaf 1 maart 2013 verduidelijkt de omschrijving van artikel 35 van de nomenclatuur die betrekking heeft op de vaatenten.⁴⁹ Ook wordt met hetzelfde Koninklijk besluit een nieuwe verstrekking ingevoegd voor de rechte vaatent die wordt gebruikt voor vasculaire bypass.

GYNAECOLOGIE, PLASTISCHE EN RECONSTRUCTIEVE GENEESKUNDE

Het materiaal voor invasieve diagnostische onderzoeken bij borstpathologie kwam reeds eerder in aanmerking voor vergoeding door de verzekering voor geneeskundige verzorging.⁵⁰ Deze nomenclatuurcode is vanaf 1 maart 2013 ook toegevoegd aan de verstrekkingen die worden aangerekend bij gehospitaliseerde patiënten.⁵¹

Vanaf 1 april 2013 zijn de sterilisatieclips uitdrukkelijk inbegrepen in de tegemoetkoming voor de verstrekking laparotomie voor ingreep op de tubae.⁵²

Vanaf 1 mei 2013 wijzigt de nomenclatuur in verband met de weefsellijmen, hemostatische producten en anti-adhesieven.⁵³

- Een formele aanpassing was nodig om ervoor te zorgen dat de reglementaire basis voor de opmaak van de lijsten voor de weefsellijmen, hemostatische producten en anti-adhesieven, reeds op 1 oktober 2012 van toepassing is. Het betreft de aannemings- en vergoedingscriteria voor het opstellen van de lijst van vergoedbare producten behorende tot de categorie 3
- Daarnaast is in de mogelijkheid voorzien dat bedrijven hun producten met terugwerkende kracht op de lijst van voor vergoeding in aanmerking genomen producten kunnen laten opnemen
- Voor sommige verstrekkingen inzake weefsellijmen, hemostatische producten en anti-adhesieven is aan de hand van een toepassingsregel (§ 14^{quater}) de terugbetaling gekoppeld aan bepaalde medische ingrepen. Deze koppeling is weggelaten voor de verstrekkingen betreffende de producten gebruikt bij aneurysmata.

48. K.B. van 14.01.2013 tot wijziging van art. 35 en 35^{bis} van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.02.2013, blz. 9201.

49. K.B. van 04.12.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.01.2013 (Ed. 2), blz. 4235.

50. Zie I.B. 2011/4, blz. 449.

51. K.B. van 04.12.2013 tot wijziging van art. 35^{bis} van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.01.2013 (Ed. 2), blz. 4234.

52. K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van art. 35 en 35^{bis} van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11873 en K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 08.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11872.

53. K.B. van 30.01.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.03.2013, blz. 19998 en K.B. van 30.01.2013 tot wijziging van het K.B. van 08.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 29.03.2013, blz. 19998.

PNEUMOLOGIE EN ADEMHALINGSSTELSEL

Vanaf 1 april 2013 komt de biopsietang ook in aanmerking voor terugbetaling door de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van de pneumologie.⁵⁴ Voor die datum was dat enkel het geval voor verstrekkingen van gastroscopie.

e. Klein chirurgisch materiaal

De gezondheidswet van 19 maart 2013 creëert een wettelijke basis voor de forfaitarisering van klein chirurgisch materiaal.⁵⁵

Deze maatregel is genomen in uitvoering van het Regeerakkoord van 1 december 2011 en laat toe over te gaan tot forfaitarisering in de sector van de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

f. Medische hulpmiddelen

ZORGTRAJECTEN

Vanaf 1 april 2013 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in de kost van het materiaal afgeleverd in het raam van het zorgtraject “diabetes” en het programma “educatie en zelfzorg”.⁵⁶ Het gaat om de bloedglucosemeter, lancethouder, glucosecontrolestrips en lancetten.

ACTIEVE VERBANDMIDDELEN

Vanaf 30 maart 2013 wijzigt de lijst van de actieve verbandmiddelen die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in het kader van de maatregelen voor de rechthebbenden met chronische wonden.⁵⁷

g. Audiciens

Tijdens het begrotingsconclaf van maart 2013 heeft de regering beslist dat maatregelen zullen genomen worden door de Minister van Economie ten einde de prijs van de hoorapparaten te doen verlagen.

III. Uitkeringen

1. Vrijstelling van wachttijd op basis van studies

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

54. K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2013, blz. 11880.

55. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 22.

56. K.B. van 11.02.2013 tot wijziging van het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in art. 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 13.03.2013 (Ed. 3), blz. 15000.

57. K.B. van 04.03.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.06.2007 tot uitvoering van het art. 37, § 16*bis*; eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet GVU, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft, B.S. van 20.03.2013 (Ed. 2), blz. 16706.

Een uitzondering geldt op basis van artikel 205 van het uitvoeringsbesluit van de GUV-wet onder de vorm van een vrijstelling van wachttijd. Die bepaling geldt onder andere voor de jongere die, na studies te hebben beëindigd die recht geven op een vrijstelling van wachttijd (“basisstudies”), uiterlijk de dag na een termijn van in beginsel zeven maanden na het beëindigen van deze studies de hoedanigheid van gerechtigde – namelijk als werknemer bijdragen voor de sector uitkeringen betalen of “gecontroleerd werkloze” zijn – in de uitkerings- en moederschapsverzekering verkrijgt. Als de betrokkene na deze ‘basisstudies’ nog andere studies aanvat, begint deze termijn van zeven 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.

Wegens de met ingang van 1 januari 2012 in de werkloosheidsverzekering doorgevoerde omvorming van de wachttijd in een beroepsinschakelingstijd wijzigt dit artikel vanaf 1 januari 2012. Naar analogie met hetgeen voorheen al in de werkloosheidsreglementering is doorgevoerd, houdt de nieuwe bepaling bovendien ook rekening met enerzijds de huidige structuur van het secundair onderwijs en anderzijds de Europese rechtspraak die een ruimer geografisch criterium heeft vooropgesteld over de plaats waar de studies moeten zijn gevolgd.⁵⁸

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 dertien maanden na het beëindigen van de studies. De voorheen in de reglementering opgenomen bepaling die de principiële termijn van zeven maanden verlengt tot tien maanden of dertien maanden – afhankelijk van de leeftijdsgebonden duur van de wachttijd in de werkloosheidsverzekering – is bijgevolg opgeheven.

Deze 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 dertien maanden kan plaatsgrijpen (bijvoorbeeld de dagen van facultatieve moederschapsrust).

2. Invloed van de versterkte degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen op de berekening van de uitkeringen in de uitkeringsverzekering

Nadat al onder invloed van de maatregel van de versterkte degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen vanaf 1 november 2012 een eerste wijziging in de berekening van de uitkeringen van de gecontroleerd werkloze is doorgevoerd⁵⁹, wijzigt vanaf 1 maart 2013 de berekeningswijze van de uitkeringen opnieuw ten gevolge van deze nieuwe bepalingen in de werkloosheidsreglementering.⁶⁰

- Het gederfd loon van de werkloze die zich in de 2^{de} vergoedingsperiode bevindt, wordt bepaald op basis van het voor de berekening van de werkloosheidsuitkering in aanmerking genomen gederfd loon op de eerste dag van het risico, zelfs als hij zich op dat ogenblik in de degressieve fases bevindt.

58. K.B. van 29.01.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GUV, B.S. van 27.03.2013, blz. 19474.

59. Zie IB 2013/1 en de Verordening van 21.11.2012 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^o, van de wet GUV, B.S. van 20.12.2012, blz. 86429.

60. Verordening van 23.01.2013 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^o, van de wet GUV, B.S. van 01.03.2013, blz. 13005.

- Er wordt rekening gehouden met de anciënniteitstoeslag waarop de werkloze met gezinslast die zich in de 2^{de} werkloosheidsperiode bevindt, daadwerkelijk aanspraak kan maken op het ogenblik van de realisatie van het risico om het in het kader van de uitkeringsverzekering in aanmerking te nemen gederfd loon te verhogen. Verschillende bedragen worden, krachtens de werkloosheidshervorming, voorzien voor de gerechtigde die zich bevindt in de 2^{de} vergoedingsperiode, naargelang hij zich al dan niet in de degressieve fases bevindt.
- De uitkering van de gerechtigde in de 3^{de} vergoedingsperiode die bij het begin van zijn ongeschiktheid bijgevolg een forfaitaire werkloosheidsuitkering ontvangt, wordt berekend op basis van het gemiddeld dagloon dat overeenstemt met de laatste cijfercode in de 2^{de} vergoedingsperiode, en dit ongeacht zijn gezinscategorie.
- Bij de werkloze met gezinslast die zich in de 3^{de} vergoedingsperiode bevindt en die aanspraak kan maken op een anciënniteitstoeslag, wordt voor de berekening van zijn uitkering bovendien rekening gehouden met het bedrag van deze anciënniteitstoeslag op het ogenblik van de realisatie van het risico om het in het kader van de uitkeringsverzekering in aanmerking te nemen gederfd loon te verhogen.

IV. Geneeskundige evaluatie en controle

1. Betwistingen

Dossiers die een beperkte financiële weerslag voor de verzekering geneeskundige verzorging hebben, zullen voortaan sneller kunnen afgehandeld worden.⁶¹

- Dossiers die de waarde van 3.000 EUR niet overschrijden, zullen niet langer administratiefrechtelijk worden vervolgd wanneer de zorgverlener binnen de 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, wordt de zaak toegewezen aan de Kamer van Eerste Aanleg.

61. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 15-17.

2. Kamers van eerste aanleg / kamers van beroep

De interne werkingsregels voor de Kamers van Eerste Aanleg en de Kamers van beroep worden aangevuld.⁶²

- Een eerste bepaling heeft betrekking op de eed die de leden dienen af te leggen in handen van de Voorzitter
- De tweede 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 indien 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

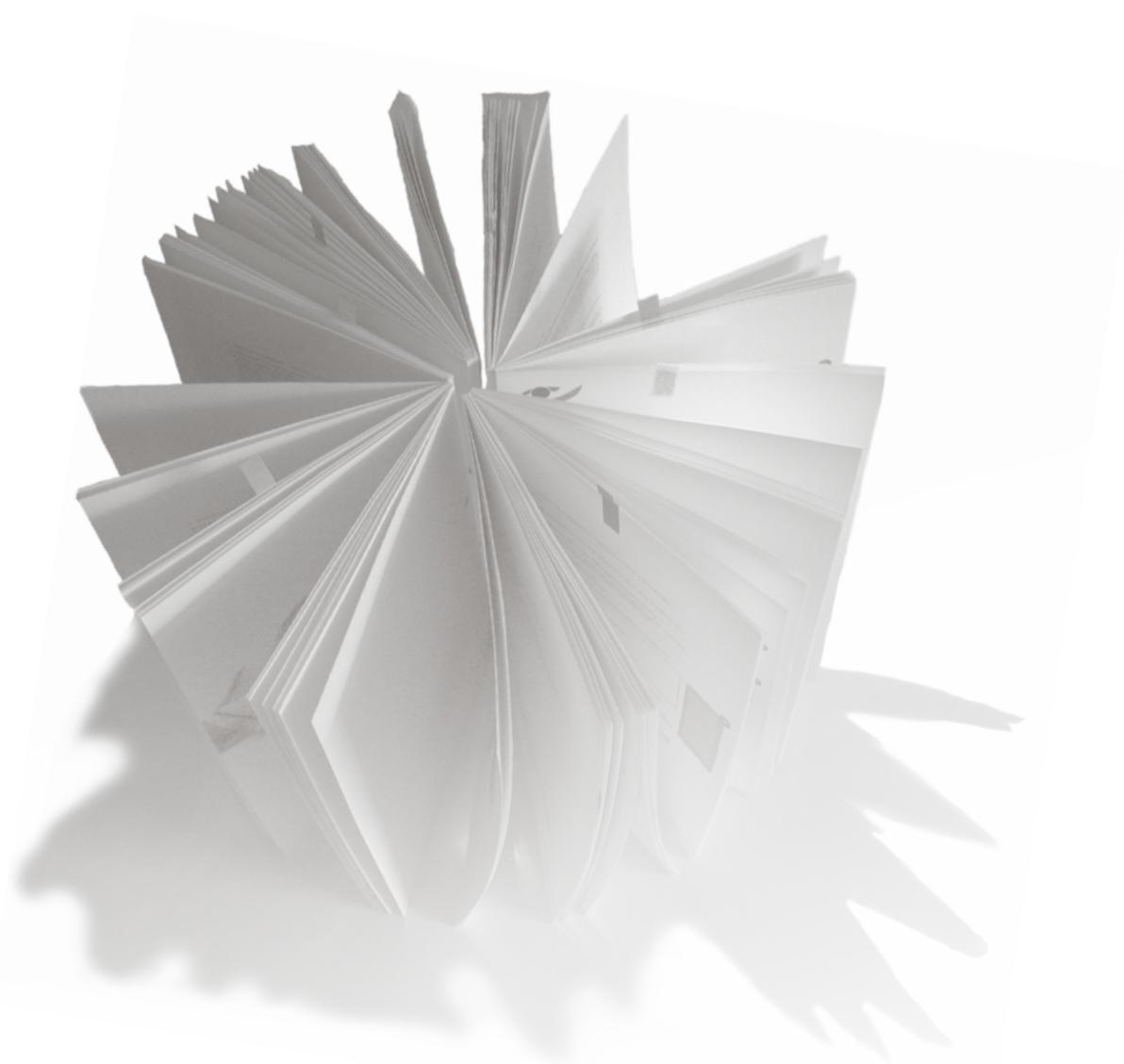
De bijdragen verschuldigd door gerechtigden ingeschreven in de hoedanigheid van resident worden verminderd indien de betrokkene verklaart dat de inkomsten waarover zijn gezin beschikt bepaalde grensbedragen niet overschrijden. Deze verklaring wordt achteraf gecontroleerd in samenwerking met de fiscale administratie.

De huidige verjaringstermijn van 2 jaar waarbinnen de vordering tot terugbetaling van ten onrechte betaalde bijdragen moet worden ingesteld, heeft tot gevolg dat, op het tijdstip dat kan worden vastgesteld dat de verzekerde te veel bijdragen heeft betaald, de verjaringstermijn vaak reeds bereikt is. Daarom wordt deze vanaf 8 april 2013 op 5 jaar gebracht.⁶³

62. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (II), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), blz. 20213.

63. Wet van 19.03.2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (II), B.S. van 29.03.2013 (Ed. 2), art. 10.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Arbeidshof van Brussel, 20 juni 2013

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Hervatting van een niet toegestane activiteit

Beheersmandaten van maatschappijen uitoefenen en B&B's effectief beheren zijn activiteiten die aansluiten bij sociale relaties en die een productief karakter vertonen dat niet louter tot het innen van huurgelden van een onroerend goed terug te brengen is.

Noch de fiscale benadering van de inkomsten uit de activiteiten inzake het beheer van een goed, noch de eventuele afwezigheid van belastingen op deze inkomsten in België of het eventueel vrijwillige karakter van de activiteit ontslaan de verzekerde van zijn verplichtingen tegenover het Belgische ziekenfonds.

De rechter kan in zijn oordeel rekening houden met alle feiten die hem zijn voorgelegd, zonder de eventuele toepassing van een verjaringstermijn in aanmerking te nemen.

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, al. 4 – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Verjaring na vijf jaar – Bedrieglijk opzet

Er is sprake van bedrieglijke handelingen uit hoofde van een verzekerde, wanneer die verzuimt aangifte te doen van een activiteit die van start is gegaan vóór zijn arbeidsongeschiktheid en die zich nadien heeft uitgebreid tot op het moment dat de niet toegestane werkhervatting is vastgesteld, en wanneer de betrokkene zijn activiteit zodanig organiseert dat de Belgische verzekeringsinstelling geen weet krijgt van het bestaan noch van de aard van die activiteit.

A.R. nr. 2011/AB/813

D.J. t./V.I. en RIZIV

...

1. La contestation en appel porte sur les décisions de fin d'incapacité et de sanction (exclusion) de l'INAMI, en raison d'un cumul d'indemnités avec une activité non autorisée; elle porte aussi sur la décision de récupération de l'O.A.

Le premier juge a confirmé les décisions de l'INAMI et condamné l'intéressé à payer à l'O.A. la somme de 58.904,99 EUR à titre d'indu.

2. En appel, Monsieur D. fait valoir, dans les faits qu'il expose, (p. 4) que la décision de fin d'incapacité (04.04.2007) n'indique pas les dispositions légales applicables notamment de la charte de l'assuré social, et les recours qui lui sont ouverts.

Or, d'une part, la décision est adéquatement motivée. Elle se réfère au procès verbal de constat du 13 mars 2007 en ce qui concerne l'activité constatée, dont elle résume les éléments, et aux articles 100, § 1er, et 101/102 de la loi coordonnée. Elle indique en outre que l'intéressé peut demander au médecin-conseil de pouvoir bénéficier des avantages de l'article 101.

D'autre part, l'absence éventuelle d'indication des modalités de recours a pour seul effet que la notification de la décision ne fait pas courir les délais de recours. Or, en l'espèce, le recours de l'intéressé n'a pas été déclaré tardif.

a) l'appelant demande de dire pour droit qu'il n'y a eu aucune reprise de travail

3. L'indemnité d'incapacité de travail couvre le dommage consistant en la perte ou la réduction de la capacité d'acquies, par son travail, des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires (jur. Constante : cf. Cass.18.05.1992, produit par l'INAMI, R.G. 7812, RW 1992-1993, p. 534 et conclusions PG. Lenaerts, préalables à cet arrêt, A.C., 1991-1992, 878-88) ; Cass. 21.01.1994, R.G. C.940073N, JTT 1995, p. 58 ; Cass. 21.04.2008, R.G. C. 07.0223.F).

La reconnaissance de l'incapacité de travail suppose que le travailleur ait cessé toute activité (loi coord., art. 100, § 1^{er}). Le législateur n'a pas donné de définition de l'activité au sens de cette disposition. Selon une jurisprudence à laquelle la Cour se rallie, ce terme "activité" ne doit pas être confondu avec les mots "travail" et "activité professionnelle". Le terme "activité" vise non seulement une activité professionnelle ou un travail, mais aussi toute activité à caractère productif, par laquelle l'assuré augmente son patrimoine (cf. Cass. 23.04.1993, RW 1990-1991, pp. 808-809; JTT 1990, p. 446).

4. La cour constate (dossier des parties, information de l'auditorat) :

- Monsieur D. a constitué la société S.S. le 31 juillet 1992 - avant le début de l'incapacité de travail-, ayant son siège social en France au lieu-dit " ..." dont la société est propriétaire. Monsieur D. est l'un des actionnaires directs (5 %) de la S. S. et l'administrateur-gérant.

Il est aussi indirectement actionnaire de cette société, à concurrence de 45 %, par l'intermédiaire d'une société luxembourgeoise : la S.A. D., créée en 1992 par des tiers. Les actions ont été, dès la création de la société, converties en titres au porteur (comme l'autorise le droit luxembourgeois) et détenues en réalité par Monsieur D. et sa compagne de l'époque (50 % chacun). Cette société luxembourgeoise détenait 90 % de la SCI S. (cf. information fournie à l'INAMI par le SPF Finances, pièce 7).

- Une société B.P. a été créée le 1^{er} décembre 1993, année de l'entrée de Monsieur D. en incapacité de travail.

A l'égard de l'INAMI (dossier, pièce 4), Monsieur D. expliquait en mai 2007 que la société B.P. "avait pour but de mettre en place une structure qui permettrait de faire du conseil en marketing et communication", que "entretemps mon état de santé s'est empiré" en sorte que "je n'ai pas été capable de faire quoi que ce soit" et "cette société est donc inactive". Il explique qu'elle n'a pas été dissoute car il est très onéreux en Belgique de liquider une société.

Précédemment, en 2006, Monsieur D. expliquait (au SPF Finances, pièce 7 déjà citée) que cette société avait été constituée en vue d'exploiter la location de chambres d'hôtes au "...". Il admettra qu'il s'agit de 6 (au moins) chambres d'hôtes ouvertes chaque année, entre mai et septembre. Monsieur D. répondait au téléphone et accueillait les gens, une femme d'ouvrage s'occupant du nettoyage des chambres.

Ces deux déclarations-différentes selon l'interlocuteur auquel Monsieur D. s'adresse- brouillent l'information.

L'analyse minutieuse des pièces déposées permet de constater qu'il y a en réalité deux sociétés "B.P.". La sprl B.P., siège en Belgique gérée par Monsieur D., société qui semble n'avoir eu aucune activité, et une sarl B.P., dont le siège social en France servira pour exploiter le château et dont les revenus sont déclarés à l'impôt en France. Cette sarl B.P. a commencé ses activités le 1^{er} décembre 2003, Monsieur D. en est le fondé de pouvoir et en tire des revenus. L'intéressé n'en parle pas lorsqu'il est entendu par l'INAMI.

- Suite à la séparation de Monsieur D. et de sa compagne, la SCI ... a été créée le 23 juillet 2003 (capital 1.160.000 EUR au même lieu que la société S. ; cette société a racheté le Château Monsieur D. en est l'un des actionnaires (souscription et libération de 427.000 EUR) ; il est statutairement désigné comme le "premier gérant" de cette société.
- Dès 2004, la SCI ... sous-loue le château à une EURL ... qui exploite le château. Monsieur D. produit le contrat de bail. Il affirme n'avoir aucun intérêt quelconque dans l'EURL T. (pièce 7, "échanges de correspondance" Eléments recueillis par le SPF Finances).

C'est possible, mais ce n'est pas clair : Monsieur D. produit des statuts de l'EURL ... qui datent de 2009. Selon ces statuts, la société est constituée par une ASBL. Manifestement cette EURL existait avant 2009, vu le bail (commercial) liant la SCI ... à cette EURL dès 2004 ; l'intéressé n'a pas produit les statuts avant 2009.

L'EURL a pour objet notamment : location de chambre, location de salles de travail et de salles sous chapiteau, l'organisation d'événements à caractère culturel ou pédagogique. C'est à cette fin que le bail commercial est conclu.

Les revenus de la SCI, dont l'appelant est gérant, profitent également à des tiers.

- L'ASBL ... a été créée le 30 juin 2002. Elle organise des séminaires pour un certain B. Monsieur D. en a été le trésorier, actif (encaissement des participations aux rencontres, dépôts en banque, paiement des frais, présence à chaque rencontre, réservation de salles : cf. P.V. d'audition du 06.03.2007) ; il y avait entre 6 et 10 séminaires par an, du samedi à 14 h jusqu'au dimanche 16 h. Monsieur D. soutient avoir exercé cette activité à titre bénévole.

Le premier juge constate (adéquatement) qu'il bénéficiait de notes de frais. L'intéressé signale que "après novembre 2005 nous ne sommes plus passés par des notes de frais" (sic).

Incidemment, la cour constate que le sieur B. est également actionnaire de la SCI ...

- Selon les informations qui ont été réunies par l'auditorat en première instance, après interpellation des autorités françaises, les diverses activités de Monsieur D. dans ces sociétés ont produit des revenus d'une ampleur certaine. Notamment : en 2004 : 30.924 EUR, 2005 (11 mois) : 28.197 EUR pour la seule SCI ... ; il bénéficiait précédemment d'attributions de la SCI ... (7.731 EUR sur les 3 derniers mois 2003). Ces revenus ne sont pas déclarés en Belgique. Monsieur D. explique qu'ils n'y sont pas imposables. Ils n'ont pas été signalés à l'organisme assureur.

En résumé, ces faits établissent une activité d'exploitation du Château ..., au travers de sociétés qui s'enchevêtrent. L'incapacité a débuté en 1993, peu après l'achat du Château et un premier été de location de chambres d'hôtes au sein de cet immeuble. Rien ne figure sur la feuille de renseignements complétée par Monsieur D. en juin 1993.

Cette exploitation du château s'est poursuivie tout au long de la période d'invalidité subséquente, au moins jusqu'en 2007 (P.V.), au travers de diverses sociétés.

En 2007, il exerce encore un mandat au sein de la SCI ... (gestion journalière) et un autre comme trésorier de l'ASBL ...

5. De la sorte, sans en avoir informé l'INAMI, Monsieur D. a exercé des mandats de gestion dans plusieurs sociétés. Il a en outre effectivement participé à l'activité de location de chambres d'hôtes dès l'été 1993 (téléphonie, accueil). Il a, enfin, exercé une activité au profit d'une société ("ASBL").

L'activité, effective, de gestion de chambres d'hôtes, a été créée avant le début de la période d'incapacité. Cette activité existait déjà lorsqu'il a rempli sa feuille de renseignements en (juin) 1993. Elle a été développée ensuite et, peu importe la forme et/ou le changement de sociétés, était encore en cours en 2007, lors du procès verbal de constat dressé par l'INAMI.

L'enrichissement ainsi acquis du patrimoine de Monsieur D. est le fruit de l'activité de Monsieur D.

Il importe peu qu'il ne s'agisse pas d'une activité salariée. Ces activités s'intègrent dans les relations sociales et présentent un caractère productif. Elles ne se limitent pas, comme Monsieur D. tente en vain de le faire croire, à la simple perception de loyers d'une propriété immobilière.

Son activité profite également à des tiers.

Le tout s'accompagnait, depuis 2002, d'une fonction officielle de trésorier d'une société organisant des séminaires. L'intéressé soutient (p. 10) n'avoir jamais caché cette activité. Il n'en avait en tout cas pas informé son organisme assureur.

6. En avant-propos de ses conclusions (p. 5), l'appelant soutient que l'INAMI se fonde sur une preuve obtenue irrégulièrement. Il semble que l'intéressé fustige l'information qu'aurait reçue l'INAMI directement de l'ISI (ses conclusions, p. 9).

Monsieur D. ne se réfère, sur ce point, à aucune pièce en particulier et ne développe guère ce moyen (ses conclusions, p. 9), en telle sorte qu'il est malaisé d'y répondre.

L'INAMI dispose d'un rapport des activités de Monsieur D. émanant du SPF Finances (belge) (dossier, pièce 7, pièce portant la date du 27.07.2006). L'enquête menée par l'auditorat en première instance a, permis d'obtenir des informations complémentaires émanant des autorités françaises.

Dans son analyse des faits, la cour se fonde sur des éléments dont l'intéressé n'établit pas que l'INAMI les aurait obtenus irrégulièrement.

7. Monsieur D. conteste que puissent être retenus comme indices de reprise d'activité des comportements remontant à plus de cinq ans avant la décision du 7 avril 2007 (conclusions pp. 5 et 7).

Cette conception est erronée. Saisi d'une contestation concernant l'existence d'une activité non autorisée exercée en cumul avec le bénéfice d'indemnités d'invalidité, le juge peut prendre en considération l'ensemble des faits qui lui sont soumis, sans avoir égard, à ce stade de son raisonnement, à l'éventuelle application d'une prescription (sanction, récupération indu).

8. Ni l'approche fiscale des revenus nés des activités liées à l'exploitation du Château ... - approche qui a donné lieu à un litige sur le territoire français-, ni l'absence éventuelle d'imposition de ces revenus en Belgique, ni le caractère éventuellement bénévole de l'activité comme trésorier, ne dispensaient Monsieur D. de ses obligations à l'égard de la mutualité belge.

Certes, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation d'exercer une activité pendant une période d'incapacité, pour autant que cette activité soit compatible avec l'affection en cause ; l'autorisation doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité. (A.R. du 04.11.1963, art. 232, § 2).

Encore faut-il que la personne reconnue en incapacité de travail demande cette autorisation.

Or, lors de l'établissement de la feuille de renseignements en juin 1993, Monsieur D. n'a pas déclaré d'activité (dossier administratif : pièce 2). Il n'a, ensuite, jamais signalé exercer une quelconque activité. Il a exercé ses activités sans l'autorisation préalable ¹ du médecin-conseil de son organisme assureur.

1. Selon les dispositions en vigueur au moment des faits, modifiées depuis lors.

b) l'appelant demande de dire pour droit que l'incapacité de travail n'a jamais cessé, qu'il n'a perçu aucune allocation induë, et qu'il doit continuer à percevoir les indemnités d'incapacité qui lui sont attribuées

9. En effectuant un travail sans autorisation du médecin-conseil, Monsieur D. a lui-même mis fin à la reconnaissance de l'état d'incapacité, ainsi que le constate la notification faite par le médecin inspecteur de l'INAMI le 4 avril 2007.

Il en résulte que le droit à une nouvelle indemnisation ne peut naître qu'à la suite d'une nouvelle déclaration de maladie et d'une nouvelle reconnaissance d'incapacité de travail (Cass. 30.10.2000, Pas. 2001, I, p. 587, cité par le ministère public, avis écrit, p. 16).

10. Il incombait à l'intéressé de saisir le médecin-conseil de son organisme assureur, ainsi que l'y invitait la notification d'avril 2007, afin de faire reconnaître qu'il était dans les conditions pour pouvoir bénéficier (à nouveau) des indemnités.

L'intéressé affirme avoir formulé une telle demande auprès du médecin-conseil sans produire cette demande. L'O.A. informe la cour que l'intéressé a ultérieurement, à partir d'août 2008, bénéficié d'indemnités d'invalidité, bénéfice qui lui a été retiré ensuite au motif d'une erreur commise par l'INAMI. La cour n'est pas saisie de la nouvelle contestation qui en résulte (recours introduit devant le tribunal du travail).

11. L'article 101 de la loi coordonnée est invoqué par l'appelant pour justifier un maintien en incapacité de travail.

Cette disposition limite les effets d'une activité non autorisée.

12. Ces limites ont été introduites par une loi du 18 octobre 1991 ².

Les travaux préparatoires à cette loi en expliquent l'objectif ³ : limiter les lourdes conséquences (obligation de rembourser toutes les indemnités, perte du droit aux prestations de santé, etc.) résultant du fait qu'une personne qui a repris un travail non autorisé n'est plus reconnue comme étant en incapacité de travailler.

La proposition originaires prévoyait la possibilité de renoncer à l'indu, de manière à préserver par voie de conséquence les autres droits sociaux de l'intéressé. Elle visait également à permettre à l'intéressé de prétendre à nouveau à l'octroi d'indemnités d'incapacité à partir de la date de cessation du travail non autorisé. Au cours de la discussion, le législateur a mis l'accent sur l'objectif social du projet : résoudre les cas dignes d'intérêts dans lesquelles les personnes concernées ont agi de bonne foi ⁴. Cette discussion a mené au dépôt d'amendements menant au texte de la loi du 18 octobre 1991.

13. Telle qu'en vigueur au moment de la notification du constat de fin d'incapacité de Monsieur D., l'article 101 énonce ⁵:

"Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

2. Loi modifiant l'art. 10 de la loi du 09.08.1963 [...] et y insérant un art. 56 bis et 56 ter, M.B. 17.12.1991.

3. Proposition de loi, rapport, chambre, 810/3 – 88/89, p. 2.

4. Projet de loi, rapport, sénat, 882/2, - 89/90, p. 2.

5. La procédure a été simplifiée depuis lors : voir la loi du 28.04.2010 (art. 98, M.B. 10.05.2010) et la loi du 04.07.2011 (art. 17, M.B. 19.07.2011 ; entrée en vigueur le 12.04.2013 cf. A.R. du 12.03.2013) modifiant les art. 100 et 101 de la loi coordonnée ; voir aussi l'A.R. du 12.12.2010 insérant les art. 245 *decies* et 24 *undecies* à l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi.

Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail, et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées en application de l'alinéa 1^{er} sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de la sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.

Dans des cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie à la récupération prévue à l'alinéa 1^{er}."

L'appelant n'établit pas, sur la base de cette disposition, un droit à bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail pour la période à partir de mai 2007.

14. Le rapport du médecin inspecteur de l'INAMI ouvrait la porte à une éventuelle application de l'article 101 ; ce rapport ne suffit pas en l'occurrence pour annuler les effets de l'activité non autorisée.

15. Le maintien éventuel d'une incapacité de travail en fait, malgré l'exercice d'une activité non autorisée, ne permet pas à Monsieur D. d'échapper à la récupération de l'indu résultant de l'exercice de cette activité (cf. loi coord., art. 101, rappelé ci-avant). Monsieur D. est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

16. La décision litigieuse de récupération tient compte de la prescription. Elle est motivée et reprend en annexe le détail de la récupération.

17. L'appelant conteste à tort la prescription (5 ans) appliquée à la récupération de l'indu.

L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées se prescrit par cinq ans lorsque l'octroi indu des prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Tel est le cas en l'espèce.

L'appelant s'était engagé à déclarer toute activité. Il a omis de faire une telle déclaration, dès le bulletin de renseignements signé en juin 1993, alors qu'il exploitait déjà des chambres d'hôtes depuis 1992 sous le couvert de sociétés. Cette omission de déclaration s'est maintenue tout au long de la période litigieuse.

La manière dont l'appelant organise ses activités productives indique qu'il n'agit pas sans information précise sur les conséquences, financières, fiscales, ou autres, de celles-ci. L'argument de défense lié à l'ignorance de la loi n'est pas plausible en l'espèce.

Cette omission s'accompagne en l'espèce de manœuvres visant à tromper l'organisme belge de sécurité sociale sur l'existence et la réalité de ses activités, de manière à pouvoir cumuler ces activités avec les indemnités d'incapacité de travail.

L'appelant a organisé son activité en veillant particulièrement à ce que l'organisme assureur belge en ignore tout, de l'existence d'abord, et de la nature exacte ensuite (cf. encore en 2007, aucune mention de l'activité de location de chambres d'hôtes dans ses moyens de défense). Cette ignorance par les organismes belges de sécurité sociale a été longuement entretenue et rendue possible par la manière dont l'appelant a veillé à exercer cette activité : activité exercée et imposée en France, via une construction financière opacifiant ses activités et la mise en exploitation (autre qu'une simple location) du château dont il est (co)propriétaire.

18. Pour la période non prescrite, la récupération porte sur l'ensemble des indemnités versée au cours de la période durant laquelle l'activité est constatée, à défaut de pouvoir préciser le nombre de jours de travail que Monsieur D. aurait prestés.

L'allégation d'une absence de revenus tirés de ces activités n'est pas retenue. Elle est contredite par les informations fournies par les autorités françaises dans le cadre de l'instruction légalement menée par l'auditorat en première instance.

19. Aucun des arguments invoqués par l'appelant pour justifier sa demande de constater l'absence d'indu ou sa demande de condamner l'INAMI à verser les indemnités d'incapacité de travail n'est fondé.

4. Les sanctions

20. La décision administrative inflige une exclusion à raison de 200 indemnités en application de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 janvier 1969⁶, pour faux et usage de faux. Les constats de faux et d'usage de faux sont fondés sur la feuille de renseignements remplie par l'intéressé et adressée à l'organisme assureur en 1993.

La décision administrative inflige en outre une sanction d'exclusion de 180 indemnités au total, étant la sanction de trois comportements réprimés par l'article 2, 1°, 4° et 6° du même arrêté :

- le fait de ne pas déclarer à son organisme assureur un revenu professionnel, (1°)
- la reprise d'une activité non autorisée par le médecin-conseil tout en percevant des indemnités (4°)
- le fait de ne pas signaler à l'organisme assureur une reprise spontanée de travail et continuer ainsi à percevoir des indemnités d'incapacité (6°).

21. Il y a lieu de sursoir à statuer sur la contestation concernant les sanctions :

- 1) L'arrêté royal du 10 janvier 1969 a été abrogé par la loi du 19 mai 2010 (loi portant des dispositions diverses en matière de santé publique, M.B. 02.06.2010, entrée en vigueur 12.06.2010). La loi du 19 mai 2010 insère un article 168 *quinquies* dans la loi coordonnée. Les parties n'ont pas débattu de l'éventuelle incidence de ces modifications sur la présente contestation.
- 2) Monsieur D. invoque la prescription de la sanction de faux et usage de faux. Il invoque simultanément l'unité d'intention pour que, seule une sanction, la plus forte, lui soit appliquée. Constater l'unité d'intention peut emporter des effets, les uns favorables, les autres défavorables, à Monsieur D.
Si l'unité d'intention est retenue, une seule peine, la plus forte, est applicable. Mais, la prescription ne commence à courir à l'égard de l'ensemble des faits fautifs qu'à partir du dernier de ceux-ci, pour autant qu'ils ne soient pas séparés par un délai plus long que la prescription (5 ans). Ceci peut avoir une incidence sur la prescription de l'infraction de faux et usage de faux.

PAR CES MOTIFS,

La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Après avoir pris connaissance de l'avis écrit du Ministère public et des répliques à cet avis,

Dit l'appel recevable,

Constata dès à présent que l'appel est non fondé dans la mesure suivante :

- confirme le jugement en ce qu'il dit non fondé le recours de Monsieur D. contre la décision de l'INAMI du 4 avril 2007

6 A.R. du 10.01.1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- confirme le jugement en ce qu'il condamne Monsieur D. à rembourser à l'O.A. la somme de 58.904,99 EUR à titre d'indemnités versées indûment.

Sursoit à statuer pour le surplus, étant le recours contre la décision administrative de l'INAMI du 8 juin 2007 (sanctions).

...

II. Arbeidshof Gent, afdeling Brugge, 12 oktober 2012

Het feit dat een verzekerde aan CVS lijdt, betekent niet noodzakelijk dat zij hierdoor beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het is de functionele weerslag van de klachten op het verdienvermogen die zal bepalen of betrokkene verder arbeidsongeschikt kan worden erkend. De loutere bewering van verzekerde dat personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, is niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd. Het gegeven dat de deskundige in zijn verzoek aan het Arbeidshof heeft vermeld dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens "ziekte" (tussen aanhalingstekens) van verzekerde, leidt er niet toe dat tot vooringenomenheid of de niet objectiviteit van de deskundige dient te worden besloten.

Het feit dat betrokkene aan CVS lijdt, betekent niet automatisch dat haar arbeidsvermogen minder dan een derde bedraagt dan wat een valide persoon door een of ander beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen. De vaststelling dat betrokkene mits een duidelijke meerinspanning in staat is om te werken binnen haar vroegere beroepscategorieën en dat de professionele reclassering enkel mogelijk zal zijn mits een duidelijke inspanning van betrokkene, sluit niet uit dat zij nog deeltijds kan werken, temeer gelet op haar intelligentie en ruime begaafdheid. De bewering van verzekerde dat personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, wordt niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd.

Uit de vermelding op het verzoek van de deskundige aan het Arbeidshof tot uitstel van de indiening van het deskundigenverslag om reden dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens "ziekte" (tussen aanhalingstekens) van verzekerde, kan niet afgeleid worden dat de deskundige vooringenomen of niet objectief is. Bijgevolg dient de vordering tot aanstelling van een nieuwe deskundige te worden verworpen.

A.R. 2008/AG/29
X. t./RIZIV en V.I.

...

Te dezen wordt vastgesteld dat het deskundigenonderzoek van Dr. L. tegensprekelijk gebeurde. De opmerkingen van partijen, inzonderheid van appellante en haar behandelend arts werden beantwoord.

Dr. L. heeft bovendien om zo objectief mogelijk de arbeidsongeschiktheid van appellante vast te stellen nog bijkomende onderzoeken laten verrichten, namelijk een isotopen botscan en een psycho-ergologisch onderzoek.

De uitvoering van een psycho-ergologisch onderzoek vormt ontegensprekelijk een meerwaarde om tot een objectief en correct besluit te komen. De aangestelde psycholoog stelde vast dat appellante geen zwaar belastend werk meer aankon, maar dat zij wel nog halftijds als verkoopster kon fungeren. Er zijn geen aanwijzingen dat het psycho-ergologisch onderzoek met de psychologische testen niet werd uitgevoerd op basis van wetenschappelijk aanvaarde testresultaten. De deskundige Dr. L. stelde desbetreffend: “De uitvoerige gebruikte psychologische testen zijn allemaal gevalideerde testen die een grondige wetenschappelijke toetsing doorstaan hebben.”

De pathologie van appellante en haar ziektebeeld worden door de deskundige Dr. L. niet betwist en aanvaard. Het feit dat appellante aan diverse aandoeningen lijdt betekent echter niet automatisch dat haar arbeidsvermogen minder dan 1/3de bedraagt dan wat een valide persoon door een of ander beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

Uit de vermelding op het verzoek van de deskundige aan het arbeidshof tot uitstel van indiening van het deskundigenverslag om reden dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens “ziekte” (tussen aanhalingstekens) van appellante, leidt het arbeidshof niet af dat de deskundige van mening zou zijn geweest dat appellante een ziekte toestand veinsde en evenmin werd dit als dusdanig ervaren door het arbeidshof. Daaruit kan niet worden afgeleid dat de deskundige Dr. L. vooringenomen of niet objectief is.

De diverse medische gegevens, de klachten van appellante en de vaststellingen worden gemotiveerd beschreven in het deskundigenverslag van Dr. L. De vaststellingen en het besluit van deze deskundige werden niet ontkracht door de medische verslagen van de behandelend geneesheer van appellante. Het oordeel van de deskundige Dr. L. voldoet aan de voorwaarden van onafhankelijkheid en objectiviteit. Met betrekking tot de graad van arbeidsongeschiktheid kan er dan ook geen voorkeur worden gegeven aan de visie van de behandelende arts, temeer dat er geen nieuwe gegevens worden aangebracht die van aard zijn om de conclusies van de deskundige te weerleggen. Gelet op het feit dat Dr. L. nog bijkomend een psycho-ergologisch onderzoek liet uitvoeren, wat niet gebeurde in het onderzoek van Dr. D., geeft het arbeidshof de voorkeur aan het advies van Dr. L. De meerwaarde door de uitvoering van een ergologisch onderzoek kan trouwens ook afgeleid worden uit het deskundigenverslag van Dr. D. die aanvankelijk een dergelijk onderzoek noodzakelijk achtte maar naderhand daarvan afzag, mogelijks wegens tijdelijke niet beschikbaarheid van de door hem aangesproken psychologen (zie stukken 59, 63, 65 en 68 procedurebundel hoger beroep).

De vaststellingen dat appellante mits een duidelijke meerinspanning binnen haar vroegere beroepencategorieën nog in staat is om te werken en dat de professionele reclassering van appellante enkel mogelijk zal zijn mits een duidelijke inspanning van betrokkene, sluit niet uit dat zij nog deeltijds kan werken, temeer gelet op haar intelligentie en ruime begaafdheid. Trouwens verklaarde appellante aan de psycholoog dat zij wel nog zou willen werken in de zaak van mineralen, waar zij vroeger deeltijds werkte. De bewering van appellante dat de personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, wordt niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd.

Te dezen wordt vastgesteld dat het deskundigenonderzoek tegensprekelijk gebeurde. Het verslag en de eindconclusie van de deskundige zijn degelijk gemotiveerd. Het deskundigenverslag en de overgelegde stukken verschaffen afdoend inzicht in de toestand van appellante. De zienswijze van appellante, gesteund op medische verslagen die voorgelegd werden aan de deskundige, doet geen afbreuk aan de gemotiveerde vaststellingen van Dr. L. Appellante brengt evenmin nieuwe gegevens aan die van aard zijn om de conclusies van de deskundige Dr. L. te ontcrachten. Het arbeidshof sluit zich aan bij het deskundigenadvies van Dr. L. en besluit, samen met de eerste rechter, dat appellante vanaf 29 december 2005 geen graad van arbeidsongeschiktheid bezit in de zin van artikel 100 ZIV-wet 1994.

...

III. Arbeidsrechtbank van Brugge, 19 december 2012

Vervanging van de gerechtsdeskundige is mogelijk wanneer de gerechtsdeskundige via briefwisseling laat weten dat hij de expertise niet kan verderzetten aangezien hij mogelijkwvise de neiging zal hebben om zijn vroegere toekenning van punten voor de vermindering van zelfredzaamheid voor betrokkene te volgen.

Bij briefwisseling liet de gerechtsdeskundige weten, dat naar aanleiding van het advies van de geneesheer-inspecteur van het RIZIV, hij van mening was dat hij de huidige expertise niet kon uitvoeren omdat hij de neiging kon hebben om zijn vroegere toekenning van punten voor de vermindering van de zelfredzaamheid bij betrokkene te volgen, waarna de zitting werd stopgezet.

A.R. 12/0656/A
Appellant t./RIZIV en NVSM

...

Bij brief van 25 oktober 2012 liet de deskundige weten dat tijdens de zitting van 24 oktober 2012 ..., geneesheer-inspecteur RIZIV, van mening was dat hij de huidige expertise niet kon uitvoeren omdat de mogelijkheid bestond dat de deskundige de neiging kon hebben om de vroegere toekenning van punten voor vermindering van de zelfredzaamheid te volgen, waarna de zitting werd stopgezet.

...

Het komt dan ook aangewezen voor de deskundige te ontlasten van zijn opdracht en een nieuwe deskundige aan te stellen.

IV. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Antwerpen, 11 december 2012

Gerechtigd wetboek, artikel 978 – Expertise – Besluiten expert

Om het expertiseverslag – waarin rekening werd gehouden met alle door de partijen voorgebrachte medische documenten – op een bewijskrachtige en wettelijke manier te weerleggen volstaat het niet om nieuwe medische attesten van de behandelende geneesheren voor te brengen; die medische verslagen moeten wijzen op lacunes in medische vaststellingen minstens op beoordelingsfouten van de gerechtsdeskundige bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen.

A.R. nr. 2012/AH/257

A.N. t./RIZIV

...

5.2. Beoordeling

Om het expertiseverslag - waarin rekening werd gehouden met alle door partijen voorgebrachte medische documenten – op een bewijskrachtige en wettelijke manier te weerleggen volstaat het niet om nieuwe medische attesten van behandelende geneesheren voor te brengen; die medische verslagen moeten wijzen op lacunes in de medische vaststellingen minstens op beoordelingsfouten van de gerechtsdeskundige bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen.

Bij lezing van de thans voorgebrachte medische verslagen en attesten stelt het arbeidshof vast dat deze de bevindingen en het besluit van de gerechtsdeskundige niet weerleggen of minstens in twijfel trekken.

...

De loutere vaststelling dat appellante, gelet op de geobjectieerde letsels en functionele stoornissen, niet meer in staat is om zwaar rugbelastend werk uit te voeren of werk met een erg hoge werkdruk, volstaat niet om de vereiste invaliditeit te verantwoorden als niet wordt nagegaan of de wettelijk vereiste ongeschiktheidsgraad ook bestaat ten aanzien van beroepen zonder zware rugbelasting of zonder hoge werkdruk. (in dezelfde zin: Cass., 26.02.1990, Arr. Cass., 1989-1990, 846).

...

Samenvattend besluit het arbeidshof dat de thans voorgebrachte medische verslagen geen nieuwe medische gegevens bevatten die van aard zijn het besluit van de gerechtsdeskundige te weerleggen of minstens in twijfel te trekken zodat er geen aanleiding bestaat om een nieuwe geneesheerdeskundige aan te stellen;

Gelet op het objectief expertiseverslag sluit het arbeidshof zich aan bij het gemotiveerd definitief besluit van de gerechtsdeskundige; vanaf 16 maart 2010 beantwoordt appellante niet langer aan de criteria van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zodat de bestreden administratieve beslissing van 9 maart 2010 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit evenals het vonnis van de tweede kamer van de arbeidsrechtbank Turnhout dienen te worden bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

V. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 20 december 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Arbeidsongeschiktheid ad futurum

De arbeidsrechtbank mag de duur van de arbeidsongeschiktheid bepalen, zonder evenwel de duur van de procedure te overschrijden; zij mag geen arbeidsongeschiktheid "ad futurum" erkennen aangezien de GRI van het RIZIV de mogelijkheid moet hebben om na de gerechtelijke uitspraak, op elk ogenblik, de arbeidsongeschiktheid te herzien.

A.R. nr. 2012/AH/92
RIZIV t./S.Y.

...

Met eindvonnis *de dato* 3 februari 2012 sloten de eerste rechters zich aan bij de besluiten van gerechtsdeskundige prof. Dr. E. B. en verklaarden de vordering van S. Y. *"gegrond voor de periode van 14 januari 2011 tot 7 juli 2012 en vernietigt de bestreden administratieve beslissing."*

Het RIZIV werd veroordeeld tot betaling van de kosten van het geding met toepassing van artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek.

Het RIZIV kon niet akkoord gaan met voormeld eindvonnis van 3 februari 2012 en tekende hoger beroep aan bij verzoekschrift, neergelegd ter griffie van dit hof op 7 maart 2012, en dit omwille van volgende reden:

"Verzoekster aanvaardt het vonnis wat de erkenning van de arbeidsongeschiktheid vanaf 14 januari 2011 betreft, doch betwist dit aangaande de erkenning in de toekomst, met name een erkenning tot 7 juli 2012.

De arbeidsrechtbank mag de duur van de arbeidsongeschiktheid bepalen, zonder nochtans de duur van de procedure te overschrijden (cf. Arbh. Brussel, 23.05.1985, R.R. RIZIV, 9.1, nr. 15) en mag geen arbeidsongeschiktheid ad futurum erkennen, vermits de GRI de mogelijkheid moet hebben om op ieder ogenblik de arbeidsongeschiktheidsgraad te herzien (cf. Arbh. Gent 7.03.1985, R.R. RIZIV, 9.1, nr. 14)."

...

3. Beoordeling

Het hoger beroep beperkt zich tot de vraag of de arbeidsgerechten een arbeidsongeschiktheid *"ad futurum"* mogen erkennen.

De eerste rechters hebben zich in het bestreden vonnis *de dato* 3 februari 2012 aangesloten bij de bevindingen van gerechtsdeskundige prof. Dr. E. B. en hebben geoordeeld dat de vordering van de heer S. Y. gegrond was voor de periode vanaf 14 januari 2011 tot 7 juli 2012 (einddatum).

Terecht stelt het RIZIV dat de arbeidsrechtbank de duur van de arbeidsongeschiktheid mag bepalen, zonder evenwel de duur van de procedure te overschrijden; zij mag geen arbeidsongeschiktheid *"ad futurum"* erkennen na 3 februari 2012 (datum van het bestreden vonnis) aangezien de GRI van het RIZIV de mogelijkheid moet hebben om na de gerechtelijke uitspraak, op elk ogenblik, de arbeidsongeschiktheid te herzien.

Geïntimeerde verklaarde zich trouwens akkoord met dit standpunt van appellant.

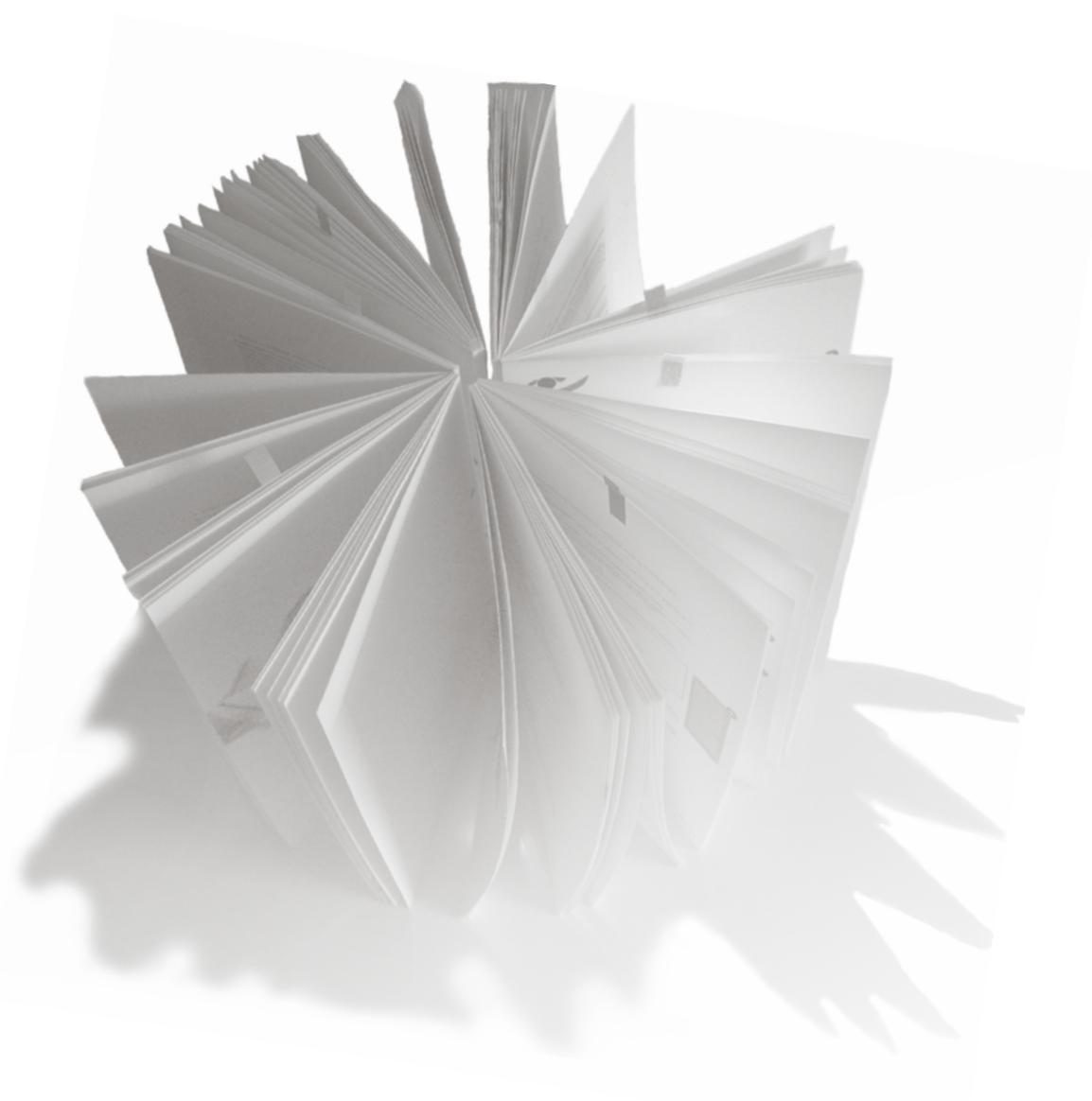
Er bestaat bijgevolg aanleiding toe het bestreden vonnis te hervormen in die zin dat S.Y. arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100, § 1 en § 2 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 vanaf 14 januari 2011.

Het hoger beroep komt bijgevolg gegrond voor.

...

4^e Deel

Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Sociale fraude

Centraal contactpunt

Vraag nr. 5-7781 gesteld op 17 januari 2013 aan de heer Staatssecretaris voor de bestrijding van de sociale en fiscale fraude, toegevoegd aan de eerste minister, door de heer VASTERSAVENDTS, senator¹

In Nederland bestaan er diverse meldpunten om diverse vormen van fraude aan te geven. Zo kan men fraude rond werk en inkomen melden via het Informatieknooppunt SZW, wantoestanden bij uitzendwerk kunnen worden gemeld bij het Meldpunt Malafide uitzendbureaus. Domiciliefraude kan worden gemeld bij de SVB via een specifiek formulier.

Bij ons kan iemand die bijstandsfraude, domiciliefraude of werkloosheidsfraude wil aangeven nergens terecht. Ik heb het hier voor de duidelijkheid niet over anonieme meldingen maar wel gewone meldingen vanwege burgers en bedrijven die hiermee worden geconfronteerd en dit willen melden. Ik heb hieromtrent diverse vragen ontvangen van burgers die niet weten waar zij terecht kunnen.

Graag had ik hieromtrent dan ook volgende vragen voorgelegd :

1. Hoe reageert u op de diverse meldpunten die vanuit de Nederlandse overheid worden georganiseerd met betrekking tot uitkeringsfraude, fraude met malafide uitzendkantoren en fraude rond werkloosheidsvergoedingen en ziekte-uitkeringen ? Bent u een gelijkaardig initiatief in ons land genegen en zo ja, kan u dit toelichten ? Zo neen, waarom niet ?
2. Kan u aangeven waar een burger of onderneming concreet terecht kan wanneer hij of zij uitkeringsfraude of sociale fraude wil melden ? Bestaat er een centraal meldpunt en zo ja kennen de mensen dit voldoende ?
3. Kan u aangeven hoeveel meldingen van sociale fraude, uitkeringsfraude of domiciliefraude uw diensten en of uw administratie heeft ontvangen voor respectievelijk de laatste drie jaar ? Werden alle klachten systematisch onderzocht ?

Antwoord

Gelieve, hierna, het antwoord op de gestelde vragen te willen vinden.

1. Het Nederlands voorbeeld is een duidelijk geval van goede praktijk dat zeker interessant is. Sedert de uitbreiding van SIOD (Sociale Inlichting- en opsporingsdienst) met een aantal nieuwe coördinatoren werd op vraag van verschillende inspectiediensten uit het veld, partners van SIOD, reeds aangedrongen op de creatie van een dergelijk uniek contactpunt voor het publiek. Dit wordt thans onderzocht.

1. Senaat, gewone zitting 2012-2013.

2. Momenteel kan een burger terecht bij tal van verschillende bevoegde inspectiediensten en sociale zekerheidsinstellingen voor het melden van fraude of het neerleggen van een klacht. Dit kan eveneens bij alle andere administratieve overheden, Politie, parketten, gemeenteoverheden, de Koning, het Comité P, Ombudsmannen, Federale overheidsdiensten (FOD's) enz. De grote verscheidenheid aan instanties, sociale zekerheidsinstellingen en inspectiediensten maakt de vraag naar een centraal contactpunt des te meer genoodzaakt.
3. Het verzamelen van cijfermateriaal van meldingen en klachten aan alle hoger bedoelde diensten is niet mogelijk in de huidige stand van zaken. Niet alle meldingen vragen een onderzoek, meldingen zijn soms eerder wetenswaardige inlichtingen, meer niet, soms te vaag, klachten zijn soms onduidelijk, soms ongewild, soms onterecht. Alle klachten die duidelijk omschreven, niet lichtzinnig en duidelijk wijzen op fraude worden door de meeste diensten onderzocht. Het creëren van een uniek contactpunt zou toelaten alle meldingen of klachten te laten registreren volgens uniforme codering en een beter beeld opleveren van de spontane communicatie van de burger naar toezichthoudende overheden toe.

II. Generische geneesmiddelen

Gebruik in ziekenhuizen

Vraag nr. 243 gesteld op 20 januari 2012 aan mevrouw de vice-eerste minister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw SOMERS, volksvertegenwoordigster¹

Naar aanleiding van een ziekenhuisverblijf starten heel wat patiënten met nieuwe geneesmiddelen. De ziekenhuizen spelen dus een belangrijke rol in het vertrouwd maken van patiënten met generische geneesmiddelen.

1. Wat is het aandeel van generische geneesmiddelen in de totaliteit van de geneesmiddelen die werden gebruikt in het ziekenhuis in 2010 ?
2. Wat is het aandeel van generische geneesmiddelen in de totaliteit van de geneesmiddelen die werden gebruikt in het ziekenhuis in 2010 waarvoor een generisch alternatief voor handen was ?
3. Welke acties werden het afgelopen jaar genomen om ziekenhuizen aan te zetten tot het gebruik van generische geneesmiddelen ?

1. Bulletin nr. 118, Kamer, gewone zitting 2012-2013, p. 214.

Antwoord

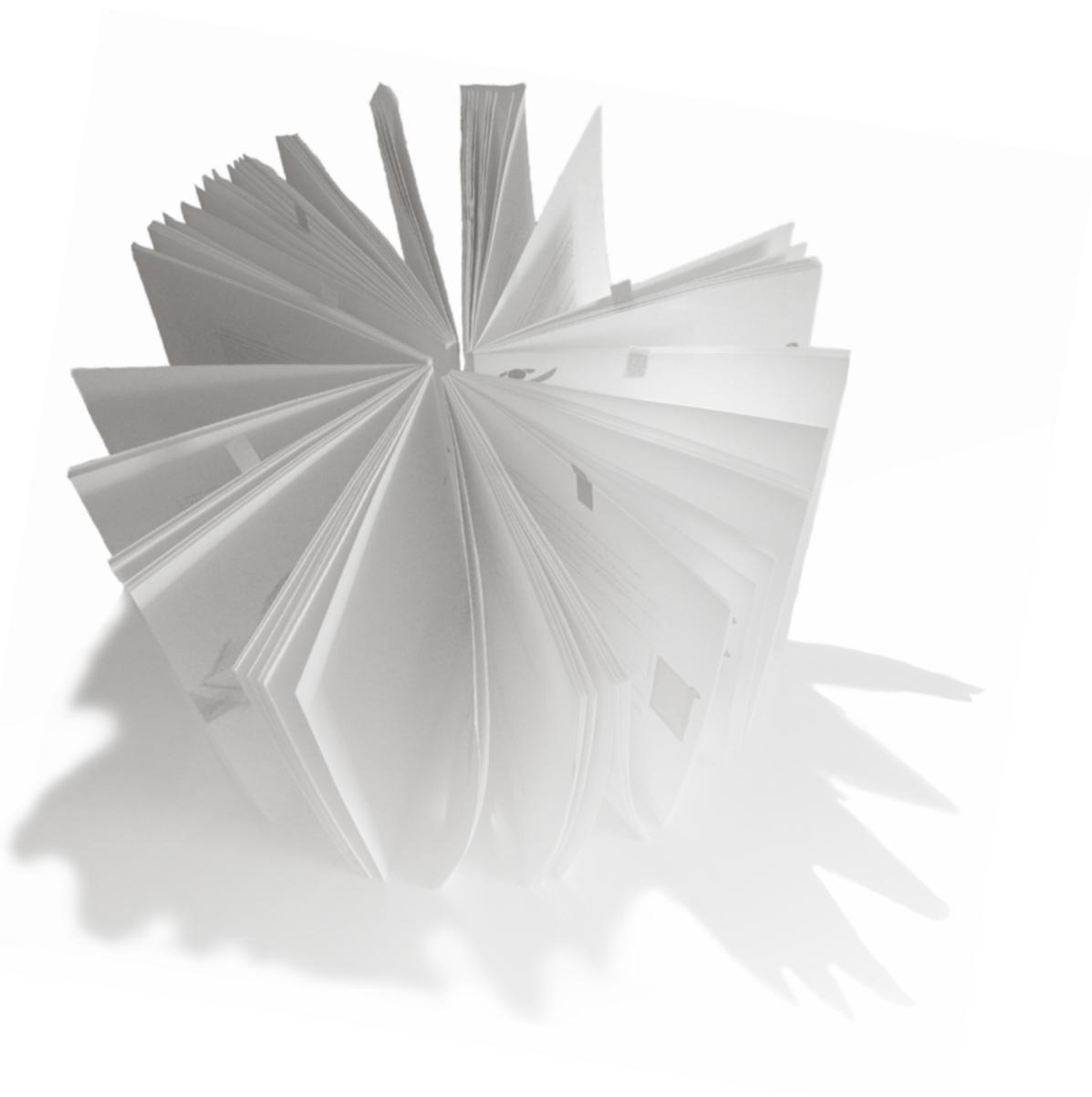
In antwoord op uw vraag, kan ik u het volgende meedelen :

1. Tabel 1 in bijlage geeft het aandeel in verbruik (uitgedrukt in aantal tarifieringseenheden en DDD) weer van de generische geneesmiddelen in de totaliteit van de geneesmiddelen die werden gebruikt in het ziekenhuis voor de periode 2002-2011, zoals men ze in de doc PH terugvindt (specialiteiten afgeleverd in ziekenhuizen en terugbetaald door het RIZIV).
2. Tabel 2 in bijlage geeft het aandeel in verbruik (uitgedrukt in aantal tarifieringseenheden en DDD) weer van de generische geneesmiddelen in de totaliteit van de geneesmiddelen die werden gebruikt in het ziekenhuis waarvoor een generisch alternatief voorhanden was, voor de periode 2002-2011, zoals men ze in de doc PH terugvindt (specialiteiten afgeleverd in ziekenhuizen en terugbetaald door het RIZIV).
3. De gedeeltelijke forfaitarisering van de geneesmiddelen, ingevoerd in 2006, is een systeem dat ertoe leidt dat de ziekenhuizen de goedkoopst beschikbare geneesmiddelen op de markt kiezen. De tabellen 1 en 2 tonen trouwens duidelijk dat het gebruik van generieken in het ziekenhuis aan het toenemen is.

| Tabel 1 : Aandeel van de generische geneesmiddelen in de afleveringen van de ziekenhuisapotheken | | |
|--|---------------------------------------|----------------------|
| Jaar | % van het aantal tarifieringseenheden | % van het aantal DDD |
| 2002 | 0,7 | 1,2 |
| 2003 | 1,8 | 1,9 |
| 2004 | 3,6 | 3,6 |
| 2005 | 4,9 | 4,6 |
| 2006 | 6,2 | 5,6 |
| 2007 | 7,0 | 6,2 |
| 2008 | 7,6 | 6,9 |
| 2009 | 8,3 | 7,6 |
| 2010 | 9,5 | 8,9 |
| 2011 | 10,4 | 11,5 |

| Tabel 2 : Aandeel van de generische geneesmiddelen in de afleveringen van de ziekenhuisapotheken van geneesmiddelen met generische alternatieven | | |
|--|---------------------------------------|----------------------|
| Jaar | % van het aantal tarifieringseenheden | % van het aantal DDD |
| 2002 | 3,0 | 3,5 |
| 2003 | 7,2 | 5,4 |
| 2004 | 12,7 | 9,4 |
| 2005 | 15,3 | 11,6 |
| 2006 | 17,7 | 13,6 |
| 2007 | 18,4 | 14,7 |
| 2008 | 19,7 | 15,7 |
| 2009 | 20,2 | 16,6 |
| 2010 | 21,4 | 16,6 |
| 2011 | 21,9 | 20,4 |

5^e Deel
Basisgegevens



I. OMNIO-statuut - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Met toepassing van artikels 38 en 39 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad van 3 april 2007 (2^e uitg.) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor OMNIO van toepassing vanaf 1 januari 2013 de volgende plafonds niet bereiken.

| Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2012) | |
|---|--------------------|
| Gerechtigden | Personen ten laste |
| 16.306,86 EUR | 3.018,84 EUR |

Toepassing vanaf 1 januari 2014 :

| Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2013) | |
|---|--------------------|
| Gerechtigden | Personen ten laste |
| 16.743,70 EUR | 3.099,72 EUR |



Omzendbrief V.I. nr. 2013/274 – 3991/239 van 21 augustus 2013.

II. VT-statuut - Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5^o en 6^o) voor 2013

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^e uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11.763,02 en 2.177,65 EUR (tegen de spilindex 103,14 basis 1996 = 100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Van toepassing vanaf 1 september 2013.

| Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2013) | |
|---|--------------------|
| Gerechtigden | Personen ten laste |
| 16.743,70 EUR | 3.099,72 EUR |



Omzendbrief V.I. nr. 2013/276 – 3991/241 van 21 augustus 2013.

III. VT-statuuat - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5^o en 6^o) vanaf 1 september 2013

Welvaart

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^e uitg.) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuuat, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11.763,02 en 2.177,65 EUR (tegen de spilindex 103,14 basis 1996 = 100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

| Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden | |
|--|--------------------|
| Gerechtigden | Personen ten laste |
| 16.965,47 EUR | 3.140,77 EUR |



Omzendbrief V.I. nr. 2013/275 – 3991/240 van 21 augustus 2013.

IV. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996) Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

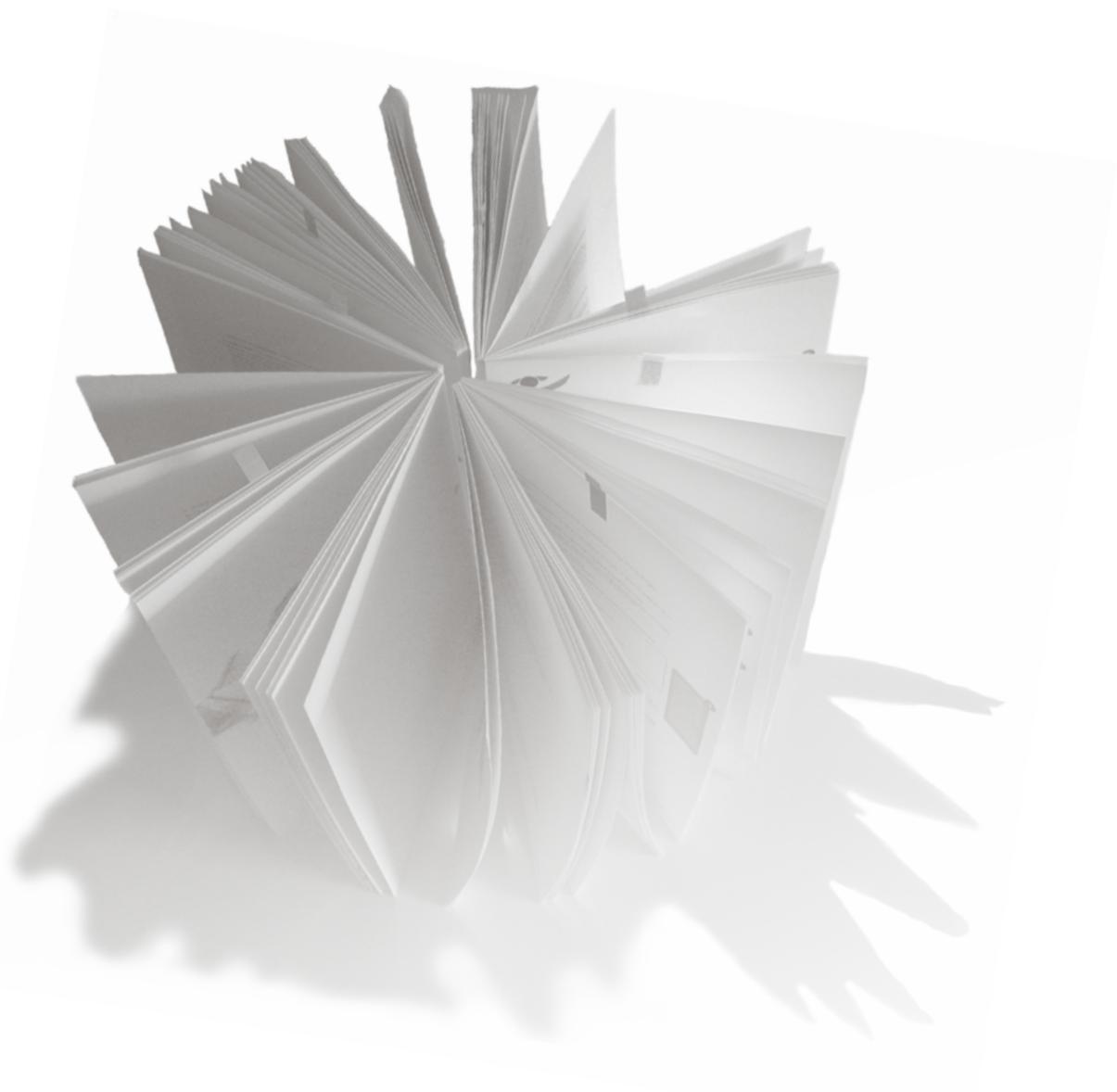
| Indexering van de grensbedragen (bedragen in EUR) | | |
|---|------------------|--|
| | Residenten | Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) |
| Vanaf 1 januari 2002 | 26.306,66 | 2.265,63 |
| Vanaf 1 februari 2002 | 26.832,59 | 2.310,92 |
| Vanaf 1 juni 2003 | 27.368,64 | 2.357,09 |
| Vanaf 1 oktober 2004 | 27.914,79 | 2.404,13 |
| Vanaf 1 augustus 2005 | 28.473,60 | 2.452,25 |
| Vanaf 1 oktober 2006 | 29.042,51 | 2.501,25 |
| Vanaf 1 september 2007 (welvaart) | 29.042,51 | 2.518,75 |
| Vanaf 1 januari 2008 | 29.624,07 | 2.602,36 |
| Vanaf 1 mei 2008 | 30.215,74 | 2.654,33 |
| Vanaf 1 september 2008 | 30.820,06 | 2.707,42 |
| Vanaf 1 juni 2009 (welvaart) | 30.820,06 | 2.756,15 |
| Vanaf 1 januari 2010 (welvaart) | 30.820,06 | 2.788,65 |
| Vanaf 1 september 2010 | 31.437,01 | 2.844,47 |
| Vanaf 1 mei 2011 | 32.066,61 | 2.901,44 |
| Vanaf 1 september 2011 (welvaart) | 32.066,61 | 2.921,74 |
| Vanaf 1 januari 2012 (welvaart) | 32.066,61 | 2.959,47 |
| Vanaf 1 februari 2012 | 32.708,86 | 3.018,74 |
| Vanaf 1 december 2012 | 33.363,74 | 3.079,19 |
| Vanaf 1 september 2013 (welvaart) | 33.363,74 | 3.140,77 |

| Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR) | | |
|---|------------------|--------------------|
| | Residenten | Personen ten laste |
| 2000 | 25.453,71 (PM) | 2.192,15 |
| 2001 | 26.091,74 (PM) | 2.247,06 |
| 2002 | 26.788,76 | 2.307,14 |
| 2003 | 27.145,29 | 2.337,88 |
| 2004 | 27.505,18 | 2.368,85 |
| 2005 | 28.147,63 | 2.424,18 |
| 2006 | 28.616,46 | 2.464,56 |
| 2007 | 29.045,04 | 2.507,30 |
| 2008 | 30.219,96 | 2.654,70 |
| 2009 | 30.820,06 | 2.735,85 |
| 2010 | 31.025,71 | 2.807,26 |
| 2011 | 31.856,74 | 2.889,22 |
| 2012 | 32.709,91 | 3.018,84 |
| 2013 | 33.363,74 | 3.099,72 |

 Omzendbrief V.I. nr. 2013/277 – 270/60, 273/60, 274/62, 276/112, 2790/60, 2791/60, 2792/59, 3910/1291 en 83/432 van 21 augustus 2013.

6^e Deel

Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1^e trimester 2013

| Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR) | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Omschrijving | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 | Doelstelling |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | | |
| a) Klinische biologie | 282.198 | 578.491 | 869.545 | 1.179.266 | |
| b) Medische beeldvorming | 265.925 | 548.189 | 821.823 | 1.123.492 | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 481.137 | 921.764 | 1.340.830 | 1.802.247 | |
| d) Speciale verstrekkingen | 295.200 | 599.227 | 893.804 | 1.205.161 | |
| e) Heelkunde | 267.290 | 539.713 | 796.219 | 1.071.069 | |
| f) Gynaecologie | 22.858 | 45.751 | 69.424 | 93.536 | |
| g) Toezicht | 91.284 | 184.835 | 275.739 | 367.681 | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 3.180 | 3.180 | 9.076 | 10.617 | |
| i) Forfait medisch dossier | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| j) Forfait Telematica | 46 | 6.181 | 6.471 | 6.547 | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | 0 | 0 | 0 | 9.075 | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 4.924 | 33.832 | 52.243 | 64.252 | |
| m) Impulsfonds | 906 | 3.004 | 5.709 | 6.908 | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 430 | 542 | 1.393 | 15.912 | |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Totaal geneesheren | 1.715.378 | 3.464.709 | 5.141.826 | 6.955.943 | 7.110.317 |
| 2. a) Honoraria van tandheekkundigen | 198.154 | 388.839 | 566.347 | 762.275 | 797.272 |
| b) Forfait accreditering | 7 | 12 | 13.121 | 13.287 | 13.198 |
| Totaal tandheekkundigen | 198.161 | 388.851 | 579.468 | 775.562 | 810.470 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 1.093.238 | 2.192.274 | 3.265.907 | 4.397.247 | 4.295.729 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 267.794 | 541.060 | 829.513 | 1.116.374 | 1.128.320 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 9.633 | 9.633 | 19.723 | 19.723 | 20.006 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 159.486 | 316.575 | 457.864 | 606.694 | 585.715 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 58.879 | 123.040 | 184.922 | 252.193 | 261.062 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 137.405 | 273.121 | 404.789 | 551.283 | 677.402 |
| 10. Verzorging door opticiens | 6.589 | 12.397 | 17.749 | 23.445 | 30.085 |
| 11. Verzorging door audiociens | 11.962 | 24.057 | 35.462 | 46.819 | 45.988 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 3.846 | 7.541 | 11.514 | 15.444 | 15.737 |
| 13. Verpleegdagprijs | 1.216.571 | 2.465.321 | 3.715.104 | 4.975.697 | 5.120.839 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 51.959 | 107.264 | 162.247 | 219.409 | 213.069 |
| Vervoer | 0 | 0 | 0 | 0 | 238 |
| Totaal | 1.268.530 | 2.572.585 | 3.877.351 | 5.195.106 | 5.334.146 |

| Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|---|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Omschrijving | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 | Doelstelling |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 2.278 | 5.205 | 7.599 | 9.427 | 7.667 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 2.278 | 5.205 | 7.599 | 9.427 | 7.667 |
| 15. Dialyse | | | | | |
| a) Geneesheren | 35.638 | 71.437 | 108.713 | 147.383 | 149.630 |
| b) Forfait nierdialyse | 32.692 | 65.673 | 100.633 | 137.130 | 140.214 |
| c) Thuis, in een centrum | 25.795 | 51.448 | 79.077 | 106.963 | 106.447 |
| d) Nachtdialyse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal dialyse | 94.125 | 188.558 | 288.423 | 391.476 | 396.291 |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 296.122 | 580.949 | 881.187 | 1.186.508 | |
| b) Rustoordn voor bejaarden | 220.883 | 427.173 | 643.341 | 861.167 | |
| c) Dagverzorgingscentra | 3.773 | 7.677 | 11.739 | 16.394 | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 76.257 | 144.467 | 215.585 | 284.128 | |
| e) Syndicale premie | 2.341 | 2.341 | 4.293 | 4.293 | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 5.048 | 7.309 | 10.449 | 13.474 | |
| g) Palliatieve dagcentra | 0 | 0 | 0 | 277 | |
| Totaal | 604.424 | 1.169.916 | 1.766.594 | 2.366.241 | 2.367.070 |
| 17. Einde loopbaan | 34.469 | 55.688 | 76.854 | 98.023 | 97.155 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 22.934 | 46.475 | 72.101 | 95.944 | 106.370 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 9.268 | 18.349 | 27.933 | 38.550 | 41.201 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 590 | 1.260 | 1.919 | 2.575 | 2.634 |
| Totaal | 32.792 | 66.084 | 101.953 | 137.069 | 150.205 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 115.340 | 243.652 | 363.792 | 500.031 | 561.805 |
| 20. Bijzonder Fonds | 5.367 | 8.483 | 9.952 | 12.118 | 17.643 |
| 21. Logopedie | 19.587 | 39.551 | 55.007 | 74.519 | 72.903 |
| 22. Medisch-pediatische centra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 7.597 | 14.324 | 21.549 | 28.774 | 25.904 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -40.299 | -65.669 | -84.691 | -99.826 | -71.017 |
| 25. Maximumfactuur | | | | | |
| a) Sociale MAF | 125.352 | 160.709 | 223.499 | 329.653 | 379.760 |
| b) Fiscale MAF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale Maximumfactuur | 125.352 | 160.709 | 223.499 | 329.653 | 379.760 |
| 26. Chronische zieken | 20.769 | 35.658 | 55.409 | 85.823 | 96.927 |
| 27. Palliatieve zorgen | 3.567 | 7.668 | 10.592 | 11.460 | 12.422 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 3.254 | 6.344 | 9.483 | 12.705 | 20.092 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 1.207 | 2.583 | 4.055 | 5.537 | 8.980 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 121 | 235 | 397 | 535 | 526 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | | |
| a) SISD | 127 | 225 | 318 | 403 | 568 |
| b) COMA | 119 | 247 | 373 | 500 | 783 |
| c) Therapeutische projecten | 134 | 263 | 407 | 521 | 1.335 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 380 | 735 | 1.098 | 1.424 | 2.686 |

| Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|---|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Omschrijving | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 | Doelstelling |
| 32. Geïnterneerden | 6.506 | 6.687 | 16.048 | 30.863 | 32.620 |
| 33. Tabaksontwenning | 224 | 430 | 629 | 837 | 2.535 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 58 | 1.248 | 1.713 | 1.774 | 3.828 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | 0 | 0 | 0 | 0 | 50.000 |
| 36. Fonds verslaving | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 38. Medische huizen | 19.498 | 41.040 | 62.988 | 87.225 | 84.896 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 1.408 | 3.239 | 4.888 | 6.432 | 8.563 |
| 40. Chronische zieken extra | 0 | 0 | 0 | 0 | 9.069 |
| 41. Zorgtrajecten | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0 | 0 | 0 | 0 | 12.507 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.964 |
| 45. Sociaal akkoord | 0 | 0 | 7.964 | 18.076 | 17.930 |
| 46. Diversen | 1.305 | 1.488 | 2.752 | 8.441 | 30.821 |
| - Affectatie toekomstfonds | | | | | 0 |
| - Initiatieven 2010 BMF | | | | | 0 |
| - Compensatie uitgaven buiten doelstelling | | | | | 55.147 |
| - Bijdragen sociale zekerheid evenwicht | | | | | 1.093.460 |
| Totaal | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.148.607 |
| Algemeen totaal | 5.993.230 | 11.922.699 | 17.837.635 | 24.077.470 | 25.869.336 |

| Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR) | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 | Doelstelling |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | | |
| a) Klinische biologie | 320.076 | 648.505 | 946.041 | 1.253.159 | |
| b) Medische beeldvorming | 302.888 | 613.368 | 888.312 | 1.171.583 | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 500.768 | 962.333 | 1.410.254 | 1.871.345 | |
| d) Speciale verstrekkingen | 322.204 | 646.968 | 950.429 | 1.264.506 | |
| e) Heelkunde | 290.323 | 577.730 | 836.191 | 1.115.242 | |
| f) Gynaecologie | 23.615 | 47.444 | 70.555 | 94.472 | |
| g) Toezicht | 100.801 | 201.122 | 294.631 | 391.822 | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 6.514 | 11.148 | 15.481 | 16.456 | |
| i) Forfait medisch dossier | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| j) Forfait Telematica | 22 | 6.239 | 6.734 | 6.802 | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | 0 | 0 | 0 | 3.476 | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 17.226 | 28.408 | 41.145 | 54.998 | |
| m) Impulsfonds | 1.424 | 1.612 | 2.613 | 4.476 | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 432 | 637 | 685 | 17.093 | |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Totaal geneesheren | 1.886.293 | 3.745.514 | 5.463.071 | 7.265.430 | 7.304.023 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 204.028 | 402.097 | 585.624 | 790.518 | 807.888 |
| b) Forfait accreditering | 15 | 26 | 13.893 | 14.076 | 14.148 |
| Totaal tandheelkundigen | 204.043 | 402.123 | 599.517 | 804.594 | 822.036 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 1.135.948 | 2.254.430 | 3.297.719 | 4.369.059 | 4.304.383 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 288.368 | 590.632 | 888.965 | 1.191.946 | 1.199.992 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 10.255 | 12.079 | 22.771 | 22.777 | 20.861 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 165.660 | 320.101 | 469.518 | 624.859 | 624.882 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 62.531 | 129.706 | 195.504 | 266.099 | 284.392 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 159.805 | 317.848 | 464.597 | 627.268 | 651.979 |
| 10. Verzorging door opticiens | 6.599 | 12.694 | 18.259 | 23.946 | 31.809 |
| 11. Verzorging door audiciens | 11.282 | 23.094 | 35.435 | 50.570 | 56.349 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 3.973 | 8.013 | 12.078 | 16.088 | 16.733 |
| 13. Verpleegdagprijs | 1.271.657 | 2.565.405 | 3.859.934 | 5.180.920 | 5.300.578 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 58.763 | 119.917 | 177.611 | 237.478 | 237.051 |
| Vervoer | 0 | 0 | 0 | 0 | 238 |
| Totaal | 1.330.420 | 2.685.322 | 4.037.545 | 5.418.398 | 5.537.867 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 472 | 2.560 | 2.586 | 7.164 | 7.921 |
| 15. Dialyse | | | | | |
| a) Geneesheren | 38.132 | 76.126 | 114.164 | 152.435 | 154.741 |
| b) Forfait nierdialyse | 35.417 | 71.041 | 106.796 | 142.748 | 143.225 |
| c) Thuis, in een centrum | 26.722 | 53.892 | 81.485 | 108.859 | 119.345 |
| d) Nachtdialyse | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal dialyse | 100.271 | 201.059 | 302.445 | 404.042 | 417.311 |

| Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|--|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 | Doelstelling |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 312.786 | 620.074 | 935.500 | 1.251.036 | |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 222.329 | 441.974 | 668.759 | 898.829 | |
| c) Dagverzorgingscentra | 4.624 | 9.212 | 13.929 | 18.962 | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 83.048 | 155.878 | 229.534 | 302.939 | |
| e) Syndicale premie | 2.388 | 2.503 | 2.503 | 2.503 | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 3.408 | 4.338 | 4.338 | 9.359 | |
| g) Palliatieve dagcentra | 0 | 0 | 132 | 438 | |
| Totaal | 628.583 | 1.233.979 | 1.854.695 | 2.484.066 | 2.516.463 |
| 17. Einde loopbaan | 37.577 | 61.467 | 85.241 | 109.084 | 113.187 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 23.391 | 45.943 | 69.915 | 93.529 | 107.044 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 10.534 | 20.767 | 31.197 | 41.869 | 42.898 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 688 | 1.419 | 2.080 | 2.715 | 2.955 |
| Totaal | 34.613 | 68.129 | 103.192 | 138.113 | 152.897 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 127.460 | 266.005 | 397.389 | 533.873 | 602.074 |
| 20. Bijzonder Fonds | 1.041 | 2.446 | 3.125 | 4.130 | 19.640 |
| 21. Logopedie | 20.417 | 41.241 | 57.321 | 77.657 | 76.914 |
| 22. Medisch-pediatische centra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 7.895 | 15.031 | 22.172 | 29.719 | 31.143 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -33.826 | -58.944 | -73.342 | -85.337 | -74.213 |
| 25. Maximumfactuur | | | | | |
| a) Sociale MAF | 111.124 | 148.496 | 214.199 | 328.002 | 390.694 |
| b) Fiscale MAF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale Maximumfactuur | 111.124 | 148.496 | 214.199 | 328.002 | 390.694 |
| 26. Chronische zieken | 20.662 | 37.980 | 64.451 | 90.532 | 105.939 |
| 27. Palliatieve zorgen | 3.925 | 8.181 | 11.240 | 12.274 | 12.485 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 3.625 | 6.980 | 10.443 | 14.048 | 19.683 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 1.613 | 3.162 | 4.905 | 6.685 | 6.617 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 171 | 339 | 504 | 700 | 551 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | | |
| a) SISD | 108 | 191 | 303 | 368 | 462 |
| b) COMA | 134 | 262 | 376 | 486 | 594 |
| c) Therapeutische projecten | 105 | 201 | 237 | 337 | 4.698 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 347 | 654 | 916 | 1.191 | 5.754 |
| 32. Geïnterneerden | 4.001 | 17.602 | 17.699 | 29.200 | 33.595 |
| 33. Tabaksontwenning | 234 | 459 | 645 | 859 | 2.575 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 59 | 120 | 120 | 120 | 0 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|---|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 | Doelstelling |
| 36. Fonds verslaving | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 38. Medische huizen | 22.018 | 45.212 | 70.054 | 95.233 | 98.417 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 1.654 | 3.703 | 5.681 | 7.619 | 8.850 |
| 40. Chronische zieken extra | 0 | 0 | 0 | 0 | 8.696 |
| 41. Zorgtrajecten | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0 | 0 | 0 | 0 | 12.507 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0 | 0 | 0 | 0 | 3.053 |
| 45. Sociaal akkoord | 0 | 65 | 823 | 8.688 | 18.199 |
| 46. Diversen | 1.539 | 2.003 | 2.684 | 3.255 | 32.678 |
| - Bevriezing gereserveerde bedragen | | | | | 70.049 |
| - Compensatie besparingen maart 2012 | | | | | 20.247 |
| - Compensatie uitgaven buiten doelstelling | | | | | 55.147 |
| - Bijdragen sociale zekerheid evenwicht | | | | | 0 |
| Totaal | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.443 |
| Algemeen totaal | 6.363.652 | 12.612.485 | 18.667.167 | 24.984.951 | 25.627.379 |

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 (in duizenden EUR)

| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 | Doelstelling |
|--|------------------|--------|--------|--------|------------------|
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | | |
| a) Klinische biologie | 305.530 | | | | |
| b) Medische beeldvorming | 281.702 | | | | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 523.660 | | | | |
| d) Speciale verstrekkingen | 308.588 | | | | |
| e) Heelkunde | 282.989 | | | | |
| f) Gynaecologie | 22.401 | | | | |
| g) Toezicht | 101.673 | | | | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 5 | | | | |
| i) Forfait medisch dossier | 0 | | | | |
| j) Forfait Telematica | 19 | | | | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | 0 | | | | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 19.886 | | | | |
| m) Impulsfonds | 7.057 | | | | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 473 | | | | |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | 240 | | | | |
| Totaal geneesheren | 1.854.223 | | | | 7.544.861 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 211.948 | | | | 826.934 |
| b) Forfait accreditering | 29 | | | | 14.523 |
| Totaal tandheelkundigen | 211.977 | | | | 841.457 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 1.057.593 | | | | 4.248.545 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 298.775 | | | | 1.282.420 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 10.916 | | | | 22.307 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 169.320 | | | | 657.250 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 65.271 | | | | 290.265 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 164.573 | | | | 700.552 |
| 10. Verzorging door opticiens | 7.163 | | | | 32.687 |
| 11. Verzorging door audiciens | 12.766 | | | | 57.624 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 4.288 | | | | 17.638 |
| 13. Verpleegdagprijs | 1.319.992 | | | | 5.510.542 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 58.265 | | | | 260.151 |
| Vervoer | 0 | | | | 235 |
| Totaal | 1.378.257 | | | | 5.770.928 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 2.694 | | | | 8.098 |
| 15. Dialyse | | | | | |
| a) Geneesheren | 38.652 | | | | 157.208 |
| b) Forfait nierdialyse | 36.614 | | | | 156.119 |
| c) Thuis, in een centrum | 28.359 | | | | 120.947 |
| d) Nachtdialyse | 0 | | | | 0 |
| Totaal dialyse | 103.625 | | | | 434.274 |

| Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|---|----------------|--------|--------|--------|------------------|
| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 | Doelstelling |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 325.303 | | | | |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 233.360 | | | | |
| c) Dagverzorgingscentra | 5.346 | | | | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 83.702 | | | | |
| e) Syndicale premie | 2.578 | | | | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 0 | | | | |
| g) Palliatieve dagcentra | 0 | | | | |
| Totaal | 650.289 | | | | 2.634.005 |
| 17. Einde loopbaan | 43.748 | | | | 130.216 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 24.960 | | | | 107.357 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 11.361 | | | | 44.123 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 768 | | | | 3.548 |
| Totaal | 37.089 | | | | 155.028 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 134.091 | | | | 620.727 |
| 20. Bijzonder Fonds | 313 | | | | 14.166 |
| 21. Logopedie | 21.854 | | | | 83.691 |
| 22. Medisch-pediatische centra | 0 | | | | 0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 8.312 | | | | 32.209 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -30.248 | | | | -93.680 |
| 25. Maximumfactuur | | | | | |
| a) Sociale MAF | 111.243 | | | | 372.949 |
| b) Fiscale MAF | 0 | | | | 0 |
| Totale Maximumfactuur | 111.243 | | | | 372.949 |
| 26. Chronische zieken | 22.249 | | | | 98.806 |
| 27. Palliatieve zorgen | 3.850 | | | | 13.387 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 3.878 | | | | 20.589 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 1.881 | | | | 7.325 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 174 | | | | 847 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | | |
| a) SISD | 120 | | | | 329 |
| b) COMA | 99 | | | | 555 |
| c) Therapeutische projecten | 113 | | | | 4.828 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 332 | | | | 5.712 |
| 32. Geïnterneerden | 11.243 | | | | 34.522 |
| 33. Tabaksontwenning | 233 | | | | 1.233 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 0 | | | | 0 |

| Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR) | | | | | |
|--|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|
| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 | Doelstelling |
| 35. Stabiliteitsprovisie | 0 | | | | 0 |
| 36. Fonds verslaving | 3.000 | | | | 3.000 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | 0 | | | | 0 |
| 38. Medische huizen | 24.290 | | | | 115.607 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 2.003 | | | | 9.056 |
| 40. Chronische ziekten extra | 0 | | | | 6.029 |
| 41. Zorgtrajecten | 0 | | | | 0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | 0 | | | | 0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0 | | | | 12.310 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0 | | | | 2.071 |
| 45. Sociaal akkoord | 1.316 | | | | 27.137 |
| 46. Diversen | 1.102 | | | | 24.413 |
| - Vermindering alternatieve financiering | | | | | 346.132 |
| - Vermindering alternatieve financiering conclaf maart 2013 | | | | | 38.745 |
| - Compensatie uitgaven buiten doelstelling | | | | | 51.448 |
| Totaal | 0 | | | | 436.325 |
| Algemeen totaal | 6.393.683 | | | | 26.676.586 |

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in %

| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
|--|-------------|------------|------------|------------|
| | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | 13,4 | 12,1 | 8,8 | 6,3 |
| b) Medische beeldvorming | 13,9 | 11,9 | 8,1 | 4,3 |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 4,1 | 4,4 | 5,2 | 3,8 |
| d) Speciale verstrekkingen | 9,1 | 8,0 | 6,3 | 4,9 |
| e) Heelkunde | 8,6 | 7,0 | 5,0 | 4,1 |
| f) Gynaecologie | 3,3 | 3,7 | 1,6 | 1,0 |
| g) Toezicht | 10,4 | 8,8 | 6,9 | 6,6 |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 104,8 | 250,6 | 70,6 | 55,0 |
| i) Forfait medisch dossier | | | | |
| j) Forfait Telematica | -52,2 | 0,9 | 4,1 | 3,9 |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | | | | -61,7 |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 249,8 | -16,0 | -21,2 | -14,4 |
| m) Impulsfonds | 57,2 | -46,3 | -54,2 | -35,2 |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 0,5 | 17,5 | -50,8 | 7,4 |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | | | | |
| Totaal geneesheren | 10,0 | 8,1 | 6,2 | 4,4 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 3,0 | 3,4 | 3,4 | 3,7 |
| b) Forfait accreditering | 114,3 | 116,7 | 5,9 | 5,9 |
| Totaal tandheelkundigen | 3,0 | 3,4 | 3,5 | 3,7 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 3,9 | 2,8 | 1,0 | -0,6 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 7,7 | 9,2 | 7,2 | 6,8 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 6,5 | 25,4 | 15,5 | 15,5 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 3,9 | 1,1 | 2,5 | 3,0 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 6,2 | 5,4 | 5,7 | 5,5 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 16,3 | 16,4 | 14,8 | 13,8 |
| 10. Verzorging door opticiens | 0,2 | 2,4 | 2,9 | 2,1 |
| 11. Verzorging door audiciens | -5,7 | -4,0 | -0,1 | 8,0 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 3,3 | 6,3 | 4,9 | 4,2 |
| 13. Verpleegdagprijs | 4,5 | 4,1 | 3,9 | 4,1 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 13,1 | 11,8 | 9,5 | 8,2 |
| Vervoer | | | | |
| Totaal | 4,9 | 4,4 | 4,1 | 4,3 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | -79,3 | -50,8 | -66,0 | -24,0 |
| 15. Dialyse | | | | |
| a) Geneesheren | 7,0 | 6,6 | 5,0 | 3,4 |
| b) Forfait nierdialyse | 8,3 | 8,2 | 6,1 | 4,1 |
| c) Thuis, in een centrum | 3,6 | 4,8 | 3,0 | 1,8 |
| d) Nachtdialyse | | | | |
| Totaal dialyse | 6,5 | 6,6 | 4,9 | 3,2 |

| Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
| | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 5,6 | 6,7 | 6,2 | 5,4 |
| b) Rustoordelen voor bejaarden | 0,7 | 3,5 | 4,0 | 4,4 |
| c) Dagverzorgingscentra | 22,6 | 20,0 | 18,7 | 15,7 |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 8,9 | 7,9 | 6,5 | 6,6 |
| e) Syndicale premie | 2,0 | 6,9 | -41,7 | -41,7 |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | -32,5 | -40,6 | -58,5 | -30,5 |
| g) Palliatieve dagcentra | | | | 58,1 |
| Totaal | 4,0 | 5,5 | 5,0 | 5,0 |
| 17. Einde loopbaan | 9,0 | 10,4 | 10,9 | 11,3 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 2,0 | -1,1 | -3,0 | -2,5 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 13,7 | 13,2 | 11,7 | 8,6 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 16,6 | 12,6 | 8,4 | 5,4 |
| Totaal | 5,6 | 3,1 | 1,2 | 0,8 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 10,5 | 9,2 | 9,2 | 6,8 |
| 20. Bijzonder Fonds | -80,6 | -71,2 | -68,6 | -65,9 |
| 21. Logopedie | 4,2 | 4,3 | 4,2 | 4,2 |
| 22. Medisch-pediatrie centra | | | | |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 3,9 | 4,9 | 2,9 | 3,3 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -16,1 | -10,2 | -13,4 | -14,5 |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | -11,4 | -7,6 | -4,2 | -0,5 |
| b) Fiscale MAF | | | | |
| Totale Maximumfactuur | -11,4 | -7,6 | -4,2 | -0,5 |
| 26. Chronische zieken | -0,5 | 6,5 | 16,3 | 5,5 |
| 27. Palliatieve zorgen | 10,0 | 6,7 | 6,1 | 7,1 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 11,4 | 10,0 | 10,1 | 10,6 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 33,6 | 22,4 | 21,0 | 20,7 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 41,3 | 44,3 | 27,0 | 30,8 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | -15,0 | -15,1 | -4,7 | -8,7 |
| b) COMA | 12,6 | 6,1 | 0,8 | -2,8 |
| c) Therapeutische projecten | -21,6 | -23,6 | -41,8 | -35,3 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | -8,7 | -11,0 | -16,6 | -16,4 |

| Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Omschrijving | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
| | 2011.1 | 2011.2 | 2011.3 | 2011.4 |
| 32. Geïnterneerden | -38,5 | 163,2 | 10,3 | -5,4 |
| 33. Tabaksontwenning | 4,5 | 6,7 | 2,5 | 2,6 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 1,7 | -90,4 | -93,0 | -93,2 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | | |
| 38. Medische huizen | 12,9 | 10,2 | 11,2 | 9,2 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 17,5 | 14,3 | 16,2 | 18,5 |
| 40. Chronische ziekten extra | | | | |
| 41. Zorgtrajecten | | | | |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | | |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | | | | |
| 44. Zeldzame ziekten | | | | |
| 45. Sociaal akkoord | | | -89,7 | -51,9 |
| 46. Diversen | 17,9 | 34,6 | -2,5 | -61,4 |
| Algemeen totaal | 6,2 | 5,8 | 4,7 | 3,8 |

| Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
| | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | -4,5 | | | |
| b) Medische beeldvorming | -7,0 | | | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 4,6 | | | |
| d) Speciale verstrekkingen | -4,2 | | | |
| e) Heelkunde | -2,5 | | | |
| f) Gynaecologie | -5,1 | | | |
| g) Toezicht | 0,9 | | | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | -99,9 | | | |
| i) Forfait medisch dossier | | | | |
| j) Forfait Telematica | -13,6 | | | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | | | | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 15,4 | | | |
| m) Impulsfonds | 395,6 | | | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 9,5 | | | |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | | | | |
| Totaal geneesheren | -1,7 | | | |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 3,9 | | | |
| b) Forfait accreditering | 93,3 | | | |
| Totaal tandheelkundigen | 3,9 | | | |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | -6,9 | | | |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 3,6 | | | |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 6,4 | | | |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 2,2 | | | |
| 7. Verzorging door bandagisten | 4,4 | | | |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 3,0 | | | |
| 10. Verzorging door opticiens | 8,5 | | | |
| 11. Verzorging door audiciens | 13,2 | | | |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 7,9 | | | |
| 13. Verpleegdagprijs | 3,8 | | | |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | -0,8 | | | |
| Vervoer | -100,0 | | | |
| Totaal | 3,6 | | | |

| Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg | | | | |
|---|------------|--------|--------|--------|
| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
| | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 470,8 | | | |
| 15. Dialyse | | | | |
| a) Geneesheren | 1,4 | | | |
| b) Forfait nierdialyse | 3,4 | | | |
| c) Thuis, in een centrum | 6,1 | | | |
| d) Nachtdialyse | | | | |
| Totaal dialyse | 3,3 | | | |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 4,0 | | | |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 5,0 | | | |
| c) Dagverzorgingscentra | 15,6 | | | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 0,8 | | | |
| e) Syndicale premie | 8,0 | | | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | -100,0 | | | |
| g) Palliatieve dagcentra | | | | |
| Totaal | 3,5 | | | |
| 17. Einde loopbaan | 16,4 | | | |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 6,7 | | | |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 7,9 | | | |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 11,6 | | | |
| Totaal | 7,2 | | | |
| 19. Revalidatie en herscholing | 5,2 | | | |
| 20. Bijzonder Fonds | -69,9 | | | |
| 21. Logopedie | 7,0 | | | |
| 22. Medisch-pediatrie centra | | | | |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 5,3 | | | |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -10,6 | | | |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 0,1 | | | |
| b) Fiscale MAF | | | | |
| Totale Maximumfactuur | 0,1 | | | |
| 26. Chronische zieken | 7,7 | | | |
| 27. Palliatieve zorgen | -1,9 | | | |

| Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
| | 2012.1 | 2012.2 | 2012.3 | 2012.4 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 7,0 | | | |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 16,6 | | | |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 1,8 | | | |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | 11,1 | | | |
| b) COMA | -26,1 | | | |
| c) Therapeutische projecten | 7,6 | | | |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | -4,3 | | | |
| 32. Geïnterneerden | 181,0 | | | |
| 33. Tabaksontwenning | -0,4 | | | |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | -100,0 | | | |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 0,0 | | | |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | | |
| 38. Medische huizen | 10,3 | | | |
| 39. MS/ALS/Huntington | 21,1 | | | |
| 40. Chronische zieken extra | | | | |
| 41. Zorgtrajecten | | | | |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | | |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | | | | |
| 44. Zeldzame ziekten | | | | |
| 45. Sociaal akkoord | | | | |
| 46. Diversen | -28,4 | | | |
| Algemeen totaal | 0,5 | | | |

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013

| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
|--|-------------|--------|--------|--------|
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | | | | |
| b) Medische beeldvorming | | | | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | | | | |
| d) Speciale verstrekkingen | | | | |
| e) Heelkunde | | | | |
| f) Gynaecologie | | | | |
| g) Toezicht | | | | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | | | | |
| i) Forfait medisch dossier | | | | |
| j) Forfait Telematica | | | | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | | | | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | | | | |
| m) Impulsfonds | | | | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | | | | |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | | | | |
| Totaal geneesheren | 24,6 | | | |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 25,6 | | | |
| b) Forfait accreditering | 0,2 | | | |
| Totaal tandheelkundigen | 25,2 | | | |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 24,9 | | | |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 23,3 | | | |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 48,9 | | | |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 25,8 | | | |
| 7. Verzorging door bandagisten | 22,5 | | | |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 23,5 | | | |
| 10. Verzorging door opticiens | 21,9 | | | |
| 11. Verzorging door audiciens | 22,2 | | | |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 24,3 | | | |
| 13. Verpleegdagprijs | 24,0 | | | |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 22,4 | | | |
| Vervoer | 0,0 | | | |
| Totaal | 23,9 | | | |

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg

| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
|--|-------------|--------|--------|--------|
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 33,3 | | | |
| 15. Dialyse | | | | |
| a) Geneesheren | 24,6 | | | |
| b) Forfait nierdialyse | 23,5 | | | |
| c) Thuis, in een centrum | 23,4 | | | |
| d) Nachtdialyse | | | | |
| Totaal dialyse | 23,9 | | | |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | | | | |
| b) Rustoorden voor bejaarden | | | | |
| c) Dagverzorgingscentra | | | | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | | | | |
| e) Syndicale premie | | | | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | | | | |
| g) Palliatieve dagcentra | | | | |
| Totaal | 24,7 | | | |
| 17. Einde loopbaan | 33,6 | | | |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 23,2 | | | |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 25,7 | | | |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 21,6 | | | |
| Totaal | 23,9 | | | |
| 19. Revalidatie en herscholing | 21,6 | | | |
| 20. Bijzonder Fonds | 2,2 | | | |
| 21. Logopedie | 26,1 | | | |
| 22. Medisch-pediatische centra | | | | |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 25,8 | | | |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | 32,3 | | | |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 29,8 | | | |
| b) Fiscale MAF | | | | |
| Totale Maximumfactuur | 29,8 | | | |
| 26. Chronische zieken | 22,5 | | | |
| 27. Palliatieve zorgen | 28,8 | | | |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 18,8 | | | |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 25,7 | | | |

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg

| Omschrijving | 2013.1 | 2013.2 | 2013.3 | 2013.4 |
|--|-------------|--------|--------|--------|
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 20,5 | | | |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | 36,5 | | | |
| b) COMA | 17,8 | | | |
| c) Therapeutische projecten | 2,3 | | | |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 5,8 | | | |
| 32. Geïnterneerden | 32,6 | | | |
| 33. Tabaksontwenning | 18,9 | | | |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | | | | |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 100,0 | | | |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | | |
| 38. Medische huizen | 21,0 | | | |
| 39. MS/ALS/Huntington | 22,1 | | | |
| 40. Chronische zieken extra | 0,0 | | | |
| 41. Zorgtrajecten | | | | |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | | |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0,0 | | | |
| 44. Zeldzame ziekten | 0,0 | | | |
| 45. Sociaal akkoord | 4,8 | | | |
| 46. Diversen | 4,5 | | | |
| Algemeen totaal | 24,0 | | | |

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden

| Omschrijving | Juni 2012 (1) | September 2012 (2) | December 2012 (3) | Maart 2013 (4) |
|--|------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | 9,72 | 8,77 | 6,27 | 1,76 |
| b) Medische beeldvorming | 10,74 | 8,73 | 4,28 | -0,87 |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 4,87 | 6,57 | 3,82 | 3,96 |
| d) Speciale verstrekkingen | 5,73 | 5,41 | 4,92 | 1,52 |
| e) Heelkunde | 4,89 | 4,44 | 4,12 | 1,26 |
| f) Gynaecologie | 3,67 | 1,61 | 1,00 | -1,10 |
| g) Toezicht | 5,95 | 5,76 | 6,57 | 4,11 |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 29,13 | 17,82 | 55,00 | -28,70 |
| i) Forfait medisch dossier | | | | |
| j) Forfait Telematica | 3,38 | 4,54 | 3,89 | 4,23 |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | | | -61,70 | -61,70 |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 33,03 | -10,67 | -14,40 | -24,68 |
| m) Impulsfonds | -22,91 | -52,80 | -35,21 | 36,13 |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 45,35 | 30,27 | 7,42 | 7,67 |
| o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland | | | | |
| Totaal geneesheren | 7,22 | 6,62 | 4,45 | 1,49 |
| 2. a) Honoraria van tandheekkundigen | 3,11 | 3,39 | 3,71 | 3,94 |
| b) Forfait accreditering | 13,38 | 5,95 | 5,94 | 5,98 |
| Totaal tandheekkundigen | 3,27 | 3,44 | 3,74 | 3,98 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 2,80 | 1,34 | -0,64 | -3,36 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 8,62 | 7,01 | 6,77 | 5,75 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 16,56 | 15,12 | 15,48 | 15,20 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 2,50 | 2,84 | 2,99 | 2,55 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 8,54 | 7,61 | 6,93 | 4,70 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | 2,58 | 4,47 | 4,43 | 5,38 |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 11,43 | 13,04 | 13,78 | 10,17 |
| 10. Verzorging door opticiens | 2,54 | 3,48 | 2,14 | 4,50 |
| 11. Verzorging door audiciens | 0,18 | 1,21 | 8,01 | 12,82 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 6,57 | 4,65 | 4,17 | 5,34 |
| 13. Verpleegdagprijs | 5,18 | 4,23 | 4,12 | 3,95 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 10,21 | 8,68 | 8,24 | 4,76 |
| Vervoer | | | | |
| Totaal | 5,39 | 4,41 | 4,30 | 3,98 |

(1) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)

(2) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)

(3) December 2012 = (12 eerste maanden 2012) / (12 eerste maanden 2011)

(4) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)

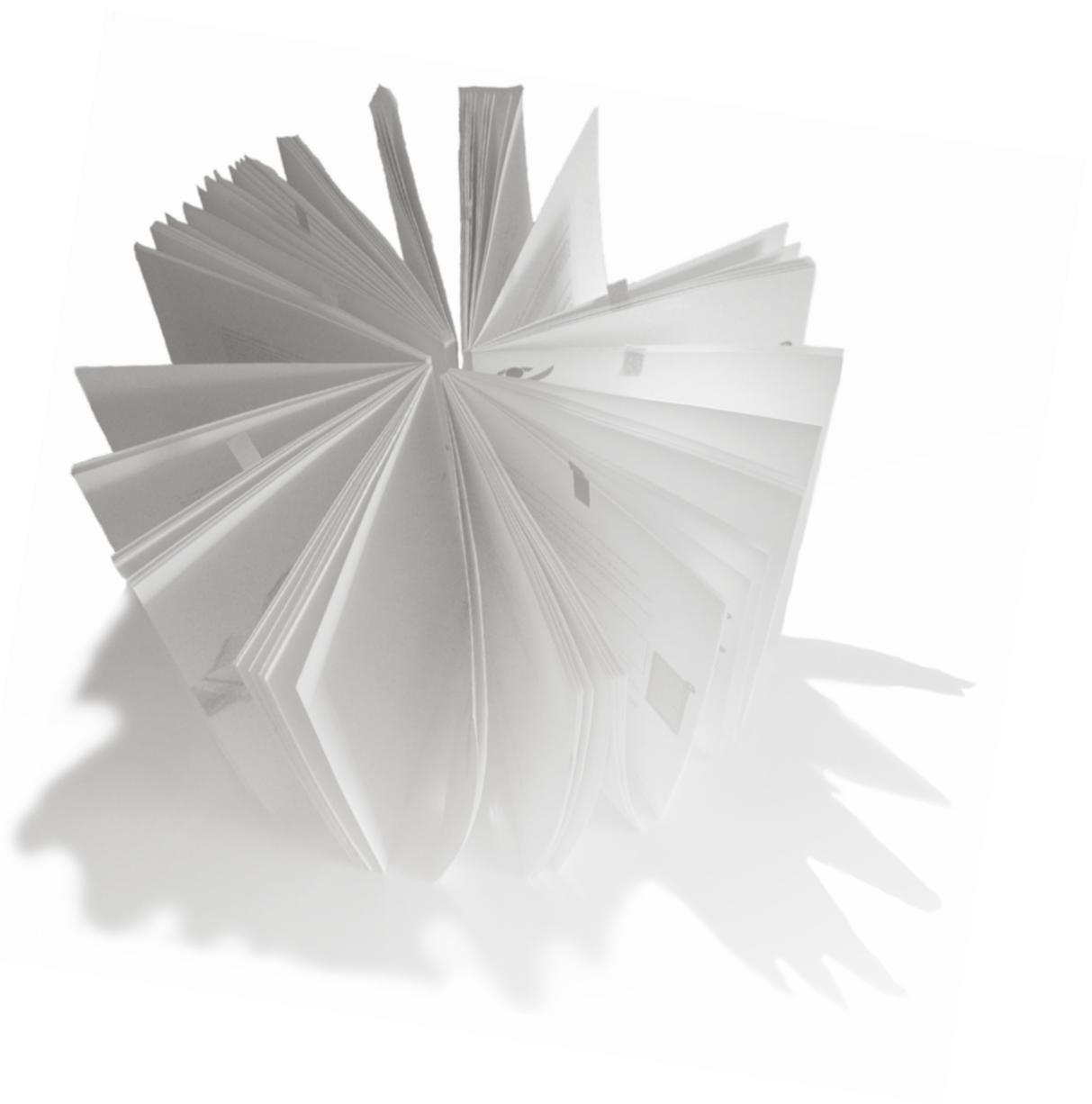
Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

| Omschrijving | Juni 2012 (1) | September 2012 (2) | December 2012 (3) | Maart 2013 (4) |
|--|------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | -30,40 | -51,33 | -24,01 | 23,16 |
| 15. Dialyse | | | | |
| a) Geneesheren | 5,89 | 4,26 | 3,43 | 2,05 |
| b) Forfait nierdialyse | 8,46 | 5,80 | 4,10 | 2,92 |
| c) Thuis, in een centrum | 4,89 | 1,41 | 1,77 | 2,42 |
| d) Nachtdialyse | | | | |
| Totaal dialyse | 6,51 | 4,01 | 3,21 | 2,46 |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 10,74 | 8,00 | 5,44 | 5,02 |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 2,38 | 2,75 | 4,37 | 5,48 |
| c) Dagverzorgingscentra | 21,70 | 21,21 | 15,66 | 14,14 |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 6,83 | 5,84 | 6,62 | 4,36 |
| e) Syndicale premie | 90,30 | -41,70 | -41,70 | -37,95 |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | -47,83 | -40,99 | -30,54 | -49,71 |
| g) Palliatieve dagcentra | -48,89 | | 58,12 | 58,12 |
| Totaal | 6,74 | 5,54 | 4,98 | 4,83 |
| 17. Einde loopbaan | 10,94 | 11,01 | 11,28 | 13,97 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 4,27 | -1,31 | -2,52 | -1,35 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 12,22 | 12,57 | 8,61 | 7,23 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 12,88 | 9,92 | 5,44 | 4,56 |
| Totaal | 6,65 | 2,73 | 0,76 | 1,22 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 7,52 | 8,62 | 6,77 | 5,54 |
| 20. Bijzonder Fonds | -68,42 | -71,83 | -65,92 | -56,34 |
| 21. Logopedie | 4,86 | 4,25 | 4,21 | 4,97 |
| 22. Medisch-pediatrische centra | | | | |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 3,81 | 0,57 | 3,28 | 3,66 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -18,07 | -19,16 | -14,51 | -12,42 |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 1,18 | -1,89 | -0,50 | 4,03 |
| b) Fiscale MAF | | | | |
| Totale Maximumfactuur | 1,18 | -1,89 | -0,50 | 4,03 |
| (1) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) | | | | |
| (2) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) | | | | |
| (3) December 2012 = (12 eerste maanden 2012) / (12 eerste maanden 2011) | | | | |
| (4) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) | | | | |

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

| Omschrijving | Juni 2012 (1) | September 2012 (2) | December 2012 (3) | Maart 2013 (4) |
|--|------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 26. Chronische zieken | 3,23 | 11,33 | 5,49 | 7,47 |
| 27. Palliatieve zorgen | 9,24 | 8,89 | 7,10 | 3,22 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 6,92 | 9,15 | 10,57 | 9,37 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 11,26 | 22,33 | 20,73 | 16,99 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 25,05 | 20,68 | 30,84 | 20,17 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | -7,75 | -5,83 | -8,68 | -1,04 |
| b) COMA | 6,40 | 3,50 | -2,80 | -12,43 |
| c) Therapeutische projecten | -23,63 | -38,96 | -35,32 | -29,88 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | -9,56 | -15,68 | -16,36 | -15,46 |
| 32. Geïnterneerden | 42,44 | -0,58 | -5,39 | 28,51 |
| 33. Tabaksontwenning | 12,91 | 4,92 | 2,63 | 1,30 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | -57,75 | -89,74 | -93,24 | -96,56 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | | |
| 38. Medische huizen | 16,50 | 14,24 | 9,18 | 8,65 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 16,43 | 16,01 | 18,45 | 19,32 |
| 40. Chronische zieken extra | | | | |
| 41. Zorgtrajecten | | | | |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | | |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | | | | |
| 44. Zeldzame ziekten | | | | |
| 45. Sociaal akkoord | | 37,31 | -51,94 | -44,66 |
| 46. Diversen | -4,76 | -18,33 | -61,44 | -67,52 |
| Algemeen totaal | 5,93 | 4,95 | 3,77 | 2,32 |
| (1) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) | | | | |
| (2) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) | | | | |
| (3) December 2012 = (12 eerste maanden 2012) / (12 eerste maanden 2011) | | | | |
| (4) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) | | | | |

7^e Deel
Bibliografie



I. Gezondheidszorg: meer dan geneeskunde¹

Auteur : G. Messiaen

Montaigne zei ooit : “Ik heb mijn boek niet meer gemaakt dan mijn boek mij.” Geert Messiaen voltooit met dit boek zijn trilogie.

Gezondheid is de grootste schat in een mensenleven. Vanuit zijn dagelijkse ervaring, bekommernis en zijn echte, hechte solidariteit besteedt Geert Messiaen bijzondere aandacht aan de gezondheidszorg in tal van aspecten. Zijn ideeën zijn grondig doordacht en zijn voorstellen verdienen alle aandacht.

Dit boek zet de lijn voort van *Gezondheid is geen koopwaar* (2009; ook in het Frans) en *Uitdagingen van de ziekenfondsen in de eenentwintigste eeuw* (2012), die duidelijk maken dat gezondheid het leven van het leven is. In woord en daad beklemtoont en verdedigt Messiaen met vaste overtuiging het sociaal zekerheidssysteem in België, ook in het Europa van morgen, dit soms wars van bepaalde tekorten.

II. The European Yearbook of Disability Law² Volume 4

Auteurs : L. Waddington, G. Quinn en E. Flynn

Het *European Yearbook of Disability Law* maakt deel uit van het lopende onderzoeksprogramma van het “Maastricht Centre for Human Rights” van de Universiteit van Maastricht en het “Centre for Disability Law and Policy” van de Nationale Universiteit van Galway, Ierland. Het *European Yearbook of Disability Law* analyseert de belangrijkste ontwikkelingen op Europees niveau met betrekking tot de wetten en het beleid inzake invaliditeit.

Het jaarboek bevat een reeks artikels van analisten en academici met ervaring op het terrein over actuele uitdagingen en ontwikkelingen. Het is daarbij de bedoeling een kritische blik te werpen op de evolutie van de wetten en het beleid inzake invaliditeit in Europa en om urgente uitdagingen in uiteenlopende domeinen te analyseren.

Het jaarboek bestaat grotendeels uit een overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen van het voorbije jaar maar beschrijft ook de ontwikkelingen inzake beleid en regelgeving in de verschillende instellingen van de Europese Unie.

1. Geert Messiaen & Garant-Uitgevers nv, Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen – E-mail : info@garant.be – Website : www.garant-uitgevers.be – ISBN nr. 978-90-441-3048-5.

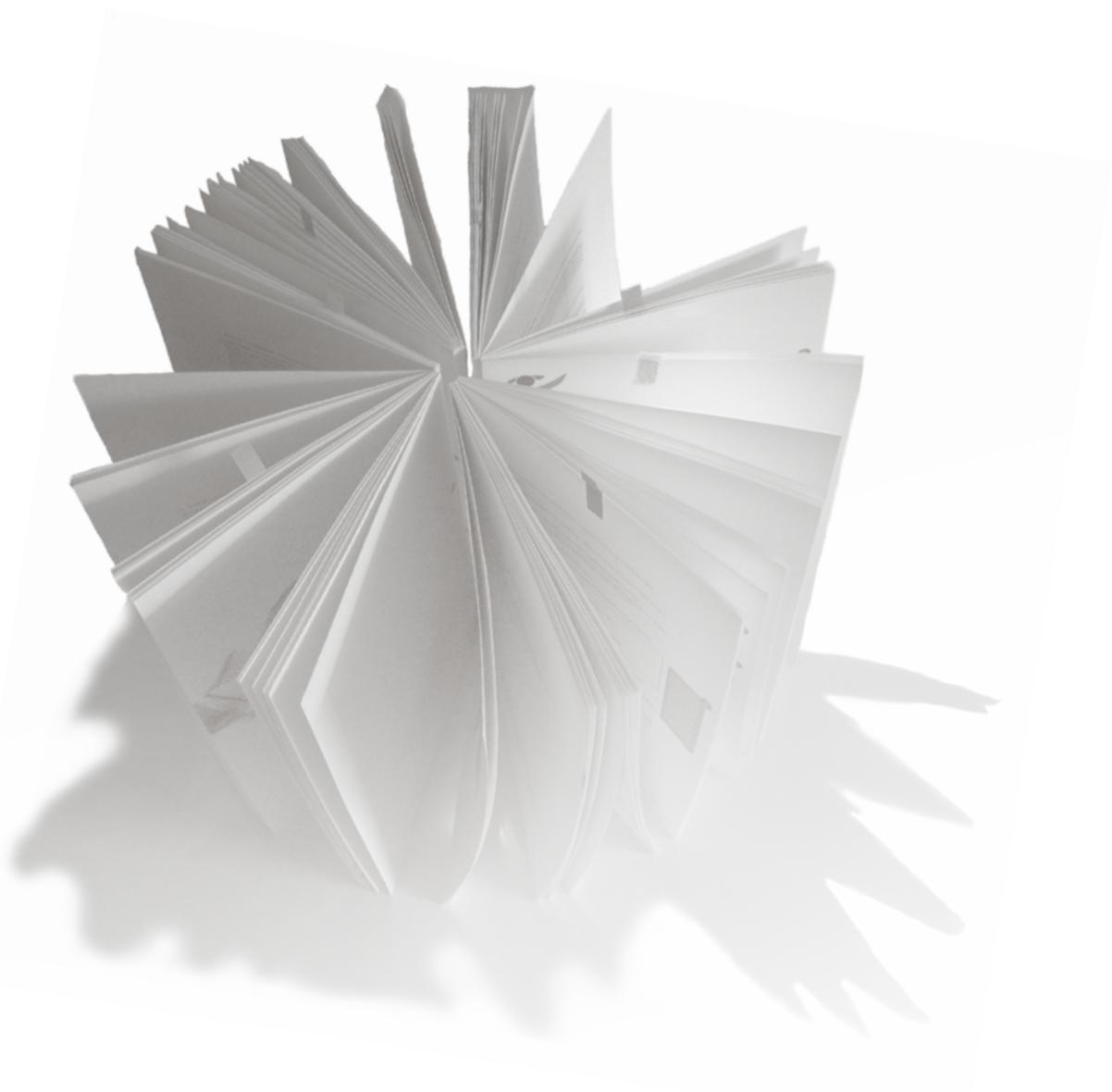
2. Intersentia nv, Groenstraat 31, 2640 Mortsel – Tel. +32 3 680 15 50 – Fax +32 3 658 71 21 – E-mail : mail@intersentia.be – www.intersentia.be – ISBN 978-1-78068-169-6 - xviii + 578 p. – gebonden – Prijs : 89,00 EUR.

Het boek beoordeelt belangrijke beleidsontwikkelingen in de EU, studies en andere publicaties, wetsvoorstellen en de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie en van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

(Vertaling)



8^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014 (in EUR)

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 5,00
Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 5,00

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

Bijwerkingen 2014 25,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Bijwerkingen 2014 5,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 12,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Bijwerkingen 2014 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 18,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 13,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 58,00

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

f. Diverse Koninklijke besluiten (o.a. uitkeringen zelfstandigen, controle, betwiste zaken)

| | |
|--|-------|
| Bijwerkingen 2014 | 6,00 |
| Basistekst ¹ + bijwerkingen 2014..... Losbladig | 12,00 |

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

| | | |
|---|-----------------|--------|
| Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2014 | Losbladig | 168,00 |
| Bijwerkingen 2014 | | 52,00 |

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

| | | |
|---|-----------------|-------|
| Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2014 | Losbladig | 87,00 |
| Bijwerkingen 2014 | | 28,00 |



Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF-formaat met name:

- gecöördineerde wet van 14 juli 1994
- koninklijk besluit van 3 juli 1996
- verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003 en uitvoeringsbesluiten
- verordening uitkeringen van 16 april 1997 en uitvoeringsbesluiten.

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

| | | |
|--|-----------------|-------|
| Basistekst ¹ + bijwerkingen 2014..... | Losbladig | 68,00 |
| Bijwerkingen 2014 | | 45,00 |

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

| | | |
|---|-----------------|-------|
| Basistekst ¹ + bijwerkingen 2014 | Losbladig | 49,00 |
| Bijwerkingen 2014 | | 8,00 |



De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, toegang vanaf de home page.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

4. Technische informatie

Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

Omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt.

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Per blad | 0,12 |
| Abonnement ² | 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 GVV)

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)

Boek door J. Engels (449 blz.) 12,50



De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV:
www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling
De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2014.



Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

| Publicatie | Contact |
|-------------|---|
| 1, 2, 3, 4 | Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be |
| 5.a, b en c | Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be |
| 5.d | Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 76 70, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be |
| 5.f | Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be |
| 5.g | Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be |



De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. IBAN: BE 84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Nancy De Marneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Sarah Stevens
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cédric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR
IBAN: BE84 6790 2621 5359
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponibile en français

ISSN 0046-9726