



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



## Diabetes in België: stand van zaken

België telt ongeveer 450 000 diabetici, waarvan 80 tot 90% aan type 2-diabetes lijden. In Europa zou 4% van de bevolking aan type 2-diabetes lijden. En de deskundigen spreken van een wereld-epidemie binnen 25 jaar... Diabetes type 2 vormt een reële bedreiging voor de volksgezondheid.

Deze thematische uiteenzetting gaat in op de verschillende types behandelingen van diabetes met geneesmiddelen, de tenlasteneming van de patiënten en de overwogen methodes om de genomen maatregelen te evalueren.

De complicaties bij diabetes zijn multisystemisch. Een multidisciplinaire tenlasteneming is daarom onontbeerlijk en moet in overleg en ondersteund door de eerstelijnsverzorging gebeuren.

Revalidatieovereenkomsten regelen de algemene multidisciplinaire tenlasteneming van de patiënt met een ernstige vorm van diabetes. De diabetespas vergemakkelijkt bovendien de toegang tot de paramedische verzorging, stimuleert ook het verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt en verbetert de communicatie tussen de eerstelijnszorgverleners. De erkenning van een functie van referentieverpleegkundige inzake diabetologie onderstreept ten slotte het belang van dat type zorgverleners bij de tenlasteneming van de diabetespatiënten.

De genomen maatregelen om diabetes binnen de perken te houden nemen een flinke hap uit het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Zij vragen dus evaluatie, om zeker te kunnen zijn van hun doeltreffendheid en doelmatigheid. Een dergelijke evaluatie vereist echter de registratie van relevante gegevens. Er worden instrumenten ontwikkeld om de zorgverleners in staat te stellen die registratie snel en vlot te laten verlopen, via “zorgtrajecten” of “experimentele overeenkomsten”.

# I. Diabetes in België: stand van zaken

## 1. Inleiding

Diabetes is een ernstige en progressieve ziekte, gekenmerkt door een abnormale en permanente stijging van de glycemie. De glycemie wordt geregeld door insuline, een hormoon dat de pancreas afscheidt. Insuline vergemakkelijkt de suikeropname in de cellen.

Diabetes ontwikkelt zich, hetzij door:

- een vermindering of stopzetting van de productie van insuline door de pancreas (type 1-diabetes, insulineafhankelijke, of ook juveniele diabetes genoemd)
- insulineresistentie in de cellen (type 2-diabetes, ouderdomsdiabetes of vette diabetes genoemd)
- ten gevolge van een andere ziekte (infectie, genetische aandoening, pancreas- of endocriene ziekte, tumor, gebruik van geneesmiddelen, enz.)
- door hormonale wijzigingen (zwangerschapsdiabetes).

De complicaties bij diabetes zijn ernstig en multisysteemisch; ze kunnen gevolgen hebben op het vlak van:

- het cardiovasculaire systeem: atherosclerose, vernauwing van de aders in de onderste ledematen (verantwoordelijk voor gangreen en amputaties), infarcten, cerebrovasculaire accidenten
- de ogen: aantasting van het netvlies, cataract
- de nieren: geleidelijke verslechtering van de filtering door de nieren, wat leidt tot nierinsufficiëntie
- het zenuwstelsel: polyneuropathie (gekenmerkt door sensibele stoornissen), impotentie, maag-darmproblemen, orthostatische hypotensie, enz.
- infecties: toegenomen vatbaarheid voor infecties

## 2. Epidemiologische gegevens

Men schat dat België meer dan 450 000 diabetespatiënten telt, waarvan 80 tot 90% aan type 2-diabetes lijden. Bovendien zou 1 op de 2 diabetespatiënten niet als zodanig zijn gediagnosticeerd.

Type 2-diabetes is een groot probleem voor de volksgezondheid: in Europa zouden er 10 miljoen mensen aan diabetes lijden (ofwel 4% van de totale bevolking). De deskundigen voorspellen een wereldepidemie: over 25 jaar zouden er wereldwijd 300 miljoen diabetespatiënten kunnen zijn (bron: [www.lasante.be](http://www.lasante.be)).

Het risico om type 1-diabetes te ontwikkelen is gering (0,3%), want erfelijke genetische factoren beïnvloeden die vorm van diabetes.

Het risico om type 2-diabetes te krijgen, is veel hoger: het risico komt voor bij 5% van de algemene bevolking, met andere woorden bij 1 persoon op de 20. Het risico stijgt met de leeftijd: 20% van de personen ouder dan 65 lijden aan type 2-diabetes.

Het risico is gekoppeld aan genetische of erfelijke factoren, maar onze levensstijl heeft ook een invloed op het ontstaan van diabetes: een zittend leven, een slechte voedselhygiëne en een overgewicht bevorderen de ontwikkeling van diabetes.

Op dit ogenblik wordt een geheel van factoren, die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen, omschreven als het metabool syndroom. Wie aan dat syndroom lijdt, heeft een verhoogd risico op diabetes. Dat syndroom kenmerkt zich door het gezamenlijk optreden van de volgende factoren:

- abdominale obesitas
- metabole vetstoornissen
- arteriële hypertensie
- insulineresistentie, ook omschreven als verminderde glucosetolerantie (voorstadium van diabetes, of prediabetes).

In Europa lijdt ongeveer 15% van de volwassenen aan het metabool syndroom (Bron: portaalsite gezondheid "Passeport Santé": [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net)).

Diabetes brengt vele en ernstige complicaties met zich mee:

- 85% van de diabetici vertonen verwickelingen aan de ogen (blindheid: 2%)
- 86% van de diabetici vertonen verwickelingen aan de nieren
- bij 5 tot 10% van de diabetici dreigt een amputatie door vasculaire of infectieuze complicaties in de onderste ledematen.

Het sterftcijfer ingevolge complicaties bij diabetes is hoog:

- 55% van de diabetici overlijden aan hartaandoeningen (infarctus)
- 8% van de diabetici overlijden aan een cerebrovasculair accident
- 6% van de diabetici overlijden aan een infectie.

Bron: [www.lasante.be](http://www.lasante.be)

### 3. Behandeling van diabetes

De behandeling van diabetes bestaat erin de glycemie binnen normale waarden te houden om zo complicaties te vermijden en de ermee verbonden cardiovasculaire risico's te behandelen (arteriële hypertensie, hypercholesterolemie, obesitas). Die doelstellingen zijn voornamelijk te bereiken dankzij maatregelen op het vlak van hygiëne en dieet (aangepaste voeding, verdeling van de maaltijden, lichaamsbeweging) en door een behandeling met geneesmiddelen.

De tenlasteneming van een diabetespatiënt is complex en vergt een multidisciplinaire aanpak: voorkomen van complicaties, ze opsporen en zo vroeg mogelijk behandelen.

#### a. Behandeling met geneesmiddelen

##### CONTROLE VAN DE GLYCEMIE

Er bestaan 2 belangrijke types geneesmiddelen: de orale hypoglycemiërende geneesmiddelen en de insuline, door een onderhuidse inspuiting toegediend.

- **Hypoglycemiërende geneesmiddelen**  
Hypoglycemiërende geneesmiddelen, ook orale antidiabetica genoemd, werken hetzij door:
  - de insulinesecretie te stimuleren
  - de insulinewerking te bevorderen
  - de insulineresistentie van de cellen te verminderen.
 Die geneesmiddelen zijn bestemd voor de behandeling van type 2-diabetici. De verzekering voor geneeskundige verzorging betaalt hen alles terug (geen remgeld).
- **Insuline**  
Insuline, en analoge producten, worden gebruikt voor de behandeling van alle diabetici. Ze is onontbeerlijk voor de behandeling van type 1-diabetes, maar ze is verder ook gebruikt voor de behandeling van type 2-diabetes waarbij de insulinesecretie ontoereikend is geworden.  
De verzekering voor geneeskundige verzorging betaalt alle types insuline volledig terug (geen remgeld) op basis van een medisch voorschrift. Voor de terugbetaling van de analoge producten is de goedkeuring van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling nodig en moet de patiënt toetreden tot een revalidatieovereenkomst "zelfregulatie van diabetes" (zie verder).

In 2006 heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging de aflevering van geneesmiddelen in openbare apotheken voor 436 520 diabetespatiënten op zich genomen. Dat cijfer gaat in stijgende lijn: in 2005 waren er maar 415 569 patiënten ten laste genomen. Van die patiënten krijgt 74% orale antidiabetica, 14% insuline of een analoog product en 12% een combinatie van orale antidiabetica en insuline. Op basis hiervan is het aantal patiënten dat aan type 2-diabetes lijdt geschat op ongeveer 86% (375 407 patiënten) van het totale aantal diabetespatiënten (bron: Farmanet).

In 2006 liepen de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor die geneesmiddelen op tot 96 928 151 EUR (55 986 391 EUR voor insuline, en 40 941 760 EUR voor orale antidiabetica). Op basis van de cijfers van de 1<sup>e</sup> 2 kwartalen van 2007 zijn de uitgaven voor orale antidiabetica en insuline geraamd op meer dan 100 miljoen EUR voor het jaar 2007 (bron: Farmanet).

### BEHANDELING VAN DE CARDIOVASCULAIRE RISICOFACTOREN

De behandeling van diabetespatiënten met geneesmiddelen is ook gericht op het voorkomen van cardiovasculaire complicaties, en dat met behulp van hypolipemiërende geneesmiddelen en geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk.

Hypolipemiërende geneesmiddelen zijn beter toegankelijk geworden dankzij een nieuwe reglementering die van kracht is sinds juli 2006, en daardoor is een meer doeltreffende en vroegtijdige primaire en secundaire preventie mogelijk.

### b. Algemene tenlasteneming van de diabetespatiënt

De zorgbehoeften van een diabetespatiënt hangen af van de ernst van de diabetes, van het optreden van complicaties, van de stabiliteit van de glycemiecontrole. De tenlasteneming van de diabetespatiënt is complex, doordat naast gespecialiseerde geneeskundige verzorging ook zorg nodig is van diëtisten, verpleegkundigen, podologen, enz.

De globale multidisciplinaire tenlasteneming van de patiënt die lijdt aan zware diabetes is sinds 1987 geregeld via revalidatieovereenkomsten, die op voorstel van het College van geneesheren-directeuren worden gesloten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de ziekenhuiscentra die deskundigheid bezitten op het vlak van diabetes. Gelet op het belang voor de volksgezondheid en op de complexiteit van de ziekte, volgt het Comité voor advies inzake chronische zieken het probleem sinds 2001. De meeste diabetespatiënten worden opgevolgd door hun behandelend geneesheer en eventueel door een geneesheer-specialist in de endocrinologie-diabetologie.

De diabetespas moedigt de toegang tot de paramedische zorg (dieet, voetverzorging) aan (zie verder).

### REVALIDATIEOVEREENKOMSTEN

#### • Type-revalidatieovereenkomst inzake diabeteszelfregulatie

Met deze overeenkomst, die in maart 1987 tot stand kwam, streeft men ernaar de autonomie van de patiënt te verhogen bij de zelfregulatie van zijn diabetes, in samenwerking met een team dat gespecialiseerd is in diabetologie en met zijn behandelend geneesheer.

De overeenkomst staat open voor volwassenen (ouder dan 18 jaar) ambulante diabetespatiënten die dagelijks minstens 3 insuline-inspuitingen krijgen. Ze moeten willen leren hoe zij onmiddellijk hun behandeling en de verschillende onderdelen ervan kunnen aanpassen, meer bepaald op basis van de glycemiemetingen die ze zelf uitvoeren, en dat ook daadwerkelijk doen. De patiënt is medeverantwoordelijk gemaakt: het betreft een overeenkomst tussen de patiënt en het zorgteam. De verzekering voor geneeskundige verzorging neemt de kosten op zich voor dit zelfregulatieprogramma, dat georganiseerd is door centra die beschikken over deskundigheid met betrekking tot die behandelingswijze.



Farmanet is een systeem voor de overdracht van gegevens over de voorschriften van farmaceutische verstrekkingen. Sinds 1996 verzamelt Farmanet statistische gegevens met betrekking tot geneesmiddelen die door de openbare apotheken zijn afgeleverd en die terugbetaalbaar zijn in de ambulante geneeskunde. Die gegevens zijn per voorschrijver verzameld. Het hoofddoel van Farmanet is de voorschrijver over zijn voorschrijfgedrag te informeren en hem in staat te stellen dat gedrag met dat van zijn collega's te vergelijken.

De statistieken van Farmanet zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be).

Het multidisciplinaire team dat gespecialiseerd is in diabetologie bestaat uit geneesheren-specialisten in de endocrino-diabetologie, uit verpleegkundigen die zijn belast met de specifieke educatie van de diabetespatiënt en uit diëtisten. Een maatschappelijk werker of een sociaal verpleegkundige, een psycholoog en een podoloog kunnen het team verder aanvullen.

Het team stelt jaarlijks een individueel revalidatieprogramma op, met daarin de 4 onderdelen van de behandeling van diabetes (insulinetherapie, diabeteseducatie, voeding en lichaamsbeweging) en de medische onderzoeken om verwickelingen op te sporen. Het programma omvat de tussenkomst van het team en de levering van het materiaal voor de glycemiecontrole.

Momenteel hebben 113 centra een overeenkomst ondertekend.

Tabel 1 - Revalidatieovereenkomst inzake diabeteszelfregulatie		
Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	57 320 225	72 344
2006	63 288 209	75 748
2007	70 433 602	82 552

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

Sinds 2001 evalueert men via het "Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED)" de kwaliteit van de multidisciplinaire tenlasteneming en de klinische voordelen. Alle centra die tot de overeenkomst zijn toegetreten, moeten aan dat project deelnemen, door gegevens te registreren die dienen als kwaliteits-"indicatoren". Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid beheert en analyseert de gegevensbank, elk centrum krijgt een jaarlijkse feedback en het RIZIV krijgt jaarlijks een algemene feedback. Ieder centrum kan zijn resultaten vergelijken met het geheel van de centra en de resultaten worden verwerkt binnen een multidisciplinaire kwaliteitscirkel, om zo de zorgkwaliteit te verbeteren.

Dat proces stimuleert de zorgkwaliteit op het niveau van ieder centrum.

Het totaalverslag dat aan het RIZIV wordt bezorgd, laat toe de werking van de zorg in het algemeen en de "diabetes"-overeenkomst in het bijzonder te evalueren, en om er de nodige verbeteringen in aan te brengen.

De tenlasteneming van diabetespatiënten via die overeenkomst geeft zeer bevredigende resultaten met betrekking tot de glycemiecontrole en de preventieve behandeling van verwickelingen: de waarden die men verkrijgt voor de glycemiecontrole, de controle van de bloeddrukwaarden, de controle van de lipemie en de behandeling van cardiovasculaire verwickelingen via primaire preventie maatregelen (hypolipemiërende geneesmiddelen, enz.) bevinden zich op het niveau van het gemiddelde, soms enigszins boven het gemiddelde, van de resultaten in onze buurlanden.

- **Type-revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusietherapie thuis door middel van een draagbare insulinepomp**

Sinds oktober 1989 neemt de verzekering voor geneeskundige verzorging door middel van een specifieke overeenkomst de kosten ten laste, die gekoppeld zijn aan het gebruik van een insulinepomp.

De overeenkomst dekt:

- de terbeschikkingstelling van al het nodige materiaal voor de behandeling en de glycemiezelfcontrole van de diabeticus
- de specialistische begeleiding, 24u/24.

Momenteel hebben 43 centra die overeenkomst ondertekend.

**Tabel 2 - Type-revalidatieovereenkomst inzake continue insuline-infusietherapie thuis door middel van een draagbare insulinepomp**

Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	3 047 271	990
2006	3 418 689	1 099
2007	3 983 801	1 267

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

- **Type-revalidatieovereenkomst inzake glycemiezelfcontrole van diabetes mellitus bij kinderen en jongeren**

Sinds juli 1997 regelt een specifieke overeenkomst de tenlasteneming van kinderen en jongeren met diabetes door gespecialiseerde multidisciplinaire pediatrie teams.

Sinds juli 2007 is de overeenkomst uitgebreid tot de behandeling met een draagbare insulinepomp.

**Tabel 3 - Type-revalidatieovereenkomst inzake glycemiezelfcontrole van diabetes mellitus bij kinderen en jongeren**

Jaar	Uitgaven verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)	Patiënten
2005	2 651 344	1 619
2006	2 716 818	1 659
2007	2 952 860	1 692

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging

- **Diabetische voetkliniek van de 3<sup>e</sup> lijn**

Sinds juli 2005 bestaat er, dankzij een toevoegingsclausule bij de overeenkomst betreffende de glycemiezelfcontrole bij diabetespatiënten, een multidisciplinaire tenlasteneming van de podologische complicaties van de diabeticus (diabetische voet, neurogene artropathie). Een chirurg, een podoloog en een orthopedische schoenmaker versterken het multidisciplinaire basisteam. De rechthebbenden zijn diabetespatiënten, gevolgd in het kader van de basisovereenkomst en met ernstige voetwonden.

In 2005 hebben 22 centra het avenant "Diabetische voetkliniek" ondertekend. De verzekering voor geneeskundige verzorging heeft in 2006 160 821 EUR voor die verzorging uitgegeven.

Het systeem van de kwaliteitspromotie IKED evalueert ook de voetklinieken.

## DIABETESPAS

De diabetespas, die in maart 2003 is ingevoerd, is een instrument voor de patiënten en de eerstelijnszorgverleners. Het doel ervan is het verantwoordelijkheidsgevoel bij de diabetespatiënt stimuleren en de communicatie tussen de zorgverleners verbeteren.

De pas geeft recht op de terugbetaling van een consultatie van 60 minuten per jaar bij een diëtist en 2 consultaties bij de podoloog voor diabetespatiënten die risico lopen op voetcomplicaties.

In maart 2006 beschikten 132 127 patiënten over een diabetespas.

In 2005 heeft de verzekering voor geneeskundige verzorging 859 846 EUR uitgegeven voor raadplegingen bij diëtisten en 205 270 EUR voor raadplegingen bij podologen die in het kader van de diabetespas waren voorgeschreven.

## THUISVERPLEGING

De erkenning van de specifieke rol van de verpleegkundigen bij de tenlasteneming van diabetespatiënten heeft zich vertaald in de erkenning van een functie van referentieverpleegkundige inzake diabetologie (313 in 2007).

De nomenclatuur van de verpleegkundigen bevat forfaitaire honoraria voor:

- de samenstelling van een specifiek verpleegdossier en het overleg met de behandelend geneesheer
- de individuele educatie tot zelfzorg door een referentieverpleegkundige
- de individuele educatie met betrekking tot het begrip van de pathologie en de behandeling ervan
- de follow-up na de educatie tot zelfzorg
- de begeleiding als de patiënt niet overstapt naar zelfzorg.

Referentieverpleegkundigen inzake wondzorg mogen specifieke wonden verzorgen. In 2007 telt het RIZIV 209 verpleegkundigen zowel referentieverpleegkundigen inzake diabetologie als inzake wondzorg; ze beschikken over een specifieke verstreking voor die verzorging.

## COMITÉ VOOR ADVIES INZAKE DE ZORGVERLENING TEN AANZIEN VAN DE CHRONISCHE ZIEKTEN EN SPECIFIEKE AANDOENINGEN

Het comité volgt regelmatig de problematiek van de zorg voor de diabetespatiënt en formuleert adviezen. In juni 2001 heeft het een reeks aanbevelingen geformuleerd met het oog op een totale tenlasteneming van de behoeften van de diabetespatiënten (project tot vernieuwing van de diabeteszorg).

Het comité volgt de evolutie van de problematiek, evalueert regelmatig de werking van wat georganiseerd is en formuleert de volgende voorstellen tot verbetering:

- Bijkomende middelen zijn nodig om de verzorging van diabetische voeten te verbeteren.
- De werking van de diabetespas moet eveneens worden verbeterd en ondersteund.

### c. Betrokkenheid van de patiënten

De overeenkomsten en de diabetespas zorgen voor betrokkenheid van de patiënt en geven hem een grotere verantwoordelijkheid. De patiënt verbindt zich tot het volgen van het verzorgingsschema dat het verzorgingsteam samen met hem heeft opgesteld.

## OVEREENKOMST MET DE PATIËNTENVERENIGINGEN

Het Verzekeringscomité en de patiëntenverenigingen - de "Association belge du diabète" (ABD) en de Vlaamse Diabetes Vereniging (VDV) - hebben een overeenkomst gesloten met de patiëntenverenigingen. Het doel ervan is gebruik maken van de structuur, de ervaring en de bijzondere expertise van die verenigingen bij het verstrekken van informatie aan de patiënten en het organiseren van opleidingsprogramma's voor de eerstelijnszorg, in het kader van het zorgtraject "diabeteszorg".

## 4. Problemen bij de tenlasteneming: nieuwe uitdagingen

Gelet op de toenemende prevalentie van type 2-diabetes en van de risicofactoren ervan, is het nodig om de zorgverleners van de 1<sup>e</sup> lijn meer te betrekken bij de opsporing van en de zorg voor de diabetespatiënt.

Een multidisciplinaire tenlasteneming is noodzakelijk: de multidisciplinariteit en het overleg tussen de verschillende actoren organiseren en ondersteunen op het niveau van de eerstelijnszorg.

Het is ook noodzakelijk om de opleiding van de zorgverleners beter af te stemmen op de pathologie en de tenlasteneming van de diabetespatiënten. Zij moeten in hun werk worden ondersteund, meer bepaald met behulp van informaticamiddelen.

De maatregelen die zijn genomen om dit probleem van volksgezondheid binnen de perken te houden, vertegenwoordigen een grote uitgave in de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het is dus noodzakelijk ze te evalueren, om de doeltreffendheid en de doelmatigheid ervan te garanderen. Een evaluatie van de procedures en resultaten vereist de registratie van pertinente gegevens en de ontwikkeling van instrumenten, zodat die registratie op een snelle en een voor de zorgverleners gemakkelijke manier, ja zelfs automatisch, kan gebeuren...

Oplossingen worden momenteel uitgewerkt of bestudeerd op het niveau van het Verzekeringscomité, de Nationale commissie geneesheren - ziekenfondsen (NCGZ), de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) en de directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie (RDQ) van de Dienst voor geneeskundige verzorging: project "Zorgtraject", experimentele overeenkomsten met de huisartsen, de apothekers, enz.

## a. Zorgtraject

Het project voorziet:

- de waardering en de ondersteuning van de samenwerking (communicatie, overleg en teamwerk) tussen de huisarts en de geneesheer-specialist, en tussen de eerstelijnszorgverleners, met name door maatregelen voor administratieve vereenvoudiging. De huisarts is de coördinator van de zorgen, de geneesheer-specialist is een coach en referent.
- de opvolging en de behandeling op basis van aanbevelingen voor goede praktijkvoering
- de toekenning van voordelen aan de patiënt (vermindering remgeld, gratis strookjes voor de glycemietingen in het kader van de zelfcontrole, enz.)
- aangepaste informaticamiddelen, met name voor het beheer en de beveiligde communicatie van medische gegevens
- een gestructureerde en ondersteunde locoregionale samenwerking, om een betere toegang te geven tot de nodige zorgen (zoals educatie met betrekking tot de zelfregulatie van de ziekte of het materiaal voor zelfcontrole) en om opleiding en evaluatie tussen gelijken te organiseren op basis van medische gegevens
- een globale evaluatie van de resultaten van de nieuwe aanpak, door onder meer de medische gegevens, gecommuniceerd door alle deelnemende huisartsen, te gebruiken.

Met de ondersteuning en follow-up van de NCGZ zou het project uiterlijk op 1 januari 2009 operationeel moeten zijn.

## b. Experimentele overeenkomsten

### PROJECTEN AALST EN LEUVEN

Het Verzekeringscomité heeft een experimentele overeenkomst "Door huisartsen gecoördineerde type 2-diabeteszorg" gesloten met de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit van Gent en de Universiteit van Antwerpen, en dat voor 4 jaar.

Dat onderzoeksproject wil voor een controleregio 2 verschillende, door huisartsen gecoördineerde modellen van zorgverlening voor rechthebbenden met type 2-diabetes vergelijken.

Het in Aalst (Diabeteshuis) ontwikkelde project overweegt de mogelijkheid om via een samenwerking van alle betrokken zorgverleners binnen bestaande organisatiestructuren (team verenigd in het Diabeteshuis) tot een merkelijke verbetering van de diabetesbehandeling te komen: het gaat om gemeenschappelijke verzorging, gedeeld en gecoördineerd door de huisarts die er zijn patiënten naar verwijst.



Een zorgtraject is een tenlasteneming van een chronische ziekte op basis van een contractuele verbintenis tussen de patiënt, de huisarts (centrale rol, beheerder van het globaal medisch dossier van de patiënt) en de geneesheer-specialist, gesloten voor een periode van 3 jaar en aan de verzekeringsinstelling van de patiënt meegegeeld.

In het in Leuven ontwikkelde project richt het onderzoek zich op de bijkomende gecoördineerde ondersteuning van de huisarts die in een praktijkkamer of in een groepspraktijk werkt. Een multidisciplinair en in diabetologie gespecialiseerd team staat ter beschikking van de huisarts en een gemeenschappelijk diabetesdossier dient als communicatie-instrument tussen de verschillende zorgverleners. Dat dossier bevat ook “herinneringen” aan de huisarts. Een team van deskundigen staat ook ter beschikking van de huisarts om hem te ondersteunen en te begeleiden op wetenschappelijk en medisch vlak. De huisarts doet een beroep op die adviserende en raadgevende diensten om hem te helpen bij de tenlasteneming van zijn diabetespatiënten.

#### MULTIDISCIPLINAIRE STRUCTUUR VOOR DE ZORGOÖRDINATIE

Een ontwerpovereenkomst heeft tot doel de eerstelijnszorgverleners te verenigen in een multidisciplinaire coördinatiestructuur, die belast is met de transversale organisatie van de coördinatie, de communicatie, het overleg, de coaching, de gegevensregistratie, enz.

Die multidisciplinaire structuur zou ook de lokale initiatieven moeten ondersteunen. Een van die lokale initiatieven is een door de Algemene Pharmaceutische Bond voorgesteld project, in het kader van een multidisciplinaire benadering, waarin de apotheker een rol speelt in overleg met de behandelend geneesheer. Het beoogt de volgende aspecten:

- onder de aandacht brengen en opsporen van de pathologie
- begeleiden van de patiënt (informatie, toezicht op de behandeling, follow-up van de patiënt, primaire en secundaire preventie, enz.).

Experimenten zijn momenteel aan de gang in Aalst, Gent, Leuven en Brussel. Die experimenten zouden tot andere plaatsen kunnen uitbreiden.

## 5. Conclusie

Sinds meer dan 20 jaar zet het RIZIV met goede resultaten belangrijke middelen in voor de optimale, algemene tenlasteneming van de sterkst getroffen diabetespatiënten. Tal van diensten werken aan structuren, middelen, enz. vanuit een “evidence based medical practice”-aanpak.

Om op een efficiënte manier het hoofd te bieden aan de type 2-diabetesepidemie zal de contractuele samenwerking van de verschillende zorgverleners, vooral die van de 1<sup>e</sup> lijn, bij de tenlasteneming van de diabetespatiënten moeten worden georganiseerd en ondersteund.

De kostprijs voor de optimale tenlasteneming van de diabetespatiënten is hoog: men moet er dus absoluut zeker van zijn dat de ingezette middelen doelmatig en doelgericht zijn.

Het is noodzakelijk de informatisering van de gezondheidswerkers te ondersteunen en systemen te ontwikkelen voor de registratie van pertinente gegevens, zodat de NCGZ de zorgkwaliteit in het oog kan houden en de resultaten kan evalueren.





## De wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners

Op 15 mei 2007 hebben 3 wetten van december 2006 voor een ingrijpende wijziging van de GVV-wet van 14 juli 1994 gezorgd: de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) ondergaat een ingrijpende hervorming die zowel op zijn structuren, zijn opdrachten en de wijze waarop ze worden uitgeoefend, een invloed heeft.

In het vizier: de onderzoeksprocedure van de dossiers die in 2002 is ingevoerd. Deze zou niet voldoende garantie bieden op het vlak van de naleving van de rechten van de verdediging van de zorgverleners.

Volgens die procedure was onder andere de rechtstreekse verschijning van een zorgverlener voor het Comité van de DGEC niet mogelijk. Hij kon alleen door het Comité worden gehoord via de aanwijzing van 2 auditeurs die lid zijn van het Comité. Zelfs indien de leden van het Comité objectief gezien volledig onafhankelijk zijn van de enquêteurs van de DGEC, bleef de indruk bestaan dat ze “zouden kunnen samenspannen”. Die situatie moest worden uitgeklaard en de zorgverlener moest de garantie krijgen dat zijn zaak in volledige onafhankelijkheid en onpartijdigheid werd behandeld.

De nieuwe wetten van 2006 beschermen de rechten van de verdediging beter aangezien de zorgverlener voortaan zelf voor de rechters van 1<sup>e</sup> aanleg en in hoger beroep mag verschijnen.

Bovendien versterken ze de doeltreffendheid van de controle die de DGEC uitoefent.

Ten slotte draagt de invoering van het begrip “financiële schade geleden door de verzekering voor geneeskundige verzorging” bij tot het gevoel van een “betere rechtspraak”.

## II. De wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners

Op 15 mei 2007 wijzigt met de inwerkingtreding van de wetten van 13, 21 en 27 december 2006 de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) op ingrijpende wijze.

Op dat moment ondergaat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) een grondige hervorming die een sterke invloed zal hebben op zijn structuren, opdrachten en de wijze waarop ze worden uitgevoerd.

De in 2002<sup>1</sup> ingevoerde onderzoeksprocedure zou onvoldoende de rechten van de verdediging van de zorgverleners garanderen.

In dit systeem behandelde het Comité van de DGEC immers de dossiers “realiteit/conformiteit” en de dossiers “overconsumptie” in 1<sup>e</sup> aanleg en legde, indien nodig, straffen op. In die procedure kon een zorgverlener niet rechtstreeks en persoonlijk voor het Comité verschijnen. Het Comité verhoorde de zorgverlener alleen onrechtstreeks, via de aanwijzing van 2 auditeurs die leden van het Comité zijn.

Een andere kritiek was dat zelfs indien de leden van het Comité objectief gezien helemaal onafhankelijk waren van de enquêteurs van de DGEC, de indruk kon bestaan dat ze “zouden kunnen samenspannen”. Een oplossing voor dit probleem was nodig opdat de zorgverlener zou merken dat zijn zaak volledig onafhankelijk en onpartijdig wordt behandeld.

Die verschillende bemerkingen hebben de wetgever ertoe aangezet om de organisatie van de DGEC en de controleprocedures grondig te herzien.

Zo heft hij de sanctiebevoegdheid van het Comité op voor overconsumptie en realiteit/conformiteit en schuift die door naar de Kamers van 1<sup>e</sup> aanleg en naar de leidend ambtenaar van de DGEC.

De wetten van december 2006 hebben ook de opdrachten die aan de DGEC zijn toegewezen, aangevuld en aangepast. Ze wijzigen de definities van de overtredingen alsook de sancties en de maatregelen die van toepassing zijn op die overtredingen wanneer zij gegrond worden verklaard. Ten slotte wijzigen ze de procedures inzake overconsumptie.

### 1. Overtredingen

De inbreuken worden in 8 categorieën onderverdeeld:

- de niet-uitgevoerde verstrekkingen
- de verstrekkingen die niet in overeenstemming zijn met de wetgeving
- de verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn (bijvoorbeeld, de “zuiver” esthetische chirurgie of sommige verstrekkingen in de sportgeneeskunde. De palliatieve verzorging of de diagnostische handelingen vallen niet onder die definitie)
- de overbodige of onnodig dure verstrekkingen
- het voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen
- het voorschrijven van farmaceutische specialiteiten die onvoldoende de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) naleven
- de zuiver administratieve inbreuken (die betrekking hebben op de overtredingen van sommige administratieve formaliteiten die de essentiële terugbetalingsvoorwaarden voor een verstrekking niet in het gedrang brengen. Bijvoorbeeld, de voornaam van de patiënt op een getuigschrift voor verstrekte hulp vergeten te vermelden)
- aanzetten tot overconsumptie of overdreven voorschrijven.

1. Wet van 24 december 2002 houdende maatregelen inzake de individuele responsabilisering van de zorgverleners en de hervorming van de geneeskundige controle.



Het Comité van de DGEC is het bestuursorgaan van de DGEC.

Het wordt voorgezeten door een magistraat en is samengesteld uit vertegenwoordigers van:

- ziekenfondsen
- zorgverleners: geneesheren, tandheelkundigen, apothekers, kinesietherapeuten, verpleegkundigen, verpleeginrichtingen, enz.
- de orde van geneesheren en de orde van apothekers.

## 2. Sancties<sup>2</sup>

- De zorgverlener die niet-uitgevoerde verstrekkingen aanreket, kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en tot de betaling van een administratieve geldboete tussen 50% en 200% van het onverschuldigde bedrag.
- De zorgverlener die niet-conforme verstrekkingen aanreket, kan veroordeeld worden tot de terugbetaling van de schade die de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden en/of tot de betaling van een administratieve geldboete die tussen 5% en 150% van de waarde van de terugbetaling ligt.
- De zorgverlener die niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen aanreket moet de waarde ervan terugbetalen en kan een geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het onverschuldigde bedrag.
- De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanreket, moet de schade die de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden, vergoeden en kan een administratieve geldboete krijgen tussen 5% en 100% van het bedrag van de terugbetaling.
- De zorgverlener die overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijft, kan een administratieve geldboete krijgen tussen 500 en 50000 EUR.
- De zorgverlener die farmaceutische specialiteiten voorschrijft, bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid van de GvU-wet, en hierbij de drempels overschrijft die door de indicatoren zijn vastgesteld en die de aanbevelingen van de CTG onvoldoende heeft nageleefd, riskeert een administratieve geldboete van 500 tot 20000 EUR.
- De zorgverlener die na een schriftelijke waarschuwing van de DGEC verstrekkingen aanreket en daarbij een administratieve formaliteit niet naleeft die geen essentiële voorwaarde is voor terugbetaling, riskeert een administratieve geldboete van 50 tot 500 EUR.
- De natuurlijke of rechtspersoon die een zorgverlener ertoe aanzet overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven of te verlenen, kan worden veroordeeld tot de betaling van een administratieve geldboete voor een bedrag van 1000 tot 250000 EUR.  
Laatstgenoemde inbreuk viel tot deze wetwijziging onder de bevoegdheid van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. Voortaan zal de leidend ambtenaar van de DGEC dergelijke inbreuken bestraffen.

De nieuwe wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners introduceert een nieuw gegeven op het vlak van de terugbetaling: de **financiële schade** die de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden. De DGEC raamt die schade, welke nog niet mag zijn vergoed op basis van een andere bepaling van de wet.

In geval van niet-uitgevoerde of niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen slaat het terug te betalen bedrag op de totale waarde van de verstrekkingen die onrechtmatig zijn aangerekend ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Bij overconsumptie en niet-conformiteit daarentegen, wordt alleen de financiële schade die de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft geleden, vergoed. Vroeger veroorzaakte de volledige terugvordering van de onrechtmatig aangerekende verstrekkingen soms de recuperatie van enorme bedragen terwijl de verzekering voor geneeskundige verzorging geen enkele financiële schade had geleden.

<sup>2</sup>GvU-wet, art. 142

Voorbeelden:

- De Orde van Apothekers schorst een apotheker die in de officina wordt vervangen maar onder wiens naam de verstrekkingen verder worden aangerekend. De geneesmiddelen zijn wel degelijk door een bevoegde persoon voorgeschreven en afgeleverd maar ze moesten in naam van de vervanger worden aangerekend. In dit geval bestaat er geen enkele financiële schade voor de verzekering.
- De zorgverlener die een verstrekking aanreket met een codenummer dat beter wordt terugbetaald dan het correcte codenummer. In dit geval is de financiële schade het verschil tussen het terugbetaalde bedrag en het bedrag dat effectief moest worden terugbetaald.

De vastgestelde sancties kunnen bovendien gepaard gaan met een opschorting, of tot het dubbele van het vastgestelde maximum bedragen indien de zorgverlener een nieuwe overtreding begaat binnen 3 jaar na een veroordeling.

De regels met betrekking tot de **verjaring** zijn de volgende:

- Over de zaken die tot de bevoegdheid van de leidend ambtenaar behoren, moet worden beslist binnen 2 jaar te rekenen vanaf het proces-verbaal van vaststelling.
- Een zaak moet, op straffe van verval van recht, uiterlijk 3 jaar na datum van het proces-verbaal van bevinding bij de Kamer van 1<sup>e</sup> aanleg aanhangig worden gemaakt.

### 3. Geschillenorganen

Met de nieuwe wet worden 2 administratieve rechtscolleges ingesteld:

- De Kamer van 1<sup>e</sup> aanleg bestaat uit een magistraat-voorzitter en 4 leden (2 vertegenwoordigen de V.I. en de 2 overige oefenen hetzelfde beroep uit als de comparant). Allen zijn stemgerechtigd.
- In hoger beroep is de Kamer van beroep samengesteld uit een magistraat-voorzitter en 4 leden (2 vertegenwoordigen de V.I. en de 2 overige oefenen hetzelfde beroep uit als de comparant). De 4 leden hebben een adviserende stem.

Het mandaat van voormelde magistraten en leden is onverenigbaar met elk ander mandaat dat in de DGEC wordt uitgeoefend. De onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van die rechtscolleges zijn dus volledig gewaarborgd.

Wat de rechten van de verdediging betreft, voortaan kan de zorgverlener dankzij het voorgestelde systeem in een openbare zitting verschijnen en worden bijgestaan of vertegenwoordigd door de raadgever van zijn keuze.

Terwijl de overconsumptie en het overdreven voorschrijfgedrag uitsluitend tot de bevoegdheid van de Kamers van 1<sup>e</sup> aanleg behoren, vallen de niet-uitgevoerde of niet-conforme verstrekkingen ofwel onder de bevoegdheid van de Kamers van 1<sup>e</sup> aanleg, ofwel onder die van de leidend ambtenaar van de DGEC.

De gevallen die voldoen aan de volgende cumulatieve voorwaarden vallen onder de bevoegdheid van de leidend ambtenaar:

- In de 5 jaar vóór de vaststelling van de inbreuk kreeg de zorgverlener geen maatregel opgelegd van de Beperkte kamers of hun Beroepscommissies, de Controlecommissie of haar Beroepscommissie, het Comité of de vroegere kamers van beroep, de leidend ambtenaar, de Kamer van 1<sup>e</sup> aanleg of de nieuwe Kamer van beroep.
- De feiten waarvoor de zorgverlener op dat ogenblik wordt vervolgd, wijzen niet op bedrieglijke handelingen.
- De waarde van de betwiste verstrekkingen is lager dan 25 000 EUR.

Alle andere zaken vallen onder de bevoegdheid van de Kamer van 1<sup>e</sup> aanleg. Ze worden door de leidend ambtenaar van de DGEC aanhangig gemaakt.

De maatregelen die de leidend ambtenaar uitspreekt, kunnen in 1<sup>e</sup> instantie voor de Kamers van 1<sup>e</sup> aanleg worden betwist. De beslissingen die door die kamers worden genomen, kunnen op hun beurt voor de kamers van beroep worden betwist en dit zowel door de zorgverlener als door de DGEC die bij die 2 instanties partij in het geding is.

Voor de zaken die onder de bevoegdheid van de kamers van 1<sup>e</sup> aanleg vallen, wordt het hoger beroep van hun beslissingen bij de kamers van beroep ingesteld.

## 4. De procedures inzake overconsumptie en overdreven voorschrijfgedrag

De eventuele overconsumptie of het overdreven voorschrijfgedrag wordt geëvalueerd op basis van de aanbevelingen van goede medische praktijk en manifeste afwijkingsindicatoren of, bij gebrek aan die gegevens, in vergelijking met de praktijk, in dezelfde omstandigheden, van een geneesheer die als “goede huisvader” fungeert.

De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP) werkt de aanbevelingen en de indicatoren met betrekking tot de overconsumptie uit. Voor overdreven voorschrijfgedrag brengt de CTG de aanbevelingen uit en definieert het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen de indicatoren.

De DGEC verzamelt de gegevens over de verstrekkingen waarop de indicatoren betrekking hebben. Hij vraagt aan de zorgverleners waarvan de praktijk boven de indicatoren uitsteekt, om zich schriftelijk te verantwoorden.

Na de verweermiddelen te hebben onderzocht, beslist de leidend ambtenaar van de DGEC om het dossier zonder gevolg te klasseren of om de praktijk van de zorgverlener gedurende ten minste 6 maanden onder monitoring te plaatsen.

Het Comité van de DGEC beslist uiteindelijk om het dossier zonder gevolg te klasseren, het met een waarschuwing af te sluiten of de leidend ambtenaar te gelasten om de zaak bij de Kamer van 1<sup>e</sup> aanleg aanhangig te maken.

In het geval van overdreven voorschrijfgedrag is er nog een fase voorzien vóór de uiteindelijke beslissing van het Comité. Het Nationaal college van adviserend geneesheren moet worden geraadpleegd. Het evalueert of de zorgverlener de aanbevelingen van de CTG heeft nageleefd. Indien het College op basis van die evaluatie vaststelt dat de zorgverlener in ten minste 20% van de gevallen onvoldoende de aanbevelingen naleeft, dan brengt het de DGEC daarvan op de hoogte die dan op zijn beurt het dossier naar het Comité doorstuurt.

Mutatis mutandis is de procedure identiek indien het evaluatiecriterium de “goede huisvader” is.

## 5. Conclusie

De nieuwe bepalingen die door de wetten van december 2006 zijn ingevoerd, versterken de doeltreffendheid van de controle die de DGEC uitoefent.

De rechten van de verdediging zijn nog beter beschermd aangezien de zorgverlener voortaan zelf voor de rechters van 1<sup>e</sup> aanleg en in hoger beroep kan verschijnen.

De invoering van het begrip “financiële schade geleden door de verzekering voor geneeskundige verzorging” draagt ook bij tot het gevoel van een “betere rechtspraak” bij de zorgverlener.





## Het nieuwe Omnio-statuut en de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming

Op 1 april 2007 is het systeem van de verhoogde tegemoetkoming in de verzekering voor geneeskundige verzorging grondig hervormd.

Eerzijds breidt het Omnio-statuut het bestaande systeem uit. Via dat nieuwe statuut kunnen bepaalde gezinnen, die voordien niet in aanmerking kwamen voor de verhoogde tegemoetkoming voor medische kosten, er een beroep op doen. Om voor het statuut in aanmerking te komen, moet het jaarinkomen van het gezin onder een bepaald grensbedrag liggen.

Anderzijds is er nog een 2<sup>e</sup> uitbreiding. Terwijl de klassieke verhoogde tegemoetkoming op basis van een sociaal voordeel (leefloon, uitkering van het OCMW, enz.) of een hoedanigheid (gepensioneerden, invaliden, wezen, enz.) zich richtte op de rechthebbende, is het voorkeurtarief voortaan niet enkel bestemd voor de gerechtigde zelf en zijn of haar personen ten laste. Het breidt immers uit tot de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en de personen ten laste van die laatstgenoemde.

De toekenningsvoorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming op basis van het gezinsinkomen (Omnio), een sociaal voordeel of een hoedanigheid, zijn vastgesteld in een koninklijk besluit. De thematische uiteenzetting bevat een overzicht van die nieuwe voorwaarden en gaat in op de nieuwe begrippen “gezin” en “levenspartner”.

## III. Het nieuwe Omnio-statuut en de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming

### 1. Van WIGW naar Omnio

De verhoogde tegemoetkoming is een van de maatregelen die de geneeskundige verzorging financieel toegankelijker willen maken. Door een hogere tegemoetkoming voor de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toe te kennen, vermindert het gedeelte dat ten laste valt van de patiënt (het remgeld).

Het mechanisme, ook wel voorkeurregeling genoemd, werd oorspronkelijk toegepast op weduwnaars en weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (vandaar het letterwoord "WIGW"). In 1997 is het een 1<sup>e</sup> keer uitgebreid tot nieuwe categorieën van personen, in het bijzonder degenen die een "sociaal voordeel" genieten dat hen buiten de verzekering voor geneeskundige verzorging is verleend en dat een aanwijzing is voor een preciaire financiële situatie (bijvoorbeeld het leefloon).

De naam "Omnio-statuut" verwijst naar een nieuwe manier om de verhoogde tegemoetkoming te verkrijgen<sup>1</sup>. Bij de toekenning van het Omnio-statuut baseert men zich enkel op de gezinsinkomens. Voordien kon de verhoogde tegemoetkoming voor de WIGW niet toegekend worden aan de financieel zwakkeren, die niet de juiste hoedanigheid bezaten (gepensioneerden, weduwnaars, enz.)<sup>2</sup>. Het ging dan met name om personen die een beroepsactiviteit met een laag inkomen uitoefenden. Het was dan ook de bedoeling om iedere vorm van discriminatie tussen gezinnen met een bescheiden inkomen op te heffen en werkloosheidsvallen te vermijden (als de werkhervatting het verlies van bepaalde voordelen met zich meebrengt).

Een andere wijziging: de uitbreiding van het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de WIGW tot de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en tot zijn of haar personen ten laste<sup>3</sup>. Die wijziging wil komaf maken met een anomalie in de reglementering betreffende de verhoogde tegemoetkoming. Tot nog toe werd immers rekening gehouden met de inkomsten van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende om de gezinsinkomsten te bepalen, terwijl het voorkeurtarief werd gereserveerd voor de gerechtigde en zijn of haar personen ten laste<sup>4</sup>.

Sinds 1 april 2007 legt een koninklijk besluit de voorwaarden vast om de verhoogde tegemoetkoming<sup>5</sup> toe te kennen op basis van een sociaal voordeel, een hoedanigheid of het Omnio-statuut. Het vervangt dus de vroegere voorwaarden om het recht op de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen<sup>6</sup>.

Op 1 januari 2008 genoten 112419 sociaal verzekerden het omnio-statuut.



De evolutie van het aantal rechthebbenden voor het omnio-statuut wordt regelmatig bijgewerkt op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Sociaal verzekerden > Medische kosten > Omnio.

### 2. Het Omnio-statuut

Gezinnen met een "bescheiden inkomen" komen in aanmerking voor het Omnio-statuut<sup>7</sup>. Dat principe roept meteen 2 vragen op:

- Wie maakt deel uit van het Omnio-gezin?
- Welke inkomsten worden in aanmerking genomen?

1. Via artikel 198 van de programmawet (I) van 27 december 2006 wordt daartoe een 3<sup>e</sup> lid ingevoegd in artikel 37, §1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet).

2. Memorie van toelichting, Doc 51 2773/001, p. 123.

3. Artikel 198 van de programmawet (I) van 27 december 2006 vervolledigt in die zin het 2<sup>e</sup> lid van artikel 37 van de GVU-wet.

4. Memorie van toelichting, Doc 51 2773/001, p. 122.

5. Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19 van de GVU-wet, en tot invoering van het Omnio-statuut (B.S. van 3 april 2007).

6. Opheffing van het koninklijk besluit van 8 augustus 1997 ter bepaling van de inkomensvoorwaarden en de voorwaarden in verband met de ingang, het behoud en de intrekking van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §1, van de GVU-wet.

7. GVU-wet, art. 37, §1, 3<sup>e</sup> lid.

## a. Omnio-gezin

*“Het gezin is samengesteld ofwel uit een persoon die gewoonlijk alleen leeft, ofwel uit twee of meer personen die gewoonlijk eenzelfde woonplaats delen en er in gemeenschap leven. De samenstelling van het gezin wordt vastgesteld op 1 januari van het jaar waarvoor de toekenning van het OMNIO-statuut wordt onderzocht, op basis van de gegevens die in het Rijksregister van de natuurlijke personen aanwezig zijn. Er wordt echter rekening gehouden met de wijziging die in de samenstelling van het gezin is opgetreden in de loop van het voormelde jaar indien dit te wijten is aan de toevoeging aan het gezin van een persoon, jonger dan 16 jaar, voor wie voor de eerste maal de inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd.”<sup>8</sup>*

Op het ogenblik van de aanvraag voor een Omnio-statuut, bestaat het gezin uit de personen die, op basis van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen, op 1 januari van dat jaar op hetzelfde adres zijn ingeschreven. Op dat principe van de samenstelling op 1 januari is enkel een uitzondering mogelijk wanneer het gezin uitbreidt met een kind, jonger dan 16 jaar, voor wie men voor de 1<sup>e</sup> maal de inschrijving in het Rijksregister vraagt.

Voor personen die in een gemeenschap leven (religieuze gemeenschap, rusthuis, initiatief voor beschermt wonen, enz.) en personen die zich vanwege hun gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden<sup>9</sup>, komt een ander gezin dan het “Rijksregister”-gezin in aanmerking, zowel om de inkomensvoorwaarde te onderzoeken en de inkomensgrens vast te stellen, als om het recht zelf toe te kennen.

## b. In aanmerking genomen inkomens

Het Omnio-statuut kan enkel worden toegekend op voorwaarde dat de gezinsinkomens onder een bepaald grensbedrag liggen.

De in aanmerking genomen inkomsten zijn de belastbare bruto-inkomsten die het gezin heeft ontvangen gedurende het jaar dat voorafgaat aan dat waarin de aanvraag voor het Omnio-statuut is ingediend. Door rekening te houden met de inkomsten van het voorgaande jaar wil men vermijden dat gezinnen, die zich slechts tijdelijk in een moeilijke financiële situatie bevinden, het Omnio-statuut toegekend krijgen<sup>10</sup>.

Het grensbedrag hangt af van het aantal personen dat het gezin telt. Het wordt geïndexeerd en is, voor de in 2007 ingediende aanvragen, 13 312,80 EUR voor een eenpersoonsgezin, verhoogd met 2 464,56 EUR per bijkomend gezinslid.

Onder belastbaar bruto-inkomen verstaat men het bedrag van de inkomens zoals ze zijn vastgesteld inzake inkomensbelasting vóór elke aftrek. Daarenboven komen ook sommige vrijgestelde inkomens in aanmerking (bijvoorbeeld de inkomens die in België van belasting vrijgesteld zijn ingevolge internationale overeenkomsten ter voorkoming van dubbele belastingheffing of andere internationale verdragen of akkoorden).

Tot slot zijn er specifieke bepalingen die betrekking hebben op sommige inkomens. Het kadastraal inkomen van de woning (zelfs met vrijstelling op fiscaal vlak) komt bijvoorbeeld in aanmerking in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, hoewel een gedeelte wordt vrijgesteld (het vrijgestelde bedrag varieert naargelang van het aantal gezinsleden). Er is ook vrijstelling van de beroepsinkomens van de kinderen, op voorwaarde dat zij de kinderbijslag effectief blijven genieten.

## c. Formele procedure

Om het Omnio-statuut te verkrijgen, moet een gezinslid een aanvraag indienen bij zijn of haar ziekenfonds. De procedure start effectief zodra alle gezinsleden een verklaring op erewoord over hun inkomen hebben ingediend<sup>11</sup>, samen met het laatste aanslagbiljet, alle documenten om het laatste aanslagbiljet te bewijzen en alle documenten op basis waarvan het bewijs kan worden geleverd voor de belastbare bruto-inkomens van het voorgaande jaar (loonfiche, enz.). Om de administratieve verplichtingen voor de verzekerden te beperken, is er voorzien dat het ziekenfonds uitsluitend aan de Kruispuntbank van de sociale zekerheid de gegevens vraagt die daar toegankelijk zijn. De Dienst voor administratieve controle van het RIZIV zal daarvan, in samenspraak met de Kruispuntbank, regelmatig een lijst opmaken.

8. Koninklijk besluit van 1 april 2007, art. 40.

9. Art. 42, §2 van het koninklijk besluit van 1 april 2007 somt de situaties op.

10. Verslag aan de Koning.

11. Koninklijk besluit van 1 april 2007, bijlage IV.

Elk gezinslid moet ook alle aanslagbiljetten bezorgen die hij of zij nadien zou ontvangen. In de praktijk is die verplichting slechts van toepassing tot het aanslagbiljet dat betrekking heeft op de inkomens waarmee rekening is gehouden om het statuut toe te kennen.

Het ziekenfonds kijkt na of de gezinsinkomens aan de vastgestelde voorwaarden beantwoorden. Indien dat het geval is, kent het ziekenfonds het Omnio-statuut toe aan alle gezinsleden.

Het gezin heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming op basis van het Omnio-statuut vanaf de 1<sup>e</sup> dag van het kwartaal, dat volgt op het kwartaal waarin het de verklaring op erewoord en de bewijsdocumenten bij zijn ziekenfonds heeft ingediend. In principe behoudt het gezin dat recht tot 31 december van het jaar, volgend op het jaar waarin het de verklaring heeft ingediend. De startdatum om het recht op het Omnio-statuut effectief toe te kennen was dus 1 juli 2007.

#### d. Controle op en intrekking van het recht

Het spreekt voor zich dat er controle is op het recht, dat aldus op basis van een verklaring op erewoord is toegekend.

- Het ziekenfonds houdt op elk ogenblik rekening met elke wijziging in de samenstelling van het gezin. Een dergelijke wijziging gaat meestal gepaard met een wijziging van de inkomens en in elk geval van het grensbedrag. Er zal dan opnieuw een onderzoek zijn naar de situatie van het nieuw samengestelde gezin. Als blijkt dat, ten gevolge van die wijziging, de inkomensgrens is bereikt, dan wordt het Omnio-statuut niet langer toegekend.  
Het statuut zal echter toch behouden blijven
  - tot 31 december van het jaar waarin de gezinssamenstelling wijzigt, als die wijziging tijdens de 1<sup>e</sup> 3 kwartalen van het jaar heeft plaatsgevonden
  - tot 31 december van het volgende jaar, als de wijziging in het laatste kwartaal van het jaar heeft plaatsgevonden.
- De periode waarin het recht ingaat, krijgt bijzondere aandacht. Men wil immers vermijden dat situaties, waarin het statuut van bij de aanvang niet toegekend had moeten worden, voortduren. Als het ziekenfonds, tijdens het 2<sup>e</sup> jaar van het tijdvak waarin het recht ingaat, vaststelt dat men het grensbedrag zou kunnen bereiken, dan moeten de gezinsleden een nieuwe verklaring op erewoord ondertekenen. Die vaststelling zal dan gebeuren op basis van gegevens, nog vast te leggen door de minister van Sociale Zaken op advies van het Verzekeringscomité van het RIZIV, of van het laatste aanslagbiljet, door de gezinsleden bezorgd. Als uit die verklaring blijkt dat het grensbedrag is bereikt, dan blijft het recht behouden tot 31 december van het lopende jaar.
- Tot slot controleert het ziekenfonds ieder jaar de inkomens, in samenwerking met het RIZIV en het Fiscaal bestuur.

Als uit de 1<sup>e</sup> controle, die betrekking heeft op de inkomens waarop de toekenning van het recht is gebaseerd, blijkt dat het grensbedrag is bereikt, dan volgt er een intrekking van het recht op de verhoogde tegemoetkoming met terugwerkende kracht tot de datum van de toekenning ervan. Het gezin had immers nooit het Omnio-statuut mogen krijgen en moet de tegemoetkomingen die het ten onrechte heeft ontvangen, terugbetalen. Bovendien mag het gezin, gedurende een volledig kalenderjaar volgend op het jaar waarin de gegevens door het Fiscaal bestuur zijn doorgestuurd, geen nieuwe verklaring op erewoord indienen om opnieuw het Omnio-statuut te verkrijgen. Hierop is een uitzondering voor behartigenswaardige gevallen, zoals die zijn omschreven en vastgesteld volgens de procedure, door de minister van Sociale Zaken bepaald op advies van het Verzekeringscomité van het RIZIV.

Controles achteraf zullen niet leiden tot de intrekking van het recht met terugwerkende kracht. Bij de vaststelling dat het grensbedrag is bereikt, is er intrekking van het recht aan het einde van het jaar waarin de vaststelling is gedaan.

## e. Zelfstandigen

Zelfstandigen komen eveneens in aanmerking voor het Omnio-statuut.

Voor hun inkomens is er een bijzondere bepaling opgesteld: het brutobedrag van hun beroepsinkomens (A) is fictief vastgesteld op 100/80 van het verschil tussen de brutowinsten of -baten (B) en de beroepslasten (C) die daaraan zijn verbonden.

$$\text{Formule: } A = 100/80 \times (B - C)$$

Het Omnio-statuut verandert niets aan de draagwijdte van de rechten van de zelfstandigen (“grote risico’s”, “kleine risico’s”), maar het verhoogt het tegemoetkomingspercentage voor de prestaties waarop de zelfstandige recht heeft. Bovendien zijn, sinds 1 januari 2008, de kleine risico’s geïntegreerd in de verplichte verzekering.



Op de website van het RIZIV staat een lijst met veel gestelde vragen over het Omnio-statuut: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Sociaal verzekerden > Medische kosten > Omnio.



Een informatiefolder “Het Omnio-statuut”, voornamelijk bestemd voor de sociaal verzekerden, is beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

## 3. Hervorming van de klassieke verhoogde tegemoetkoming

De klassieke verhoogde tegemoetkoming kan worden toegekend op basis van een sociaal voordeel of een hoedanigheid. De nieuwigheid is dat de echtgeno(o)t(e) of levenspartner en zijn of haar personen ten laste het recht voortaan ook toegekend krijgen.

Een omschrijving van de levenspartner:

*“de persoon met wie de rechthebbende samenwoont, met uitsluiting van de bloed- of aanverwanten tot en met de 3<sup>e</sup> graad, en met wie hij of zij een feitelijk gezin vormt”<sup>12</sup>*

Dat begrip is ook nieuw in het kader van de verhoogde tegemoetkoming. Het koninklijk besluit van 8 augustus 1997 gebruikte het begrip “samenwonende”, dat verwees naar iedere persoon die samenwoont met de rechthebbende, met uitzondering van de bloed- of aanverwanten tot en met de 3<sup>e</sup> graad. Die definitie voldeed niet altijd aan de doelstelling om gehuwde personen en diegenen die samenleven zoals in een huwelijk, zonder gehuwd te zijn, op eenzelfde wijze te behandelen<sup>13</sup>. Voortaan is het aan de rechthebbende om zijn of haar levenspartner, op eigen initiatief of op voorstel van het ziekenfonds, aan te wijzen.

### a. Verhoogde tegemoetkoming toegekend aan de rechthebbenden voor bepaalde sociale voordelen

De echtgeno(o)t(e) of levenspartner van een rechthebbende op een sociaal voordeel<sup>14</sup> die op 31 maart 2007 recht had op de verhoogde tegemoetkoming, verkrijgt dat recht automatisch op 1 april 2007.

Om dat recht uit te breiden tot de levenspartner moet de rechthebbende evenwel de nodige stappen zetten om die partner kenbaar te maken bij zijn of haar ziekenfonds.

12. Koninklijk besluit van 1 april 2007, art. 4, 2<sup>e</sup> lid.

13. Verslag aan de koning.

14. Hoofdstuk II van het koninklijk besluit van 1 april 2007 somt de desbetreffende voordelen op.

## b. Verhoogde tegemoetkoming toegekend na een inkomenscontrole

De echtgeno(o)t(e) of levenspartner van wie de inkomens in aanmerking zijn genomen om de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen, verkrijgt dat recht vanaf 1 april 2007 zonder dat hij of zij enige administratieve stappen moet ondernemen.



## Register van de huisartsen: aantal en profiel van de huisartsen in 2005

Hoeveel artsen werken werkelijk als huisarts en wat is hun profiel?


In 2005 waren er ongeveer 20 000 artsen, met een kwalificatie die hen toeliet om algemene geneeskunde uit te oefenen, geregistreerd in de databanken van het RIZIV. Een heterogene bevolking met zeer verschillende profielen.

Het aantal actieve huisartsen is merkkelijk lager dan dit aantal. In werkelijkheid zijn slechts 12 000 artsen actief in de huisartsgeneeskunde.

De directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie van het RIZIV heeft een register van de actieve huisartsen samengesteld.

Dit register bepaalt, naast toelichting over het aantal actieve huisartsen, het profiel van deze laatste. Daardoor is informatie beschikbaar over

- de patiënten van een huisarts
- de pathologie
- de activiteit van de huisarts qua volume en aard
- de uitgaven die een huisarts genereert.

 Deze thematische uiteenzetting is een samenvatting van een uitgebreide studie die te vinden is op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Wilt u meer weten? > studies en onderzoek > 2008.

## IV. Register van de huisartsen: aantal en profiel van de huisartsen in 2005

De ongeveer 20 000 algemeen geneeskundigen die thans over een RIZIV-nummer beschikken, vormen een heterogene groep. Hierbij vindt men:

- gediplomeerden die een specifieke beroepsopleiding hebben gevolgd en erkend zijn als huisarts door de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid
- niet-bijgeschoolde algemeen geneeskundigen die verworven rechten genieten
- recent afgestudeerden die in het begin beperkte rechten hebben
- huisartsen in beroepsopleiding.

De algemeen geneeskundigen wijden zich hoofdzakelijk aan de eerstelijnszorg. Sommige artsen concentreren zich op een specifieke activiteit (bv. sportgeneeskunde). Anderen werken gedeeltelijk in een ziekenhuis. Nog anderen verlaten de verzorgingsactiviteit, ook al blijven ze geneesmiddelen voorschrijven.

Een uitklaring van die vertekende situatie is nodig om informatie te krijgen over:

- het werkelijke aantal artsen die zich in België aan de huisartsgeneeskunde wijden
- het profiel van die artsen.

### 1. Hoeveel artsen werken als huisarts?

Er zijn 2 manieren om het aantal artsen die werkelijk als huisarts werken, te ramen:

- nagaan of de artsen beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden bepaald bij het Ministerieel besluit van 21 februari 2006 en minimaal 500 patiëntencontacten (raadplegingen, huisbezoeken, adviezen) bereiken per jaar<sup>1</sup>.
- een raming maken van de voltijdse equivalenten (VTE) op basis van de geregistreerde patiëntencontacten<sup>2</sup>.

#### a. Hoeveel huisartsen bereiken de activiteitsdrempel van 500 patiëntcontacten?

Volgens de informatie van de FOD Volksgezondheid hebben 21 804 artsen een kwalificatie die hen toelaat de huisartsgeneeskunde uit te oefenen<sup>3, 4</sup>.

In werkelijkheid is het aantal actieve artsen aanzienlijk lager. Met het criterium van 500 patiëntencontacten per jaar, zijn er in 2005 11 116 actieve artsen. Hierbij kan men nog 273 artsen toevoegen die in medische huizen werken.

**11 389 artsen** kunnen dus als “actief” in de huisartsgeneeskunde worden gekwalificeerd. 98% van de actieve artsen zijn erkende huisartsen (RIZIV-codes 003-004).

Dit cijfer houdt geen rekening met de 708 huisartsen in beroepsopleiding in 2005.

1. Minstens 1 keer in de loop van 5 opeenvolgende jaren ten minste 500 patiëntencontacten per jaar totaliseren.

2. In deze studie werd geen rekening gehouden met de verstrekkingen verleend aan zelfstandigen die niet vergoed werden door de verzekering voor geneeskundige verzorging.

3. Health in Transition 2007, Belgium p. 96, WGO Europa.

4. Op 31 december 2005 beschikten 20 162 algemeen geneeskundigen over een RIZIV-nummer waarvan 18 216 als actief werden beschouwd voor de toetreding tot het akkoord artsen-ziektefondsen.

**Tabel 1 - Aantal algemeen geneeskundigen in 2005**

	>= 500 patiënten-contacten	Medische Huizen	Totaal Actieven
Gediplomeerde artsen ingeschreven bij de Orde van geneesheren die geen stageplan voor huisartsgeneeskunde hebben ingediend bij de FOD Volksgezondheid = niet erkende alg. geneeskundige (000-009, 001-002)	226	6	232
Gediplomeerde artsen ingeschreven bij de Orde van geneesheren die de opleiding van huisarts heeft gevolgd = erkende huisartsen (003-004 of 007-008) (al of niet geaccrediteerd)	10890	267	11157
<b>Subtotaal</b>	<b>11116</b>	<b>273</b>	<b>11389</b>
Gediplomeerde artsen ingeschreven bij de Orde van geneesheren die een stageplan voor huisartsgeneeskunde hebben ingediend bij de FOD Volksgezondheid: huisartsen in opleiding (005-006) (activiteit onder toezicht van de stagemeester)	632	76	708
<b>Algemeen totaal</b>			<b>12097</b>
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)			

Als men dit cijfer van 11 389 artsen vergelijkt met het aantal inwoners in België, dan bedraagt het werkelijke aantal huisartsen 1,1 huisarts per 1000 inwoners tegen 2,1 volgens de officiële gegevens van de FOD Volksgezondheid.

## b. Hoeveel voltijds equivalente huisartsen zijn er?

Op basis van de verstrekkingen die overeenstemmen met de patiëntcontacten (huisbezoeken, raadplegingen, adviezen) bedraagt het aantal VTE in 2005 8642 (optelling van voltijdsen en deeltijdsen). Hieraan moeten wel nog de VTE in de medische huizen worden toegevoegd.

Een VTE stemt grosso modo overeen met 41-42 arbeidsuren per week en met 14-27 contacten per dag. De duur van de raadpleging varieert tussen 10 en 30 minuten en het huisbezoek tussen 20 en 40 minuten voor de artsen die voltijds de huisartsgeneeskunde beoefenen.

De als actief beschouwde artsen (meer dan 500 patiëntcontacten) realiseren 99% van het activiteitsvolume in de huisartsgeneeskunde. De erkende huisartsen (RIZIV-codes 003 en 004) realiseren 98% van dit activiteitsvolume.

Binnen de groep van 10890 erkende huisartsen die meer dan 500 patiëntcontacten hebben, zijn er **5193 artsen** die, volgens alle analysemodellen, **voltijds als huisarts** werken (de stagemeesters (485) die soms hun activiteiten delen met hun stagiairs zijn hier niet bijgerekend).

## 2. Wat is het profiel van de huisarts die voltijds de huisartsgeneeskunde uitoefent?

De volgende analyse betreft enkel de 5193 erkende huisartsen die voltijds de huisartsgeneeskunde uitoefenen.

### a. Algemene kenmerken van de voltijdse huisartsen

81% van de artsen uit de steekproef zijn mannen, 39% zijn Franstaligen en 61% Nederlandstaligen. Hun gemiddelde leeftijd is 49 jaar. In 2005 is 97% ingeschreven bij een LOK (lokale kwaliteitsgroep), 93% geaccrediteerd, 100% genieten het forfait voor het globaal medisch dossier (GMD), 66% hebben recht op het forfait voor het elektronisch medisch dossier (EMD). 82% nemen deel aan een wachtdienst en het gemiddelde van de wachten door de artsen uit de steekproef, bedraagt 5,7 in 2005.

Tabel 2 - Kenmerken van de voltijdse huisartsen			
	Gemiddelde	Min.	Max.
Aantal huisartsen (HA)	5 193		
% HA mannen	81%	69%	94%
% HA franstalig	39%	29%	45%
Gemiddelde leeftijd HA	48,8	47,9	50,2
% HA ingeschreven bij een LOK 2005	97%	96%	98%
% HA geaccrediteerd	93%	90%	95%
% HA met globaal medisch dossier (GMD)	100%	99%	100%
% HA met elektronisch medisch dossier	66%	62%	72%
% HA geconventioneerd	60%	58%	65%
% HA deelnemen aan een wachtdienst	82%	78%	86%

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

### b. Kenmerken van de patiënte van voltijdse huisartsen

Een voltijdse huisarts ziet tussen de 588 en 1056 verschillende patiënten per jaar, hetzij gemiddeld bijna 802 patiënten.

De patiënten zijn in 45% van de gevallen mannen.

De patiënten zijn gemiddeld 46,1 jaar. De patiënten van meer dan 65 jaar vertegenwoordigen 22% van de patiënten.

64% van de patiënten zijn werknemers zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming (en hun personen ten laste) en 9% van de patiënten genieten de maximumfactuur (MAF).

Tabel 3 - Kenmerken van de patiënte van de voltijdse huisartsen			
	Gemiddelde	Min.	Max.
Gemiddeld aantal patiënten	802	588	1056
Gemiddelde leeftijd van de patiënten	46,1	45,8	46,4
% patiënten mannen	45%	44%	46%
% patiënten van meer dan 65 jaar	22%	21%	23%
% patiënten werknemers zonder verhoogde tegemoetkoming	64%	62%	65%
% patiënten met MAF	9%	9%	10%

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

### c. Kenmerken van de behandelingen per patiënt

De behandelde pathologieën zijn afgeleid van het type geneesmiddel voorgeschreven voor de patiënten van die artsen.

<b>Tabel 4 - Aard en frequentie van de jaarlijks voorgeschreven behandelingen per patiënt</b>			
<b>Gemiddeld aantal patiënten per arts, met minstens één:</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
• voorschrift antibiotica	199	146	262
• voorschrift voor griep	434	310	600
• voorschrift voor cardiovasculaire ziekten	247	180	335
• voorschrift voor hartziekten	42	30	59
• voorschrift chronisch obstructief longlijden (leeftijd > 50)	90	66	124
• voorschrift astma (patiënt minder dan 50 j.)	69	51	90
• voorschrift orale antidiabetica	42	30	60
• voorschrift van insuline	11	8	16
• voorschrift schildklier-aandoening	38	29	53
• voorschrift jicht	22	16	32
• voorschrift epilepsie	14	10	20
• voorschrift kanker	2	1	3
• voorschrift voor hepatitis	0	0	0

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

Het totaal van de geregistreerde pathologieën overschrijdt de 100% want een patiënt kan meerdere periodes van acute ziektes per jaar hebben of kan aan verschillende ziektes tegelijk lijden.

Jaarlijks schrijft een huisarts:

- voor 25% van zijn patiënten een griepvaccin voor
- voor 54% van zijn patiënten antibiotica voor.

De cardio-vasculaire aandoeningen en de hartziekten vertegenwoordigen een derde van de ziekten van de patiënten, en chronisch obstructief longlijden of astma 20%.

De andere chronische ziekten zijn zeldzamer en komen bij 5% of minder van de patiënten voor.

Gemiddeld behandelt een voltijdse huisarts gemiddeld 11 patiënten (op 800) met insuline of heeft hij 14 patiënten met epilepsie in behandeling.

#### d. Kenmerken van de activiteiten van de voltijdse huisartsen

Een voltijdse huisarts heeft gemiddeld 5000 contacten per jaar (3651 tot 6962 contacten naargelang het gekozen model). Dit betekent een gemiddelde van 6,7 contacten per patiënt. De huisbezoeken vertegenwoordigen 38% van de contacten. 2% van de contacten vinden plaats buiten de permanentie-uren. Gemiddeld 47% van de patiënten hebben een GMD.

<b>Tabel 5 - Aard en volume van de activiteiten van de voltijdse huisarts</b>			
	<b>Gemiddelde</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Gemiddeld aantal patiënten	802	588	1 056
Gemiddeld aantal contacten	5 023	3 651	6 962
Gemiddeld aantal contacten / patiënt	6,7	6,6	7,1
Gemiddeld aantal raadplegingen (permanentie-uren)	3 079	2 314	4 043
Gemiddeld aantal bezoeken (permanentie-uren)	1 789	1 206	3 106
% bezoeken / aantal contacten	38%	35%	47%
% contacten buiten permanentie-uren/ aantal contacten	2%	2%	3%
Gemiddeld aantal patiënten met GMD	376	244	523
% patiënten met GMD	47%	43%	52%

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

### e. Kenmerken van de uitgaven ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de voltijdse huisartsen

Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging bedragen de uitgaven van de voltijdse huisartsen voor de ambulante patiënten gemiddeld 386 000 EUR per jaar. In dit bedrag zijn de uitgaven voor verstrekkingen en voorschriften (met inbegrip van de geneesmiddelen) inbegrepen. Ongeveer 26% van dit bedrag zijn uitgaven voor verstrekkingen die de huisarts zelf verricht.

Het bedrag hangt natuurlijk af van het volume van de activiteit (tussen 276 000 en 550 000 EUR naargelang het model)

Tabel 6 - Aard en volume van de uitgaven van de huisarts ten laste van de verzekering geneeskundige verzorging (in EUR)			
	Gemiddelde	Min.	Max.
gemiddelde kost per patiënt (GK/PAT)	495	480	537
GK/PAT van de contacten	120	116	130
GK/PAT globaal medisch dossier (GMD)	9	8	10
GK/PAT diagnostische en therapeutische verstrekkingen	2	2	2
GK/PAT voorschriften (labo, medische beeldvorming, enz.)	124	120	136
GK/PAT voorschriften geneesmiddelen	236	226	257
GK/PAT van de RIZIV-forfaits aan artsen (accréditering, enz.)	4	3	5
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Research, Development and Quality (RDQ)			

De totale uitgaven per patiënt bedragen gemiddeld 500 EUR. Dit bedrag is onderverdeeld in:

- uitgaven voor geneesmiddelen (48%)
- uitgaven voor verstrekkingen of andere voorschriften.

De uitgaven voor verstrekkingen die de huisarts zelf verricht (26%) zijn hoofdzakelijk voor rekening van de patiëntencontacten (raadplegingen, huisbezoeken, adviezen) en het globaal medisch dossier.

De diagnostische verstrekkingen (bijvoorbeeld, de electrocardiogrammen) of de therapeutische verstrekkingen (bv. cryotherapie) kosten gemiddeld amper 2 EUR per jaar per patiënt (0,4%).

De voorschriften die geen geneesmiddelenvoorschriften zijn daarentegen, vertegenwoordigen 25% van de uitgaven. Die bestaan uit uitgaven voor laboratoria, beeldvorming, verpleegkundige verzorging of kinesitherapie.

De forfaits ten slotte, die de artsen ontvangen in het kader van coördinatieprestaties of stimuli bedragen 3 500 EUR per arts (1% van de gegenereerde uitgaven).

Van dit bedrag is 57% bestemd voor het aanvullend pensioenfonds (sociaal statuut van de tot het akkoord toegetreden arts). Andere forfaits zijn:

- de beschikbaarheidshonoraria
- de bijdrage voor deelname aan het globaal medisch dossier
- het forfait bestemd voor de aankoop van een programma om dossiers elektronisch te beheren.

### 3. Enkele opmerkingen over de methodologie

Om die studie uit te voeren, heeft het RIZIV een nieuwe databank aangelegd door de beschikbare databanken over algemeen geneeskundigen bij elkaar te brengen.

Die nieuwe databank is in feite een register van de actieve huisartsen in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit register is nog onvolledig want de plaats van de activiteit en de groepspraktijken zijn er niet in opgenomen.

De groepering van die informatie zorgt voor een bijkomende validering, bijvoorbeeld, door de artsen die niet over profielen beschikken (bv. medische huizen) als actief te beschouwen waardoor de beschikbaarheidsgraad kan worden verfijnd.

Dankzij de modellen die zijn voorgesteld om de arbeidstijd te simuleren<sup>5</sup>, kon de studie het aantal VTE in de algemene geneeskunde evalueren.

Dit vervangt geenszins een individuele vragenlijst aan elke geneesheer om zijn praktijk werkelijk te beschrijven. Een dergelijke vragenlijst zal er zeker voor zorgen dat rekening wordt gehouden met administratieve tijd of de tijd gewijd aan de aanvullende opleiding en zou een verklaring kunnen zijn voor de grote verschillen die de studie waarneemt tussen de uiterste modellen.

Ook nieuw aan dit register is dat de patiënten zijn gedefinieerd (geslacht, leeftijd, enz.) aan de hand van het bestand van de geneesmiddelenvoorschriften (Farmanet) en dat hieruit de behandelde ziekte is afgeleid. Die benadering is natuurlijk beperkt want men kan de ziektes onderschatten waarvan de behandeling is gestart en voortgezet door de specialist of waarvan de behandelingen in het ziekenhuis (oncologie) zijn voorbereid.

Een voortzetting van die analyse is aangewezen in een studie van de zorgtrajecten waardoor voor sommige patiënten kan worden beschreven hoe de huisartsgeneeskunde en de gespecialiseerde geneeskunde elkaar aanvullen op het vlak van de behandeling.

De totale activiteit per huisarts houdt enkel rekening met de activiteiten terugbetaald in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Voor sommige artsen kan er dus sprake zijn van een onderschatting van de totale activiteit.

### 4. Conclusie

Het register van de actieve huisartsen dat door de directie van Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie van het RIZIV is uitgewerkt, beschrijft in detail het profiel van een huisarts in 2005.

Dit laat, onder andere, toe een antwoord te geven op terugkerende vragen over het aantal huisartsen en wat dit cijfer betekent in termen van VTE.

Dit register stelt ook informatie beschikbaar over:

- de patiëntele van een huisarts
- de pathologie
- de activiteit van de huisarts qua volume en aard
- de uitgaven die een huisarts genereert.

Het VTE-profiel dat is beschreven, is niet noodzakelijk het profiel van de ideale huisarts. Dat profiel wordt hoofdzakelijk geselecteerd op basis van criteria van productiviteit en erkenningsvoorwaarden en is zeker niet gebaseerd op de concordantie met kwaliteitscriteria.

5. Zie de volledige studie op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Wilt u meer weten? > studies en onderzoek > 2008.

Dit laat echter toe het belang te evalueren van de activiteit van de huisarts en de uitgaven ten laste van het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Die cijfers kunnen als basis dienen om de categorieën van artsen met elkaar te vergelijken. Een feedback over die gegevens zoals voorzien is door de Profielencommissie van de algemeen geneeskundigen kan misschien de categorieën van activiteiten verfijnen (groepspraktijk, sportgeneeskunde, acupunctuur, centra voor gezinsplanning, osteopathie, enz.).

Deze studie is leervol voor de planner, de beslisser en de zorgverlener. Het is wenselijk om ze in te passen in een algemener beleid om systematisch informatie uit verschillende bronnen met elkaar te verbinden (gekruist gebruik van informatie) waarbij natuurlijk de nodige voorzorgen worden genomen ter bescherming van de privacy.



## Socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen

Het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen heeft in de periode 2004-2006 een aantal voorstellen geformuleerd om de activiteitsgraad van arbeidsongeschikte zelfstandigen te verhogen. Die voorstellen mondden uit in een aantal maatregelen, vastgelegd in het koninklijk besluit van 21 april 2007. Deze thematische uiteenzetting geeft een stand van zaken en licht zowel de situatie voor het koninklijk besluit toe, als de situatie erna.

Concreet betekent het koninklijk besluit een versoepeling van de vroegere reglementering. Het legt immers vast dat arbeidsongeschikte zelfstandigen

- onder bepaalde voorwaarden hun **zelfstandige activiteit** gedeeltelijk kunnen hervatten, **zonder de voorwaarde van herklassering**. Herklassering van een arbeidsongeschikte zelfstandige (onderdeel van zijn socioprofessionele re-integratie) houdt in dat hij weer voldoende arbeidscapaciteit heeft om zijn vroegere zelfstandige activiteit daadwerkelijk te kunnen hervatten en zo opnieuw arbeidsgeschikt kan worden.
- met het oog op hun **herklassering** en met de voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer een **andere activiteit** kunnen uitoefenen dan hun vroegere zelfstandige activiteit, zij het:
  - voor maximaal 2 keer 6 maanden (voorheen maximaal 6 maanden)
  - met verminderde uitkeringen vanaf de 7<sup>e</sup> maand (vermindering van 10%).

Uiteraard zal de Dienst voor uitkeringen de toepassing van de nieuwe bepalingen moeten evalueren en er verslag van uitbrengen aan het Beheerscomité. Op basis daarvan kan de Dienst dan aanvullende voorstellen formuleren.

## V. Socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikte zelfstandigen

### 1. Inleiding

Op beleidsvlak zijn er tal van maatregelen genomen om de activiteitsgraad te verhogen. Dat heeft een weerklank gehad in de verschillende sectoren van de sociale zekerheid, zoals de uitkeringsverzekering voor werknemers en zelfstandigen. Het jaarverslag van het RIZIV van 2002 lichtte dat al toe voor de uitkeringsverzekering voor werknemers.

Het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen (kortweg “Beheerscomité”) heeft in de jaren 2004 tot 2006 ook een onderzoek ingesteld en een aantal voorstellen geformuleerd naar het beleidsvlak toe.

Hierna volgt een stand van zaken, waarbij de volgende aspecten aan bod komen:

- Wat zijn de criteria om arbeidsongeschikt erkend te worden?
- Wat zijn de mogelijkheden om een activiteit te hervatten? Welke maatregelen zijn er genomen op beleidsvlak, op basis van de voorstellen van de Dienst voor uitkeringen en het Beheerscomité?
- Wat zal er in de toekomst aandacht krijgen?

### 2. Criteria om arbeidsongeschikt erkend te worden

Om arbeidsongeschikt erkend te worden

- moet de sociaal verzekerde de uitoefening van zijn zelfstandige activiteit stopgezet hebben
- mag de sociaal verzekerde geen andere beroepsbezigheid uitoefenen.

Om verder erkend te blijven vanaf het 2<sup>e</sup> jaar (tijdvak van invaliditeit) moet de betrokkene bovendien ongeschikt geacht kunnen worden om eender welke beroepsbezigheid uit te oefenen die hem “billijkerwijze” opgelegd kan worden. Hierbij houdt men rekening met zijn gezondheidstoestand, maar ook met zijn beroepsopleiding en beroepservaring, enz.

Het principe van stopzetting van elke persoonlijke beroepsbezigheid mag wel niet te absoluut toegepast worden. Zo heeft het Hof van Cassatie gesteld dat verderzetten van minieme zelfstandige activiteiten niet als een daadwerkelijke beroepsbezigheid te beschouwen is en zich dus niet verzet tegen een verdere erkenning van de arbeidsongeschiktheid<sup>1</sup>. De contouren van het begrip “minieme activiteit” zijn wel niet precies te omschrijven, wat aanleiding kan geven tot een rechtsonzekerheid.

De reglementering met betrekking tot het hervatten van een activiteit door zelfstandigen wijzigde met het koninklijk besluit van 21 april 2007. Wat volgt, is een toelichting van de situatie voor het koninklijk besluit en de situatie erna.

1. Cass. 21 januari 1985, R.W. 1985-86, 236.

### 3. Hervatten van een activiteit - Situatie voor het koninklijk besluit van 21 april 2007<sup>2</sup>



Herklassering van een arbeidsongeschikte zelfstandige (onderdeel van zijn socioprofessionele re-integratie) houdt in dat hij weer voldoende arbeidscapaciteit heeft om zijn vroegere zelfstandige activiteit daadwerkelijk te kunnen hervatten en zo opnieuw arbeidsgeschikt kan worden. Punt b. licht de vereiste van herklassering verder toe.

#### a. Hervatten van de zelfstandige activiteit of een andere activiteit

Wanneer de betrokkene een beroepsbezigheid wil hervatten, moet hij hiervoor de voorafgaande toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds.

De betrokkene kan **met het oog op zijn herklassering** geleidelijk aan **zijn vroegere zelfstandige activiteit** hervatten. De adviserend geneesheer kan voor een maximumperiode van 3 maal 6 maanden zijn toestemming geven. De activiteit mag geen gevaar inhouden voor de gezondheidstoestand van de betrokkene.

Vanaf de 7<sup>e</sup> maand van uitoefening van de activiteit vermindert het bedrag van de uitkeringen met 10%. Een vermindering tijdens de 1<sup>e</sup> 6 maanden leek niet verantwoord, aangezien de betrokkene tijdens die periode maar een gering beroepsinkomen verdient. Een inhouding van 10% op de uitkeringen vanaf de 7<sup>e</sup> maand is verantwoord en als een "compromis" te beschouwen:

- De betrokkene kan geacht worden een "degelijk" beroepsinkomen te verdienen.
- Een inhouding van 10% zal geen te remmend effect hebben op een hervatting van de vroegere activiteit.
- Aanrekening van het beroepsinkomen zelf is moeilijk aangezien dat niet onmiddellijk precies gekend is.

De betrokkene kan met **het oog op zijn herklassering** ook **een andere activiteit** hervatten. Dat is mogelijk voor een maximumperiode van 6 maanden. Het bedrag van de uitkeringen vermindert niet.

De onderstaande tabellen geven een overzicht van het aantal invalide gerechtigden die:

- ofwel hun vroegere zelfstandige activiteit gedeeltelijk hervat hebben
- ofwel een andere activiteit aangevat hebben.



Hoewel de Dienst voor uitkeringen geen uitsplitsing kan doen, is het wel zo dat praktisch alle betrokkenen ervoor kiezen hun vroegere zelfstandige activiteit gedeeltelijk te hervatten en niet een andere activiteit (zelfstandige of niet).

**Tabel 1 - Totaal aantal zelfstandige invaliden op 31 december**

	2002	2003	2004	2005	2006
Mannen	12 221	12 332	12 252	12 187	12 168
Vrouwen	3 999	4 478	4 768	5 169	5 765
<b>Totaal</b>	<b>16 220</b>	<b>16 810</b>	<b>17 020</b>	<b>17 356</b>	<b>17 933</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

**Tabel 2 - Aantal invalide zelfstandige gerechtigden met hervatting van een toegelaten activiteit**

	2002	2003	2004	2005	2006
Mannen	519	726	801	936	1 051
Vrouwen	107	174	238	326	392
<b>Totaal</b>	<b>626</b>	<b>900</b>	<b>1 039</b>	<b>1 262</b>	<b>1 443</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

**Tabel 3 - Gemiddeld % van zelfstandige invaliden die een toegelaten activiteit hervat hebben**

	2002	2003	2004	2005	2006
Mannen	4,30%	5,94%	6,50%	7,64%	8,62%
Vrouwen	2,76%	4,35%	5,31%	6,84%	7,58%
<b>Totaal</b>	<b>3,92%</b>	<b>5,55%</b>	<b>6,18%</b>	<b>7,41%</b>	<b>8,31%</b>

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

2. Koninklijk besluit van 21 april 2007 tot wijziging, wat de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte erkende gerechtigden betreft, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

## b. Vereiste van herklassering

Het einddoel van de hervatting is de herklassering van de betrokkene (definitie: zie punt a.).

Dat verklaart waarom de toestemming beperkt is in duur. Wanneer de betrokkene zich binnen de hoger vermelde termijnen niet heeft kunnen herklasseren, acht men een herklassering niet meer mogelijk.

De Dienst voor uitkeringen heeft de vraag gesteld of de vereiste van een herklassering steeds als einddoel behouden zou moeten blijven omdat dat de hervatting van bepaalde activiteiten uitsluit.

Het is mogelijk dat de betrokkene geen voldoende restcapaciteiten meer heeft om zijn vroegere zelfstandige activiteit of een andere activiteit te hervatten, zodat een herklassering uitgesloten is. Dat treft een grote groep van (oudere) invalide gerechtigden die nog in beperkte mate hun vroegere activiteit als zelfstandige kunnen uitoefenen.

Voor een bepaald type van activiteiten is herklassering niet aan de orde, zoals bv. een politiek mandaat dat de betrokkene reeds waarnam bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid of bepaalde vormen van “vrijwilligerswerk” (activiteiten die buiten het kader van de vrijwilligerswet<sup>3</sup> vallen en die verder reiken dan “een activiteit van minieme omvang”).



Een activiteit als vrijwilliger in de zin van deze wet is niet als een beroepsbezigheid te beschouwen voor zover de adviserend geneesheer van het ziekenfonds vaststelt dat die activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene.

Er zou een onderscheid kunnen komen tussen de situatie waarbij:

- De voorwaarde van een herklassering (en dus beperking in de tijd van de toestemming) behouden blijft. Dat zou dan vooral het geval zijn voor de gerechtigde die zijn vroegere activiteit geleidelijk aan wenst te hervatten met de “volledige” herneming als einddoel. De regelgeving vangt die situatie reeds voldoende op.
- De voorwaarde van een herklassering niet meer behouden blijft omdat ze niet als voldoende relevant te beschouwen is. Hierbij zou dan gedacht worden aan een systeem van toegelaten werkhervatting dat aansluit bij de regelgeving in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers:
  - behoud van een bepaalde graad van arbeidsongeschiktheid
  - toestemming mogelijk voor 6 maanden, maar met verlenging mogelijk
  - de activiteit mag geen gevaar inhouden voor de gezondheidstoestand van de betrokkene.

Het Beheerscomité nam dat voorstel in overweging, maar er bleken toch een aantal mogelijke pijnpunten te zijn:

- Het is niet altijd eenvoudig om na te gaan wat de zelfstandige activiteit van de gerechtigde inhoudt bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid, en welke activiteit de betrokkene nog zou kunnen uitoefenen gelet op zijn pathologie. Die appreciatie is breder dan een zuiver medische beoordeling.
- Er zou een efficiënte controle moeten kunnen gebeuren op het volume van de activiteit die de betrokkene wenst te hervatten. Dat is een moeilijk gegeven wanneer het om een zelfstandige activiteit gaat.
- Men zou ook moeten vermijden terecht te komen in een “systeem”
  - waar het accent niet meer voldoende zou liggen op de volledige re-integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving (systeem van “gedeeltelijke” blijvende arbeidsongeschiktheid)
  - dat te “gunstig” zou zijn in vergelijking tot het systeem voor de arbeidsongeschikte gerechtigden (bv. op het vlak van de inkomenssituatie, zie verder punt c.).

3. Wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers.

### c. Cumulatie van uitkeringen en het inkomen uit de toegelaten activiteit

Bij de besprekingen binnen het Beheerscomité is er ook gewezen op het volgende feit. Wanneer de gerechtigde een activiteit over een langere periode zou kunnen uitoefenen, zou er een meer aangepast aanrekeningsmechanisme moeten komen. Waar in een aanvangsfase een forfaitaire vermindering van de uitkeringen verantwoord blijft, omdat het inkomen uit de (zelfstandige) activiteit gering is of nog niet precies gekend, zou men na een zekere periode rekening moeten houden met het effectieve beroepsinkomen.

## 4. Hervatten van een activiteit - Wijzigingen ingevolge het koninklijk besluit van 21 april 2007

De voorstellen en opmerkingen van het Beheerscomité zijn doorgegeven aan de minister van Sociale Zaken.

Op beleidsvlak is het belang van de socioprofessionele re-integratie benadrukt, maar er is ook verwezen naar een aantal bekommernissen van het Beheerscomité wanneer men te snel verregaande initiatieven zou nemen.

De minister vond het aangewezen dat

- de invalide gerechtigde voor wie een herklassering in zijn vroegere zelfstandige activiteit niet meer mogelijk is, de mogelijkheid krijgt om zijn vroegere zelfstandige activiteit in beperkte mate nog uit te oefenen zonder principiële beperking in duur en er voor die invalide gerechtigde ook een aangepast aanrekeningsmechanisme komt
- de hervatting van een andere activiteit met het oog op de herklassering van de betrokkene mogelijk is gedurende een termijn van 1 jaar in plaats van 6 maanden.

Het koninklijk besluit van 21 april 2007 heeft dan ook een aantal bepalingen gewijzigd van het koninklijk besluit van 20 juli 1971<sup>4</sup>.



Van 1 juli 2007 tot 31 december 2007 hebben de verzekeringsinstellingen (V.I.) al 197 aanvragen ingediend in het kader van die nieuwe bepaling.

- Met de voorafgaande toestemming van de Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de Dienst voor uitkeringen kan de invalide gerechtigde voortaan **zijn vroegere zelfstandige activiteit** gedeeltelijk hervatten (**geen herklassering meer vereist**). De betrokkene moet blijven voldoen aan de criteria om arbeidsongeschikt erkend te worden (zie punt 2) en de activiteit mag geen gevaar inhouden voor zijn gezondheidstoestand. De uitkeringen verminderen verder met 10% vanaf de 7<sup>e</sup> maand van hervatting, maar vanaf het 4<sup>e</sup> jaar, volgend op het jaar van aanvang van de toegelaten activiteit, moet het inkomen uit het 1<sup>e</sup> volledige jaar van toegelaten activiteit "aangerekend worden" (die referentieperiode wordt op dezelfde manier vastgesteld voor de daaropvolgende jaren). Het beroepsinkomen moet vergeleken worden met het maximum toegestane bedrag aan inkomen in het kader van de pensioenreglementering voor zelfstandigen. Ligt het beroepsinkomen onder dat bedrag, dan behoudt de betrokkene volledig zijn uitkeringen.

Is er een overschrijding van dat bedrag:

- met minder dan 15%: dan vermindert het bedrag van de uitkeringen in verhouding tot de overschrijding
- met ten minste 15%: dan is er voor het betrokken jaar een schorsing van de betaling van de uitkeringen.
- De gerechtigde kan met de voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer nu **met het oog op zijn herklassering** voor maximaal 2 maal 6 maanden **een andere activiteit** uitoefenen dan zijn vroegere zelfstandige activiteit. De uitkeringen verminderen met 10% vanaf de 7<sup>e</sup> maand.

4. Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

## 5. Wat brengt de toekomst?

De Dienst voor uitkeringen zal eerst de toepassing van de nieuwe bepalingen evalueren en daarna verslag uitbrengen aan het Beheerscomité (aantal gerechtigden, financiële impact, enz.).

Op basis van die evaluatie kan de Dienst later aanvullende voorstellen voorleggen aan het Beheerscomité.

Hierbij lijkt het aangewezen ook aandacht te besteden aan de volgende punten:

- Er is overdracht van de bevoegdheden van het College van geneesheren-directeurs (van de Dienst voor geneeskundige verzorging) op het vlak van de beroepsherscholing aan de Dienst voor uitkeringen. De gerechtigde kan nu voor de duur van 1 jaar een andere activiteit hervatten dan zijn vroegere zelfstandige activiteit met het oog op zijn herklassering, maar een herscholingsprogramma biedt nog tal van andere mogelijkheden (het programma kan bv. slaan op een periode langer dan 1 jaar, er geldt een vermoeden van arbeidsongeschiktheid zolang het programma loopt).
- Er zou toetsing moeten zijn op interne coherentie van alle bepalingen in het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (uitkeringsverzekering zelfstandigen) met betrekking tot het uitoefenen van een activiteit (bv. op het vlak van aanrekening van het beroepsinkomen).
- Voor een aantal knelpunten zou er bespreking moeten zijn met de bevoegde instelling(en) van sociale zekerheid. Wanneer de betrokkene bv. gelijkstelling heeft verkregen van zijn tijdvakken van arbeidsongeschiktheid met een tijdvak van tewerkstelling in het kader van de pensioenreglementering voor zelfstandigen, dan zal die gelijkstelling eindigen bij hervatting van een toegelaten activiteit. Hierdoor moet de betrokkene opnieuw socialezekerheidsbijdragen betalen aan zijn sociaal verzekeringsfonds, wat een remmende factor kan zijn op de gedeeltelijke hervatting van de zelfstandige activiteit.

De Dienst bouwt momenteel ook, in samenspraak met de V.I. en de betrokken diensten van het RIZIV, een bestand uit waarin alle toegelaten activiteiten in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers zullen komen. In een latere fase zou er ook uitbreiding moeten zijn naar de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen toe.