

## Deel 1: Het gezondheidsbeleid in 2019



Deel 1 geeft een beknopt overzicht van een aantal belangrijke ontwikkelingen in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in 2019. Die gezondheidszorg, het landschap waarin CM opereert, is immers voortdurend in beweging als gevolg wetenschappelijke en technologische evoluties en van politieke, economische en maatschappelijke veranderingen en keuzes.

Dit is een realiteit die CM aanzet om in beweging te blijven, maar evenzeer een realiteit die ze zelf wil doen bewegen. Naast een korte beschrijving van maatregelen en evoluties, wordt dan ook stilgestaan bij de rol van CM hierin. Niet alleen via studies, beleidsvoorstellen en gerichte acties, maar ook via vertegenwoordiging in de talrijke raden en commissies, wil CM haar stempel blijven drukken op het reilen en zeilen van de gezondheidszorg. Gedreven door een fundamenteel geloof in het belang van solidariteit en sociale rechtvaardigheid, ijvert CM zo voor een breed toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg. Dingen waar we voor staan, en die we zullen blijven doen ... op uw gezondheid!

### 1. Uitwerking budget gezondheidszorg 2020 in 2019

Jaarlijks bereiden zorgverleners, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen in het Verzekeringscomité van het RIZIV een budget gezondheidszorg voor het daarop volgende jaar voor, in de hoop dat dit tijdens de vergadering van de Algemene Raad, samengesteld uit ziekenfondsen, vakbonden, werkgevers en regering, goedgekeurd zou worden. Zoals de voorbije jaren coördineerde CM ook in 2019 de onderhandelingen tussen zorgverleners, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen voor dit begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité voor de gezondheidszorgen in 2020. Dit leidde tot een quasi unaniem goedgekeurd voorstel van het Verzekeringscomité (met twee onthoudingen), maar niet tot een begrotingsvoorstel dat ook door de Algemene Raad goedgekeurd werd. De regering onthield zich en bracht geen eigen voorstel aan, wat tot grote onzekerheid leidde bij zorgactoren en patiënten. Uiteindelijk besloot de regering, op voorstel van de minister van Volksgezondheid, een begroting die amper verschilde van het voorstel van het Verzekeringscomité.



Op basis van de bij wet vastgelegde groeinorm werd voor het jaar 2020 een normatief budget gezondheidszorgen van 27,6 miljard euro bepaald. Het RIZIV raamde dat in 2020 27,9 miljard nodig zou zijn voor de verwachte uitgaven bij constant beleid. Er was dus een begrotingstekort van 300 miljoen euro en daarnaast nog een bedrag van 69.000 euro dat door de regering sinds het begin van de legislatuur geblokkeerd werd. Er zou dus niet 27,6 miljard euro, maar slechts iets meer dan 27,5 miljard euro uitgegeven mogen worden.

De wet laat toe dat eenmalige uitzonderlijke kosten afgezonderd worden en dus bovenop het normatief budget betaald kunnen worden, mits bijkomende financieringsbronnen worden gevonden. Het Verzekeringscomité stelde, op basis van het afzonderen van enkele eenmalige uitgaven en een aantal besparingsmaatregelen in de sector geneesmiddelen, een budget voor waarmee voor 101 miljoen euro ruimte gecreëerd werd voor nieuwe initiatieven ten behoeve van de patiënt.

Uiteindelijk besloot de minister, op basis van technische correcties in de verwachte uitgaven bij constant beleid, enkele (maar minder) eenmalige kosten, gelijkaardige maar ook andere besparingsmaatregelen in de sector geneesmiddelen en op basis van correcties op de eigen uitgaven en inkomsten van het RIZIV een begroting waarbij 7,5 miljoen euro voor nieuwe initiatieven voorzien werd.

In 2020 zal bijkomend geïnvesteerd worden in de uitbreiding van de terugbetaling van contraceptiva voor jongeren (6,9 miljoen euro) en in bufferbedden in Forensisch Psychiatrische Centra in geval van voorlopige aanhouding (0,6 miljoen euro). Het valt te betreuren dat enkele andere patiëntgerichte voorstellen van de zorgverleners, de zorgvoorzieningen en de ziekenfondsen niet zijn overgenomen, zoals:

- Verbeterde toegankelijkheid van tandzorg (door het gedeeltelijk afschaffen van de leeftijdsgrens bij de terugbetaling van bepaalde tandzorg),
- betere terugbetaling van hoorapparaten voor kinderen en hulpmiddelen voor slechtzienden,
- zorgcontinuïteit voor kinderen die lijden aan obesitas en voor kinderen met geestelijke gezondheidsproblemen,
- recht op terugbetaling van logopedie na multidisciplinaire revalidatie,
- casemanagement voor chronische patiënten.

Met haar quasi unaniem voorstel wenste het Verzekeringscomité de toekomst op een positieve manier tegemoet te gaan. De voorspellingen van het Federaal Planbureau zijn immers niet rooskleurig: "De endogene structurele determinanten van de gezondheidszorguitgaven leiden tot een gemiddelde groei van die uitgaven van 2,5% per jaar in reële termen, ofwel iets hoger dan de norm van 1,5%." Het Verzekeringscomité stelde in haar begrotingsvoorstel voorop dat met prioriteit werk

dient gemaakt te worden van een langetermijnvisie voor de verplichte ziekteverzekering, van gezondheidsdoelstellingen, van transparante criteria waarmee keuzes kunnen worden gemaakt bij budgettaire marge en van een financieel meerjarenplan dat stabiliteit en vertrouwen aan de zorgverleners en zorgvoorzieningen kan geven.

CM analyseert hoe deze volgende stappen in het kader van een duurzame Belgische gezondheidszorg voor elke patiënt kunnen gezet worden en bereidt zich zo voor op de begrotingsbesprekingen voor het jaar 2021. CM wil graag enthousiast en met alle stakeholders blijven werk maken van een nog betere toekomstige gezondheidszorg en gezondheid voor iedereen.



#### Meer informatie:

- Saskia Mahieu, Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven. In: CM Informatie 279, maart 2020. ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Begroting-gezondheidszorg\\_tcm92-65705.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Begroting-gezondheidszorg_tcm92-65705.pdf))
- Zorgverleners en ziekenfondsen gaan samen voor budget met toekomst en visie (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/zorgverleners-en-ziekenfondsen-gaan-samen-voor-budget-met-toekomst-en-visie>)
- Budget ziekteverzekering 2020: regering zet overlegmodel buitenspel en stort patiënten en zorgverstrekkers in extreme onzekerheid (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/budget-ziekteverzekering-2020>)

## 2. Sociale zekerheid

In 2019 streefde CM ernaar de sociale zekerheid te verdedigen en dit door deel te nemen aan de parlementaire hoorzittingen over de financiering van de sociale zekerheid (december 2019) en aan werkgroepen, door haar beleidsstandpunten te verdedigen in het Beheerscomité van de Sociale Zekerheid van de RSZ of door de publicatie van een studie over de financiering van de sociale zekerheid.

### a) CM-studie over de financiering van de sociale zekerheid

In 2019 stond de begroting van de sociale zekerheid bijzonder in de schijnwerpers omdat voor de jaren 2019-2024 een oplopend tekort wordt verwacht. Om de situatie beter te begrijpen, analyseerde CM de evolutie van de uitgaven en ontvangsten van het werknemersstelsel tussen 2002 en 2019.

De studie toont vooreerst dat de breed verspreide hypothese van een ongecontroleerde stijging van de sociale prestaties als verklaring voor de huidige kritieke situatie, niet bewaarheid wordt. De uitgaven voor sociale prestaties stagneren immers sinds 2016. Vervolgens wordt in de studie stilgestaan bij de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid en de verschillende componenten ervan (sociale bijdragen, overheidssubsidies en alternatieve financiering), alsook bij de impact van de recente wetwijzigingen (de staatshervorming in 2015, de taxshift die in 2016 startte en de nieuwe financieringswet die in 2017 gestemd werd). Enerzijds toont de studie dat de ontvangsten uit sociale bijdragen stagneren ondanks een hogere werkzaamheidsgraad. Die stagnatie is te wijten aan de taxshift, de daling van het loonaandeel en de stijging van de extralegale voordelen. Anderzijds worden de verminderde overheidssubsidies maar net gecompenseerd door de versterking van de alternatieve financiering, meer bepaald BTW en roerende voorheffing, zodat de ontvangsten sinds 2015 stagneren. Die analyse doet dus beseffen dat het de sociale zekerheid vandaag vooral ontbreekt aan een duurzame financiering en dit komt deels door de recente wetwijzigingen.



#### Meer informatie:

- Lambert Louise en Van Cutsem Pauline (2019). Analyse van de financiering van de sociale zekerheid en de evolutie ervan. De noodzaak van een structurele en duurzame herfinanciering van de sociale zekerheid. In: CM Informatie 278, december 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Financiering\\_tcm92-63336.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Financiering_tcm92-63336.pdf))

### 3. Akkoorden en overeenkomsten met zorgverleners

#### a) Artsen

##### Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen

In 2019 is er binnen het Verzekeringscomité veel tijd gestoken in het maken van een voorstel rond het budget gezondheidszorg 2020, dat uiteindelijk maar pas eind 2019 door de ministerraad kon worden goedgekeurd op basis van een budgetvoorstel van de minister van Volksgezondheid. Ondanks het laattijdig toekennen van het budget 2020 en zonder nieuwe federale regering, werd in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) eind december toch een nieuw akkoord afgesloten tussen de artsen en de ziekenfondsen. Het akkoord geldt, gezien de politieke context, slechts voor één jaar. CM heeft haar stempel gedrukt op verschillende punten in het nieuwe akkoord en is, gezien de context, tevreden over dit akkoord dat zowel aandacht heeft voor de toegankelijkheid van de zorg, de transparantie naar de patiënt en een kwaliteitsvolle en doelmatige zorg, als voor nieuwe digitale toepassingen. Het akkoord zet verder ook in op een transversaal beleid en gezondheidsdoelstellingen.

##### Nieuwe initiatieven ondanks beperkt budget

De NCAZ beschikte enkel over de indexmassa van 181 miljoen euro. CM pleitte voor een gedifferentieerde aanwending van deze indexmassa om nieuwe initiatieven te kunnen financieren en hiervoor een terugbetaling aan de patiënt te kunnen voorzien. Het invoeren van een terugbetaling voor tot nog toe niet-vergoedbare prestaties zorgt ervoor dat er minder supplementen aangerekend worden aan de patiënt.

Daarnaast zullen enkele prestaties in de pediatrie, kinderoftalmologie beter gehonoreerd worden, alsook het toezicht in het oncologisch dagziekenhuis voor hematologen. Er wordt een terugbetaling voorzien voor vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning, bezoek aan de palliatieve patiënt en euthanasie. Er zal in de nomenclatuur meer aandacht zijn voor patiënten met complexe neurologische aandoeningen die nood hebben aan fysieke geneeskunde en revalidatie. Voor wat betreft de revalidatie van complexe neurologische aandoeningen en de kinderoftalmologie leverde CM mee cijfers aan die de huidige situatie in kaart hebben gebracht en mee de aanzet hebben gegeven om deze op te nemen in het nieuwe akkoord. Er zal, op aangeven van CM, een inspanning worden geleverd rond het aanrekenen van materialen (preoperatieve 3D-printing) bij specifieke breuken in behartigenswaardige situaties.

Anderzijds worden de honoraria voor CT-scans van hersenen en wervels, in het kader van rationeel voorschrijven, niet geïndexeerd om zo een klein signaal te geven over het gevaar van ioniserende stralingen.

##### Bevorderen kwaliteit en doelmatigheid van zorg

CM is tevreden dat het akkoord ook initiatieven vermeldt die de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg bevorderen. Zo ondersteunt CM het openen van een globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts en legt ze hierbij de nadruk op de kwaliteit van dit GMD. CM steunt ten volle de ontwikkeling van kwaliteitsparameters om het GMD op te volgen. In de prioriteitenlijst van CM stond eveneens dat er ondersteuningsinstrumenten beschikbaar moeten zijn zowel voor het voorschrijven van medische beeldvorming als voor klinische biologie.

Binnen het kader van het Nationaal Actieplan One Health, dat resistentie tegen microben wil tegengaan, wordt gekozen voor kwaliteitsindicatoren rond het voorschrijven van antibiotica. Het voorschrijven van biosimilaren moet verder gestimuleerd worden. Hierdoor wordt financiële ruimte gecreëerd voor een vergoeding van nieuwe innovatieve geneesmiddelen en behandelingen. Dit is geen besparing, maar wel degelijk een maatregel in het belang van de patiënt. Al deze punten worden door CM sterk onderschreven.

In het kader van het accrediteringssysteem van de artsen, pleit CM ervoor dat er eindelijk concrete stappen worden gezet naar een hervorming van die accreditering via het opnemen van kwaliteitsindicatoren en gezondheidsdoelstellingen.

### Maatregelen in ziekenhuiscontext

CM vindt het goed dat het akkoord aandacht heeft voor de hervorming van de daghospitalisatie. CM heeft actief meegewerkt aan de visietekst over deze hervorming, die samen met de ziekenhuizen tot stand is gebracht, en staat dan ook volledig achter deze hervorming. CM ondersteunt eveneens de vergoeding en terugbetaling van pre-anesthesie-evaluatie en pleit voor een onderzoek van verdere centralisatie van complexe ingrepen, meer bepaald in geval van hoofd- en hals-tumoren, zoals aanbevolen door het KCE.

### Telegeneeskunde en genomanalyse

Er zullen enkele pilootprojecten rond telegeneeskunde opgestart worden die zowel rond tele-expertise als tele-consultatie zullen draaien. Er komt een project teledermatologie met als doel een snellere en meer toegankelijke dermatologische zorg te kunnen aanbieden. Eveneens rond genomanalyse kan een pilootproject helpen om een antwoord te kunnen geven op de organisatorische, klinische en ethische vragen rond het aanvragen en uitvoeren van genetische testen ("whole genome sequencing").

### Tariefzekerheid en toegankelijkheid van zorg

CM heeft gedurende het hele jaar en tijdens de onderhandelingen voor een nieuw akkoord ook steeds maatregelen naar voor geschoven die de tariefzekerheid voor de patiënt en de toegankelijkheid van de zorg vergroten. CM pleitte er sterk voor om de niet uitgevoerde elementen uit het vorig akkoord (zoals een model van kostenraming en het uitwerken van een plan om ereloon-supplementen te beperken) opnieuw op te nemen in het nieuwe akkoord.

Het nieuwe akkoord bepaalt, net als het vorige akkoord, dat er een standaardmodel van kostenraming moet komen voor een aantal courante ziekenhuisopnames. Het akkoord stelt ook terug dat er een beheersingspad moet komen voor de ereloon-supplementen. Bij elektronische facturatie zullen de artsen de informatie over de aangerekende supplementen moeten overmaken aan de ziekenfondsen om een grotere transparantie te krijgen in de kosten die de patiënt ambulant moet betalen. Hier pleit CM al lang voor. Verder wenst CM meer duidelijkheid te bekomen waarvoor er bij patiënten niet vergoedbare prestaties worden gefactureerd. Tenslotte zal er ook een analyse gebeuren van het aanrekenen van supplementen bij medisch-technische verstrekkingen, met name bij klinische biologie, medische beeldvorming, anatomopathologie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde. CM zal erover waken dat er wel concrete maatregelen genomen worden om de supplementen binnen de perken en redelijk te houden.



#### **Meer informatie:**

- <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx>

## **b) Verpleegkundigen**

Voor het domein verpleegkundigen zijn op 1 december 2019 een aantal wijzigingen in werking getreden.

### Invoering van een verantwoordingsdrempel

Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en frauduleuze praktijken te bestrijden is er voor verpleegkundigen en zorgkundigen een maximum aantal aanrekeningen per kalenderjaar vastgesteld, de zogeheten verantwoordingsdrempel. De hoogte van deze verantwoordingsdrempel hangt af van het statuut van de verpleegkundige.

Het is niet de bedoeling om bij het bereiken van de drempel, de facturatie te blokkeren. De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV (DGEC) zal de gegevens analyseren en eventuele outliers aanschrijven. Zij krijgen dan de mogelijkheid om een verklaring te geven voor de afwijkende resultaten. Indien er geen plausibele verklaring is, kan worden overgegaan tot een recuperatie van de overschreden waarden. Deze maatregel kadert in het Actieplan Handhaving in de gezondheidszorg 2018 – 2021.

CM steunde deze maatregel. Het laat toe om fraude tegen te gaan, maar er is geen automatische terugvordering. Een verpleegkundige krijgt steeds de mogelijkheid om het overschrijden van de verantwoordingsdrempel te argumenteren. Het valt wel te betreuren dat de gerecupereerde bedragen niet terugvloeien naar de sector verpleegkundigen zelf. Mocht dit wel gebeuren, dan zou dit mogelijkheden openen voor nieuwe initiatieven in de sector.

### Plaats van verstrekking

In de nomenclatuur thuisverpleging is het begrip 'plaats van verstrekking' verder verduidelijkt. Immers, een aantal plaatsen waar ook een beroep wordt gedaan op thuisverpleegkundigen was nog niet nadrukkelijk vermeld. Het gaat om crèches, scholen, stages, kampen, buitenschoolse opvang, werkplek, vakantieverblijf en verblijf bij familie of mantelzorg. Daarom wordt het begrip 'woon- en verblijfplaats' tot deze situaties uitgebreid.

CM steunde deze maatregel omdat door de explicitering de bestaande verwarring in de toekomst vermeden wordt.



#### **Meer informatie:**

- <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/aanpassingen-art8-nomenclatuur-verpleegkundigen.aspx>

### Projecten negatieve druktherapie

Negatieve druktherapie (NDT) is een niet-invasieve, unieke en dynamische behandeling die de wondgenezing bevordert. Het is aangetoond dat deze therapie een alternatief is voor een verscheidenheid aan verzorgingstechnieken voor wonden, wat op zijn beurt kan leiden tot een verkorte ligduur in het ziekenhuis, een verbeterd comfort voor de patiënt en een optimalisatie van de continuïteit van zorg tussen het ziekenhuis en de thuiszorg.

In 2018 is, in het kader van artikel 56 van de ZIV-wet, een budget uitgetrokken om over een periode van maximaal 18 maanden de toepassing van de therapie in de thuisverpleging te onderzoeken. Concreet moest een antwoord geformuleerd worden op drie onderzoeksvragen:

- Hoe verloopt de toepassing van NDT in de thuiszorg?
- Wat is de financiële impact van de toepassing van NDT thuis, zowel voor patiënt als thuisverpleegkundige?
- Hoe ervaren patiënten, hun omgeving en thuisverpleegkundigen het gebruik van NDT thuis?

Na een oproep zijn twintig proefprojecten geselecteerd uitgaande van groeperingen van thuisverpleegkundigen: elf in Vlaanderen en negen in Wallonië.

### Vijf bijkomende verpleegkundige handelingen voor zorgkundigen

Zorgkundigen kunnen verpleegkundigen bijstaan in de zorg en na delegatie en onder hun toezicht een aantal vastgelegde handelingen verrichten. Sinds 1 september 2019 is het takenpakket van de zorgkundige uitgebreid met vijf verpleegkundige handelingen.

Voortaan kunnen ze ook

- parameters meten (zoals de suikerspiegel of de bloeddruk),
- medicatie toedienen die is voorbereid door een verpleegkundige of een apotheker (met uitsluiting van verdovende middelen),
- oraal voeding en vocht toedienen,
- manueel fecalomem (verharde vastzittende stukjes stoelgang) verwijderen,
- verbanden en kousen ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen verwijderen en opnieuw aanbrengen.



**Meer informatie:**

- <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/verpleegkundigen-zorgkundigen/zorgkundigen>

### Noodfonds

Naar aanleiding van de begrotingsdebatten in de Kamer van Volksvertegenwoordigers, is op 31 oktober 2019 een extra federaal budget ter ondersteuning van verpleegkundigen en zorgkundigen goedgekeurd: 67 miljoen euro voor 2019 en 400 miljoen euro voor 2020. Het gaat om het zogeheten noodfonds of de middelen 'blouses blanches'. Dit bijkomend budget moet toelaten om op korte termijn in de ziekenhuizen en de thuisverpleging bijkomend zorgpersoneel aan te werven en de werkomstandigheden te verbeteren. Van de voorziene 67 miljoen wordt 59 miljoen in het Sociaal Maribelfonds (fonds met als doel het realiseren van bijkomende arbeidsplaatsen (= voor loontrekkenden)) gestopt en wordt 8 miljoen voorzien voor de zelfstandige thuisverpleegkundigen.

### c) Vroedvrouwen

Sinds 1 december 2019 is het totale aantal 'gewone' postnatale verstrekkingen na de eerste vijf dagen verminderd van zeven naar zes. Indien er toch nood is aan bijkomende zorg, kan men nog terugvallen op hetzij bijkomende verstrekkingen met motivering door de vroedvrouw, hetzij op verstrekkingen op voorschrift bij verwickelingen.



**Meer informatie:**

- <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/vroedvrouwen/Paginas/recente-aanpassingen-nomenclatuur.aspx>

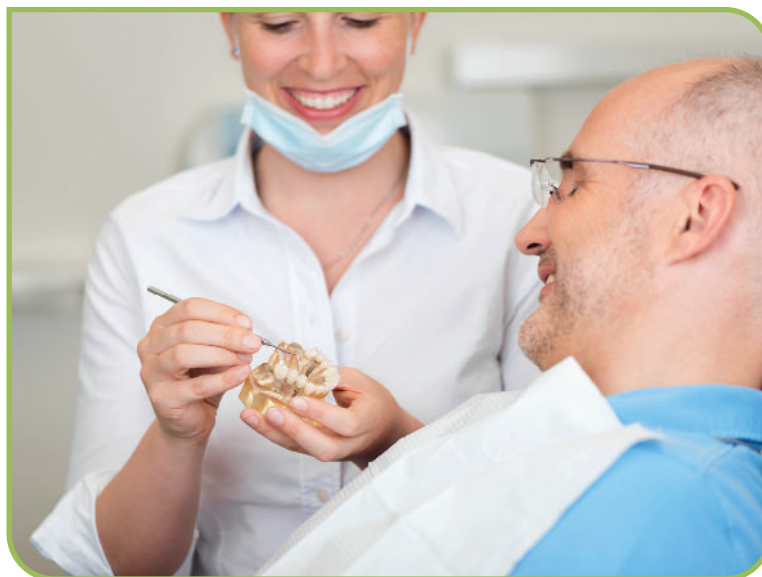
### d) Kinesitherapeuten

In de nieuwe conventie, afgesloten voor twee jaar (2020-2021), werden opnieuw stappen gezet voor de verhoging van de honoraria, meer specifiek voor de behandeling van chronische en zware aandoeningen. CM hoopt dat op die manier meer kinesitherapeuten zullen toetreden tot de conventie, wat bijdraagt tot een grotere tariefzekerheid voor de patiënt.

### Beleidswijzigingen

Het Dentomut-Akkoord 2017-2018, het nationaal akkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen dat onder andere de tarieven vastlegt, werd in 2019 via een wijzigingsclausule met een jaar verlengd. Inhoudelijk betekent dit dat de afspraken van de periode 2017-2018 tot eind 2019 werden verlengd. Globaal veranderde er in 2019, uitgezonderd de indexering van de honoraria, weinig op vlak van tandzorg wegens het gebrek aan bijkomend budget.

In juli 2019 studeerde de eerste lichte mondhygiënisten af. Eind 2019 was er nog geen akkoord over het financieringsmodel om dit nieuwe gezondheidszorgberoep te integreren in de tandheelkundige zorg.



Voor patiënten met kanker kan de eindrekening voor tandzorg hoog oplopen. Eind 2019 werd het koninklijk besluit gepubliceerd dat voorziet in de volledige terugbetaling vanaf 1 januari 2020 van implantaten of brugwerk voor drie doelgroepen patiënten. Op jaarbasis komen ongeveer 200 patiënten in aanmerking voor deze regeling.

### Studie mondzorgtraject

Een belangrijke maatregel van de afgelopen jaren was de invoering in 2016 van het mondzorgtraject voor patiënten vanaf 18 jaar. Sindsdien hangt het bedrag van het persoonlijk aandeel voor een reeks prestaties af van de terugbetaling van tandzorg die het jaar voordien is uitgevoerd. Het gaat om een negatieve incentive: als de patiënt niet bij de tandarts is geweest in het vorige kalenderjaar, dan krijgt hij het jaar daarop minder terugbetaald voor een aantal verstrekkingen voorzien in artikel 5 van de nomenclatuur (onder meer conserverende tandzorg, extracties, tandprothesen en orale implantaten).

Een CM-studie wees uit dat CM-leden meer en meer naar de tandarts gaan en dat het mondzorgtraject effect heeft gehad. De aankondiging van de maatregel leidde immers tot een, weliswaar beperkte, toename van het aantal tandartsbezoeken tussen 2014 en 2017 (4,5% meer bij niet-VT-gerechtigden en 4% meer bij VT-gerechtigden). Maar het mondzorgtraject heeft ook een niet te verwaarlozen negatieve financiële impact, vermits de personen die geen tandarts hebben geraadpleegd in het vorige jaar, meer moeten betalen in het volgende jaar. Dit kan voor sommigen een bijkomende drempel zijn. Alleen al voor de CM-leden heeft het mondzorgtraject tussen 2016 en 2017 voor een besparing van vijf miljoen euro gezorgd voor de ziekteverzekering.



#### Meer informatie:

- Gauthier Vandeleene en Louise Lambert. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld. In: CM-Informatie 276, juni 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Tandzorg\\_tcm92-60117.pdf](https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Tandzorg_tcm92-60117.pdf))



## f) Revalidatie-overeenkomsten

### [Revalidatieovereenkomst geheugenklinieken](#)

CM pleit voor een ruimer zorgaanbod en aangepaste tegemoetkomingen voor personen met jongdementie. De wijziging in de revalidatieovereenkomst met de geheugenklinieken in 2019 is alvast een eerste stap in de derde lijn die leidt tot een ruimer aanbod aan gespecialiseerde zorg. CM blijft er verder voor ijveren om ook in de tweede en eerste lijn tot een ruimer zorgaanbod te komen.

Door de wijzigingsclausule bij de revalidatieovereenkomst geheugenklinieken worden voor jongdementen, dit zijn personen die op de datum van de eerste zitting jonger zijn dan 65 jaar, sinds 1 januari 2019 35 zittingen vergoed. Voor andere patiënten blijft het maximum op 25 zittingen. Voor alle patiënten kunnen de zittingen voortaan gespreid worden over een behandelingsperiode van twee jaar. Voordien was dit één jaar. In het tweede jaar kunnen wel maximaal vijf zittingen vergoed worden. Voor patiënten die in 2019 startten met de behandeling in een geheugenkliniek, kan de adviserend arts in één keer een eenmalige periode van tenlasteneming van twee jaar toekennen. Ook wie in 2017 of 2018 met een behandelingsprogramma van een geheugenkliniek startte, komt in aanmerking voor beide aanpassingen.

### [Nieuwe overeenkomst inzake de diagnostische follow-up van prematuur geboren kinderen vanaf 1 januari 2019](#)

Deze conventie werd aangepast omdat men een absolute garantie op kwalitatieve zorg wil hebben. In principe moesten de gespecialiseerde equipages zich verplaatsen naar de verschillende sites waar dit zorgaanbod bestaat. Maar in de praktijk was het soms maar één persoon van de gespecialiseerde equipe die zich verplaatste. CM steunde deze wijziging omdat ze ook voor haar leden kwaliteitsgaranties wil.

## 4. Geneesmiddelen

CM heeft altijd veel belang gehecht aan de toegankelijkheid van de zorg. De geneesmiddelen komen hierbij regelmatig in het vizier gezien het financieel gewicht dat ze kunnen hebben binnen de uitgaven van patiënten. CM steunt elk jaar maatregelen die een prijsdaling van bestaande geneesmiddelen beogen en die streven naar de invoering van nieuwe, goedkopere geneesmiddelen die een even positieve invloed hebben op de gezondheid. Hierna volgen enkele voorbeelden van de in 2019 genomen maatregelen en initiatieven.



## a) Beleidsmaatregelen

### [Geldigheidsduur, model van het voorschrift en verplichting tot elektronisch voorschrijven](#)

Sinds 1 november 2019 zijn de aflevertermijnen voor een geneesmiddel dat in de ambulante zorg wordt voorgeschreven gealigneerd en vereenvoudigd. Een voorschrift is nu standaard drie maanden geldig vanaf de datum waarop het is opgesteld. Indien nodig kan de voorschrijver steeds de geldigheidsduur verkorten of verlengen, met een maximale geldigheidsduur van één jaar. Zo kwam een nieuw model van voorschrift tot stand voor alle voorschriften.

Bovendien werd in 2019 beslist dat, behoudens uitzonderingen, elk geneesmiddel voortaan elektronisch dient te worden voorgeschreven (vanaf 1 februari 2020). Die verplichting geldt voor voorschriften van een arts, tandarts of vroedvrouw bij ambulante zorg voor geneesmiddelen die op merknaam, stofnaam of als magistrale bereiding zijn voorgeschreven, ongeacht of ze wel of niet worden terugbetaald.



#### Meer informatie:

- <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/geneesmiddel-voorschrijven/Paginas/geneesmiddelen-elektronisch-voorschrijven.aspx>

#### [“Goedkope” en “goedkoopste” geneesmiddelen: aanpassing van de definitie](#)

Door de aanpassing van de definities ‘goedkope’ en ‘goedkoopste’ geneesmiddelen sinds 1 april 2019, zijn bijkomende prijsdalingen te verwachten van vergoedbare geneesmiddelen.

#### [Daling tot 85% voor de facturatie van bepaalde geneesmiddelen in het ziekenhuis](#)

Nog sinds 1 april 2019 daalt voor de ziekenhuizen het facturatiepercentage voor een aantal specialiteiten van 90% naar 85%. Dit resulteert in besparingen voor de ziekteverzekering, terwijl de patiënt volledig beschermd wordt aangezien het verschil tussen de toegepaste prijs en het factureringsniveau ten laste is van het ziekenhuis.

#### [“Goedkoop” voorschrijven in het ziekenhuis](#)

Ten slotte is het principe ‘goedkoop voorschrijven’ sinds 1 april 2019 ook van toepassing op voorschriften gemaakt in het ziekenhuis, waarvoor de geneesmiddelen door de ziekenhuisapotheek afgeleverd worden aan niet-gehospitaliseerde patiënten. Op deze wijze wil men de voorschrijvers aanmoedigen om voor hun patiënten de minst dure geneesmiddelen voor te schrijven, wat de ziekteverzekering besparingen oplevert om middelen opnieuw te investeren, voornamelijk in het domein van de innovaties.



#### Meer informatie:

- <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/farmaceutische-industrie/Paginas/terugbetaling-geneesmiddelen-01042019.aspx>

## b) CM-studies

### [Antibioticaverbruik](#)

In België worden meer antibiotica verbruikt dan het Europese gemiddelde. Overconsumptie van antibiotica maakt bacteriën resistent waardoor sommige ziekten niet meer behandeld kunnen worden. De minister van Volksgezondheid besliste om antibiotica duurder te maken voor de patiënt door het remgeld op te trekken. De bedoeling is het onterecht voorschrijven van antibiotica en de overconsumptie ervan te beperken.

CM ging na of deze politieke maatregel doeltreffend was, door het verbruik van antibiotica bij haar leden en hun uitgaven hiervoor te vergelijken in het jaar vóór de maatregel werd ingevoerd en het jaar nadien. De resultaten van de studie tonen dat de prijsverhoging voor de patiënt het antibioticaverbruik niet heeft doen dalen. De maatregel levert wel een besparing op voor de verplichte ziekteverzekering door de factuur op de patiënten af te wentelen, vooral dan op de meest kwetsbaren met verhoogde tegemoetkoming. Een prijsverhoging is niet de juiste aanpak.

De overconsumptie van antibiotica dient met andere, structurele maatregelen te worden aangepakt. Meer sensibilisering van artsen en patiënten is nodig en nuttig, maar volstaat niet. Belangrijk is om goed de oorzaken van de overconsumptie van antibiotica te begrijpen en dan effectieve oplossingen voor te stellen. CM verwijst hieromtrent naar het recente KCE-rapport “*Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België*” met de oorzaken van het probleem en 21 aanbevelingen.



#### Meer informatie:

- Dr. Kris Van haecht, et. al. Duurdere antibiotica: geen effect op overconsumptie. In: CM Informatie 277, september 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-geneesmiddelen-antibiotica\\_tcm92-62158.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-geneesmiddelen-antibiotica_tcm92-62158.pdf))
- Duurdere antibiotica geen effect op overconsumptie (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/duurdere-antibiotica-geen-effect-op-overconsumptie>)
- Voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België , KCE (<https://kce.fgov.be/nl/voorstellen-voor-een-effectiever-antibioticabeleid-in-belgi%C3%AB>)

### Gebruik van geneesmiddelen tegen Alzheimer

De ziekte van Alzheimer is een veel voorkomende vorm van dementie. De geneesmiddelen tegen de ziekte die in België worden terugbetaald (cholinesterase- en memantine-inhibitoren) hebben enerzijds een matig positief effect, maar anderzijds veel ongewenste nevenwerkingen. In Frankrijk worden die geneesmiddelen sinds augustus 2018 trouwens niet meer terugbetaald wegens het onevenwicht tussen de voor- en nadelen. CM besliste in die context om bij haar leden met dementie de evolutie tussen 2010 en 2018 in het gebruik van deze geneesmiddelen te onderzoeken.

In 2018 nam 17% van de CM-leden met dementie geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer. 84% van alle gebruikers was ouder dan 75 jaar. Over de hele periode werd een behandeling met geneesmiddelen vaker gevraagd voor mannen dan voor vrouwen. De geneesmiddelen werden ook meer gebruikt door leden zonder verhoogde tegemoetkoming dan door leden met die tegemoetkoming. Een grote helft van de gebruikers volgde de behandeling onafgebroken gedurende drie jaar, terwijl een kleine helft de behandeling binnen de drie jaar na het begin ervan stopte.

De belangrijkste conclusie van deze studie is dat Belgische artsen steeds minder aanvragen voor geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer indienen. De efficiëntie ervan wordt duidelijk steeds meer in vraag gesteld. Bovendien hebben deze geneesmiddelen ook een niet te verwaarlozen kostprijs. De financiële middelen die nu aan de terugbetaling ervan worden besteed, zouden nuttiger aangewend kunnen worden, meer bepaald voor een betere begeleiding en sociale en materiële omkadering van dementerende personen.



#### Meer informatie:

- Dr. Kris Van haecht, Dr. Michiel Callens, Rose-Marie Ntahonganyira en Michèle Morel. Trends in het gebruik van anti-Alzheimermiddelen. In: CM Informatie 277, september 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-geneesmiddelen-alzheimer\\_tcm92-62156.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-geneesmiddelen-alzheimer_tcm92-62156.pdf))
- Alzheimer: beter investeren in begeleiding dan in weinig effectieve pillen (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/alzheimer-beter-investeren-in-begeleiding-dan-in-weinig-effectieve-pillen>)

## 5. Eerstelijnszorg

### a) Wijkgezondheidscentra

In 2019 verdedigde CM het model van de wijkgezondheidscentra en ijverde het voor een billijker en transparanter beheer van de sector. Eind 2018 leverde CM een grote bijdrage toen een ontwerp van koninklijk besluit werd opgesteld voor een optimalere verdeling van de financiering tussen de verschillende forfaitaire centra, meer transparantie via de publicatie van een verplicht jaarlijks activiteiten- en financieel verslag en een beperking van de erkenning in de tijd. Dit koninklijk besluit is budgettair neutraal, maar het volgde een kronkelend pad en dit houdt aan: het RIZIV bevroor begin 2019 het sociaal overleg gedurende meerdere maanden (ondanks het einde van het moratorium), er was geen terugkoppeling door het kabinet, er was de blokkering door de hoge inspecteur voor Financiën, ... Tot op vandaag zit dit koninklijk besluit nog steeds geblokkeerd bij de minister van Begroting. De ziekenfondsen blijven dit koninklijk besluit steunen en betreuren dat deze toch wel eenvoudige maatregelen niet snel genomen kunnen worden. In afwachting van het einde van de lopende zaken, werkt de commissie Forfait van het RIZIV sinds augustus 2019 intensief aan meerdere dossiers: de implementatie van het koninklijk besluit, een herziening van de criteria voor het bekomen van het forfait, meer bepaald de toevoeging van incentives voor een multidisciplinaire aanpak en richtlijnen voor het vermijden van belangenconflicten, de digitalisering van de sector (gepland voor juni 2020), ... CM speelt een actieve rol in deze commissie en de werkgroepen ervan.

### b) Globaal medisch dossier (GMD)

In het kader van de uitvoering van het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2018–2019, werkte de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) een voorstel uit om de verlenging van het GMD los te koppelen van een verplicht jaarlijks contact met de huisarts. Naast de verlenging zonder contact beoogt het voorstel ook de betaling voor het GMD transparanter te maken en de papieren facturatie te laten verdwijnen vanaf 1 januari 2021 (zie ook onder punt 3 a)).

CM wou deze administratieve vereenvoudiging doen vooruit gaan met toch ook aandacht voor de noodzaak van een goede band tussen de arts die het GMD beheert en zijn patiënt.

## 6. Ziekenhuizen

### a) Gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten

Sinds 1 januari 2019 wordt voor 57 patiëntengroepen het bedrag van de honoraria dat door de ziekteverzekering wordt vergoed een vast bedrag, onafhankelijk van de individuele medische prestaties. Deze nieuwe ziekenhuisfinanciering geldt voor verblijven met standaardiseerbare en weinig complexe zorg. Deze “globale prospectieve bedragen” verschillen naargelang de reden van opname en de aard van de behandeling (vb. plaatsen van een heupprothese, bevalling, ...), maar zijn per medische interventie identiek in elk ziekenhuis.

CM steunt de evolutie richting meer forfaitaire financiering waar dit aangewezen is en blijft hierbij nauwgezet de evolutie van de patiëntenfactuur opvolgen, inclusief de evolutie van de supplementen.



#### Meer informatie:

- <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/financiering/Paginas/basis-principes-nieuwe-systeem.aspx>

## b) Ziekenhuisnetwerken

In de context van de hervorming van het ziekenhuislandschap werd op 14 februari 2019 het juridisch kader voor het oprichten van de klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken goedgekeurd en was sindsdien de datum voor de erkenning van deze nieuwe organisatievorm van het ziekenhuislandschap vastgelegd op 1 januari 2020. Het is de federale overheid die de deelname aan netwerken verplicht. De deelstaten zijn verantwoordelijk voor de erkenning (en kunnen dus extra erkenningsnormen opleggen). Vlaanderen krijgt 13 netwerken, Wallonië 8 en Brussel 4.

In de loop van de komende jaren zijn belangrijke verschuivingen te verwachten van zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen binnen eenzelfde netwerk. De juridische omschrijving van de klinische locoregionale ziekenhuisnetwerken richt zich immers op de organisatie van de medische strategie binnen geografische zones en legt de focus op de rationalisatie van het zorgaanbod binnen deze nieuwe netwerken, met nog meer oog voor zorgkwaliteit.

De ziekenhuizen zetten de nodige stappen om de aanvraag tot erkenning van de netwerken voor te bereiden, met prioritaire aandacht voor het vormen van een juridische entiteit, ondersteund door de nodige statuten, die de governance en werking van de nieuwe entiteiten kan ondersteunen. Het overleg binnen de netwerken over de medische-strategische aanpak zal in heel wat netwerken wellicht pas starten eens de juridische structuren gebouwd zijn en de noodzakelijke erkenningen verleend zijn door de regionale overheden. In die zin moet het echte werk nog beginnen.

CM vindt het project waarbij ziekenhuizen evolueren van individuele organisaties naar partners binnen een netwerk en waarbij ook afspraken gemaakt worden met zorgaanbieders buiten de ziekenhuismuren (vb. huisartsen, (thuis) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ...) positief. CM ziet ziekenhuisnetwerken niet als een doel, maar als een middel om kwalitatievere en efficiëntere zorg aan te bieden: lokaal waar mogelijk, centraal waar het moet. Ze volgt de evoluties in deze context actief en van nabij op.

## c) Centralisatie complexe kankerchirurgie

Onderzoek toont dat de outcome van patiënten bij wie bepaalde complexe en/of zeldzame ingrepen worden uitgevoerd aanzienlijk beter is wanneer deze ingrepen worden uitgevoerd in gespecialiseerde centra met bewezen ervaring en expertise. Dit is onder meer het geval bij complexe kankerchirurgie.

Op 1 juli 2019 besliste het Verzekeringscomité dat complexe slokdarm- en pancreaschirurgie enkel nog terugbetaald zou worden wanneer de ingreep uitgevoerd is in een ziekenhuis waarmee een overeenkomst is afgesloten. Enkel gespecialiseerde centra kunnen deze ingreep dus nog uitvoeren. De uitvoering van de goedgekeurde overeenkomsten wordt periodiek geëvalueerd, gebruik makend van specifieke indicatoren.

Ook voor andere complexe en/of zeldzame ingrepen (vb. hoofd- en halskanker) zijn er onderzoeken die een gelijkaardige concentratie bepleiten richting centra met bewezen ervaring en expertise.

CM onderschrijft het algemene principe "lokaal waar mogelijk, centraal waar het moet". Jarenlang heeft het mee geijverd voor het centraliseren van complexe zorg waarvan is aangetoond dat minder versnippering duidelijk een positief effect heeft op de zorgkwaliteit en/of outcome.



### Meer informatie:

- <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/zorg/Paginas/slokdarmchirurgie-terugbetaling.aspx>

## d) Ziekenhuisbarometer

Vanuit haar rol als medebeheerder van de ziekteverzekering, stakeholder van het gezondheidsbeleid en patiëntenvereniging publiceerde CM in december 2019 de vijftiende ziekenhuisbarometer. De ziekenhuisbarometer is één van de middelen waarmee CM haar leden wil begeleiden door het complexe zorglandschap richting betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg. Evenzeer bevat de barometer signalen naar de ziekenhuiswereld en de overheden en beschrijft CM er haar visie op het ziekenhuis van de toekomst.



Naast de traditionele topics in deze jaarlijkse studie (evolutie ereloon- en kamersupplementen bij ziekenhuisopname, kamertype-gerelateerd verschil in kostprijs ten laste van de patiënt, evolutie en variatie in totale kost ten laste van de patiënt bij ziekenhuisopname, ...) omvatte deze editie ook een aantal nieuwigheden. Zo werden onder andere voor het eerst de omvang, de aard en de evolutie van niet-vergoedbare betalingen gefactureerd door ziekenhuizen bestudeerd en werd ook het ambulante activiteitsgedeelte van ziekenhuizen geëxploreerd.

In haar ziekenhuisbarometer bepleit CM onder meer een wettelijk verbod op ereloon-supplementen bij gehospitaliseerde patiënten (met een alternatieve financiering voor ziekenhuizen en zorgverleners ter vervanging van de ereloon-supplementenmassa), eenpersoonskamers als standaard bij klassieke ziekenhuisopname (mits de ereloon-supplementen zijn weggewerkt), transparant gereguleerde supplementaire kosten (kamersupplementen, niet-vergoedbare honoraria, kamercomfort, ...), transparantie voor de burger over prijs en kwaliteit, ...



### Meer informatie:

- Ziekenhuisbarometer: zelfde ingreep, zelfde kamertype, totaal andere kostprijs. (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/ziekenhuisbarometer>)
- Samenvatting van de studie: Dolphens M, Wantier M, Rousseau B, Landtmeters B. CM Ziekenhuisbarometer 2019. In: CM Informatie 279, maart 2020 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Ziekenhuisbarometer\\_tcm92-65706.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Ziekenhuisbarometer_tcm92-65706.pdf))
- Het volledig rapport is te raadplegen via [https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport\\_tcm47-63116.pdf](https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-volledig-rapport_tcm47-63116.pdf)

## e) Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen

Op 12 december 2019 werd een overeenkomst gesloten tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2020, geldt tot 31 december 2020 en wordt niet stilzwijgend verlengd. In deze vernieuwde overeenkomst wordt nogmaals benadrukt dat de patiënt bij opname en in het kader van de opnameverklaring de keuze moet hebben om producten en diensten te weigeren.

Daarnaast werd eveneens de herziening van de daghospitalisatie opgenomen met een aantal prioritaire verstrekkingen die in de loop van 2020 verder dienen onderzocht te worden wat betreft hun behoud in daghospitalisatie.

## f) Daghospitalisatie

Op 12 september 2019 werd een visienota over de hervorming van de daghospitalisatie goedgekeurd door de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen en de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Op 18 november 2019 werd deze nota goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het RIZIV.

De nota over (de herziening van) de werking, organisatie en financiering van daghospitalisatie moet worden beschouwd als een conceptnota die de problematiek van daghospitalisatie vanuit verschillende invalshoeken benadert. Deze invalshoeken zullen verder uitgewerkt worden in diverse werkgroepen (werkgroep financieringssysteem dagziekenhuis, werkgroep experten panel artsen, werkgroep aanpassing nomenclatuur, werkgroep registraties Minimale Ziekenhuis Gegevens, werkgroep versoepeling opnameverklaring, werkgroep benchmarking en profiel) waar ook CM actief aan participeert.

## g) Audit ziekenhuizen

In het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020' is bij de structurele maatregelen opgenomen dat een dienst Audit ziekenhuizen wordt opgericht in een co-governance structuur FOD Volksgezondheid, FAGG en RIZIV. De beoogde financiële impact van deze dienst Audit bestaat in het bijdragen tot een verhoging van het optimaal gebruik van de beschikbare middelen.

CM kan de mogelijke efficiëntiewinsten die hierdoor kunnen ontstaan enkel aanmoedigen zonder de kwaliteit van de zorg uit het oog te verliezen.

## 7. Handhavingsbeleid

### a) 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020'

In 2019 werd het 'Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020' mee opgevolgd door CM en de andere ziekenfondsen. Dit ambitieuze plan werd op poten gezet in de anti-fraudecommissie bij het RIZIV waar CM een vaste vertegenwoordiging heeft. Dit plan bevat verschillende punten, zoals het meldpunt fraude, het gebruik van diagnostische gegevens door de ziekenfondsen en een efficiënte exploitatie van de beschikbare gegevens, die door CM met bijzondere aandacht werden opgevolgd.



#### Meer informatie:

- <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/actieplan-handhaving-gezondheidszorg-2018-2020.aspx>

### b) NIC commissie data mining en controle

De intermutualistische commissie data mining en controle heeft in het kader van het handhavingsbeleid onder meer de opdracht een uniforme manier van werken tussen de ziekenfondsen te bewerkstelligen, signalen uit te wisselen en op te volgen, de samenwerking met het RIZIV/DGEC te stroomlijnen en uit te tekenen en zelf initiatieven te nemen om fraude of ondoelmatige zorg te capteren. Een aantal van deze initiatieven zijn trouwens opgenomen in het 'Actieplan handhaving

in de gezondheidszorg 2018-2020' en werden in 2019 verder opgevolgd. CM is zeer actief in deze commissie en trok mee aan de kar om resultaten te boeken. Voorbeelden van projecten die werden opgevolgd zijn het aanrekenen van bezoeken door huisartsen in woonzorgcentra, het opsporen van overconsumptie bij longfunctieproeven en het uittekenen van een samenwerkingsprotocol met de DGEC.

### c) Meldpunt fraude gezondheidszorgen

Sinds 2018 is het meldpunt fraude gezondheidszorgen actief bij CM en de andere ziekenfondsen. Er kwamen al verschillende meldingen binnen die gecentraliseerd werden op het niveau van de NIC commissie data mining en controle. In 2019 werden de meldpunten voor de eerste keer geëvalueerd. Het resultaat bevestigde de belangrijke eerstelijnsfunctie (onder andere het maken van een eerste inschatting en triage-functie) die de ziekenfondsen in het handhavingsbeleid spelen.



#### Meer informatie:

- <https://www.cm.be/wat-te-doen/meldpunt-fraude-gezondheidszorg>

## Thema 2 - Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

### 1. Beleidsmaatregelen

Binnen het domein vervangingsinkomen zijn in 2019 meerdere wijzigingen doorgevoerd.

Op 1 januari 2019 traden twee wetswijzigingen in voege. Enerzijds betaalt het ziekenfonds vanaf dat moment de uitkeringen wegens moederschapsrust aan zelfstandige moeders maandelijks uit en moet de eerste betaling gebeuren binnen dertig kalenderdagen na de eerste dag moederschapsrust. Voordien was het wettelijk mogelijk dat er tot dertig dagen na het opgenomen tijdvak van moederschapsrust werd gewacht om de uitbetaling van de volledige periode te doen en moesten zelfstandige moeders in sommige gevallen dus lang wachten op een eerste uitkering van het ziekenfonds. CM was absoluut voorstander van deze wijziging, aangezien dit een aanzienlijke verbetering betekent voor de financiële situatie van pas bevallen zelfstandige vrouwen.

Eveneens sinds 1 januari 2019 is ook het adoptieverlof versterkt en werd een nieuw sociaal risico, pleegouderverlof, gecreëerd bij langdurige pleegzorg (= wanneer al vanaf het begin duidelijk is dat de pleegzorg ten minste zes maanden zal duren). Beide verloven hebben een duur van zes weken, ongeacht de leeftijd van het kind dat wordt geadopteerd of in het pleeggezin wordt opgenomen. Bovendien wordt deze periode, gespreid over de komende jaren, verder verlengd. De maximale duur kan voor beide risico's worden verdubbeld indien het kind een zekere lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid heeft. Bij gelijktijdige adoptie of pleegzorg van meerdere kinderen heeft elke ouder recht op twee bijkomende weken. De nieuwe regelgeving is van toepassing voor de algemene regeling en de regeling zelfstandigen. Gezien dergelijke initiatieven aanzienlijk positief bijdragen aan de combinatie werk en gezin, heeft CM dit initiatief ondersteund. Ze reageerde wel op het feit dat, gezien dit een parlementair initiatief betrof wegens lopende zaken, er onvoldoende consultatie is geweest met de betrokken partijen, waardoor een aantal administratief ingewikkelde punten in de wetgeving zijn gesloten.



Sinds 1 april 2019 worden uniforme vragenlijsten gebruikt voor het inschatten van de restcapaciteiten van arbeidsongeschikte gerechtigden (= 'quick scan'). Na een studieperiode door de KULeuven, werden vragenlijsten opgesteld die door alle ziekenfondsen zullen worden verstuurd naar hetzelfde doelpubliek (werknemersregeling) en op hetzelfde tijdstip (op het moment dat iemand acht weken arbeidsongeschikt erkend is). Er werd een intermutualistisch platform gecreëerd waarop de vragenlijst digitaal wordt ingevuld. Er is geen verplichting om de vragenlijst in te vullen en dus ook geen sanctionering. De adviserend arts zal op basis van de antwoorden en een algoritme dat een risico-inschatting op langdurige ziekte geeft, over meer informatie beschikken om personen in arbeidsongeschiktheid te begeleiden en te re-integreren waar mogelijk. Gezien de aanzienlijke meerwaarde in kader van re-integratie, heeft CM intensief meegewerkt aan de invoering van deze vragenlijst.

Om langer werken te blijven stimuleren, werd het in 2019 ook mogelijk gemaakt om arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te krijgen indien je verder blijft werken na de pensioenleeftijd. Wie na zijn 65<sup>e</sup> het rustpensioen nog niet heeft aangevraagd, maar verder is blijven werken en ziek wordt, kan gedurende een periode van maximum zes maanden ziekte-uitkeringen krijgen voor een erkende arbeidsongeschiktheid. Voor loontrekkenden is dit mogelijk sinds 1 mei 2019, voor zelfstandigen sinds 1 juni 2019. CM staat positief tegenover deze beleidsmaatregel: wanneer iemand langer werkt dan de pensioenleeftijd, moet hij ook zijn recht op sociale uitkeringen voldoende kunnen behouden, en niet noodgedwongen voor pensioen kiezen.

Sinds 1 mei 2019 kunnen tien dagen geboorteverlof (voor vader of meemoeder), binnen de regeling zelfstandigen, worden opgenomen. De ziekenfondsen zijn niet bevoegd voor de uitbetaling van deze geboorte-uitkering; dit gebeurt door het sociaal verzekeringsfonds van de zelfstandige. Wie arbeidsongeschikt erkend is en geen deeltijdse activiteit met toestemming van de adviserend arts uitoefent, kan geen aanspraak maken op de geboorte-uitkering. Wie dit wel doet, mag deze toegelaten activiteit onderbreken om het geboorteverlof op te nemen. In dit geval zijn de cumulatierregels van toepassing op de uitkering. Principieel is CM uiteraard niet gekant tegen de toekenning van dit recht aan zelfstandigen, gezien de sociale meerwaarde. Wel is er intermutualistisch beslist te reageren tegen de uitbetaling door de sociale verzekeringsfondsen. Niet alleen is dit een van de kerntaken van de ziekenfondsen, bovendien geeft dit zeer veel verwarring bij de leden. De regering is hier niet op ingegaan.

Na een parlementair initiatief is, met ingang van 1 juli 2019, het sociaal statuut zelfstandigen verder verbeterd door de volledige afschaffing van de carenperiode voor ziektes die langer duren dan zeven dagen waardoor de zelfstandige gerechtigde dan vanaf de eerste dag ziekte recht heeft op uitkeringen. Bovendien kan het tijdvak van arbeidsongeschiktheid pas starten vanaf de dag van ondertekening van de ziekte-aangifte. Hoewel de bedoeling van deze wetswijziging zeker positief is, zijn hier – onder impuls van CM – acties ondernomen naar de wetgever toe. Met het invoegen van het principe 'datum van ondertekening' beoogde deze te vermijden dat een zelfstandige uitkeringen kan ontvangen voor een periode waarin hij nog niet door een arts was gezien. Men had echter niet stilgestaan bij het onderscheid tussen de periode van erkenning door de adviserend arts en de vergoedbare periode. Om ervoor te zorgen dat een zelfstandige zijn sociale rechten toegekend krijgt tijdens de erkenningsperiode vanaf de eerste ziektedag, het principe van medische overmacht te kunnen behouden, de betrokken artsen te erkennen in hun verantwoordelijkheid, en de administratieve zwaarte van deze wetswijziging te verbeteren, zijn er intermutualistische initiatieven en lobbywerk om deze wijziging deels ongedaan te maken. CM is van mening dat het wettelijk mogelijk moet zijn de erkenning te laten starten vanaf de geattesteerde begindatum, terwijl de vergoedbare periode pas start vanaf de datum van ondertekening. Hierover was in 2019 nog geen beslissing genomen.

Tot slot waren er aanpassingen in het kader van de gegevensuitwisseling met de werkgever. In verschillende stappen wordt het verplicht gemaakt dat deze communicatie elektronisch (via zogenaamde ZIMA's) verloopt. De eerste stap in deze omschakeling is de verplichting voor de werkgever sinds 1 juli 2019 om het inlichtingenblad werkgever via elektronische weg aan het ziekenfonds te bezorgen, met een overgangperiode tot 1 januari 2020 en ook een aantal uitzonderingen daarna. CM is hiervoor al heel lang vragende partij en vindt dit dan ook een gunstige evolutie. Niet alleen vermindert dit de doorlooptijden voor de berekening en de betaling van uitkeringen, het vermindert ook de administratieve werklust en levert meer correcte informatie op. In het voordeel van de leden zullen papieren inlichtingenbladen uiteraard wel nog verder worden aanvaard, maar wordt de werkgever wel herinnerd aan de verplichting tot elektronisch werken.

## 2. CM-studie borstkanker en arbeidsongeschiktheid

CM bestudeerde het traject van arbeidsongeschiktheid bij vrouwen met borstkanker en wilde meer bepaald evalueren hoeveel van hen ten gevolge van kanker arbeidsongeschikt werden, en hoeveel van hen binnen de twee jaar na de kankerdiagnose het werk hervatten. De focus lag vooral op de gedeeltelijke of volledige hervatting (van werk of werkloosheid). Voor de vrouwen die op de ene of andere manier opnieuw beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt, is getracht de factoren te identificeren die invloed hebben op deze werkhervatting.

De voornaamste bevindingen van dit onderzoek zijn zeker bemoedigend:

- Voor bijna één vrouw op vier betaalde CM geen arbeidsongeschiktheidsuitkering in de twee maanden volgend op de vaststellingsdatum van de kanker. Dit betekent niet dat deze vrouwen geen ziekteverlof hebben genomen, maar wel dat deze afwezigheid de periode van gewaarborgd loon niet heeft overschreden.
- De kans op werkhervatting is groot: twee derde van de vrouwen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering van CM hebben ontvangen, hebben het werk (of de werkloosheid) deels of volledig hervat binnen de twee jaar na de diagnose. Gemiddeld duurt de uitkering een jaar. 26% van de vrouwen was langer dan twee jaar arbeidsongeschikt, 2% van de getroffen vrouwen is overleden.
- Heel wat factoren hebben een invloed op een mogelijke hervatting van het werk: leeftijd, stadium van de ziekte, type behandeling (waarvan de keuze uiteraard eerst en vooral afhangt van de therapeutische doelstellingen). Maar ook het professionele statuut (het type werk dus) speelt een rol: vrouwelijke bedienden hebben betere kansen op werkhervatting dan arbeidsters of zelfstandigen.

De voornaamste bevinding van dit onderzoek is dat borstkanker voor de meeste vrouwen geen definitieve terugtrekking uit de arbeidsmarkt inhoudt. Een niet verwaarloosbaar deel slaagt er zelfs in om een beroepsactiviteit en een behandeling te combineren. En de meesten hervatten het werk binnen de twee jaar. Deze terugkeer kan onder begeleiding van de arbeidsgeneesheer worden voorbereid, bij voorkeur in overleg met de adviserend arts en de behandelend arts. Er bestaan talrijke manieren van werkhervatting, gaande van aangepast werk tot een opleiding voor een ander beroep of een deeltijdse hervatting van de beroepsactiviteit.



### Meer informatie:

- Merendeel vrouwen met borstkanker keert terug naar werkvloer (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/merendeel-vrouwen-met-borstkanker-keert-terug-naar-werkvloer>)
- Hervé Avalosse, Giulia Camilotti, Michiel Callens, Etienne Laurent. Borstkanker en arbeidsongeschiktheid. In: CM Informatie 276, juni 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Arbeidsongeschiktheid\\_tcm92-60113.pdf](https://www.cm.be/media/CM-INFO-NL-276-Arbeidsongeschiktheid_tcm92-60113.pdf)).

## Thema 3 - Staatshervorming

Het akkoord rond de zesde staatshervorming ligt al enige tijd achter ons, maar toch is de uitwerking ervan in de praktijk nog volop aan de gang. Ook in 2019 zette CM mee haar schouders onder het realiseren van dit project voor gezondheidszorggerelateerde aangelegenheden. Op 1 januari 2019 werd de rol van het RIZIV overgenomen door de agentschappen van de regionale overheden op verschillende bevoegdheidsdomeinen (financiering woonzorgcentra, mobiliteitshulpmiddelen, langdurige revalidatie, ...). Binnen CM werd eenzelfde beweging gemaakt en werden de taken van de ziekenfondsen binnen deze domeinen overgenomen door de CM-Zorgkas en de Regionale Maatschappijen van Onderlinge Bijstand (RMOB's - Sociétés Mutualistes Régionales — SMR).

### 1. Vlaanderen

#### a) Uitbreiding Vlaamse sociale bescherming

Wie zorgkas zegt, zegt Vlaamse sociale bescherming (VSB). De zorgkassen werden aan Vlaamse kant reeds sinds het eerste VSB-decreet aangeduid als uitvoerder en uniek loket van de VSB. Tot 1 januari 2019 omvatte de VSB de zorgbudgetten, sinds 1 januari 2019 vallen hier nu ook de financiering van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging en van de mobiliteitshulpmiddelen onder.



Op administratief vlak betekende dit voor CM-Zorgkas het verwelkomen van een nieuw team dossierbeheerders en een teamverantwoordelijke op de site in Gent. Het team werd opgeleid om te werken in de nieuwe digitale omgeving die in samenwerking met het Vlaams Agentschap werd ontwikkeld. Elk van de zes zorgkassen verwerkt de aanvragen nu binnen eenzelfde circuit dat gekoppeld is aan een gemeenschappelijk digitaal platform binnen de Vlaamse overheid.

Ook op vlak van de medische controles veranderde er heel wat. De organisatie van de medische akkoorden voor de mobiliteitshulpmiddelen en de controles van de KATZ-schalen binnen de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf werden in Vlaanderen toevertrouwd aan de zorgkassencommissie. Deze zorgkassencommissie werkt interzorgkasselijk. Via interne samenwerking tussen CM-Zorgkas en het medisch departement nemen paramedici van CM hun rol binnen de zorgkassencommissie op samen met de paramedici van de andere zorgkassen. Een arts-coördinator werd aangesteld om de rol van arts binnen de controles waar te nemen en de paramedici met medisch-inhoudelijk advies bij te staan.

#### b) Overname andere domeinen

Niet alle bevoegdheden die sinds 1 januari 2019 beheerd worden vanuit de regio's werden reeds ingekanteld in de VSB. Verschillende domeinen werden grotendeels 'as-is' overgenomen en blijven voorlopig gekoppeld aan de federale verzekerbaarheidsprincipes middels het zogenaamde Overnamedecreet en bijhorend besluit. Het gaat onder meer over de financiering van de "langdurige" revalidatie ('Vlaamse revalidatie'), de geestelijke gezondheidszorg (onder meer psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschermt wonen) en de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE). Hierin neemt Vlaanderen de rol over van het RIZIV, maar blijven de ziekenfondsen voorlopig verantwoordelijk als uitvoerder.

## c) Rol Agentschappen

De bevoegdheden binnen de VSB worden beheerd en aangestuurd vanuit het Agentschap VSB. Sinds 1 januari 2019 behoren ook de financiering en het beleid rond de woonzorgcentra en mobiliteitshulpmiddelen tot de domeinen van het Agentschap VSB. Binnen het Agentschap werden nieuwe overlegorganen opgericht en bestaande uitgebreid (Zorgkassen-overleg, Adviescommissies, Expertencommissie, ...). CM-Zorgkas is in elk van deze organen vertegenwoordigd en werkt nauw met het Agentschap samen om tot de juiste beleidskeuzes te komen binnen deze domeinen.

De overige bevoegdheden, onder meer opgenomen in het Overnamedecreet, worden beheerd vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Het VAZG werkt nauw samen met de federale verzekeringsinstellingen die de uitvoering van de betrokken domeinen op zich nemen. Ook hier werden de nodige overlegplatformen opgericht waarin CM haar rol opneemt en vertegenwoordigd is (Stuurgroep VAZG, Financiële werkgroep, Vlaamse informaticacommissie, adviescommissies,...) en bestaan goede contacten die een vlotte samenwerking mogelijk maken.



### Meer informatie:

- <https://www.cm.be/zorgkas>
- <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/>

## 2. Waals Gewest

Net zoals Vlaanderen, werd ook het Waals Gewest in 2019 volledig bevoegd voor het beheer en de betaling van de overgedragen prestaties. 2019 was het eerste volledige werkjaar van de nieuwe bevoegde entiteiten op gewestniveau: Agence pour une vie de qualité (AVIQ) en de Regionale Maatschappijen van Onderling Bijstand (RMOB's - Sociétés Mutualistes Régionales – SMR).



In 2019 liep de (terug)betaling van de overgedragen verstrekkingen voor het eerst niet meer via de circuits van de landsbonden en het RIZIV, maar via die van de RMOB's (opgericht binnen de landsbonden voor het beheer van de overgedragen bevoegdheden) en van het AVIQ. CM wou zeker zijn dat de zorgverleners werden terugbetaald en vooral dat de rechten van de patiënten werden nagekomen. Deze operatie is algemeen goed verlopen en de enkele vertragingen bij de betaling werden snel weggewerkt dankzij uitwisseling tussen zorgverleners en RMOB's.

## a) Werkzaamheden in de AVIQ-organen

Vandaag zetelen de vertegenwoordigers van de RMOB's dus in de verschillende instanties van het AVIQ en onderhandelen zij in de paritaire commissies met de vertegenwoordigers van de zorgverleners over de voormalige RIZIV- bevoegdheden.

In het Waals Gewest konden deze paritaire commissies voor het eerst voorstellen doen voor de opmaak van de AVIQ-begroting 2020. Zo kreeg de commissie geestelijke gezondheid de kans om een herziening van het forfait voor de psychiatrische verzorgingstehuizen te vragen. De commissie voor opvang en huisvesting werkte aan de herkwalificatie van alle 1.130 plaatsen die in 2019 konden geopend worden in RVT-plaatsen om aan de noden van de sector te voldoen. De technische commissie inzake zelfstandigheid en zware zorgbehoefendheid werkte de lijst van terugbetaalde producten bij.

In 2019 werd ook een nieuw financieringsmechanisme voor de ziekenhuisinfrastructuur in het Waals Gewest ingesteld. Sinds 1 juli worden deze structuren niet langer gefinancierd via gewestelijke subsidies die rechtstreeks naar de

ziekenhuizen gaan, maar via een aanvulling op de ligdagprijs die de ziekenhuizen aan de Waalse verzekeringsinstellingen factureren.

Ten slotte werd in 2019 in de AVIQ een 8<sup>e</sup> overeenkomstencommissie opgericht voor het beheer van de overgedragen revalidatie-overeenkomsten. Deze overeenkomstencommissie heeft een enigszins bijzondere samenstelling want ze is niet strikt paritair samengesteld (Waalse verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van de voorzieningen), maar omvat ook leden die de regering aanstelde omwille van hun deskundigheid in het domein. CM is blij met de oprichting van deze commissie want sommige overeenkomsten wachten al jaren op een wijziging.

## b) Overname Tegemoetkoming voor hulp aan Bejaarden door het Waals Gewest (THAB)

Naast het werk in de AVIQ- instanties rond de THAB, werd 2019 ook een scharnierjaar voor de overname van deze tegemoetkoming door de Waalse verzekeringsinstellingen. Vandaag betaalt de Directie-generaal Personen met een handicap van de FOD Sociale zekerheid die tegemoetkoming nog. De toekenning ervan moest oorspronkelijk overgaan naar aanleiding van de invoering van de zelfredzaamheidsverzekering in het Waals Gewest. Als de regering over dit project geen overeenstemming bereikt, blijft deze overgedragen tegemoetkoming bij de Waalse verzekeringsinstellingen tot 1 januari 2021 evenals de ontwikkeling van een gemeenschappelijk informaticaplatform van de Waalse verzekeringsinstellingen voor het beheer van deze tegemoetkoming krachtens een akkoord met het Waals Gewest.



### Meer informatie:

- <https://www.aviq.be/>

## 3. Brussel

### a) Werkzaamheden in de Iriscare-organen



2019 was ook het jaar waarin het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor het eerst volledig verantwoordelijk werd voor het beheer en de betaling van de overgedragen verstrekkingen. Iriscare en de RMOB's zijn daarin bevoegd voor de terugbetaling van de overgedragen verstrekkingen. Ook in Brussel vereiste het beheer van de overgedragen materies en de terugbetaling van de verstrekkingen door de verzekeringsinstellingen en hun RMOB's een reeks aanpassingen. Een efficiënte samenwerking met de diensten van Iriscare en de zorgverstrekkers diende te worden gevonden.

CM werkte aan twee assen. De eerste as betreft de adviserend artsen in Brussel. Meerdere maanden onderhandeling tussen de administratie van Iriscare en de VI (en hun RMOB's) leidde uiteindelijk tot een nota over het profiel en de opdrachten van de toekomstige adviserend artsen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De tweede as betreft de elektronische facturatie. Omwille van de veiligheid, administratieve vereenvoudiging en efficiëntie zullen alle facturen tussen bepaalde zorgverleners en de verzekeringsinstellingen weldra elektronisch via MyCarenet moeten lopen. Hiertoe zullen alle partners moeten zorgen voor de nodige of aangepaste software. De psychiatrische verzorgingstehuizen zijn de eerste sector die elektronisch gaat factureren op 1 januari 2021. Hiervoor is een werkgroep opgericht. De datum nadert heel snel en het is niet zeker dat het systeem echt zal werken in 2021. Zorgverleners en VI zullen bovendien voldoende financiële, menselijke en logistieke middelen moeten inzetten om deze nieuwe gegevensstromen in te stellen en daarna het nodige onderhoud hiervoor te doen.

2019 is het jaar van nieuwigheden en vernieuwing zoals reeds eerder werd uitgelegd. Ook begonnen de eerste technische commissies bij Iriscare te werken:

- de technische commissie voor opvang en hulp bij zorgafhankelijkheid besprak de materies in verband met ouderen en zorgbehoefendheid zoals de woonzorgcentra, thuishulp of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB);
- de technische commissie inzake preventie en eerste lijn werkt aan de materies in verband met geïntegreerde thuiszorg, palliatieve zorg (uitgezonderd het platform voor palliatieve zorg), de multidisciplinaire lokale netwerken; verslavingsproblematiek (waaronder tabaksontwenning) en alle preventiemaatregelen waaronder inenting;
- de technische commissie geestelijke gezondheid werkt rond de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven voor beschut wonen en de ambulante sector geestelijke gezondheidszorg;
- de technische commissie personen met een handicap beheert de mobiliteitshulpmiddelen en het beleid inzake handicap dat met gezondheid te maken heeft.

Deze verschillende commissies werkten in de eerste plaats aan hun samenstelling en een snelle ondertekening van de overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen, hun RMOB's en de zorgverleners. De bedoeling was de voorzetting van de rechten van de leden te verzekeren. Vervolgens werkten de technische commissies aan de omzendbrieven om aan de zorgverleners, maar ook aan de verzekeringsinstellingen en hun RMOB's facturatie-instructies voor de verschillende betrokken sectoren te kunnen geven.

Ten slotte hebben de verzekeringsinstellingen, de zorgverleners en de administratie van Iriscare samen de raadgevende functie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de materies die Iriscare beheert, opgebouwd. Daardoor konden de vergaderingen van bepaalde technische commissies worden opengesteld voor de gebruikers die voordien in bepaalde adviesraden zaten. Deze 'uitgebreide of aangepaste technische commissies behandelen vooral dossiers met een individuele reikwijdte.



#### Meer informatie:

- <http://www.iriscare.brussels/nl/>

## 4. Duitstalige Gemeenschap

Sinds 1 januari 2019 oefent ook de Duitstalige Gemeenschap volledig haar bevoegdheden inzake gezondheid sinds de 6<sup>de</sup> staatshervorming uit. De verzekeringsinstellingen zijn dus officieel ontheven van hun opdracht zowel operationeel als inzake medebeheer voor deze materies. Het beheer hiervan werd opgesplitst tussen de administratie (ministerie van de Duitstalige Gemeenschap) en de Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL).



De verzekeringsinstellingen blijven wel enigszins betrokken bij het operationele aspect. Het beheer van het gezondheidssysteem is immers gespreid over meerdere bevoegdheidsniveaus. Daardoor is een boekhoudkundige verwerking en monitoring van gegevens en facturiestromen nodig om patiënten die in Duitstalige voorzieningen verzorgd worden, verder toegang te geven tot een reeks rechten waarvoor het federale niveau bevoegd is. Voor de sector van de woonzorgcentra dient een administratieve procedure (papieren procedure) te worden ingesteld om de gegevensstromen tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de Duitstalige Gemeenschap in stand te houden.

Aangezien in de Duitstalige Gemeenschap slechts één revalidatieovereenkomst bestaat en de Duitstalige burgers eerder naar structuren in Duitsland gaan, kreeg het revalidatiedossier onmiddellijk een grensoverschrijdende dimensie. 2019 was een overgangperiode waarin de verzekeringsinstellingen als tussenpersoon voor hun leden bleven optreden. Vanaf 1 januari 2020 zullen een nieuw circuit en nieuwe procedures op basis van het onderscheid tussen revalidatie op korte

en lange termijn worden ingesteld. Voor kortdurende revalidatie is de federale verplichte verzekering bevoegd en voor langdurige revalidatie is de Duitstalige Gemeenschap bevoegd. De administratie beheert met deze nieuwe bevoegdheid wel effectief het financieel proces en de toegangsprocedures, maar toch moet worden onderstreept dat de ziekenfondsen hun rol inzake advies, eerstelijnszorg, begeleiding en oriëntering blijven opnemen.

CM bewaakt in ieder geval verder de belangen van haar leden die tot de Duitstalige Gemeenschap behoren, in hun contacten met het gezondheidssysteem dat wordt gekenmerkt door uitsplitsing en verstrengeling tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus.

### Bestuur

We herinneren eraan dat de rol van de verzekeringsinstellingen in het beheersmodel van de Duitstalige Gemeenschap voor de gezondheidsaangelegenheden beperkt is. Preventie en gezondheidsbevordering blijven de enige hefboom. Voor gezondheidsbevordering wordt gewerkt met een nieuw concept met de mogelijkheid van pilootprojecten. De verzekeringsinstellingen hebben twee stemgerechtigden in de raad van bestuur van de Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben, maar zijn voor de overgedragen materies geen medebeheerder meer met de zorgverleners, in tegenstelling tot de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het beheer van de zorg en hulp aan personen in de Duitstalige Gemeenschap is dus sterk gekenmerkt door centralisering bij de overheid.



#### **Meer informatie:**

- <http://selbstbestimmt.be/>

## **Thema 4 - Intermutualistische initiatieven**

### **1. Intermutualistisch Agentschap (IMA)**

Een bekend Afrikaans spreekwoord leert ons: 'Als je snel wilt gaan, ga alleen; als je ver wilt gaan, ga dan samen'. In verschillende domeinen en projecten werken CM-medewerkers samen met hun collega's van de zes andere verzekeringsinstellingen. Voor wat betreft beleidsonderzoek gebeurt dit in de schoot van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Het IMA stelt data ter beschikking aan de wettelijke partners en universitaire onderzoeksgroepen, maar doet ook zelf onderzoek. Dit kan op vraag van de partners of op eigen initiatief.



Zo nam het IMA in 2019 de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid onder de loep voor de volledige Belgische bevolking. De resultaten laten geen twijfel. De ongelijkheden tussen de armsten en de rijksten worden alsmaar duidelijker. Wie arm is, wordt meer geconfronteerd met ernstige en chronische ziektes en heeft meer kans om in invaliditeit terecht te komen. Mensen die in de armste wijken wonen, hebben zelfs een 56% hoger risico om binnen het jaar te sterven dan mensen die in de rijkste wijken wonen. Dergelijke verschillen weerspiegelen een slechtere gezondheidstoestand, als gevolg van de hardere levensomstandigheden en de moeilijker sociale en economische toestand naarmate we afdalen langs de sociale ladder.

Het IMA publiceerde in 2019 ook samen met de patiëntenverenigingen (Diabetes Liga en Association Belge du Diabète) en de universiteit van Düsseldorf over amputaties bij patiënten met en zonder diabetes in de periode 2009 tot 2013. Amputaties van de volledige voet werden tien jaar geleden zeven keer meer uitgevoerd bij diabetespatiënten dan bij de algemene bevolking. Sindsdien is het aantal amputaties gelukkig significant verminderd met ongeveer een derde, wellicht dankzij een betere zorg.

Ook in 2019 actualiseerde het IMA de statistieken in de IMA Atlas. Het IMA investeert nog steeds in nieuwigheden. Zo kan je nu statistieken opzoeken over het gebruik van antidepressiva, antipsychotica, anti-dementia en stimulantia die op voorschrift zijn verkocht in de publieke apotheken met uitsluiting van de magistrale bereidingen. Uit deze statistieken blijkt bijvoorbeeld een duidelijk verschil in consumptiepatroon van antidepressiva tussen mannen en vrouwen (ongeacht de leeftijd), waarbij vrouwen gemiddeld langer antidepressiva gebruiken dan mannen.



#### Meer informatie:

- [Ima.be](http://ima.be)
- Gezondheidsongelijkheid: <https://ima-aim.be/Gezondheidsongelijkheid>
- Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui en Tonio Di Zinno. Iedereen gelijk op het vlak van gezondheid? In: CM Informatie 277, september 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsongelijkheid\\_tcm92-62159.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsongelijkheid_tcm92-62159.pdf)).
- Amputaties bij diabetespatiënten in dalende lijn (<https://ima-aim.be/Persbericht-Amputaties-bij-diabetespatiënten-in-dalende-lijn-29-01-2019>)
- Hervé Avalosse e.a. Minder amputaties bij diabetespatiënten. In: CM Informatie 277, september 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-diabetes\\_tcm92-62160.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-diabetes_tcm92-62160.pdf)).
- <https://ima.incijfers.be/databanken/?lang=nl>

## Thema 5 - Geestelijke gezondheid

### 1. Evolutie van het beleid in verband met geestelijke gezondheid

#### a) Invoering van een systeem voor eerstelijns psychologische zorg

Eind 2018 keurde het Verzekeringscomité de terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg goed. Dit kaderde in de verdere implementatie van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (functie 1 artikel 107). Bij de verdere implementatie door het kabinet van minister De Block, is ook CM gevraagd om haar visie.

Uiteindelijk startte vanaf 1 april 2019 de effectieve operationalisering van deze terugbetalingsmaatregel. Sinds die datum betaalt de verplichte ziekteverzekering maximaal vier ambulante zittingen van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen terug (éénmalig verlengbaar met vier bijkomende sessies). De doelgroep bestaat uit volwassenen tussen 18 en 64 jaar met een matig ernstig psychisch probleem op vlak van angst, depressie of alcoholgebruik en die doorverwezen zijn door de huisarts of psychiater. De kostprijs voor de patiënt bedraagt 11 euro per sessie (of 4 euro voor wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming). Deze psychologische hulp is ingebed in de netwerken GGZ die hiervoor overeenkomsten afsluiten met klinisch psychologen of klinisch orthopedagogen.

In de schoot van het RIZIV is een Begeleidingscomité Eerstelijnspsycholoog geïnstalleerd om de modaliteiten van de financiering op te volgen en zo nodig aan te passen. De FOD Volksgezondheid staat in voor een evaluatie van het initiatief.

CM steunt dit initiatief omdat het toelaat problemen sneller te detecteren en te behandelen en omdat het kan bijdragen tot een meer laagdrempelige en meer betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Maar CM pleit er ook voor om nog meer middelen vrij te maken zodat het aanbod verder uitgebreid kan worden en meer mensen geholpen kunnen worden.



#### Meer informatie:

- <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/kortdurende-psychologische-behandeling-volwassenen.aspx>



## b) Financiering K-bedden

Zowel binnen de algemene als binnen de psychiatrische ziekenhuizen is er een aanbod aan kinder-psychiatrische bedden (K-bedden), met hierbinnen ook bedden voor dagopname en bedden voor nachtopname. De financiering tussen beide types ziekenhuizen is echter niet volledig gelijk. In 2019 formuleerde de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) binnen de FOD Volksgezondheid een advies over de gelijkschakeling van de financiering met het voorstel van een unitaire prijs. Het is evenwel wachten op een nieuwe federale regering om dit verder in beleidsmaatregelen te kunnen omzetten.

CM was in dit dossier geen gehoorde partij, maar steunt wel het streven naar een gelijkschakeling van de financiering en de evolutie naar een correcte transversale financiering.



### Meer informatie:

- <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/frzvd498-1-advies-van-de-frzv-voor-k-dag-fase-2>

## c) Staten-Generaal van de geestelijke gezondheidszorg

Op 14 maart 2019 organiseerde het Forum Geestelijke Gezondheidszorg een eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. Samen met de aanwezigen – diverse stakeholders binnen de sector GGZ – pleitten de organisatoren voor hervormingen op vier vlakken:

- Een reorganisatie van het financieringssysteem binnen de Geestelijke Gezondheidszorg.
- Maatregelen nemen zodat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening uit de vicieuze cirkel van ziekte en armoede geraken.
- Een veel sterkere uitbouw van de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen.
- De extreme wachttijden wegwerken.

Dit alles staat meer uitgebreid beschreven in het Noodprogramma van de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. Er komt een tweede Staten-Generaal van de GGZ in maart 2021.

Ook CM onderschrijft het pleidooi van de Staten-Generaal voor meer investeringen in GGZ.



### Meer informatie:

- <https://www.statengeneraalggz.be/>

## d) Zorgpad burn out

Burn out ligt steeds vaker aan de basis van arbeidsongeschiktheid. Het is dan ook belangrijk om naast preventieve maatregelen, sterk in te zetten op maatregelen die de terugkeer naar het werk na een burn out ondersteunen. Daarom ontwikkelde het Centrum Omgeving en Gezondheid van de KULeuven, op vraag van het RIZIV een zorgpad.

De doeltreffendheid ervan wordt in het kader van een pilootproject geëvalueerd in samenwerking met de huisartsen. Hierbij is het de bedoeling een vergelijking te kunnen maken tussen twee groepen:

- Een controlegroep die van de huisarts dezelfde zorg krijgt als die hij zou hebben verleend als hij niet aan het pilootproject had deelgenomen.
- Een interventiegroep die door de huisarts begeleid wordt via het zorgpad.



**Meer informatie:**

- <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/oproep-huisartsen-testen-zorgpad-burnout.aspx>

## 2. Studies

### a) IMA-studie alcoholintoxicatie bij jongeren

Sinds enkele jaren maakt het Intermutualistisch Agentschap (IMA), in samenwerking met de Universiteit van Antwerpen en het UZA een schatting van het aantal gevallen van alcoholintoxicatie bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar. Dit gebeurt aan de hand van een indicator op basis van de nomenclatuur die aangeeft hoeveel jongeren er per kalenderjaar op de spoeddienst van het ziekenhuis belandden of een nacht in het ziekenhuis verbleven en op dezelfde dag een alcoholtest ondergingen. Zeker bij jongeren wijst dit in bijna alle gevallen op een alcoholintoxicatie.

Uit de analyse van de cijfers 2018 in 2019 blijkt dat in 2018 in het totaal 2.234 jongeren in het ziekenhuis belandden na alcoholmisbruik, een cijfer dat ondanks alle sensibiliseringscampagnes sinds 10 jaar ongeveer stabiel blijft. Alcoholintoxicatie komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens, alsook bij jongeren met recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Alcoholintoxicatie bij jongeren is geen onschuldig probleem. Op korte termijn kunnen er, naast een kater ook andere effecten optreden, zoals agressie, seksueel risicogedrag en zelfs verkrachting en ongevallen veroorzaakt door alcoholmisbruik. Op lange termijn kan er schade ontstaan aan de jonge hersenen met blijvend verlies van intelligentie en verminderde studiemogelijkheden. Dat is een ernstig en onvoldoende bekend probleem.

Door de cijfers bekend te maken willen het IMA, de Universiteit Antwerpen en het UZA jongeren sensibiliseren en tegelijk een oproep doen tot sociale controle door ouders, jeugdverenigingen en sportclubs. Ook de overheid speelt een belangrijke rol. In tegenstelling tot twintig andere EU-landen waar al een alcoholverbod geldt voor jongeren onder 18 jaar, is dit in België, ondanks het pleidooi van bijvoorbeeld de Hoge Gezondheidsraad (HGR), het Vlaamse expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD), nog niet het geval. Tegelijk pleiten het IMA, de Universiteit Antwerpen en het UZA ervoor een goed registratiesysteem op punt te stellen om een volledig zicht te krijgen op de omvang en de ernst van de problematiek.



**Meer informatie:**

- Zes jongeren per dag in het ziekenhuis na alcoholmisbruik (<https://ima-aim.be/Persbericht-Zes-jongeren-per-dag-in-het-ziekenhuis-na-alcoholmisbruik-07-12>)
- Rebekka Verniest en Michiel Callens. Alcoholgebruik bij jongeren in België is verontrustend. In: CM Informatie 279, maart 2020 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Alcoholgebruik-bij-jongeren\\_tcm92-65702.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Alcoholgebruik-bij-jongeren_tcm92-65702.pdf))

### 1. Chronic care

Onder de naam “Integreo” zijn in 2018 twaalf pilootprojecten in een vierjarig traject rond geïntegreerde zorg gestapt. De pilootprojecten streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, prioritair van de personen met één of meerdere chronische aandoeningen zodat ze zo goed mogelijk kunnen leven in zowel hun eigen omgeving als in de gemeenschap, en op een actieve manier hun zorgproces kunnen beheren. Het doel van deze pilootprojecten is het bedenken, ontwikkelen en uittesten van nieuwe zorgmodellen voor chronische zorg binnen een geografisch afgeïsoleerde regio met respect voor de Triple Aim principes. De consortia van de pilootprojecten bestaan uit veel verschillende geëngageerde partners die allen hun steentje willen bijdragen aan de evolutie naar meer geïntegreerde zorg. De ziekenfondsen, waaronder de diensten Maatschappelijk Werk, zijn één van deze geëngageerde partners. CM gelooft dat geïntegreerde zorg de beste manier is om de zorg zo optimaal mogelijk te organiseren.

De partners binnen de pilootprojecten, waaronder de ziekenfondsen, waren in 2019 volop bezig met een proces uit te stippelen om burgers die tot de doelgroep van hun pilootproject behoren te bereiken, te informeren en, indien zij hiermee instemden, te includeren. Het is niet alleen belangrijk om de burgers te bereiken, ook moeten er voldoende zorgverleners en partners gemotiveerd worden en blijven. De pilootprojecten startten nu ook helemaal met het uitrollen van hun acties en innovatieve initiatieven. Deze acties situeren zich voornamelijk rond geneesmiddelengebruik (vb. medicatiereview en acties rond therapietrouw), inclusie, informatie- en educatiesessies (vb. rond gezonde voeding en patient empowerment), zorgcoördinatie en casemanagement, preventieve acties (vb. vroegdetectie diabetes en hartfalen), zorgcontinuïteit (vb. creëren van een zorgpad hartfalen en multidisciplinair bilan) en meer en beter bewegen (vb. collectieve sessies van aangepaste fysieke activiteit voor een bepaalde doelgroep).

CM volgt de werkgroepen en overlegmomenten binnen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, ... actief op. Zo is er vanuit CM zowel in de permanente werkgroep geïntegreerde zorg bij het RIZIV als het Verzekeringscomité sterk gepleit voor een werkbaar kader voor de innovatieve acties en een duidelijk en fair kader voor het toekennen van de efficiëntiewinsten. CM gaf op verschillende fora het signaal dat er pas sprake kan zijn van geïntegreerde zorg wanneer er ook op het niveau van de overheden geïntegreerd samengewerkt wordt en er voor de projecten een kader is dat geïntegreerde zorg ook effectief toelaat op het terrein. Modellen kunnen maar duurzaam zijn als er een duidelijk kader is. De projecten zijn er niet mee gebaat als de voorwaarden steeds gewijzigd worden. Ook hier waakt CM mee over continuïteit en stabiliteit.

CM volgde ook de nieuwe berekeningswijze van de efficiëntiewinsten van het jaar 2018 van dichtbij op. IMA had de leiding over de studie over een nieuw model van berekeningswijze over de efficiëntiewinsten. Aan de efficiëntiewinsten werden performantiecriteriën gekoppeld waarbij CM steeds pleitte voor criteria die haalbaar zijn voor de projecten, maar tegelijk voldoende uitdaging bieden. De doelstellingen die aan de pilootprojecten opgelegd worden moeten ambitieus zijn, maar mogen niet onrealistisch worden. CM waakt er ook over dat de projecten geen onnodige administratieve taken opgelegd krijgen omdat het belangrijk is dat ze voldoende tijd en aandacht kunnen besteden aan de zorg voor hun doelgroep en het concreet uitrollen van hun acties. Doel van de pilootprojecten blijft een meer geïntegreerde en kwalitatieve zorg voor de patiënten en burgers van hun regio.



Het NIC heeft een uitbreiding aan de inclusiewebapplicatie ontwikkeld waar de pilootprojecten in de toekomst ook de pseudocodes van de innovatieve acties kunnen registreren. De ziekenfondsen werkten samen met het RIZIV, het NIC, de FOD Volksgezondheid intensief aan de uitbreiding van de machtigingsaanvraag bij de informatieveiligheidscommissie die deze wijze van registreren mogelijk moet maken. Het is belangrijk dat de pilootprojecten een gebruiksvriendelijke applicatie hebben waarin zij hun innovatieve acties kunnen registreren. Dit met het oog op zowel een kwaliteitsvolle en geïntegreerde dienstverlening voor de patiënt als de interne opvolging binnen het pilootproject als het verdelen van de financiële middelen tussen de zorgverleners en partners van het pilootproject.

CM is ervan overtuigd dat een goede intermutualistische samenwerking noodzakelijk is om de meerwaarde als ziekenfonds te kunnen aantonen en haar rol ten volle te kunnen opnemen. CM nam daardoor eveneens de leiding voor intermutualistisch overleg over bovenstaande onderwerpen.

Daarnaast zijn ook de regionale CM-ziekenfondsen actief betrokken bij de pilootprojecten en ook zij streven hierbij naar een maximale intermutualistische samenwerking. Ze werken onder andere mee aan de inclusieprocedure en het uitvoeren van verschillende acties. Daarnaast participeren ze binnen de pilootprojecten aan verschillende werkgroepen (vb. rond buurtzorg en casemanagement) en maken ze deel uit van de stuurgroepen en raden van bestuur. Zowel in het voorjaar als in het najaar zijn er intervisies tussen de Landsbond en de regionale ziekenfondsen en worden best practices uitgewisseld. Deze intervisies geven ons mee inzicht in de stand van zaken en concrete vragen en knelpunten die leven binnen de pilootprojecten en laten de CM-vertegenwoordigers toe om tijdens de vergaderingen en werkgroepen binnen RIZIV, de FOD, ... gerichte voorstellen en oplossingen formuleren.

De evolutie naar geïntegreerde zorg kadert in de richting die CM wil uitgaan als gezondheidsfonds en ook in het brede kader van positieve gezondheid. CM is dan ook van oordeel dat de ziekenfondsen op verschillende vlakken een belangrijke rol kunnen spelen in de pilootprojecten, zoals belangenbehartiging van chronisch zieken, data-ondersteuning onder andere via het IMA, een rol inzake informatie, health literacy, coaching van de leden, patient empowerment en het opnemen van casemanagement via de diensten Maatschappelijk Werk. De ziekenfondsen hebben een belangrijke rol te spelen in de pilootprojecten en zijn dan ook een actieve partner in de verschillende projecten. CM streeft hierbij naar een maximale intermutualistische samenwerking. CM staat achter het hele project geïntegreerde zorg en wil er graag verder mee in investeren. De evolutie naar meer geïntegreerde zorg is complex en mag niet onderschat worden. Tegelijkertijd is het een noodzakelijke en boeiende uitdaging.



#### Meer informatie:

- Michèle Morel, Het Plan chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid? In: CM Informatie 266, december 2016.
- Kim Cierkens, Twaalf pilootprojecten op weg naar meer geïntegreerde zorg. In: CM Informatie 274, december 2018 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Kwaliteit-zorg\\_tcm47-55932.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Kwaliteit-zorg_tcm47-55932.pdf)).
- <http://www.integreo.be>

## 2. Palliatieve zorg

In 2019 waren er enkele beleidsevoluties en wetswijzigingen in het domein levenseinde: het bedrag van het palliatief forfait werd verhoogd, de geldigheidstermijn van de wilsverklaring euthanasie werd verlengd en de uitkering in het kader van het palliatief verlov werd verhoogd.

### a) Verhoging palliatief forfait

Het palliatief forfait is een bijkomende tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die nodig zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten. Het forfait werd verhoogd van 663,49 euro (in 2018) naar 673,11 euro (vanaf 1 januari 2019). Dit bedrag wordt éénmalig, voor één maand, toegekend. Indien de patiënt na afloop van die maand nog steeds aan de voorwaarden voldoet, wordt het forfait nog een tweede maal toegekend.

## b) Wilsverklaring euthanasie krijgt langere geldigheidstermijn

Door middel van een voorafgaande wilsverklaring euthanasie kan elkeen vandaag schriftelijk vastleggen dat hij euthanasie wenst mocht hij op een dag in een onomkeerbare coma terechtkomen door ziekte of ongeval. Tot nu toe was dergelijke wilsverklaring vijf jaar geldig, daarna moest ze hernieuwd worden. In 2019 werd die geldigheidstermijn verlengd tot tien jaar. Indien men de wilsverklaring laat registreren bij de gemeente, geldt nog een andere regeling en bepaalt men zelf hoelang deze geldig blijft (korter dan tien jaar, langer dan tien jaar, onbeperkt geldig).

Bij een geregistreerde wilsverklaring krijgt men voortaan een herinnering aan zijn wilsverklaring en aan de mogelijkheid om die aan te passen, te verlengen of in te trekken. Dat gebeurt in principe drie maanden voor de vervalddag. Bij een wilsverklaring met een geldigheidsduur van meer dan tien jaar, zal dit minstens elke tien jaar gebeuren. Een koninklijk besluit is nog nodig om de nadere regels vast te leggen. Vanaf de bekendmaking van dit besluit in het Belgisch Staatsblad, zal de nieuwe regeling in werking treden.

## c) Stijging uitkering palliatief verlof

In 2019 steeg het bedrag van de onderbrekingsuitkeringen voor alleenstaande werknemers die een thematisch verlof opnemen voor hun kind met 14%. Dit geldt voor ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand en palliatief verlof (zowel bij voltijdse of halftijdse onderbreking, als bij een vijfde vermindering).

## 3. Zorgvernieuwing ouderenzorg

Protocolakkoord nr. 3 tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale overheid van 13 juni 2005 voorzag de mogelijkheid om vernieuwende initiatieven voor zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen die thuis wonen te erkennen en te financieren. Op die manier wilde men zich voorbereiden op de vergrijzing en de impact ervan op het gezondheidszorgsysteem. Tegelijk streefde men een verdere verbetering van de zorgkwaliteit na.

Na projectoproepen door het RIZIV in 2010 en 2014 zijn, na een grondige selectieprocedure, op het terrein zeer diverse projecten uitgebouwd, met hieraan gekoppeld een wetenschappelijke evaluatie. CM heeft steeds actief meegewerkt aan het voorbereiden van de projectoproepen, de selectieprocedure en de opvolging van de projecten. Daarnaast waren verschillende regionale ziekenfondsen mede-initiatiefnemer of partner in de pilootprojecten.

Het uiteindelijke doel is om op termijn initiatieven met een gunstige kosteneffectiviteit structureel te financieren vanuit de verplichte ziekteverzekering. Daarom is in 2018, voortbouwend op de bevindingen en aanbevelingen van de wetenschappelijke evaluatie, een nieuw voorstel van overeenkomst uitgewerkt met het oog op een derde oproep, gericht aan de lopende projecten. Hierin ligt de focus nog sterker op kwetsbare ouderen. Verder is de overeenkomst opgebouwd rond drie interventies: casemanagement, psychologische follow up en ergotherapeutische follow up. Ten slotte blijft de BelRAI een belangrijke tool binnen de projectwerking.

In 2019 volgde de verdere implementatie van de derde fase, een proces waar CM actief aan meewerkte. Op 1 april 2019 gingen twintig projecten van start volgens de aangepaste modaliteiten. Deze twintig projecten bieden allemaal de drie eerder vermelde basisverstrekkingen aan. Elf projecten bieden daarnaast ook nog een of meerdere aanvullende verstrekkingen aan: controlebezoek 's nachts, zorgeducatie, groepsessies ergotherapie en psychologische follow-up en groepsessies voor mantelzorgers van rechthebbenden die aan dementie lijden. In de loop van 2020 volgt een wetenschappelijke evaluatie.

## 4. BelRAI

Verschillende overheden kozen BelRAI als het unieke inschalingsinstrument voor zorgbehoefte. Van bij de aanvang nam CM het voortouw en nam ze een pioniersrol op. In tal van projecten gaf CM blijk van haar enthousiaste medewerking.



In Vlaanderen bewoog er het afgelopen jaar heel wat rond de BelRAI.

### Consortium voor het oprichten van het Vlaams IT-Platform BelRAI

Het consortium Vlaams IT-platform BelRAI VZW werd in 2019 opgericht en heeft als doel de ontwikkeling en exploitatie van de Vlaamse BelRAI-toepassing te realiseren. CM zetelt mee in de stuurgroep van het consortium. Er werd intermutualistisch mee inhoud gegeven aan de workshops die de behoefteanalyse van de nieuwe toepassing in kaart brachten. De uiteindelijke doelstelling was om enkele processen te vereenvoudigen en te vermijden dat er op korte tijd meerdere indicatiestellingen bij eenzelfde zorgbehoevende moeten doorgaan.

### Technische voorwaarden, principes Vlaams IT-Platform BelRAI

CM was mee betrokken in de gesprekken over de technische specificaties van de nieuwe toepassing. Het grotere ICT-geheel van de organisaties die gebruik gaan maken van de BelRAI-toepassing werd hierbij niet uit het oog verloren. Een belangrijk aandachtspunt was het waarborgen van de toegang tot de applicatie voor niet-medische beroepen (de niet-'KB 78'-beroepen) en het aantonen van de zorgrelatie tussen de organisatie en de zorgbehoevende. CM waakte erover dat het gebruik van de toepassing en de toegang ertoe via de eigen, bestaande ICT-systemen haalbaar zou zijn, zonder hiervoor bijkomende, belastende procedures te moeten doorlopen.

### Linken met andere toepassingen of projecten

CM steunt het principe dat BelRAI sterk ondersteunend en complementair kan werken naar het digitale zorg- en ondersteuningsplan toe en pleit ervoor om dezelfde principes toe te passen met betrekking tot gegevensuitwisseling zonder dat dit dubbel werk vraagt.

De kritische succesfactoren uit het eindrapport 'Pilotproject BelRAI Screener Waas en Dender' worden systematisch afgetoetst aan de concretisering van de nieuwe toepassing.

DMW engageert zich om de verdere implementatie van de BelRAI Screener voor kinderen en de sociale module mee uit te testen. Samen met de screener zal deze sociale module die de contextgegevens van de zorgbehoevende in kaart brengt, een meerwaarde geven aan de DMW-werking. CM ijvert voor een feedbackmoment waarbij medewerkers die bij eerdere testen van de sociale module betrokken waren, in kijkt in de onderzoeksresultaten en verdere aanpak geboden wordt.

In het project om de zorgzwaarte voor het Zorgbudget voor Ouderen in te schalen, engageert CM zich tot mee testen.

### Brede bekendmaking

In 2019 werkte CM mee aan de opleidingsdagen VSB waar het gebruik van het instrument BelRAI Screener en de ervaringen uit het pilotproject in Waasland en Dendermonde toegelicht werden. De uitdagingen en meerwaarde van het nieuwe instrument kregen hierin een belangrijke plaats.

### Opleiding/kwaliteitsbewaking

Door verschillende mandaten op meerdere niveaus is CM nauw betrokken bij de werking van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek dat onder meer instaat voor het opleidingstraject BelRAI Screener. De voorziene opleidingsaanpak en -behoeften werden intermutualistisch afgestemd en in kaart gebracht. Er is een continue afstemming voorzien om mee vorm te geven aan het opleidingstraject in 2020.

Als de score van een screener tot een wijziging in de rechtenverrijking van het zorgbudget zou leiden, vraagt CM om duidelijke, objectieve richtlijnen uit te werken om hierover aan de zorgbehoevende toelichting te kunnen bieden.

Binnen de federale Chronic Careprojecten en de projecten zorgvernieuwing ouderenzorg ('ZP3-projecten') is het gebruik van de screener gericht op multidisciplinaire samenwerking. Binnen de VSB richt de screener zich op rechtentoekeuning. CM stelt dat wie een screener in functie van rechtentoekeuning opmaakt, minimaal eenzelfde niveau van opleiding en attestering volgde zoals dit binnen Vlaanderen vooropgesteld wordt.

In Brussel is beslist om vanaf 2020 budget toe te kennen aan proefprojecten rond de BelRAI in de sector van de woonzorgcentra.

Gelet op de ontwikkelingen in het kader van de afhankelijkheidsverzekering ("Assurance Autonomie") in Wallonië, is er rond de BelRAI in 2019 weinig gebeurd.

De Duitstalige Gemeenschap startte in 2019 officieel met de BelRAI-applicatie, met het oog op de toegang tot verschillende diensten zoals de woonzorgcentra en de mobiliteitshulpmiddelen.

## 5. Studie trommelvliesbuisjes

Eén van de meest voorkomende aandoeningen bij kleine kinderen is een middenoorontsteking (= een ontsteking van de ruimte achter het trommelvlies, die in verbinding staat met de neus-keelholte), een ontsteking die onder andere hevige oorspijn kan geven. Een veel gebruikte behandelmethode is het plaatsen van trommelvliesbuisjes, maar meer en meer wordt duidelijk dat de beperkte klinische voordelen hiervan meestal niet opwegen tegen de nadelen. De laatste jaren wordt dan ook meer terughoudendheid aanbevolen, wat zich al uit in een jaarlijkse lichte daling van het aantal ingrepen.

CM onderzocht bij haar leden de praktijk in België en stelde vast dat er een grote variatie bestaat met een breuklijn via de taalgrens. In het noorden van het land, en vooral in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg, worden veel meer trommelvliesbuisjes geplaatst in vergelijking met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of Wallonië. In Brussel, Luik en Luxemburg wordt deze operatie het minst uitgevoerd. De waargenomen praktijkverschillen zijn eveneens terug te vinden tussen ziekenhuizen. Globaal plaatsen universitaire ziekenhuizen bij een relatief klein percentage van hun patiënten busjes, maar ook hier zijn er onderlinge verschillen. Verder krijgen procentueel meer jongens dan meisjes trommelvliesbuisjes. Nog een opvallende bevinding is dat bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming (VT) procentueel veel minder busjes geplaatst worden dan bij patiënten zonder VT.

CM vraagt aan de NKO-artsen om de verschillen tussen praktijken te bespreken en om richtlijnen na te leven zodat de variabiliteit tussen praktijken tot een minimum beperkt kan worden. Aan haar leden raadt CM aan om samen met hun arts de voor- en nadelen goed af te wegen alvorens over te gaan tot het plaatsen van busjes.



### Meer informatie:

- Vaak onnodig en toch krijgen kinderen massaal busjes in oor (<https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/vaak-onnodig-en-toch-krijgen-kinderen-massaal-buisjes-in-oor>).
- Katte Ackaert en Michiel Callens. Trommelvliesbuisjes: onverklaarbare variaties. In: CM Informatie 278, december 2019 ([https://www.cm.be/media/CM-Info-Kwaliteit-zorg\\_tcm92-63330.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-Kwaliteit-zorg_tcm92-63330.pdf)).

## 6. Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger

Met de wet van 17 mei 2019 werd de wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger aangepast en verruimd. Het is de bedoeling dat leden van een ziekenfonds zich als mantelzorger kunnen laten erkennen. Er is voorzien in twee types van erkenning : enerzijds de eenvoudige erkenning, en anderzijds de erkenning met het oog op een sociaal voordeel.

Door de federale overheid wordt momenteel voorzien in slechts één voordeel: loontrekkenden zullen een mantelzorgverlof van 1 maand kunnen opnemen en daarvoor een vergoeding krijgen van de RVA. Deze periode kan hetzij in één keer, hetzij gespreid opgenomen worden. Het is de intentie van de wetgever om dat voordeel ook te verruimen tot de ambtenaren.

De loutere erkenning kan door elkeen aangevraagd worden, ongeacht het tewerkstellingsregime.

Hoewel de wet gewag maakte van een inwerkingtreding op 1 oktober 2019, was dit de facto onmogelijk wegens het ontbreken van een koninklijk besluit met uitvoeringsbesluiten dat de concrete modaliteiten voor de twee types van erkenning bepaalt.

Het spreekt voor zich dat CM ten volle achter het principe van de mantelzorg staat en de mantelzorgers optimaal wil ondersteunen. Daarom vindt CM het belangrijk dat de uitvoeringsbesluiten voor de erkenning als mantelzorger niet te complex zijn en geen drempel vormen voor het aanvragen van een erkenning.

CM heeft dan ook intens samengewerkt met de andere verzekeringsinstellingen en getracht om in overleg met de beleidscel van minister De Block de praktische modaliteiten zo laagdrempelig mogelijk te houden.

Eind 2019 was het ontwerp-KB nog steeds in evolutie en CM blijft zich ervoor inspannen dat de implementatie onder optimale omstandigheden kan gebeuren.

## 7. CM, initiatiefnemer en partner in medico-sociale initiatieven

Het engagement van CM in medico-sociale initiatieven dateert al van het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw. Onder meer met het uitbouwen van poliklinieken, algemene ziekenhuizen en initiatieven in de thuiszorg, speelde CM op dat moment in de eerste plaats in op het kwantitatief ontoereikende aanbod.

Ook vandaag de dag blijven nieuwe noden ontstaan die niet of onvoldoende worden ingevuld. Om die reden blijft CM het belangrijk vinden om zelf te investeren in initiatieven op het terrein. Als “founder”, stichter in deze initiatieven, zet CM de koers uit vanuit drie invalshoeken:

- **Omvang:** het ontwikkelen van medico-sociale initiatieven als antwoord op nieuwe vragen/behoefte inzake zorg en bijstand.
- **Toegankelijkheid:** het bevorderen en verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen waarbij het eigen aanbod laagdrempelig wil zijn voor de zorgvrager en prijsregulerend binnen een domein of regio.
- **Kwaliteit:** het actief bevorderen van een kwaliteitsvol aanbod in de gezondheidszorg.

Naast duurzaamheid, staat ook innovatie centraal in de talrijke initiatieven. Dit uit zich in het ontwikkelen van een vernieuwend aanbod en het op een vernieuwende manier omgaan met het bestaande aanbod. Vanuit deze pioniersrol die getuigt van een langetermijnperspectief, wil CM wegbereider zijn voor toekomstig beleid.



Op deze manier blijven de medico-sociale initiatieven een belangrijk middel van CM om te realiseren waarvoor ze zelf ijvert in haar gezondheids- en zorgbeleid: een voldoende, kwalitatief hoogstaande en toegankelijke zorg- en dienstverlening met tariefzekerheid voor de patiënt.

Dit engagement onderstreept dat CM meer is dan een betalingsinstelling of een administratieve of bureaucratische organisatie. CM is een ledenorganisatie, een sociale beweging, én sociale ondernemer. CM hecht veel belang aan haar initiatiefrecht in de medico-sociale sector vanuit haar geloof in de meerwaarde van social profit, onder meer door de inherente dynamiek, democratische besluitvorming en het herinvesteren van de winst. Het wil zo een alternatief bieden ten aanzien van de toenemende vermarkting van de zorg. Bovendien leidt het engagement op het terrein tot ervaringsdeskundigheid die een meerwaarde is in het mee ontwikkelen van gezondheidspolitiek.

Vandaag de dag is CM, naargelang de regio, betrokken in volgende domeinen:

- ziekenhuizen
- ouderenzorg (woonzorgcentra, assistentiewoningen, kortverblijf, centra voor dagopvang)
- revalidatiecentra
- centra voor geestelijke gezondheidszorg
- centra voor mensen met een drugproblematiek
- instellingen voor personen met een beperking
- apotheken
- thuiszorgwinkels
- hoorcentra



De betrokkenheid varieert van initiatiefnemer, over vertegenwoordiging in bestuursorganen als (mede)oprichter tot vertegenwoordiging in bestuursorganen vanuit expertise.

## Thema 7 - e-Gezondheid

Het elektronisch facturatiecircuit van de zorgattesten (e-attest) dat in 2018 voor de sector van de huisartsen van start ging, groeide verder in 2019. In 2019 ontving CM meer dan 6.000.000 attesten van meer dan 7.600 huisartsen. Half 2019 werd het circuit zoals gepland opengesteld voor de sector van de tandartsen, maar dit kende een tragere start. Meerdere softwareprogramma's konden dit pas eind 2019 of zelfs pas in 2020 aan. Eind 2019 kwamen er dagelijks ongeveer veertig attesten van tandartsen.



In 2019 werden ook de technische middelen voor de verspreiding van de e-gezondheidsdiensten gestabiliseerd. Bij zowel E-Health als bij MyCarenet, werden individuele en collectieve maatregelen voor monitoring en stabiliteit van de platformen getroffen om de beschikbaarheid van het dienstenaanbod te consolideren.



In aanloop naar de verkiezingen van mei 2019 werkte CM in 2018 organisatiebreed aan een memorandum. CM is van mening dat ze het aan zichzelf en aan de komende generaties verplicht is om het gezondheidszorgsysteem in ere te houden, te moderniseren en verder uit te bouwen op de sterke fundamenten van solidariteit en universele toegankelijkheid. Dit zal moeten gebeuren in een sterk veranderende sociaal-economische omgeving met een toenemende druk op de uitgaven voor de verzorgingsstaat, in combinatie met lagere inkomsten voor de sociale zekerheid. Terzelfdertijd is er de evolutie naar een integrale visie op gezondheid die uit verschillende dimensies bestaat en die vertrekt vanuit de kracht van elke mens en niet vanuit zijn of haar aandoening of beperking. Het gezondheidszorgsysteem moet duurzaam en veerkrachtig blijven. Het CM-memorandum bevat de zo nodige instrumenten voor een toegankelijk, betaalbaar, kwalitatief en menswaardig gezondheids- en welzijnsbeleid voor de toekomst. In het memorandum gaat de aandacht zowel naar het federale beleid als naar het beleid op regionaal en Europees niveau.

Ook in 2019 nam CM heel wat initiatieven om dit memorandum aan de verschillende stakeholders voor te stellen. Begin 2019 zette CM de “ronde” van de politieke partijen verder en stelde ze haar memorandum verder voor aan de verschillende partijen.

Beweging.Net organiseerde naar aanleiding van de verkiezingen in mei 2019 enkele debatten tussen kopstukken van de verschillende politieke partijen. Vanuit CM zijn enkele vragen rond gezondheidszorg en welzijn voorbereid waarmee de verschillende partijen uitgedaagd werden om hun politieke kaarten op tafel te leggen en hun visie duidelijk te stellen.

Naar aanleiding van het Vlaams regeerakkoord ‘Een warm Vlaanderen’, liet CM in een persbericht weten bereid te zijn om zich, als gezondheidsfonds en als sociale organisatie, hiervoor mee in te zetten. CM verwees naar een aantal positieve voorstellen waaronder de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de uitrol van de BelRAI en de bijkomende investeringen in de WZC. Deze maatregelen kunnen immers bijdragen tot een betere zorg en welzijn voor alle Vlamingen. Wel is tegelijk opgemerkt dat het nog onduidelijk is hoe deze bijkomende investeringen gefinancierd kunnen worden. Verder toonde CM zich ook kritisch tegenover de bepaling dat nieuwkomers tien jaar moeten wachten voor ze recht hebben op een zorgbudget. CM is er immers van overtuigd dat een warme en zorgzame samenleving iedereen moet omarmen. Niemand kiest ervoor om in een kwetsbare situatie terecht te komen en wie nieuw toekomt, moet dan ook alle kansen krijgen om mee te participeren aan onze samenleving.

CM zal het als gezondheidsfonds niet nalaten om de nieuwe Vlaamse ministers daarop te wijzen. Net als vroeger zal de organisatie met veel overtuiging mee bouwen aan een Vlaanderen waarin iedereen een gezond, gelukkig en kwaliteitsvol leven kan uitbouwen. Constructief als het kan, kritisch als het moet.

De beleidscel MCFG werkte een groot deel van 2019 aan het memorandum MCFG met de eisen voor de overgedragen materies. De opmaak van dit memorandum bood de kans voor een echte oefening in interne democratie met de regionale ziekenfondsen. Tijdens de hele periode vóór de verkiezingen (van januari tot april 2019) volgden dan een aantal ontmoetingen met politici om deze eisen voor te stellen.

Behalve deze ontmoetingen was de beleidscel MCFG bijzonder actief. Zij analyseerde de politieke programma's grondig om de punten van overeenkomst en verschil tussen de politieke programma's en het eigen memorandum te bepalen. Op 15 mei 2019 organiseerde CM met MC Saint-Michel en de Brusselse afdelingen van Enéo en Altéo bovendien een debat met de Brusselse vertegenwoordigers van de traditionele Franstalige partijen. Meerdere onderwerpen werden besproken: de vergrijzing, het beheer van de THAB, het bestuur (dus de coherentie en coördinatie tussen de Brusselse overheden inzake gezondheid) en de inclusie van personen met een handicap in de arbeidswereld. Voor het Waals Gewest werd bovendien een ander debat georganiseerd te Namen op 8 mei.

Tijdens de onderhandelingen voor de regeringsvorming wezen het Waals en Brussels Intermutualistisch College, waarvan CM lid is, de formateurs op de rol en opdrachten van de verzekeringsinstellingen en hun RMOB's. Voor het Duits taalgebied bereikte het Duitstalig intermutualistisch overlegplatform eensgezindheid over een document met beleidsprioriteiten. Het kreeg de kans dit te verdedigen tijdens een ontmoeting met de minister van Gezondheid.

## Thema 9 - Participatie in parlementaire hoorzittingen

In de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen van de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd een hoorzitting georganiseerd rond de drie audits die het Rekenhof uitgevoerd heeft met betrekking tot de ziekenfondsen. Jean Hermesse heeft tijdens deze hoorzitting het woord gevoerd voor CM. Er is grondige intermutualistische afstemming gebeurd voor deze hoorzitting. Alle verzekeringsinstellingen zaten op dezelfde lijn en hebben tijdens deze hoorzitting benadrukt dat ze efficiënt en transparant werken. Ze leveren steeds alle gevraagde informatie aan en hebben veel inspanningen gedaan in het kader van de uitvoering van het Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen ('Ziekenfondspact'). De verzekeringsinstellingen vinden dat een efficiënt en performant controlesysteem nodig en onontbeerlijk is voor uniforme procedures in de ziekteverzekering. Bovendien vormt dit de schakel om de werking van de ziekenfondsen continu te verbeteren. De verzekeringsinstellingen zijn bereid om constructief mee te werken aan de verbetering van de controleactiviteiten.

In de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen werd in november ook een hoorzitting gehouden rond de financiële toegankelijkheid van geneesmiddelen. Caroline Lebbe van de geneesmiddelencel heeft het woord genomen namens het NIC. De verzekeringsinstellingen streven naar kwaliteitsvolle zorg voor iedereen waarvan de toegankelijkheid wordt gegarandeerd door een duurzame en solidaire verplichte ziekteverzekering, voor de huidige patiënten maar ook voor de toekomstige patiënten. Geneesmiddelen zijn een onderdeel van deze zorg, maar hun kostprijs mag de duurzaamheid en de kwaliteit van de globale zorg niet in het gedrang brengen.

In november hield de Commissie Gezondheid en Gelijke Kansen een hoorzitting rond het budget gezondheidszorg 2020. Jean Hermesse nam er het woord namens CM en namens het NIC POL. Hij stelde er het voorstel van budget 2020 voor dat was goedgekeurd door het Verzekeringscomité maar vervolgens werd verworpen door de Algemene Raad.

Op 5 november 2019 vond in de Kamercommissie Sociale Zaken, Werk en Pensioenen een hoorzitting plaats over de financiering en de toegankelijkheid van de sociale zekerheid. Jean Hermesse nam er het woord namens CM en namens het NIC POL. Hij stelde er de eerder vermelde studie over de financiering van de sociale zekerheid voor (zie Deel 1, punt 2). Hij benadrukte de conclusie van deze studie dat de tekorten in de werknemersregeling niet veroorzaakt worden door een ongecontroleerde stijging van de prestaties, maar wel door een structurele onderfinanciering die het gevolg is van politieke keuzes (taxshift, nieuwe financieringswet). Het is bijgevolg die financiering die onder druk staat en niet de uitgaven. Een herfinanciering van de sociale zekerheid dringt zich dus op, onder meer om een verdere uitholling van de risicodekking en een toenemende privatisering te vermijden en toekomstige uitdagingen zoals de vergrijzing op te vangen. Jean Hermesse formuleerde hieromtrent ook een aantal concrete aanbevelingen.