

Inhoud

1 ^{ste} Deel - Studies ¹	143
Kroniek van de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof (1993 – 2011), Door P.-A. Briffeuil	144
2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	171
1ste trimester 2012	172
3 ^e Deel - Rechtspraak	187
I. Hof van Cassatie, 4 juni 2012 Geneeskundige verstrekkingen – Farmaceutische specialiteiten – Beoordeling van de therapeutische Waarde Koninklijk besluit van 21 december 2001, artikel 1, 21°, en artikel 2 bijlage I, hoofdstuk IV, paragraaf 228, 3)	188
II. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, 30 mei 2012 Wet van 14 juli 1994, artikelen 34 en 35 Nomenclatuur – Osteodensitometrie – Categorie geneesheren – specialisten	191
III. Arbeidshof van Bergen, 26 april 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Vooraf bestaande toestand	194
IV. Arbeidshof van Brussel, 26 april 2012 Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Terugkeer naar de vooraf bestaande toestand	196
V. Arbeidshof van Brussel, 28 juni 2012 Gerechtelijk Wetboek, artikel 991 – Begroting van de staat van kosten en ereloon van de deskundige – Betwisting – Verslag van niet-bevinding	200
4 ^e Deel - Pva	205
I. Nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen Geheel of gedeeltelijk toetreden artsen – Niet-naleving bepalingen akkoord inzake informatieplicht over conventiewijze en tarieven - Sancties	206
II. Geneesmiddelen Methylfenidaat – Behandeling ADHD – Advies HGR 8570	208

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

III. Nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen dd. 21 december 2011 – Accreditatie honoraria – Afhankelijk van conventionering	210
IV. Globaal Medisch Dossier Preventiemodule – Gratis voor personen tussen 45 en 75 jaar	212
V. Verzekeringsinstellingen Ten onrechte betaalde bedragen – Terugvordering – Overeenkomst tot terugbetaling	213
VI. Sociale fraude Controles	219
VII. Tandheelkundige zorg Toegankelijkheid – Maatregelen ter verbetering	222
VIII. Qualidem – rapport Aanbevelingen – Uitvoering maatregelen – Stand van zaken	224

5^e Deel – Richtlijnen 231

I. Toepassing van artikel 225 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 Begrip inkomen en samenstelling van het gezin Bewijs van inkomen en samenstelling van het gezin Controlemaatregelen	232
II. Werkverwijdering van de zwangere werkneemsters – Opheffing van de bevoegdheid van het Fonds voor Beroepsziekten in deze materie	243
III. Tegemoetkoming in de reiskosten in het kader van een geplande behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte dan wel Zwitserland De zgn. “aanvullende vergoeding Herrera”	253
IV. Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn	258

6^e Deel – Basisgegevens 265

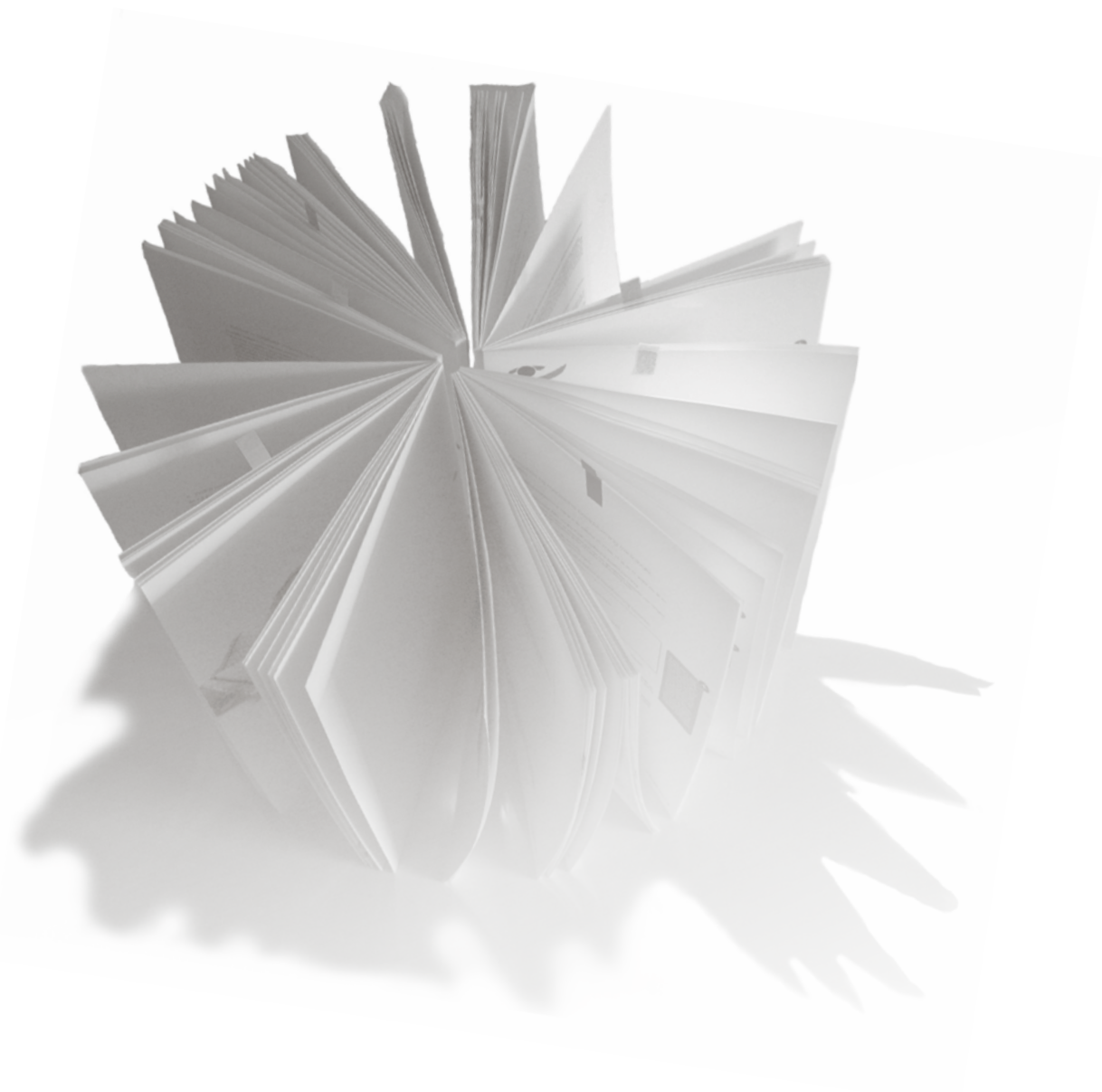
Herwaardering van prestaties	266
------------------------------	-----

7^e Deel - Statistieken 269

Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1 ^{ste} trimester 2012	270
---	-----

8 ^e Deel - Bibliografie	291
I. The European Yearbook of Disability Law	292
II. Cross – Border Welfare State	292
9 ^e Deel – Publicaties van de prijzen	295
Publicaties van het RIZIV en tarieven voor 2013	296

1^e Deel Studies



I. Kroniek van de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof (1993-2011)

Het doel van deze kroniek is, de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof¹ voor te stellen met een rechtstreeks verband met de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).

Hij omvat de arresten uitgesproken van 1993 tot 2009. Bepaalde arresten werden gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV.

In 2010 en 2011 heeft het Grondwettelijk Hof geen arresten uitgesproken die specifiek betrekking hebben op de DGEC.

Paul-Andre BRIFFEUIL, Adviseur
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Juridische directie

1. Arrest nr. 28/93 van 1 april 1993²

Artikelen 35 en 90bis van de Z.I.V.-wet van 9 augustus 1963 - Onnodig dure of overbodige verstrekkingen - Referentiezorgverstrekkers - Ontbreken van een wettelijke bepaling - Begrip

Rechten van verdediging - Eerlijk proces - Controlecommissie - Commissie van beroep - Administratieve rechtscolleges - Voldoende procedurewaarborgen

BEROEP TOT NIETIGVERKLARING VAN DE ARTIKELN 33 EN 37 VAN DE WET VAN 20 JULI 1991 HOUDENDE SOCIALE EN DIVERSE BEPALINGEN

1.1. Het beroep tot nietigverklaring verwijt de bestreden wettelijke bepalingen afbreuk te doen aan de eerbiediging van de rechten van verdediging en aan het recht op een eerlijke behandeling van zorgverstrekkers gezien de procedure om de "referentiezorgverstrekker" te bepalen, en de criteria volgens dewelke die moet worden gekozen, niet vastgesteld zouden zijn.

1.2. Wat het Arbitragehof betreft, zou de wetgever enkel kunnen denken aan een normaal voorzichtige en bedachtzame zorgverstrekker, geplaatst in omstandigheden gelijkwaardig aan die waarin de betrokken zorgverstrekker zich bevond.

Bovendien had de wetgever voorzien in talrijke procedurele waarborgen om de rechten van verdediging van de geneesheer aan wie een tekortkoming in de plichten bepaald bij artikel 35 van de Z.I.V.-wet ten laste zou worden gelegd, voldoende te waarborgen.

Aangezien blijkt dat het recht van verdediging en het recht op een eerlijke behandeling niet worden geschonden, ziet het Hof niet in hoe de artsen in het genot van die rechten zouden worden gediscrimineerd.

1. Voor 07.05.2007: Arbitragehof.
2. I.B. RIZIV, 1993/3, p. 230.

2.1. Het beroep benadrukt bovendien dat de zorgverstrekkers het aan allen, zonder onderscheid, toekomende recht om een geschil omtrent een burgerlijk recht, overeenkomstig artikel 92 van de Grondwet, te laten beslechten door de hoven en rechtbanken (het geschil omtrent de erelonen van de zorgverstrekker), zou worden ontzegd.

Door aan de beslissingen van administratieve rechtscolleges (de Controlecommissie en de Commissie van Beroep) van rechtswege uitvoerbare kracht te verlenen, zou de zorgverstrekker geen rechtsmiddelen kunnen aanwenden tegen deze beslissingen bij de hoven en rechtbanken.

2.2. Het Arbitragehof merkt op dat de programmawet van 22 december 1989 (art. 26 en 30) de beslechting van dit soort geschillen en de vaststelling van de aan die tekortkomingen te verbinden sancties heeft opgedragen aan een administratief rechtscollege, met name de bij de Dienst voor medische controle ingevoerde Controlecommissie.

De keuze van de wetgever in 1989 om de beslechting van dergelijke geschillen op te dragen aan een administratief rechtscollege kan niet in vraag worden gesteld in het kader van onderhavig beroep tot nietigverklaring.

Het Hof kan daarentegen nagaan of het gelijkheidsbeginsel en het discriminatieverbod geschonden zijn in die zin dat de zorgverleners een procedurele waarborg zou worden ontzegd.

De regels van de gelijkheid en de niet-discriminatie sluiten echter niet uit dat een verschil in behandeling volgens bepaalde categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover voor het criterium van onderscheid een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld met betrekking tot het doel en de gevolgen van de ter beoordeling staande norm en met de aard van de in het geding zijnde beginselen.

Het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer vaststaat dat de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel.

Vroeger diende een uitvoerbare titel te worden verkregen bij de arbeidsrechtbank, waardoor de procedure van terugvordering van de verschuldigde bedragen vertraging opliep.

De bestreden bepaling laat toe het voeren van bijkomende procedures voor de gewone hoven en rechtbanken om een uitvoerbare titel te verkrijgen, te vermijden en geen vertraging op te lopen in de procedure van terugvordering.

Het recht op verdediging en het recht op een eerlijke behandeling van de zaak zijn voldoende gewaarborgd tijdens de procedure voor de administratieve rechtscolleges.

Er staat een administratief cassatieberoep open voor de Raad van State tegen de beslissingen van de Commissie van Beroep.

In de procedure tot het verlenen van een uitvoerbare titel hadden de hoven en rechtbanken niet de bevoegdheid om zich uit te spreken over het bestaan van tekortkomingen in de in artikel 35 van de Z.I.V.-wet bedoelde plichten en er kan verzet worden aangetekend tegen het door de ontvanger der domeinen uitgevaardigde dwangbevel.

Het Hof ziet niet in dat de van rechtswege uitvoerbaarheid van de definitieve beslissingen van de Controlecommissie en van de Commissie van beroep, redelijkerwijze niet evenredig zou zijn met de beoogde doelstelling, namelijk de vlote invordering van de door de zorgverlener verschuldigde bedragen.

(geen schending - verwerping van het beroep)

2. Arrest nr. 11/2000 van 2 februari 2000³

Artikel 27 alinea 4 van de gecoördineerde VGVU-wet - Advies van de Technische geneeskundige raad in het geval van een geschil voor de Commissie van beroep - Tegensprekelijk karakter van de procedure – Wapengelijkheid

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ BESLISSING VAN 10 DECEMBER 1998 VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP

1.1. De Dienst voor geneeskundige controle heeft een dubbele opdracht. Enerzijds controleert hij of de prestaties van de geneesheren reëel zijn en in overeenstemming met de nomenclatuur en, in voorkomend geval, bestraft hij de overtredingen. Anderzijds, brengt hij ook een advies uit over het advies van de Technische geneeskundige raad, wanneer die raad een technisch advies moet geven hetzij in het kader van een voorstel tot wijziging van de nomenclatuur, hetzij in het kader van een geschil over de interpretatie van de nomenclatuur voor de Beperkte kamer of voor de Commissie van beroep.

In die interpretatie zou de Dienst voor geneeskundige controle, die namens het RIZIV optreedt in het geschil voor de Commissie van beroep, op die manier twee keer zijn standpunt weergeven. De zorgverstrekker kan daarentegen slechts één keer, namelijk op de terechtzitting, worden gehoord en zijn middelen toelichten. Hieruit zou een verschil in behandeling voortvloeien.

1.2. Het Arbitragehof stelt vast dat de Commissie van beroep niet verplicht is een niet-bindend advies van de Technische geneeskundige raad in te winnen.

Het wordt aangewezen geacht het advies betreffende de juiste interpretatie van de bepalingen met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in te winnen bij die instantie die ook advies heeft uitgebracht bij de totstandkoming van die bepalingen.

Nu die adviserende instantie, de voorzitter eventueel uitgezonderd, enkel uit geneesheren is samengesteld, is het niet onredelijk te bepalen, in acht genomen de specificiteit en de technische complexiteit van de aangelegenheid, dat de adviezen van dat orgaan vergezeld moeten zijn van een advies van de Dienst voor geneeskundige controle, die onder meer ermee is belast de weerslag van de adviezen op de begroting toe te lichten (Parl. St., Kamer, 1992-1993, nr. 1040/3, pp. 2-3).

Bovendien kunnen na het advies van de Technische geneeskundige raad, in voorkomend geval vergezeld van een advies of verslag van de Dienst voor geneeskundige controle, de zorgverstrekkers op hun beurt conclusies of een tegenadvies neerleggen bij de Commissie van beroep, zitting houdende als administratief rechtscollege.

Bijgevolg besluit het Hof dat de aangevoerde “ongeschikte” behandeling van de partijen bij de behandeling van het geschil voor de Commissie van beroep niet op onevenredige wijze afbreuk doet aan het tegensprekelijk karakter van de rechtspleging, noch aan het beginsel van de wapengelijkheid.

(geen schending)

3. B.S., 25.03.2000, p. 9 497 en I.B. RIZIV, 2000/2, p. 149.

3. Arrest nr. 102/2000 van 11 oktober 2000⁴

Artikel 97 van de wet van 9 augustus 1963 (art. 164 gecoördineerde VGVU-wet) - Niet-aanpasbare sanctie - Ontbreken van de personalisering van straffen

Terugbetaling door de zorgverlener van onverschuldigde bedragen - Rechtstreekse vordering die een terugvordering van onverschuldigde bedragen en een bijzonder stelsel van burgerlijke aansprakelijkheid combineert - Niet-repressief systeem - Noodzaak om de openbare financiën te beschermen

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD BIJ VONNIS VAN 28 JUNI 1999 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK VAN VERVIERS

1.1. De eerste prejudiciële vraag verwijt artikel 97 van de wet van 9 augustus 1963 (art. 164 van de gecoördineerde VGVU-wet) dat de zorgverlener hier een door de administratie of door de rechter aanpasbare straf wordt ontzegd (beginsel van “*de personalisering van straffen*”).

1.2. Het Hof antwoordt dat de terugvordering, door de verzekeringsinstelling, van de bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd, als gevolg van een vergissing of bedrog, in beginsel gebeurt ten laste van de persoon, “rechthebbende” genoemd, die de terugbetaling van de hem verstrekte zorg heeft gekregen en die ervoor heeft betaald (art. 97, eerste lid, eerste zin) of, in de zogenaamde derdebetalersregeling, ten laste van de zorgverstrekker of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die de bedoelde bedragen voor eigen rekening heeft ontvangen (althans wanneer de persoon die de zorg heeft gekregen, de hoedanigheid van rechthebbende heeft, overeenkomstig de van toepassing zijnde wets- en verordeningsbepalingen) (art. 97, tweede lid).

Het advies van de Raad van State voorafgaande aan de wet van 9 augustus 1963 (Parl. St., Kamer, 1962-1963, nr. 527/1, p. 56) stelt dat deze regel, wat de betrekkingen betreft tussen de verzekeringsinstelling en degene die van haar een ten onrechte betaald bedrag heeft ontvangen, wordt ingegeven door het algemene beginsel opgenomen in artikel 1376 van het Burgerlijk Wetboek: “*Hij die bij vergissing of met zijn weten iets ontvangen heeft dat hem niet verschuldigd was, is verplicht het terug te geven aan degene van wie hij het ontvangen heeft zonder dat het verschuldigd was.*”

Vloeit daaruit een zuiver burgerlijke rechtsovereenkomst voort: de terugbetaling van niet verschuldigde verstrekkingen is noch een administratieve sanctie, noch een strafsancie.

1.3. Het mechanisme bedoeld in artikel 97, eerste lid, tweede zin, valt daarentegen niet onder de terugvordering van onverschuldigde bedragen.

Het voorziet dat de waarde van de onverschuldigde prestaties moet worden terugbetaald door de zorgverstrekker wanneer het niet verschuldigd zijn van de “prestaties” voortvloeit uit het feit dat hij niet de vereiste kwalificaties had om die zorg te verstrekken of zich, als gevolg van een fout of bedrog, niet had geschikt naar de wets- en verordeningsbepalingen.

De terugvordering van aan de rechthebbende gestorte bedragen gebeurt immers niet te zijnen laste, maar ten laste van de zorgverstrekker.

44. B.S. 29.12.2000, Ed. 2, p. 43 355 en I.B. RIZIV, 2001/1, p. 39 + nota van Mevr. Marie de GHELLINCK, “*Terugvordering van onverschuldigde prestaties ten laste van de zorgverlener*”.

De wetgever heeft zo het standpunt aanvaard van de verzekeringsinstellingen die oordeelden “*dat men net als in de derdebetalersregeling de terugbetaling zou moeten kunnen vorderen van de verzorgingsverstrekker die fout of nalatig is geweest en dat bedragen die niet terugvorderbaar blijken te zijn, niet bij hun administratiekosten zouden mogen komen*” (Parl. St., Kamer, 1975-1976, nr. 877/1, p. 3).

De in het geding zijnde bepaling preciseert de aansprakelijkheid van degene wiens gedrag (bedrog of vergissing) ertoe heeft geleid dat die betaling onterecht is gebeurd.

Een dergelijke bepaling wijkt niet fundamenteel af van het gemeen recht.

Indien de zorgverstrekker niet de vereiste kwalificatie bezit of zich niet heeft geschikt naar de verordeningsbepalingen, beschikt de verzekeringsinstelling over een rechtstreekse vordering die een terugvordering van onterecht betaalde bedragen met een bijzondere regeling inzake burgerlijke aansprakelijkheid combineert.

De strengheid van het systeem, wanneer de tekortkoming geen ernstige fout vormt, is niet voldoende om het als repressief te kwalificeren.

Het gemeen recht heeft ook ernstige gevolgen voor degene die een betaling heeft ontvangen waarvan hij niet wist dat ze niet verschuldigd was of die het ongeluk heeft gehad door een lichte fout grote schade te veroorzaken.

De voorwaarden die de zorgverstrekker dient te vervullen opdat de kosten door de verzekering zouden worden gedekt, hebben geen repressieve grond, maar gaan uit (op voorwaarde dat zij pertinent zijn, wat te dezen niet in het geding is) van de noodzaak de ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat wil zeggen de openbare financiën, te beschermen tegen degenen die haar ten gronde zouden kunnen richten door hun onachtzaamheid of misbruik, door middel van een controlesysteem dat niet doeltreffend kan zijn zonder een zekere rigiditeit. Zoals de Ministerraad erop wijst, maakt de in het geding zijnde bepaling het mogelijk de terugvordering van onterecht verleende prestaties te waarborgen.

2.1. Volgens de tweede prejudiciële vraag zou het voornoemde artikel 97 een verschil in behandeling veroorzaken tussen “*de verzorgingsinstellingen die een rechtstreekse tegemoetkoming van de verzekering hebben ontvangen*” en de andere rechtsonderhorigen, waarbij enkel aan de eerst vermelde een “*beroving van goederen*” kan worden opgelegd terwijl zij niets uit te staan zouden hebben met het gedrag dat geleid heeft tot de onverschuldigde betalingen.

2.2. Het Arbitragehof stelt vast dat uit de in de vraag gebruikte bewoordingen niet kan worden afgeleid of de rechter zich in de hypothese van de derdebetalersregeling plaatst (art. 97, tweede lid) of erbuiten (art. 97, eerste lid).

Wanneer de persoon van wie de terugbetaling van de verzekeringstegemoetkoming wordt gevorderd, degene is die die prestaties heeft ontvangen (zoals, in de derdebetalersregeling, een verzorgingsinstelling), is de in het geding zijnde maatregel, om de uiteengezette redenen, een terugvordering van onverschuldigde bedragen die de grondwettigheidstoets doorstaat.

(geen schending)

4. Arrest nr. 41/2001 van 29 maart 2001⁵

Artikelen 73, 142 tot 144 en 157 van de gecoördineerde VGVU-wet-
Procedures voor de Beperkte kamers en de Controlecommissies - Gebruik
van de Duitse taal - Recht om de Duitse taal te gebruiken voor de admini-
stratieve behandeling van de zaak - Latere mogelijkheid om een beroep te
doen op tolken of vertalers - Geen ontzegging van jurisdictionele waarbor-
gen

Artikel 156, laatste lid, van de gecoördineerde VGVU-wet - Beperkte
openbaarheid van beslissingen - Geen verplichting om de motiveringen of
zelfs het beschikkend gedeelte van arresten en vonnissen van de hoven en
rechtbanken bekend te maken - Geen discriminatie

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD BIJ BESLISSING VAN 24 NOVEMBER 1999 VAN DE CONTROLECOMMISSIE EN BIJ BESLISSING VAN 29 FEBRUARI 2000 VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP.

1.1. De eerste prejudiciële vraag stelt dat de artikelen 73, 142 tot 144 en 157 van de gecoördineerde VGVU-wet de beginselen van gelijkheid en van niet-discriminatie zouden schenden, omdat Mevr. K. zich in een op grond van de taal ongunstiger jurisdictionele toestand zou bevinden dan elke andere overtreder die in Eupen een foutieve overtreding heeft begaan die kan leiden tot een ontneming van goederen.

De voornoemde wettelijke bepalingen zouden het een Duitstalige geneesheer die in het Duitse taalgebied woonachtig is, niet mogelijk maken in het Duits te worden berecht, zoals dat mogelijk wordt gemaakt door de bepalingen op het gebruik der talen in gerechtszaken sinds de wet van 23 september 1985.

1.2. Het in het geding zijnde verschil in behandeling berust op een objectief criterium: De administratieve of gerechtelijke aard van het rechtscollege waarvoor een persoon wordt vervolgd.

Dat verschil in behandeling staat in verband met het door de wetgever nagestreefde doel, wanneer hij aan de controlecommissies de zorg heeft toevertrouwd te waken over de inachtneming van de in het geding zijnde wet.

De wetgever heeft immers rekening gehouden met het specifieke karakter van de aan de Commissie toevertrouwde opdracht.

Wegens de techniciteit van de materie heeft hij de Controlecommissies samengesteld uit magistraten van de rechterlijke orde (teneinde te waken over de onpartijdigheid van die commissies en het juridische aspect van de rechtspleging) en uit geneesheren (rekening houdend met de technische en praktische kennis die noodzakelijk is om te beoordelen of er al dan niet een tekortkoming is).

Op territoriaal vlak heeft de wetgever geopteerd voor een verdeling die op de provincies is gebaseerd. Het kan bijgevolg objectief worden verantwoord dat hij geen afdeling heeft samengesteld die in het bijzonder bestemd is om de Duitstalige zaken te behandelen.

1.3. Het moet verder worden onderzocht of de in het geding zijnde bepalingen niet het evenredigheidsbeginsel miskennen, doordat ze een categorie van personen hun jurisdictionele waarborgen inzake het gebruik der talen ontzeggen.

5. B.S. 22.06.2001, Ed. 2, p. 21 812 en I.B. RIZIV, 2001/2, p. 228.

Het Hof merkt in dat verband op dat de wetten op het gebruik der talen in bestuurszaken (art. 41, § 1) de betrokken personen het recht garanderen de Duitse taal te gebruiken voor het onderzoek van de zaak.

Artikel 142 van de gecoördineerde VGVU-wet bepaalt dat de provinciale afdeling van Luik kennis neemt van de zaken die in het Frans en in het Duits worden behandeld.

Het moet worden geïnterpreteerd dat het aan de persoon de keuze van de Duitse taal garandeert wanneer het dossier in het Duits wordt ingediend. In dat geval moet de commissie van de stukken die in de Duitse taal zijn geschreven, kennis nemen door, indien nodig, een beroep te doen op tolken of vertalers.

Aldus geïnterpreteerd ontzegt artikel 142 van de in het geding zijnde wet de betrokken personen hun jurisdictionele waarborgen niet.

Voor het overige is de wetgever er niet toe gehouden aan personen die betrokken zijn in een procedure bij het begin waarvan zij voor een bepaalde taal hebben gekozen, de keuze te bieden van een andere landstaal en de wetgever heeft rekening kunnen houden met het feit dat het aantal Duits-talige zorgverleners die een procedure in het Duits wensen, uiterst beperkt is, wat wordt verklaard door het feit dat de meesten hun studie in het Frans hebben volbracht en dat zij houder zijn van een diploma in het Frans.

2.1. De tweede prejudiciële vraag stelt een schending van de beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie voor zover dat, volgens artikel 156, laatste lid, *in fine*, van de gecoördineerde VGVU-wet, enkel het beschikkend gedeelte der definitieve beslissingen (van de Beperkte kamer en de Commissie van Beroep) wordt bekendgemaakt.

Wat het RIZIV, vervolgende partij in het proces, maar niet met de appellante ertoe in staat zou stellen kennis te nemen van de rechtspraak van de Commissie van beroep.

2.2. De in het geding zijnde bepaling heeft niet tot doel een algemene openbaarheid te waarborgen van de beslissingen tot verbod van tegemoetkoming: zij strekt echter enkel ertoe het beschikkend gedeelte van die beslissingen bekend te maken ten behoeve van de betrokken personen die ermee rekening moeten houden.

Er bestaat trouwens geen algemene verplichting om de motieven, noch zelfs het beschikkend gedeelte van de arresten en vonnissen van de hoven en rechtbanken bekend te maken.

Bijgevolg ziet het Hof niet in welk opzicht het discriminerend zou zijn dat het niet verplicht is de motiveringen van de in het geding zijnde beslissingen bekend te maken.

(geen schending)

5. Arrest nr. 133/2001 van 30 oktober 2001⁶

Artikelen 141, 146, 155 en 156 van de gecoördineerde VGVU-wet -
Beperkte kamers - Organen van het actief bestuur - Toewijzing van
geschillen aan de Commissie van beroep - Administratief rechtcollege -
Politieke rechten - Medewerking aan een openbare dienst

6. B.S., 21.12.2001, Ed. 3, p 44 602 en I.B. RIZIV, 2001/4, p. 450.

Samenstelling van de Commissie van beroep - Aanwezigheid op de rechterstoel van niet-magistraten - Onafhankelijkheid en onpartijdigheid - Ontbreken van een auditoraat - Geen schending van de rechten van verdediging

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ BESLISSING VAN 23 MEI 2000 VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP

1.1. Overeenkomstig de artikelen 141, 146, 155 en 156 van de gecoördineerde VGVU-wet, wordt een geschil omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen behandeld door de Beperkte kamer en de Commissie van beroep ingesteld bij het RIZIV. Bovendien vinden het onderzoek naar en de bevindingen omtrent een verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen plaats door in opdracht van de Dienst voor geneeskundige controle handelende ambtenaren.

Schenden de voornoemde artikelen de artikelen 10 en 11 van de gecoördineerde Grondwet voor zover iedere betwisting tussen een verzekerde (of in voorkomend geval zorgverstrekker) en het RIZIV wordt onderworpen aan de gewone rechtbanken (arbeidsrechtbanken) en daar verleende waarborgen, o.a. middels de tussenkomst van een onafhankelijk en ondeelbaar auditoraat?

1.2. Het Hof wijst er in de eerste plaats op dat de Beperkte kamers geen uitspraak doen over geschillen doch, als organen van het actief bestuur, de beslissingen nemen die in voorkomend geval het voorwerp zullen uitmaken van geschillen. Deze geschillen behoren tot de bevoegdheid van de Beroepscommissies.

De prejudiciële vraag is derhalve zonder voorwerp voor wat betreft de Beperkte kamers.

1.3. Bovendien dient het Hof te onderzoeken of de wetgever, door de betwistingen omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen aan een administratief rechtscollege toe te vertrouwen, de in het geding zijnde rechten wel terecht op impliciete wijze als politieke rechten heeft beschouwd.

De VGVU-wet voorziet in een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen.

De goede werking van dat systeem veronderstelt dat de zorgverstrekkers bij de toepassing van die wet worden betrokken en worden geacht hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst.

Het onderwerp van de in het geding zijnde betwistingen betreft derhalve de beoordeling van de naleving door de zorgverstrekker van zijn verplichtingen in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst.

Wanneer de Commissie van beroep daarover uitspraak doet, treedt zij op in uitoefening van een functie die in een dergelijke verhouding staat tot de prerogatieven van het openbaar gezag van de Staat, dat zij zich buiten de werkingssfeer bevindt van de gedingen van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet.

Daaruit volgt dat een betwisting omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen een geschil omtrent een politiek recht is.

Met toepassing van de mogelijkheid geboden door artikel 145 van de Grondwet, vermocht de wetgever het geschil betreffende een dergelijk politiek recht toe te vertrouwen aan een administratief rechtscollege dat ter zake over een volledige rechtsmacht beschikt, opgericht met toepassing van artikel 146 van de Grondwet.

1.4. Het verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen dat voortvloeit uit de toepassing van verschillende procedures voor verschillende rechtscolleges en in tenminste gedeeltelijk verschillende omstandigheden, houdt op zich geen discriminatie in.

Het zou anders zijn indien het verschil in behandeling als gevolg van de toepassing van deze procedures een overmatige beperking van de rechten van de betrokken partijen zou meebrengen.

De Beroepscommissies bestaan uit drie magistraten en, met adviserende stem, uit drie leden die tot dezelfde beroepscategorie behoren als de zorgverstreker ten laste van wie de betwistingen zijn gebeurd. Het loutere feit dat er niet-magistraten zetelen in een rechterlijk orgaan wegens hun deskundigheid doet, op zich, geen afbreuk aan de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van dit orgaan.

Het ontbreken van de tussenkomst van een onafhankelijk auditoraat volstaat niet om te besluiten dat op onevenredige wijze afbreuk wordt gedaan aan de rechten van de betrokken personen.

Het ontbreken van een dergelijk auditoraat (dat trouwens niet meer bestaat bij de burgerlijke kamers van de rechtbanken van de rechterlijke orde) verhindert niet dat de partijen zich vrij kunnen verdedigen en dat zij de inhoud van de onderzoeken en vaststellingen die hen worden tegengeworpen, kunnen betwisten.

(geen schending)

6. Arrest nr. 26/2002 van 30 januari 2002⁷

Artikelen 142 en 157 van de gecoördineerde VGVU-wet - Verbod om onnodig dure of overbodige verstrekkingen voor te schrijven - Controlecommissies en Commissies van beroep - Administratieve rechtscolleges - Aard van het geschil - Politieke rechten - Medewerking aan een openbare dienst

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ DE BESLISSING VAN 2 AUGUSTUS 2000 VAN DE CONTROLECOMMISSIE

1.1. Schendt de gecoördineerde VGVU-wet artikelen 10 en 11 van de gecoördineerde Grondwet, in samenhang gelezen met zijn artikel 144, door de beslechting omtrent geschillen met betrekking tot het voorschrijven van onnodig dure of overbodige verstrekkingen, en de erop toe te passen sancties, toe te vertrouwen aan een administratief rechtscollege (deze geschillen worden aldus onttrokken aan de bescherming van de rechterlijke macht)?

1.2. Het Arbitragehof dient te onderzoeken of de wetgever, door de voornoemde betwistingen toe te vertrouwen aan een administratief rechtscollege, de in het geding zijnde rechten wel terecht op impliciete wijze als politieke rechten heeft beschouwd.

De gecoördineerde VGVU-wet voorziet een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen. De goede werking van dit systeem veronderstelt dat de zorgverstrekkers, die bij de toepassing van die wet worden betrokken en in die mate hun medewerking verlenen aan een openbare dienst, geen onnodig dure of overbodige verstrekkingen voorschrijven of verrichten ten laste van het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

7. B.S., 29.05.2002, Ed. 2, p. 23 311 en I.B. RIZIV, 2002/1-2, p. 45.

Het onderwerp van de in het geding zijnde betwistingen betreft derhalve de beoordeling van de naleving van de verplichtingen van de zorgverstrekkers in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst.

Wanneer de Controlecommissie daarover uitspraak doet, treedt zij op in uitoefening van een functie die in een dergelijke verhouding staat tot de prerogatieven van het openbaar gezag van de Staat, dat zij zich buiten de werkingssfeer bevindt van de gedingen van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet.

Daaruit volgt dat de wetgever het geschil omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen vermocht te kwalificeren als een geschil over een politiek recht in de zin van artikel 145 van de Grondwet.

(geen schending)

7. Arrest nr. 94/2002 van 5 juni 2002⁸

Artikel 90bis van de wet van 9 augustus 1963 (art. 157, al. 2 van de gecoördineerde VGVU-wet) - Verbod de derdebetaler toe te passen - Onnodig dure of overbodige verstrekkingen - Bijzondere sanctie - De Controlecommissies en Commissies van beroep - Administratieve rechtscolleges - Aard van het geschil - Politieke rechten - Medewerking aan een openbare dienst

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD BIJ ARREST NR. 99.489 VAN 4 OKTOBER 2001 VAN DE RAAD VAN STATE

1.1. Schendt artikel 90bis van de wet van 9 augustus 1963 (art. 157 van de gecoördineerde VGVU-wet) de artikelen 10 en 11 van de Grondwet door een bijzondere sanctie in te stellen (het verbod tot toepassing van de derdebetalersregeling) die uitsluitend betrekking heeft op de zorgverleners die aan de derdebetalersregeling onderworpen prestaties verstrekken, en ten aanzien van de andere zorgverstrekkers zonder gevolg blijft?

1.2. Onder derdebetalersregeling wordt verstaan de betalingswijze waarbij een zorgverstrekkers, dienst of inrichting de betaling van de in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende aan wie de geneeskundige verstrekkingen werden verleend, is aangesloten of ingeschreven.

Uit de tekst van de litigieuze beschikking - die in algemene bewoordingen is geformuleerd en niet, in tegenstelling tot wat de prejudiciële vraagstelling beweert, beperkt is tot de zorgverstrekkers die de derdebetalersregeling reeds genieten - blijkt dat het verbod tot toekenning van de derdebetalersregeling opgelegd aan een zorgverstrekkers die onnodig dure of overbodige verstrekkingen voorschrijft of verricht, *mutatis mutandis* geldt zowel voor de zorgverstrekkers aan wie de derdebetalersregeling reeds is toegekend, als voor hen die de derdebetalersregeling nog niet genieten op het ogenblik dat de sanctie wordt uitgesproken, maar die later een aanvraag indienen om tot die regeling toe te treden.

Voor de eerste categorie van zorgverstrekkers heeft de sanctie als gevolg dat de toekenning van de derdebetalersregeling wordt opgeheven gedurende de periode waarvoor de sanctie is opgelegd.

8. B.S., 14.08.2002, Ed. 2, p. 35 092 en I.B. RIZIV, 2004/1, p. 25.

Voor de tweede categorie van zorgverstrekkers brengt ze mede, dat zij gedurende een periode van drie jaar vanaf de toepassing van de sanctie, niet tot de derdebetalersregeling kunnen worden toegelaten.

In zoverre beide in de prejudiciële vraagstelling onderscheiden categorieën van zorgverstrekkers door het verbod tot toekenning van de derdebetalersregeling kunnen worden getroffen, is er geen verschil in behandeling tussen beide categorieën en dient de vraag ontkennend te worden beantwoord.

2.1. Heeft de wetgever het gelijkheidsbeginsel geschonden door de betwistingen met betrekking tot de vordering van kosten die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering ten laste worden genomen, aan de rechterlijke macht te onttrekken en ze onder de bevoegdheid te brengen van de administratieve rechtscolleges, zodat de betrokken zorgverstrekkers, in tegenstelling tot de andere Belgen, verstoken blijven van de waarborgen verbonden aan de rechtsbedeling door de hoven en rechtbanken?

2.2. Het Hof dient te onderzoeken of de wetgever, door de genoemde betwistingen aan een administratief rechtscollege toe te vertrouwen, de in het geding zijnde rechten wel terecht op impliciete wijze als politieke rechten heeft beschouwd.

De wet van 9 augustus 1963 (de gecoördineerde VGVU-wet van 14.07.1994) voorziet in een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen. De goede werking van dit systeem veronderstelt dat de zorgverstrekkers, die bij de toepassing van die wet worden betrokken en in die mate hun medewerking verlenen aan een openbare dienst, geen onnodig dure of overbodige verstrekkingen voorschrijven of verrichten ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het onderwerp van de in het geding zijnde betwistingen betreft derhalve de beoordeling van de naleving door de zorgverstrekkers van zijn verplichtingen in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst.

Wanneer de Controlegeschiedenis daarover uitspraak doet, treedt zij op in uitoefening van een functie die in een dergelijke verhouding staat tot de prerogatieven van het openbaar gezag van de Staat, dat zij zich buiten de werkingssfeer bevindt van de gedingen van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet. Daaruit volgt dat de wetgever het geschil omtrent de terugvordering van kosten en de uitsluiting van de derdebetalersregeling vermocht te kwalificeren als een geschil over een politiek recht in de zin van artikel 145 van de Grondwet.

(geen schending)

8. Arrest nr. 98/2002 van 12 juni 2002⁹

Artikel 156 van de gecoördineerde VGVU-wet - Bepaalde kamers - Organen van het actief bestuur - Commissies van beroep - Administratieve rechtscolleges - Aard van het geschil - Politieke rechten - Medewerking aan een openbare dienst

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ BESLISSINGEN VAN 25 APRIL 2001 EN VAN 29 JUNI 2001 VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP

9. B.S., 17.08.2002, Ed. 2, p. 35 402 en I.B. RIZIV, 2004/1, p. 30.

1.1. Schendt artikel 156 van de gecoördineerde VGVU-wet artikelen 10 en 11 van de gecoördineerde Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 144 van de gecoördineerde Grondwet, door de beslechting omtrent de geschillen met betrekking tot gebeurlijke inbreuken op de VGVU-reglementering (en de daarop toe te passen sancties) toe te vertrouwen aan administratieve rechtscolleges?

1.2. Het Hof wijst er allereerst op dat de Beperkte kamers geen uitspraak doen over geschillen doch, als organen van het actief bestuur, de beslissingen nemen die in voorkomend geval het voorwerp zullen uitmaken van geschillen. Die geschillen behoren tot de bevoegdheid van de Commissies van beroep.

In zoverre de prejudiciële vraag betrekking heeft op de Beperkte kamers, is ze derhalve zonder voorwerp.

1.3. Bovendien dient het Hof te onderzoeken of de wetgever, door de betwistingen omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen aan een administratief rechtscollege toe te vertrouwen, de in het geding zijnde rechten wel terecht op impliciete wijze als politieke rechten heeft beschouwd.

De VGVU-wet voorziet in een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen. De goede werking van dat systeem veronderstelt dat de zorgverstrekkers bij de toepassing van die wet worden betrokken en worden geacht hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst.

Het onderwerp van de in het geding zijnde geschillen betreft derhalve de toepassing van de naleving door de zorgverstrekker van zijn verplichtingen in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst

Wanneer de Commissie van beroep daarover uitspraak doet, treedt zij op met betrekking tot een functie die in een dergelijke verhouding staat tot de prerogatieven van het openbaar gezag van de Staat, dat zij zich buiten de werkingssfeer bevindt van de gedingen van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet.

De wetgever vermocht dus de betwisting omtrent het verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen te kwalificeren als een geschil omtrent een politiek recht, in de zin van artikel 145 van de Grondwet.

(geen schending)

9. Arrest nr. 120/2002 van 3 juli 2002¹⁰

[Artikel 164 alinea 3 van de gecoördineerde VGVU-wet - Verschillende procedureregels - Verschil in behandeling - Inleiding via verzoekschrift](#)

[Rechten van verdediging - Voldoende waarborgen - Voorafgaande administratieve procedure](#)

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD VIA VONNIS VAN 4 MEI 2001 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK VAN BRUGGE

1.1. Schendt artikel 164, derde lid, van de gecoördineerde VGVU-wet artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor zover het de verzekeringsinstellingen toelaat hun rechtsvordering tot terugvordering van ten gevolge van een vergissing of bedrog, ten onrechte verleende prestaties in te stellen via een verzoekschrift, terwijl andere rechtspersonen hun rechtsvorderingen dienen in te stellen bij dagvaarding, die aan de verweerder wordt betekend?

¹⁰ B.S., 17.09.2002, p. 41 205.

1.2. Het behoort tot de beleidskeuze van de wetgever om te bepalen op welke wijze het indienen van akten van rechtspleging wordt geregeld.

Het verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen die volgt uit de toepassing van verschillende procedureregels in verschillende omstandigheden houdt op zich geen discriminatie in. Van discriminatie zou sprake kunnen zijn indien dit verschil in behandeling een onevenredige beperking van de rechten van de daarbij betrokken personen zou meebrengen.

De mogelijkheid voor verzekeringsinstellingen om de terugvorderingen van onverschuldigde betalingen bij de arbeidsrechtbank in te leiden door middel van een verzoekschrift bedoeld in artikel 704 van het Gerechtelijk Wetboek, is voornamelijk ingegeven door budgettaire redenen.

De inleiding van het geding bij verzoekschrift bedoeld in artikel 704 van het Gerechtelijk Wetboek biedt aan een verwerende partij in beginsel afdoende waarborgen op het vlak van de rechten van verdediging.

Op zich genomen is de regeling niet discriminatoir ten opzichte van de inleiding van het geding bij dagvaarding.

Inzonderheid rijst de vraag of, in geval van inleiding van een geding door middel van het bedoelde verzoekschrift, de verweerder niet onevenredig in zijn rechten wordt geschaad: hij krijgt pas kennis van het proces door middel van oproeping door de griffier om te verschijnen op de zitting die door de rechter is bepaald, zonder dat hiervoor enige termijn is vastgelegd zodat een onbepaalde tijd kan verlopen tussen de neerlegging van het verzoekschrift en die oproeping, en het verzoekschrift vermeldt enkel het onderwerp van de vordering en niet een korte samenvatting van de middelen.

In geval van dagvaarding bij gerechtsdeurwaardersexploot daarentegen kent de verweerder de plaats, dag en het uur van de terechtzitting evenals het onderwerp en de korte samenvatting van de middelen van de vordering.

Alhoewel in geval van inleiding van het geding bij verzoekschrift de verwerende partij niet onmiddellijk op de hoogte is van het feit dat tegen hem een geding is ingeleid, moet rekening worden gehouden met de eigen aard van het sociaal procesrecht, en meer bepaald met de tussenkomst van het openbaar ministerie bij de arbeidsgerechten.

Aldus biedt de tussenkomst van een onafhankelijk magistraat beide partijen de waarborgen van een volledig en objectief onderzoek van de zaak.

Die regeling, die overigens in het belang van de partijen bestaat, heeft tot gevolg dat er enig tijdsverloop bestaat tussen de neerlegging van het verzoekschrift en de kennisgeving ervan aan de verwerende partij.

Ten slotte kan niet worden voorbijgegaan aan het feit dat de gerechtelijke procedure tot terugvordering van de in artikel 164 van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde onverschuldigde betalingen ten laste van een zorgverstrekker in de regel wordt voorafgegaan door een administratiefrechtelijke procedure voor de Beperkte kamer en de Commissie van beroep ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en door een aanmaning tot betaling van de verschuldigde bedragen.

(geen schending)

10. Arrest nr. 23/2003 van 12 februari 2003¹¹

Artikel 174, 6^o van de gecoördineerde VGVU-wet - Terugvordering van het onverschuldigde - Termijn van twee jaar - Niet toepasselijkheid van de korte verjaringstermijn - Onterecht betaalde prestaties - Misbruik van de diagnostische of therapeutische vrijheid

Artikel 157 en 142 van de gecoördineerde VGVU-wet - Controlecommissies en Beroepscommissies - Administratieve rechtscolleges - Aard van het geschil - Politieke rechten - Medewerking aan een openbare dienst

Artikel 142, § 2 142 van de gecoördineerde VGVU-wet - Bevoegdheid van de Commissie van beroep - Onbevoegdheid van de Arbeidsrechtbank (art. 167) - Geen tussenkomst van een onafhankelijk auditoraat - Geen afbreuk van de rechten van verdediging

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD BIJ DE ARRESTEN NR. 102.632 EN NR. 102.633 VAN 17 JANUARI 2002 VAN DE RAAD VAN STATE

1.1. Schendt artikel 174, 6^o, van de gecoördineerde VGVU-wet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor zover de verjaringstermijn van twee jaar voor de vorderingen tot terugvordering van de verzekeringsinstellingen tegenover de verzekerden niet geldt voor de in artikel 157, eerste lid van dezelfde wet bedoelde terugvorderingen lastens de zorgverleners?

1.2. Artikel 174, 6^o, van de gecoördineerde VGVU-wet zegt:

“De vordering tot terugvordering van de waarden der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed.”

Artikel 157, eerste lid, van dezelfde wet bepaalt:

“Bij vaststelling van een tekortkoming inzake de bepalingen van artikel 73, vorderen de Commissies zoals bedoeld in artikel 142, onverminderd straf- of tuchtrechtelijke vervolgingen, de uitgaven met betrekking tot de prestaties die door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste werden genomen, geheel of gedeeltelijk terug van de zorgverlener.”

Artikel 174, 6^o was reeds opgenomen in de wet van 9 augustus 1963 (art. 106, § 1, 6^o).

Luidens de parlementaire voorbereiding van het toenmalige artikel 106 stelt die bepaling *“de verjaringstermijn eenvormig [vast] op twee jaar; [het] bepaalt nader dat niet mag worden afgezien van de verjaringen met betrekking tot betalingen van prestaties”* (Parl. St., Kamer, 1962-1963, nr. 527/1, p. 32). In geval van verjaring mag de verzekeringsinstelling zich niet wenden tot de verzekerde (*ibid.*, nr. 527/16, p. 179).

De regeling betreffende de terugvordering van kosten voor onnodig dure onderzoeken en behandelingen en voor overbodige verstrekkingen, thans neergelegd in artikel 157 van de gecoördineerde VGVU-wet, werd ingevoegd bij de wet van 22 december 1989.

11. 14.07.2003, p. 37 863 en I.B. RIZIV, 2004/1, p. 37.

Uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever een controle van de misbruiken van de therapeutische vrijheid heeft gewild, onafhankelijk van de deontologische beoordeling. Hij heeft die controle toevertrouwd aan de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV. De beoordeling van vastgestelde tekortkomingen heeft hij toevertrouwd aan de Controlecommissie en aan de Commissie van beroep (Parl. St., Kamer, 1989-1990, nr. 975/1, pp. 17 tot 20).

De wetgever vermocht rekening te houden met het specifieke karakter van beide soorten van terugvorderingen.

De terugvorderingen bedoeld in artikel 174, 6^o, hebben uitsluitend betrekking op ten onrechte - met andere woorden, zonder oorzaak - door de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde prestaties.

Die bepaling regelt de verhouding tussen de verzekeringsinstelling en haar verzekerde.

In die omstandigheden kan worden aangenomen dat voor zulke terugvorderingen in een korte verjaringstermijn wordt voorzien ten einde onder meer rechtsonzekerheid te vermijden.

De terugvorderingen bedoeld in artikel 157, eerste lid, daarentegen hebben betrekking op prestaties die in eerste instantie terecht werden betaald, maar die na onderzoek misbruiken kunnen blijken uit te maken van de therapeutische of diagnostische vrijheid.

Misbruiken kunnen slechts worden vastgesteld na een omstandig en technisch ingewikkeld onderzoek en na vergelijking van het voorschrijf- en prestatiegedrag over een min of meer lange periode.

Een korte verjaringstermijn van twee jaar, dan nog ingaand op het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed, zou niet verenigbaar zijn met de door de wetgever nagestreefde doelstelling, namelijk het bestrijden van onnodig dure onderzoeken en behandelingen en overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Door in artikel 174, 6^o, van een korte verjaringstermijn van twee jaar te voorzien ten aanzien van de in die bepaling bedoelde terugvorderingen van de verzekeringsinstellingen, terwijl die verjaringstermijn niet geldt voor de in artikel 157, eerste lid, bedoelde terugvorderingen, heeft de wetgever een maatregel genomen die niet zonder redelijke verantwoording is.

2.1. Schendt de gecoördineerde VGVU-wet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor zover:

- de betwistingen i.v.m. de gehele of gedeeltelijke terugvordering lastens een zorgverlener, van uitgaven met betrekking tot de vergoede prestaties, door de bij het RIZIV bedoelde Controlecommissie en Commissie van Beroep worden behandeld en
- het onderzoek van de bevindingen omtrent een terugvordering dan wel het opleggen van een verbod van de toepassing van de derdebetalersregeling plaatsvindt door de in dienst en in opdracht van de Dienst voor geneeskundige controle handelende ambtenaren, terwijl iedere betwisting tussen de verzekerde (of in voorkomend geval zorgverlener) en het RIZIV zelf, wordt onderworpen aan de gewone rechtbanken, met de waarborgen, o.a. middels de tussenkomst van een onafhankelijk en ondeelbaar auditoraat, verleend in de artikelen 138, 140, 145, 152 en 764 van het gerechtelijk wetboek?

2.2. Het Hof dient te onderzoeken of de wetgever, door de betwistingen over inbreuken op artikel 73, tweede, derde en vierde lid van de gecoördineerde VGVU-wet aan een administratief rechtscollege toe te vertrouwen, de in het geding zijnde rechten wel terecht op impliciete wijze als politieke rechten heeft beschouwd.

De gecoördineerde VGVU-wet voorziet in een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen. De goede werking van dit systeem veronderstelt dat de zorgverstrekkers, betrokken bij de toepassing van deze wet en wat dat betreft bijdragen aan een openbare dienst, vermijden om onnodig dure of overbodige verstrekkingen voor te schrijven ten laste van het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het onderwerp van de in het geding zijnde betwistingen betreft derhalve de beoordeling van de naleving door de zorgverstrekker van zijn verplichtingen in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst.

Wanneer de Controlecommissie of Commissie van Beroep daarover uitspraak doet, treedt zij op in uitoefening van een functie die in een dergelijke verhouding staat tot de prerogatieven van het openbaar gezag van de Staat, dat zij zich buiten de werkingssfeer bevindt van de gedingen van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet. Daaruit volgt dat de wetgever het geschil omtrent de terugvordering van kosten en de uitsluiting van de derdebetalersregeling vermocht te kwalificeren als een geschil over een politiek recht in de zin van artikel 145 van de Grondwet.

2.3. Wat het tweede deel van de vraag betreft:

Het verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen dat voortvloeit uit de toepassing van verschillende procedures voor verschillende rechtscolleges en in verschillende omstandigheden, houdt op zich geen discriminatie in. Van discriminatie zou slechts sprake kunnen zijn, indien het verschil in behandeling dat voortvloeit uit de toepassing van die procedures een onevenredige beperking van de rechten van de daarbij betrokken partijen met zich mee zou brengen.

Rekening houdend met het technisch karakter van de materie is het niet onredelijk dat het voorafgaand onderzoek toevertrouwd is aan ambtenaren van het RIZIV en dat zij kunnen deelnemen aan de debatten ter zitting.

Het ontbreken van de tussenkomst van een onafhankelijk auditoraat volstaat niet om te besluiten dat op onevenredige wijze afbreuk wordt gedaan aan de rechten van de betrokken personen. Die afwezigheid verhindert niet dat de partijen zich vrij en nuttig kunnen verdedigen en dat zij de inhoud van de onderzoeken en vaststellingen die hen worden tegengeworpen, kunnen betwisten.

(geen schending)

11. Arrest nr. 26/2003 van 19 februari 2003¹²

Artikel 97 van de wet van 9 augustus 1963 (art. 164 van de gecoördineerde VGVU-wet) - Onverschuldigde prestaties - Terugvordering ten laste van de zorgverstrekker - Rechtstreekse vordering die een terugvordering van onverschuldigde bedragen en een bijzonder stelsel van burgerlijke aansprakelijkheid combineert - Noodzaak om de openbare financiën te beschermen - Omvang van de verplichting tot teruggave - Integraal herstel van de schade - Geen forfaitair karakter

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ VONNIS VAN 14 JANUARI 2002 VAN DE ARBEIDS-RECHTBANK VAN VERVIERS

1.1. Schendt artikel 97 van de wet van 9 augustus 1963 (art. 164 van de gecoördineerde VGVU-wet)

12. B.S., 14.07.2003, Ed. 2, p. 37 928 en I.B. RIZIV, 2003/2, p. 173.

de artikelen 10 en 11 van de Grondwet doordat:

- de zorgverstrekker wordt gesanctioneerd met een forfaitaire en automatische teruggave terwijl de andere burgers die een onverschuldigd bedrag moeten terugbetalen, het recht hebben om slechts de waarde van enkel de verrijking zonder oorzaak terug te geven?
- de zorgverstrekker een forfaitaire en automatische teruggave moet garanderen, terwijl de andere burgers die door hun fout voor een door een derde terug te geven ten onrechte betaald bedrag aansprakelijk zijn, het recht hebben de omvang van het herstel aan te passen volgens de door de rechter beoordeelde omstandigheden?

1.2. Het genoemde artikel 97 bepaalt dat buiten de derdebetalersregeling - dus wanneer de verzekeringsinstelling heeft terugbetaald aan een sociaal verzekerde die zelf de honoraria heeft betaald die door de zorgverstrekker zijn gevraagd -, de waarde van de onterecht aan een rechthebbende verleende "prestaties" moet worden terugbetaald door de zorgverstrekker wanneer het niet verschuldigd zijn van de "prestaties" voortvloeit uit het feit dat hij niet de vereiste kwalificaties had om die zorg te verstrekken of zich, als gevolg van een fout of bedrog, niet had geschikt naar de wets- en verordeningsbepalingen.

Die bepaling stelt een regeling in die niet mag worden beschouwd als de loutere toepassing ter zake van het mechanisme van de terugvordering van onverschuldigde bedragen, nu de terugvordering van aan de rechthebbende gestorte bedragen niet te zijnen laste, maar ten laste van de zorgverstrekker gebeurt.

Ze vloeit voort uit het feit dat de wetgever het standpunt heeft aanvaard van de verzekeringsinstellingen (tot dan ertoe gehouden de terugbetaling te vorderen bij de rechthebbende, zelfs indien hij geen enkele aansprakelijkheid in die gelegenheid had) die *"oordeelden dat men net als in de derde betalersregeling de terugbetaling zou moeten kunnen vorderen van de zorgverstrekker die fout of nalatig is geweest en dat bedragen die niet terugvorderbaar blijken te zijn, niet bij hun administratiekosten zouden mogen komen"* (Parl. St., Kamer, 1975-1976, nr. 877/1, p. 3).

Door te beogen *"de terugbetaling ten laste te leggen van degene die de vergissing begaan heeft of het bedrog gepleegd heeft"* (Parl. St., Senaat, 1975-1976, nr. 901-2, p. 5), preciseert de in het geding zijnde bepaling de aansprakelijkheid van degene wiens gedrag (bedrog of vergissing) ertoe heeft geleid dat die betaling onterecht is gebeurd.

1.3. In het door de verwijzende rechter beoogde geval is het de persoon die de verzorging heeft gekregen die bedragen heeft ontvangen waarvan de betaling onterecht is door het feit dat die zorgverstrekker heeft gehandeld zonder de vereiste kwalificatie te bezitten of zich niet heeft geschikt naar de verordeningsbepalingen die hij dient na te leven. In dat geval kan de verzekeringsinstelling de onterecht door haar "terugbetaalde" sommen terugvorderen van de zorgverstrekker wiens prestatie tot die terugbetaling heeft geleid terwijl die zorgverstrekker niet de in de wet vereiste voorwaarden vervulde.

Dat recht wordt aangemerkt als een rechtstreekse vordering die een terugvordering van onterecht betaalde bedragen met een bijzondere regeling inzake burgerlijke aansprakelijkheid combineert.

Door dat gevolg te verbinden aan de niet-inachtneming, door de zorgverstrekker, van de voorwaarden die hij dient te vervullen opdat de kosten door de verzekering worden gedekt, is de wetgever ingegaan op de noodzaak om de ziekte- en invaliditeitsverzekering, meer bepaald de openbare financiën, te beschermen tegen degenen die haar ten gronde zouden kunnen richten door hun onachtzaamheid of misbruik, door middel van een controlesysteem dat niet doeltreffend kan zijn zonder een zekere rigiditeit.

1.4. Beschouwd vanuit het oogpunt van de omvang van wat ten laste van de zorgverstrekker wordt gelegd, wijkt de hiervoor beschreven regeling niet fundamenteel af van het gemeen recht.

Het gemeen recht heeft ook zware gevolgen voor degene die een betaling heeft ontvangen waarvan hij niet wist dat ze niet verschuldigd was of die het ongeluk heeft gehad door een lichte fout grote schade te veroorzaken.

De sommen die de zorgverstrekker moet terugbetalen voor de op onregelmatige wijze verstrekte verzorging - met name om reden dat hij niet de vereiste hoedanigheid had - hebben geen forfaitair karakter, aangezien zij overeenstemmen met het bedrag van de "prestaties" die daadwerkelijk zijn toegekend aan de rechthebbende door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Daarin verschilt de omvang van de verplichting die aldus ten laste van de zorgverstrekker wordt gelegd, noch van de omvang van de verplichting tot teruggave wanneer er sprake is van de terugvordering van onverschuldigde bedragen - waarbij die terugvordering het volledige onverschuldigde bedrag dekt - noch van de omvang van de verplichting tot herstel in geval van burgerlijke aansprakelijkheid, die eveneens de geleden schade volledig dekt.

(geen schending)

12. Arrest nr. 31/2003 van 12 maart 2003¹³

Artikelen 73 en 157 van de gecoördineerde VGVU-wet - Terugvordering van onnodig dure of overbodige prestaties - Verjaringstermijn - Termijn van gemeen recht - Artikel 2262bis van het Burgerlijk Wetboek - Verschillende termijn van strafbare feiten (art. 170 en 171 van de gecoördineerde VGVU-wet) - Geen discriminatie

PREJUDICIËLE VRAGEN GESTELD BIJ BESLISSING VAN 28 FEBRUARI 2002 VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP

1.1. Is de gecoördineerde VGVU-wet bestaanbaar met het gelijkheidsbeginsel en met het beginsel van het verbod van discriminatie, in zoverre het zonder specifieke verjaringstermijn aan de geneesheren sancties oplegt om bepaalde gedragingen te bestraffen, terwijl de strafsancities die ertoe strekken andere gedragingen te bestraffen moeten worden toegepast binnen bij de wet voorgeschreven termijnen die korter zijn dan in het gemeen recht?

1.2. Al heeft de voormelde wet, in hoofdstuk V ervan, geen specifieke verjaringstermijn bepaald voor de betwistingen betreffende artikel 73, dient toch redelijkerwijs te worden aangenomen dat de wetgever die betwistingen niet onverjaarbaar heeft willen maken en dat bijgevolg de termijn van het gemeen recht, namelijk die van artikel 2262bis van het Burgerlijk Wetboek, ter zake van toepassing was.

2.1. Is artikel 157 van de gecoördineerde VGVU-wet bestaanbaar met het gelijkheidsbeginsel en met het beginsel van het verbod van discriminatie, in zoverre het voor de geneesheren niet voorziet in een termijn voor de terugvordering van de onnodig dure of overbodige verstrekkingen, noch in terugvorderingstermijnen die verschillen naar gelang van de goede of van de kwade trouw van de zorgverlener, terwijl voor de andere zorgverleners of voor de rechthebbenden op verzorging in een verjaringstermijn is voorzien en rekening wordt gehouden met de goede of de kwade trouw ten einde voor de terugvordering een verschillende verjaringstermijn toe te passen?

2.2. De bij artikel 157, eerste lid, bestrafte misbruiken kunnen slechts worden vastgesteld na een minutieus onderzoek van het gedrag van de voorschrijvende arts. Dat gedrag moet noodzakelijkerwijze worden beoordeeld over een voldoende lange periode en de sanctie kan bestaan in een gehele of gedeeltelijke terugvordering van de uitgaven.

13. B.S., 14.07.2003, p. 37 944 en I.B. RIZIV, 2003/2, p. 176.

Wegens die specifieke redenen is het niet discriminerend te voorzien in een langere verjaringstermijn dan die welke geldt voor de strafbare feiten bedoeld in de artikelen 170 en 171 van de voormelde wet en die termijn niet te laten variëren naar gelang van de goede of de kwade trouw van de betrokkene, zoals artikel 174, derde lid, van dezelfde wet doet.

(geen schending)

13. Arrest nr. 133/2004 van 22 juli 2004¹⁴

Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde VGVU-wet - Terugvordering van onnodig dure of overbodige prestaties - Verjaringstermijn - Termijn van gemeen recht – Artikel 2262*bis* van het Burgerlijk Wetboek - Terugvordering van niet verrichte of niet conforme prestaties - Verschillende termijn - Geen discriminatie

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ DE BESLISSING VAN 18 DECEMBER 2002 VAN DE CONTROLECOMMISSIE

1.1. Schendt artikel 174, 10^o, van de gecoördineerde VGVU-wet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre de nietigheidsgrond die het invoert ten aanzien van een arts die voor een Beperkte kamer van het RIZIV wordt vervolgd, niet van toepassing is op de vaststellingen die met betrekking tot een arts die voor de Controlecommissie van het RIZIV wordt vervolgd, werden gedaan meer dan twee jaar te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten met betrekking tot de betwiste feiten hebben ontvangen?

1.2. De regeling betreffende de terugvordering van de uitgaven voor onnodig dure onderzoeken en behandelingen en voor overbodige verstrekkingen, neergelegd in artikel 157 van de voormelde wet, werd ingevoegd bij de wet van 22 december 1989.

Al heeft de voormelde wet, in hoofdstuk V ervan, geen specifieke verjaringstermijn bepaald voor de betwistingen betreffende artikel 73, dient toch redelijkerwijs te worden aangenomen dat de wetgever die betwistingen niet onverjaarbaar heeft willen maken en dat bijgevolg de termijn van het gemeen recht, namelijk die van artikel 2262*bis* van het Burgerlijk Wetboek, ter zake van toepassing was.

De terugvorderingen bedoeld in artikel 157, eerste lid, hebben betrekking op prestaties die op het eerste gezicht terecht werden betaald, maar die na onderzoek misbruiken kunnen blijken uit te maken van de therapeutische of diagnostische vrijheid.

Ook al brengt een dergelijke regeling voor de betrokken artsen een grote mate van rechtsonzekerheid teweeg, toch moet worden vastgesteld dat een korte verjaringstermijn van twee jaar onvermijdelijk zou zijn met het doel van de wetgever van 1989, dat erin bestond onnodig dure onderzoeken en behandelingen alsook overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, te bestrijden.

De vaststellingen die kunnen leiden tot de toepassing van artikel 156 - en meer bepaald van de procedure tot terugvordering waarin het tweede lid ervan voorziet - hebben daarentegen betrekking op misbruiken op het vlak van hetzij verstrekkingen die zijn aangegeven maar die niet werkelijk zijn verricht, hetzij verstrekkingen die niet overeenstemmen met de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Die controle van de realiteit en overeenstemming van de verstrekkingen houdt niet de moeilijkheden en beperkingen in die in de vorige alinea zijn beschreven.

14. B.S., 25.10.2004, p. 73 354.

Artikelen 10 en 11 van de Grondwet vereisen niet dat de verjaringstermijn van twee jaar waarin het vroegere artikel 174, 10°, van de wet van 14 juli 1994 voorzag voor de vaststellingen bedoeld in artikel 141, § 1, 9°, van dezelfde wet, ook zou gelden voor de vaststellingen bedoeld in artikel 142, § 1, eerste lid, van dezelfde wet.

(geen schending)

14. Arrest nr. 5/2006 van 11 januari 2006¹⁵

Artikel 140 van de gecoördineerde VGVU-wet - Samenstelling van het Comité van de DGEC - Uitoefening van het stemrecht - Systeem van stemmen per beroepscategorie - Geen discriminatie

BEROEP TOT Vernietiging van de wet van 22 juni 2004 tot wijziging van artikel 140 van de gecoördineerde VGVU-wet en beroep tot vernietiging van artikel 21 van de wet van 27 december 2004 houdende diverse bepalingen (wijziging van artikel 140 van de gecoördineerde VGVU-wet)

1.1. Volgens het middel creëren de bestreden bepalingen een niet te verantwoorden verschil in behandeling tussen geneesheren en andere zorgverstrekkers, doordat de modaliteiten volgens welke de leden van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle stemgerechtigd zijn verschillend zijn naargelang dat Comité zich dient uit te spreken in zaken die geneesheren betreffen, dan wel in zaken die andere zorgverstrekkers betreffen.

1.2. Krachtens de bestreden bepalingen beschikt elk effectief lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle over een stem wanneer zaken worden onderzocht die geneesheren betreffen. Wanneer zaken worden onderzocht die andere zorgverstrekkers betreffen stemmen de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties en verenigingen echter per categorie. Beide categorieën beschikken over één stem.

Uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 22 juni 2004 blijkt dat de wetgever een aantal technische correcties heeft willen aanbrengen in de tekst van de bij de programmawet (II) van 24 december 2002 gewijzigde VGVU-wet van 1994, omdat die tekst niet beantwoordde aan de doelstellingen van de wetgever bij het aannemen van die programmawet (Parl. St., Kamer, 2003-2004, Doc. 51-0845/001, pp. 4 en 5).

Die doelstellingen, zoals ze bleken uit de memorie van toelichting bij het wetsontwerp dat de programmawet (II) van 24 december 2002 is geworden, werden tijdens de parlementaire voorbereiding van de bestreden wet van 22 juni 2004 opnieuw aangehaald. Meer bepaald werd gesteld:

“Er wordt een bijkomende garantie voor een evenwichtig onderzoek van de feiten door het Comité toegevoegd. De werkingsregels van dit Comité worden aangepast om de respectievelijke debatten en invloeden opnieuw in evenwicht te brengen. In de huidige situatie is het Comité samengesteld onder het voorzitterschap van een magistraat, uit een vaste groep van 8 geneesheren, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, van 8 geneesheren, vertegenwoordigers van het geneesherenkorps en van 4 geneesheren, vertegenwoordigers van de Nationale raad van de Orde van geneesheren.”

15. B.S., 30.01.2006, p. 5 067 en I.B. RIZIV, 2006/2, p. 233.

Deze 20 leden beraadslagen over alle zaken, zelfs deze die hen niet rechtstreeks aanbelangen. De andere geneeskundige beroepen, de verzorgingsinstellingen en de paramedische beroepen houden enkel zitting in de zaken die hen rechtstreeks aanbelangen. Elk van deze groepen beschikt slechts over 2 vertegenwoordigers. Dit onevenwicht plaatst hen automatisch in de minderheid. Het ontwerp verbetert deze anomalie.(...)" (Parl. St., Kamer, 2003-2004, Doc 51-0845/001, p. 4).

Het in de bestreden bepalingen vervatte verschil in behandeling berust op een objectief criterium, namelijk de aard van het beroep van de persoon die het voorwerp uitmaakt van de zaak waarover het Comité dient te stemmen.

De wetgever heeft een evenwicht willen creëren tussen de stemmen die toekomen aan, enerzijds, de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties en verenigingen van de betrokken beroepsgroep en, anderzijds, de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

Om die doelstelling te bereiken werd een bijzonder systeem van stemmen (stemmen per categorie) ingesteld, zij het dat dit systeem enkel toepasselijk werd gemaakt in zaken waarin het Comité zich dient uit te spreken ten aanzien van "*andere zorgverstrekkers*" en niet in zaken betreffende geneesheren.

1.3. Sinds de wijziging ervan bepaalt artikel 140, § 5, van de VGVU-wet 1994 dat voor het uitoefenen van de bevoegdheid bedoeld in artikel 141, § 1, 16°, de leden bedoeld in § 1 ingedeeld worden in taalgroepen en artikel 140, § 1, tweede lid, dat de leden bedoeld onder 2° tot en met 21° voor de helft uit Nederlandstaligen en voor de helft uit Franstaligen bestaan. Ofschoon die verdeling met zich meebrengt dat bij de behandeling van zaken betreffende zorgverstrekkers het aantal vertegenwoordigers van de verschillende categorieën wordt gehalveerd, wijzigt die bepaling niets aan de krachtverhoudingen tussen die verschillende categorieën.

Door het systeem van stemmen per categorie, dat afwijkt van het gemeenrechtelijke systeem van stemmen per lid, slechts toe te passen in zaken die de "*andere zorgverstrekkers*" betreffen, heeft de wetgever een maatregel genomen die niet zonder redelijke verantwoording is.

1.4. De bestreden bepalingen zouden nadelige gevolgen hebben omdat bij de behandeling van zaken die geneesheren betreffen de afwezigheid van een vertegenwoordiger van de representatieve organisaties het resultaat van de stemming op doorslaggevende wijze kan beïnvloeden.

Nog afgezien van de vraag of de door de verzoekende partij aangevoerde nadelen voortvloeien uit de bestreden bepalingen, stelt het Hof vast dat artikel 140 van de VGVU-wet 1994 (eerste lid in de zaak nr. 3479; paragraaf 1 in de zaak nr. 3723) voor elk lid van het Comité voorziet in een plaatsvervangend lid.

Wanneer een vertegenwoordiger van de representatieve organisaties niet aanwezig kan zijn op een vergadering van het Comité, kan hij zich laten vervangen door een plaatsvervangend lid.

De bestreden bepalingen kunnen redelijkerwijze niet worden geacht onevenredige gevolgen te hebben.

(geen schending - verwerping van het beroep)

15. Arrest nr. 185/2006 van 29 november 2006¹⁶

Artikel 164 van de gecoördineerde VGVU-wet - Terugbetaling van onverschuldigde bedragen - Zorgverstrekkers in dienstverband - Artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten - Bedrog, zware fout en gewoonlijke lichte fout - Verschil in behandeling tussen de werknemers die een medisch of paramedisch beroep uitoefenen en alle andere werknemers

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ VONNIS VAN 20 FEBRUARI 2006 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK VAN CHARLEROI

1.1. In welke mate voert artikel 164 van de gecoördineerde VGVU-wet geen discriminatie in tussen de zorgverstrekkers die door een arbeidsovereenkomst zijn gebonden en de andere werknemers, daar, voor de eerstgenoemden, de verzekeringsinstellingen - die ten aanzien van de arbeidsrelatie dus derden zijn - die hun aansprakelijkheid in het geding willen brengen wegens een fout tijdens de uitoefening van hun functie, niet ertoe gehouden zijn het bestaan van bedrog, zware schuld of gewoonlijke lichte schuld te bewijzen?

1.2. Het vonnis van de Arbeidsrechtbank te Charleroi ondervraagt het Hof enkel over het tweede lid van artikel 164 van de gecoördineerde VGVU-wet, dat bepaalt:

“De ten onrechte uitbetaalde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging die langs de derdebetalersregeling zijn betaald, moeten terugbetaald worden door de zorgverstrekker die de wets- of verordeningsbepalingen niet heeft nageleefd. Indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan. [...]”.

De verzekeringsinstelling die bedragen heeft uitgekeerd op basis van getuigschriften voor verstrekte hulp die met schending van de wets- of verordeningsbepalingen zijn opgemaakt, beschikt op grond van die bepaling over een rechtstreekse vordering tegen de zorgverstrekker die, door zijn fout of zijn nalatigheid, de onterechte betaling heeft veroorzaakt.

Die bepaling voert dus een regeling in die niet kan worden beschouwd als een gewone toepassing ter zake van het mechanisme van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, daar de terugvordering van de bedragen gebeurt ten laste van de zorgverstrekker, zelfs indien hij niet de begunstigde ervan was. Dat stelsel moet worden beschouwd als een combinatie van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag en een bijzonder stelsel van burgerrechtelijke aansprakelijkheid.

1.3. De verwijzende rechter is van mening dat die bepaling afwijkt van het stelsel van de beperking van de aansprakelijkheid van de werknemers dat voortvloeit uit artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, dat bepaalt:

“Ingeval de werknemer bij de uitvoering van zijn overeenkomst de werkgever of derden schade berokkent, is hij enkel aansprakelijk voor zijn bedrog en zijn zware schuld. Voor lichte schuld is hij enkel aansprakelijk als die bij hem eerder gewoonlijk dan toevallig voorkomt.”

1.4. Het Hof wordt ondervraagd over het verschil in behandeling tussen de werknemers die een medisch of paramedisch beroep uitoefenen, en alle andere werknemers.

16. B.S., 13.02.2007, p. 7 162.

Het specifieke karakter van de medische en paramedische beroepen maakt het niet mogelijk te besluiten dat de personen die deze beroepen in het kader van een arbeidsovereenkomst en onder het gezag van een werkgever uitoefenen, niet vergelijkbaar zouden zijn met de andere werknemers wanneer hun aansprakelijkheid moet worden beoordeeld voor de fouten die zij tijdens de uitvoering van hun overeenkomst hebben gepleegd.

1.5. Het Hof moet echter nog nagaan of de verplichting tot terugbetaling van de onterecht betaalde bedragen (art. 164, tweede lid) niet onevenredig is wanneer zij wordt toegepast op een zorgverstrekker die zijn beroep uitoefent in het kader van de uitvoering van een arbeidsovereenkomst en wiens fout, die tot de onterechte betaling heeft geleid, door de rechter zou kunnen worden beschouwd als een "occasionele lichte fout" in de zin van artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

De versoepeling van de regels van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid in het voordeel van de werknemers wat de gevolgen van hun niet-gewoonlijke lichte fouten betreft, is verantwoord door de zorg van de wetgever om de werknemer te beschermen tegen de vergoeding, door hem, van elke schade die door zijn occasionele lichte fout is veroorzaakt tijdens de uitvoering van zijn arbeidsovereenkomst, rekening houdend met het verhoogde risico dat elke beroepsactiviteit impliceert en met het feit dat de werknemers hun activiteit ten voordele van hun werkgever en onder diens gezag uitoefenen.

1.6. Het Hof ziet niet in om welke reden dat doel niet eveneens zou moeten worden nagestreefd voor de personen die een medisch of paramedisch beroep uitoefenen in het kader van een arbeidsovereenkomst en tegen wie een vordering tot terugbetaling op grond van artikel 164, tweede lid, wordt ingesteld.

Die personen zijn, zoals alle werknemers, blootgesteld aan het risico om occasionele lichte fouten te begaan tijdens de uitvoering van hun overeenkomst en zij oefenen hun beroep ten voordele van hun werkgever en onder diens gezag uit.

Het is dan ook niet verantwoord hen anders te behandelen dan de andere werknemers door hun het voordeel van de in artikel 18 van de voormelde wet voorgeschreven bescherming te weigeren.

In die zin geïnterpreteerd dat het, in de daarin beoogde hypothese, de toepassing van artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten weigert aan de zorgverstrekkers die hun beroep in het kader van een arbeidsovereenkomst uitoefenen, schendt artikel 164, tweede lid, van de VGVU-wet gecoördineerd op 14 juli 1994, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

1.7. Het Hof merkt evenwel op dat het door die bepaling ingevoerde aansprakelijkheidsstelsel kan worden gecombineerd met de bescherming die artikel 18 van de voormelde wet biedt.

Wanneer de zorgverstrekker die de wets- of verordeningsbepalingen niet heeft nageleefd, die administratieve fout tijdens de uitoefening van zijn arbeidsovereenkomst heeft begaan, moet de verzekeringsinstelling die hem wil laten veroordelen tot de terugbetaling, bedoeld in artikel 164, tweede lid, van de bedragen die zij onterecht heeft betaald, aantonen dat die fout bedrog of een zware fout uitmaakt of dat het gaat om een gewoonlijke lichte fout.

In die interpretatie schendt artikel 164, tweede lid, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.

(schending of geen schending naargelang van de interpretatie)

16. Arrest nr. 16/2008 van 14 februari 2008¹⁷

Artikel 164 van de gecoördineerde VGVU-wet - Artikelen 700 en 704 van het Gerechtelijk Wetboek - Rechtsvordering - Deurwaardersexploot - Onverschuldigde betalingen - Zorgverstreker - Geen verschil in behandeling Artikelen 700 en 792 van het Gerechtelijk Wetboek - Betekening - Gerechtsbrief - Deurwaardersexploot - Geen onevenredige beperking

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ HET ARREST VAN 5 MAART 2007 VAN HET HOF VAN CASSATIE.

1.1. Volgens artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek dient de kennisgeving bij gerechtsbrief van het vonnis door de griffier slechts te geschieden in de zaken opgesomd in voormeld artikel 704, eerste lid, van hetzelfde Wetboek, en niet in de zaken die kunnen ingeleid worden volgens de procedure bepaald bij voormeld artikel 704, eerste lid, krachtens een afzonderlijke wetsbepaling, zoals artikel 164, derde lid, van de VGVU-Wet.

Schendt artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, in samenhang gelezen met artikel 704, eerste lid, van hetzelfde Wetboek en met artikel 164, derde lid, van de VGVU-wet gecoördineerd op 14 juli 1994, de artikelen 10, tweede lid, en 11 van de gecoördineerde Grondwet?

1.2. De wijze waarop een rechterlijke beslissing wordt meegedeeld aan de partijen is bepalend voor de aanvang van de beroepstermijn.

Volgens artikel 1051 van het Gerechtelijk Wetboek is de termijn om hoger beroep aan te tekenen een maand, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of de kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid, van dat Wetboek.

In de gevallen waarin de rechterlijke uitspraak ter kennis wordt gebracht, loopt de beroepstermijn bijgevolg vanaf de kennisgeving bij gerechtsbrief, die wordt gedaan door de griffier.

In de overige gevallen loopt die termijn vanaf de betekening van het vonnis bij deurwaardersexploot.

1.3. De in het geding zijnde bepalingen creëren een verschil in behandeling onder rechtzoekenden ten aanzien van wie de wetgever heeft geoordeeld dat een beroep kan worden gedaan op de vereenvoudigde wijze van rechtsingang van artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek, naar gelang artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek al dan niet toepasselijk is.

Voor de in artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde zaken is zowel de in dat artikel beschreven vereenvoudigde wijze van rechtsingang toepasselijk als de in artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde kennisgeving bij gerechtsbrief.

Voor de in artikel 164, derde lid, van de VGVU-wet bedoelde zaken, kan een beroep worden gedaan op de in artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek geregelde vereenvoudigde wijze van rechtsingang, maar is de in artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde kennisgeving bij gerechtsbrief niet toepasselijk.

Het verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen dat voortvloeit uit de toepassing van verschillende procedureregels in verschillende omstandigheden houdt op zich geen discriminatie in.

17. B.S., 17.03.2008, p. 15 712 en I.B. RIZIV, 2008/2, p. 199.

Van discriminatie zou slechts sprake kunnen zijn indien het verschil in behandeling dat voortvloeit uit de toepassing van die procedureregels een onevenredige beperking van de rechten van de daarbij betrokken personen met zich zou meebrengen.

1.4. De door een verzekeringsinstelling op grond van artikel 164, derde lid, van de VGVU-wet 1994 tegen een zorgverlener ingestelde vordering tot terugbetaling van onverschuldigde prestaties verschilt van de in artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek opgesomde zaken.

Die laatste zaken, behoudens wat de in artikel 583 van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde zaken betreft, hebben betrekking op geschillen tussen, enerzijds, natuurlijke personen die van oordeel zijn dat zij recht hebben op bepaalde prestaties die in het kader van de sociale zekerheid of de sociale bijstand worden georganiseerd, en, anderzijds, de instelling of de overheid die de betreffende prestaties verleent.

De in artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek opgesomde zaken betreffen dus, in tegenstelling tot een door een verzekeringsinstelling tegen een zorgverlener ingestelde vordering, geschillen waarbij de uitspraak van de rechter een belangrijke invloed kan hebben op het basisinkomen en de persoonlijke levensomstandigheden van de betrokken personen.

De door een verzekeringsinstelling tegen een zorgverlener ingestelde vordering tot terugbetaling van onverschuldigde prestaties verschilt eveneens van de in artikel 583 van het Gerechtelijk Wetboek bedoelde zaken. Die zaken hebben immers betrekking op de toepassing van administratieve sancties ingevolge de miskennen van bepaalde sociaalrechtelijke voorschriften.

Gelet op die verschillende omstandigheden is het op zich niet discriminerend dat verschillende procedureregels worden toegepast.

1.5. Het Hof dient nog te onderzoeken of het verschil in behandeling dat voortvloeit uit de toepassing van die procedureregels al dan niet een onevenredige beperking van de rechten van de daarbij betrokken personen met zich meebrengt.

Ofschoon het juist is dat artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek voorziet in een rechtspleging die, op het vlak van het meedelen van rechterlijke uitspraken en het aantekenen van hoger beroep, voor alle procespartijen eenvoudiger is dan de gemeenrechtelijke regeling, blijkt niet dat die gemeenrechtelijke regeling op onevenredige wijze de rechten van de daarbij betrokken personen zou beperken.

De gemeenrechtelijke regeling biedt de betrokkenen afdoende waarborgen om op korte termijn en zonder onoverkomelijke inspanningen kennis te kunnen nemen van de rechterlijke beslissingen die hen aanbelangen.

De omstandigheid dat het toekomt aan de belanghebbende partij om de rechterlijke beslissing te laten betekenen bij deurwaardersexploot, kan daarbij niet worden beschouwd als een onevenredige beperking van haar rechten. Aangezien enkel kan worden afgeweken van de betekening bij deurwaardersexploot in de gevallen die de wet bepaalt, is bovendien objectief vast te stellen op welke wijze een rechterlijke beslissing ter kennis moet worden gebracht.

1.6. De omstandigheid dat de termijn om hoger beroep aan te tekenen in het ene geval loopt vanaf de kennisgeving bij gerechtsbrief en in het andere geval vanaf de betekening bij deurwaardersexploot is evenmin van dien aard dat de rechten van de daarbij betrokken personen op onevenredige wijze worden beperkt.

Aangezien de wijze van meedelen van rechterlijke beslissingen die moet worden aangewend objectief is vast te stellen, is het eveneens objectief vast te stellen op welk ogenblik de termijn om hoger beroep aan te tekenen begint te lopen.

(geen schending)

17. Arrest nr. 185/2009 van 12 november 2009¹⁸

Artikel 174, derde lid van de gecoördineerde VGVU-wet - Verjaringstermijn
 Aanvangspunt - Terugvordering van onrecht betaalde prestaties -
 Procedure van de Beperkte kamer of van de Commissie van beroep -
 Onderscheid tussen feiten die worden voorgelegd en feiten die niet worden
 voorgelegd aan de Beperkte kamers en Commissies van beroep

PREJUDICIËLE VRAAG GESTELD BIJ TWEE VONNISSEN VAN 14 APRIL 2009 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK VAN DENDERMONDE

1.1. Het Grondwettelijk Hof wordt ondervraagd over het verschil in behandeling dat bestaat tussen twee categorieën van personen:

- enerzijds, personen van wie de waarde wordt teruggevorderd van ten onrechte verleende prestaties die aan de Beperkte kamers of aan de Commissies van beroep zijn voorgelegd,
- anderzijds, personen van wie de waarde wordt teruggevorderd van ten onrechte verleende prestaties die niet aan de Beperkte kamers of aan de Commissies van beroep zijn voorgelegd.

Terwijl voor de eerste categorie van personen de verjaringstermijn voor de vordering tot terugbetaling van de waarde van die ten onrechte betaalde prestaties ingaat op de datum waarop die Beperkte kamers of Commissies van beroep een definitieve beslissing hebben genomen, vangt voor de tweede categorie van personen de verjaringstermijn aan na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald.

1.2. Volgens de Ministerraad zou het verschil in behandeling niet bestaan vermits in beide gevallen de verjaringstermijn twee jaar bedraagt.

Uit wat voorafgaat blijkt evenwel dat het Hof niet wordt ondervraagd over de duur van de verjaringsstermijn, maar over het ogenblik waarop die verjaringstermijn een aanvang neemt.

1.3. De wetgever wenste het mogelijk te maken dat, in geval van bedrog of onregelmatigheden begaan door zorgverleners, de verzekeringsinstellingen de terugbetaling van de ten onrechte betaalde prestaties van hen zouden kunnen vorderen.

Uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever de terugbetaling van ten onrechte betaalde prestaties door zorgverleners mogelijk wenste te maken: *“zelfs wanneer de beslissing van de Beperkte kamers of van de Commissies van beroep meer dan twee jaar na de vergoeding van de litigieuze prestaties wordt genomen”* (Parl. St., Kamer, 1975-1976, nr. 877/1, pp. 3-4).

1.4. Een verzekeringsinstelling kan, na eigen onderzoek, een vordering bij de arbeidsrechtbank instellen tegen een zorgverlener teneinde de terugbetaling te verkrijgen van de waarde van ten onrecht betaalde prestaties.

In dat geval dient ze aan te tonen dat de zorgverlener bedrog heeft gepleegd of onregelmatigheden heeft begaan.

De verzekeringsinstelling kan evenwel ook het onderzoek van de Dienst voor geneeskundige controle en in voorkomend geval de beslissing van de Beperkte kamer en van de Commissie van beroep afwachten en vervolgens de vordering bij de arbeidsrechtbank instellen.

18. B.S., 04.01.2010, p. 27, I.B. RIZIV, 2010/1, p. 56 en J T T , 30.06.2010, p. 279 met commentaar van de heer S. HOSTAUX.

Vermits die instanties zich uitspreken over de naleving van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kan de verzekeringsinstelling in dat geval voortgaan op die beslissing.

1.5. Bij het bepalen van het aanvangspunt van de verjaring van de terugvordering van zorgverleners van ten onrechte betaalde prestaties vermocht de wetgever redelijkerwijs rekening te houden met het feit dat het de Dienst voor geneeskundige controle is die, in het merendeel van de gevallen, vaststelt dat prestaties ten onrechte werden betaald.

De wetgever vermocht tevens rekening te houden met het feit dat vaststellingen gedaan ten laste van zorgverleners tegen wie de in artikel 156 van de gecoördineerde VGVU-Wet bedoelde straffen kunnen worden uitgesproken naar de Beperkte kamer worden verwezen.

Met de in het geding zijnde bepaling wou de wetgever vermijden dat, door de duur van de procedure voor de Beperkte kamers of van de Commissies van beroep, de terugvordering zou zijn verjaard vooraleer die instanties een definitieve beslissing zouden hebben genomen.

1.6. De in het geding zijnde bepaling heeft eveneens geen onevenredige gevolgen.

Allereerst bedraagt, behoudens bedrog, de verjaringstermijn voor feiten die aan de Beperkte kamers of Commissies van beroep zijn voorgelegd, twee jaar, net zoals dit het geval is voor de vordering tot terugvordering van ten onrechte verleende prestaties die niet aan de Beperkte kamers of Commissies van beroep zijn voorgelegd.

Ten tweede moeten luidens artikel 174, eerste lid, 10^o, van de gecoördineerde VGVU-Wet, zoals van toepassing op de feiten voor de verwijzende rechter, de vaststellingen van onregelmatige verstrekkingen die door het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle worden verwezen naar de Beperkte kamers, op straffe van nietigheid zijn gedaan binnen een maximumtermijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten in verband met de litigieuze feiten hebben ontvangen.

Bijgevolg kan de in het geding zijnde bepaling enkel worden toegepast jegens zorgverleners die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleven en die daarvoor worden vervolgd voor de Beperkte kamers van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle binnen twee jaar vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de litigieuze feiten hebben ontvangen.

Bovendien dienen die kamers uitspraak te doen binnen een redelijke termijn.

1.7. Het feit dat het aanvangspunt van de verjaring wordt uitgesteld tot de definitieve beslissing van de Beperkte kamer of van de Commissie van beroep, zelfs indien die geen enkele sanctie heeft uitgesproken, leidt niet tot een ander besluit.

Zelfs indien de vordering tot terugvordering van de waarde van de ten onrechte verleende prestaties kan worden ingesteld tegen een zorgverlener die niet is bestraft door de Beperkte kamer of de Commissie van beroep, veronderstelt zij dat wordt onderzocht of er inbreuken zijn op de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De wetgever vermocht terecht rekening te houden met het feit dat, gelet op de hoge graad van techniciteit van de in het geding zijnde materie en van de onderzoeksbevoegdheid van de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV, de verzekeringsinstellingen dat onderzoek grotendeels aan die Dienst overlaten.

De mogelijkheid voor de verzekeringsinstellingen om een beroep te doen op de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV zou evenwel nutteloos zijn indien zij, door daarop een beroep te doen, hun kansen zouden hypothekeren om uiteindelijk de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte verleende prestaties te verkrijgen, wat de in het geding zijnde bepaling precies wil vermijden.

(geen schending)

2^e Deel

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



1^{ste} trimester 2012

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Samenwerking federaal niveau / Gemeenschappen

Preventiecampagne vaccinatie 2012

Het verzekeringscomité kan met de gemeenschappen een overeenkomst sluiten waarbij in een tegemoetkoming wordt voorzien van de verzekering voor geneeskundige verzorging en voor vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter.

Voor 2012 voorziet het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging:¹

- 16,5 miljoen EUR voor de Vlaamse gemeenschap
- 13,55 miljoen EUR voor de Franse en Duitstalige gemeenschap.

2. Financiering laboratoria voor klinische biologie

Sinds 29 december 2009 stelt de algemene raad het globaal budget van financiële middelen klinische biologie en medische beeldvorming vast. Voorheen was de betaling van de budgetten gelinkt aan de publicatie van voornoemd globaal budget in het Belgisch Staatsblad.

De reglementaire basis voor de financiering is hersteld met ingang van 1 februari 2012 en de betalingen van de voorgaande jaren is met hetzelfde koninklijk besluit geregeld.²

3. Sociale akkoorden in de federale gezondheidssectoren

a. Financiering instituut voor functieclassificatie

Het Instituut voor Functieclassificatie (IF-IC) is opgericht door de werkgeversorganisaties en de vakbonden uit de privé gezondheidszorg.

Het Instituut ontwikkelt een functieclassificatie voor de sector op basis van een eigen methodiek die de belangrijkste kenmerken van elke functie in rekening brengt. Tijdens de onderhandelingen om te komen tot een sociaal akkoord in 2011 hebben de sociale partners van de private instellingen en –diensten beslist om een recurente toewijzing te doen van 5 VTE ter ondersteuning van de werking van IF-IC. Op jaarbasis geeft dit een bedrag van 275 000 EUR.

1. K.B. van 25.01.2012 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de betaling van vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter voor het jaar 2012, B.S. van 30.01.2012, blz. 7178.

2. K.B. van 11.01.2012 tot wijziging van het K.B. van 10.06.2001 houdende nadere regeling van de financiering van de externe kwaliteitscontrole van erkende laboratoria voor klinische biologie, B.S. van 01.02.2012 (Ed. 2), blz.7812.

De reglementering die deze financiering vastlegt is in werking getreden op 1 januari 2011.³

b. Statutarisering openbare ziekenhuizen

Vanaf 1 januari 2011 krijgen de openbare ziekenhuizen een tegemoetkoming voor de pensioenbijdragen aan de RSZPPO om statutarisering aan te moedigen. Het gaat voor het kalenderjaar 2011 om een bedrag van 7 589 358 EUR met het oog op het handhaven, dan wel doen toenemen, van het aantal statutaire personeelsleden in de openbare sector.⁴

c. Vakbondspremie

Vanaf 8 februari 2012 vereenvoudigt het systeem waarbij elk ziekenhuis een bijdrage moet storten als tegemoetkoming in de kost voor syndicale premie.⁵ De middelen voor de syndicale premie worden overgedragen uit het budget van financiële middelen naar een systeem waarbij het Riziv deze tegemoetkoming rechtstreeks stort aan het Fonds voor syndicale premie voor de private instellingen, aan de RSZPPO voor de openbare instellingen en aan de Schatkist voor 6 ziekenhuizen die het statuut hebben van een openbaar ziekenhuis maar de RSZ-bijdragen storten aan de RSZ.

4. Maatregelen geneesmiddelen

De wet van 17 februari 2012 wijzigt een aantal bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 in verband met de tegemoetkoming voor farmaceutische specialiteiten:⁶

- in het kader van de beheersing van de uitgaven voor de terugbetaling van geneesmiddelen kan niet enkel het persoonlijk aandeel, maar ook de tegemoetkoming van geneesmiddelen worden berekend op basis van een vast (of forfaitair) bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek
- invoering van de mogelijkheid om specifieke terugbetalingregels te kunnen vastleggen voor de aflevering door een apotheker van geneesmiddelen aan elke patiënt van een instelling voor bejaarden per inname (ochtend, middag en avond)
- er is een wettelijke basis voorzien voor het afsluiten van prijs-volumecontracten. Deze maatregel is ingevoerd om een aanpassing te bekomen van de prijzen van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten onder octrooibeschermt afhangelijk van een evaluatie en een aanpassing van de prijzen voor deze specialiteiten in de andere Europese lidstaten. Zodoende wordt het voor de overheid mogelijk om contracten af te sluiten met het oog op het compenseren van het kostenverschil voor de ziekteverzekering van de geneesmiddelentherapie indien aanpassing van de prijs als dusdanig niet mogelijk is
- bovendien wordt de verplichting ingevoerd voor de farmaceutische bedrijven om elk jaar de prijzen in de andere Europese lidstaten te communiceren van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten onder octrooibeschermt

3. K.B. van 03.02.2012 tot uitvoering van de art. 59 *septies* en *octies* van de programmawet van 02.01.2001 wat het sociaal akkoord 2011 voor de non-profit sector betreft, B.S. van 16.02.2012, blz. 11137.

4. K.B. van 03.02.2012 tot uitvoering van de art. 57 en 59 van de programmawet van 02.01.2001 wat de tenlasteneming van de kost voor statutarisering van werknemers in de openbare ziekenhuizen betreft, B.S. van 16.02.2012, blz. 11136.

5. K.B. van 24.01.2012 tot wijziging van het K.B. van 26.03.2003 tot uitvoering van artikel 59 *ter* van de programmawet van 02.01.2001 wat de tegemoetkoming in de vakbondspremie betreft, B.S. van 08.02.2012 (Ed. 4), blz. 9974.

6. Wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid, B.S. van 17.02.2012 (Ed. 3), blz. 11600.

- o met het instellen van het referentierugbetalingssysteem zijn ook de uitzonderingen op de prijsdaling vastgesteld. De uitzonderingen worden uitgebreid tot de waarvoor de vergoedingsbasis toch met de helft van de normale procentuele waarde wordt verminderd, zoals voor inspuitsbare vormen en specialiteiten waarvoor een bijzondere therapeutische waarde wordt erkend
- o in het kader van de beheersing van de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de vergoeding van farmaceutische specialiteiten worden voor 2012 prijsverhogingen geblokkeerd. Enkel in uitzonderlijke gevallen en voor zover bijzondere redenen met betrekking tot de rentabiliteit de commercialisatie van het geneesmiddel en daarmee de beschikbaarheid van een therapie voor de patiënten in het gedrang brengen, is een afwijking op deze blokkering toegelaten.

Ook het K.B. van 21 december 2001 wijzigt.⁷ Er wordt tevens uitvoering gegeven aan een aantal bepalingen die reeds met de gezondheidswet waren voorzien:

- o uitvoering van de bij de wet voorziene maatregel van de verplichte aflevering van de goedkoopste geneesmiddelen bij voorschrijven op stofnaam
- o creatie van een terugbetaling op basis van een forfaitair bedrag (vergoedingscategorie "F"). Het persoonlijk aandeel en/of de terugbetaling kan gedefinieerd worden als een vast bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek, voor een geneesmiddel of het geheel van geneesmiddelen voor deze indicatie, deze behandeling of dit onderzoek die verstrekt worden
- o uitvoering van de bij de wet voorziene vermindering met de helft van de uitzondering voor de verschillende vormen van de moleculen buiten patent
- o deconnectie van de generieken: de beperking volgens dewelke de vergoedingsbasis van een generiek, eenmaal opgenomen in de terugbetaling niet hoger mag zijn dan deze van de referentiespecialiteit wordt afgeschaft
- o de referentierugbetaling voor geneesmiddelen met een verzekeringstegemoetkoming van 100 % (categorie "A") zal een uitdieping ondergaan om de prijsverlaging ook in de post-patent sector te stimuleren
- o de erythropoëtines die van rechtswege buiten het forfait vallen worden geschrapt van deze lijst van geneesmiddelen. Dit laat toe om deze geneesmiddelen met een toekomstige wijziging van de reglementering op te nemen in het ziekenhuisforfait.

Het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tenslotte omschrijft de concrete modaliteiten van de terugbetaling op basis van een forfaitair bedrag.⁸

5. Geestelijke gezondheidszorg

Op 1 april 2012 treedt een nieuwe regelgeving in werking op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg.⁹ Deze regelgeving volgt de therapeutische projecten op waarin gedurende vijf jaar op experimentele wijze overleg rond de patiënt ontwikkeld werd.

De nieuwe reglementering behandelt volgende aspecten:

- o afbakening van de doelgroep van patiënten met een psychiatrische problematiek
- o omschrijving van het concept "begeleidingsplan"

7. K.B. van 12.03.2012 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 19.03.2012, biz. 16190.

8. K.B. van 05.03.2012 tot wijziging van het K.B. van 07.05.1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, B.S. van 19.03.2012 biz. 16189.

9. K.B. van 27.03.2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet GVU, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de deelname aan overleg rond een psychiatrische patiënt, de organisatie en coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), biz. 20560.

- de voorwaarden voor de vergoeding van de zorgverleners die deelnemen aan het overleg rond de patiënt
- de taakomschrijving en vergoeding van de referentiepersoon
- de taakomschrijving en vergoeding van de organisator en coördinator van het overleg.

Daarnaast is ook een vergoeding voorzien voor de afhandeling van de administratie en facturatie van het overleg.

Een belangrijke rol in de nieuwe regelgeving is weggelegd voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's). Ze spelen immers een sleutelrol op vlak van de organisatie en coördinatie van het overleg. Ze kunnen deze taak zelf op zich nemen of hiervoor een akkoord sluiten.

6. Administratiekosten verzekeringsinstellingen

De verzekeringsinstellingen krijgen in 2012 tesamen een bedrag van 17,687 miljoen EUR. Dit betekent een besparing ten opzichte van het jaar voordien, opgelegd door de moeilijke begrotingscontext.¹⁰

7. Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake Geneesmiddelen

Het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake Geneesmiddelen is een afdeling van de Wetenschappelijke Raad

De bevoegdheden van het Comité zijn gericht op de evaluatie van het voorschrijfgedrag en niet op het vastleggen van drempels waarboven het monitoren van het voorschrijfgedrag kan ingesteld worden. Deze bevoegdheid wordt dan ook opgeheven vanaf 9 april 2012.¹¹

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Reis- en verplaatsingskosten

De verplichte verzekering komt tegemoet in de vervoerkosten van de rechthebbenden die vervoerd worden door een ambulancedienst in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening. De tegemoetkoming moet worden aangevraagd aan de hand van een modeldocument dat vanaf 1 april 2012 ook het ritnummer en RIZIV-nummer van de ambulancedienst vermeldt.¹²

10. Wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid, B.S. van 17.02.2012 (Ed. 3), blz. 11600.

11. Wet van 29.03.2012 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), blz. 20537.

12. K.B. van 28.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 26.04.2009 tot uitvoering van art. 34, eerste lid, 28°, van de wet GVU, B.S. van 06.02.2012, blz. 8421 en het erratum, B.S. van 09.02.2012, blz. 10197.

b. Verpleegdagprijs

Voor het tijdvak van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012 is de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis om dringende redenen in een land dat niet met België is verbonden door een multilateraal of bilateraal verdrag dat deze kwestie regelt, vastgesteld op 410,97 EUR.¹³

2. Zorgverleners

a. Artsen

AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Op 21 december 2011 heeft de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen een nieuw akkoord voor 2012 afgesloten.¹⁴ In het huidige financieel economische klimaat wil de commissie de tariefzekerheid van de patiënten behouden en haar verantwoordelijkheid opnemen bij de realisatie van de voorziene besparingen.

De voornaamste maatregelen zijn de volgende:

• Besparingen

Een besparing van 130 miljoen EUR zal in 2012 gerealiseerd worden. De besparing zal uitgevoerd worden door een beperkte indexering op 1 januari 2012 en door structurele maatregelen. De indexbeperkingen van de honoraria voor raadplegingen, bezoeken, toezicht en zorgtrajecten zullen opgeheven worden als de structurele maatregelen uitgevoerd zijn, en in ieder geval op 1 december 2012. Voor de andere honoraria zal de indexbeperking ook opgeheven worden na het realiseren van de structurele maatregelen.

• Huisartsen

- De honoraria van de huisartsen worden gedeeltelijk geïndexeerd met 1,50 % vanaf 1 januari 2012
- De maatregel "Permanentie en beschikbaarheid" wordt verlengd in 2012, zonder verhoging van de honoraria
- De praktijktoelage verhoogt van 1 500 EUR naar 1 650 EUR per jaar
- De bedragen van de beschikbaarheidshonoraria verhogen met 2,99 % in 2012
- Het bedrag van het forfait telematica blijft op hetzelfde niveau van 2011
- De regeling voor de automatische verlenging van het globaal medisch dossier (GMD) verandert niet in 2012. De administratieve vereenvoudiging ervan zal kaderen in het project MyCarenet
- De 3e fase van het Impulsfonds ("Impulso III" genaamd) zal uitgevoerd worden (zie verder).

• Geneesheren specialisten

- De honoraria voor raadpleging, toezicht en andere intellectuele verstrekkingen van geneesheren specialisten worden gedeeltelijk geïndexeerd met 1,50 % vanaf 1 januari 2012

13. M.B. van 12.01.2012 tot wijziging van het M.B. van 05.06.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, B.S. van 24.01.2012, blz. 4713.

14. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2012 van 21.12.2011, B.S. van 23.01.2012, blz. 4655.

- De speciale verstrekkingen worden geïndexeerd met 1 % vanaf 1 januari 2012, met uitzondering van de honoraria voor CT scans, de verstrekkingen van de nomenclatuur voor urgentie-geneeskunde en bepaalde anesthesiologieverstrekingen. Deze blijven op hetzelfde niveau van 31 december 2011
- De enveloppes “medische beeldvorming” en “klinische biologie” zijn vastgelegd op respectievelijk 1 170 235 duizend EUR en 1 224 314 duizend EUR.
- Om conventioneerings- en accrediteringsaanpak te moedigen, kan de volledig geconventioneerde arts zijn recht doen gelden op een supplement van 434,20 EUR, bovenop zijn forfaitaire accrediterings tegemoetkoming.
- De nationale commissie geneesheren - ziekenfondsen zal volgende maatregelen verderzetten in 2012:
 - evaluatie van de zorgtrajecten
 - onderzoek van de evolutie van de sociale derdebetaler; desgevallend zal ze maatregelen voorstellen om de toegankelijkheid van de zorgverlening in de eerste lijn verder te bevorderen
 - discussie over de organisatie van de wachtposten
 - onderzoek van de verschillen in het effect van de accreditering op de honoraria van de geaccrediteerde geneesheren specialisten.

IMPULSFONDS HUISARTSGENEESKUNDE

Het impulsfonds voor huisartsgeneeskunde breidt vanaf 1 april 2012 verder uit.¹⁵

Het voorziet thans een tegemoetkoming in:

- een deel van de loonkost van het secretariaat van een individuele huisarts
- een deel van de kosten van een medisch telesecretariaat voor een individuele arts of een huisartsgroepering.

Het voorziet tevens in de vestiging van extra huisartsen in een nieuwe reeks zones.

- Ondersteuning van de bediende van de huisarts

Het bedrag van de tegemoetkoming is gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost met een maximum van 6 047 EUR per jaar voor de erkende huisarts, onder volgende voorwaarden:

- De huisarts beheert minstens 150 Globaal Medische Dossiers (GMD)
- De huisarts stelt minstens een derde van één voltijds equivalent tewerk met een arbeidsovereenkomst
- De huisarts maakt gebruik van een gelabeld elektronisch medisch dossier.

De nieuwe reglementering bepaalt ook de mogelijkheid voor de huisarts om een aanvraag in te dienen voor de loonkost die hij in 2008, 2009 en 2010 heeft gedragen.

Voor die jaren belopen de maximumbedragen van de tegemoetkoming respectievelijk:

- 5 740 EUR voor het jaar 2008
- 5 790 EUR voor het jaar 2009
- 5 872 EUR voor het jaar 2010

15. K.B. van 23.03.2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 2), blz. 20327.

- **ondersteuning van de kosten van een medisch telesecretariaat**

Voor de huisartsengroepering is het bedrag van de tegemoetkoming gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost met een maximum van 3 474 EUR per jaar per erkende huisarts die deel uitmaakt van een huisartsengroepering onder volgende voorwaarden:

- er is een samenwerkingsakkoord tussen de erkende huisartsen van de groepering
- de groepering beheert minstens 150 Globaal Medische Dossiers (GMD) vermenigvuldigd met het aantal erkende huisartsen die het samenwerkingsakkoord hebben ondertekend.

Het RIZIV heeft een overeenkomst afgesloten met het Participatiefonds voor het beheer van Impulseo III. De aanvragen om tegemoetkoming moeten uiterlijk op 30 juni 2012 bij het Participatiefonds worden ingediend.

- nieuwe zones voor de ondersteuning van de vestiging van huisartsen.

Impulseo moedigt de vestiging aan van huisartsen in een 3de type zone. Het gaat om specifieke, geografisch afgebakende zones (die niet noodzakelijk samenvallen met het grondgebied van een gemeente) waarvoor de huisartsenkringen hebben aangetoond dat er extra huisartsen nodig zijn. Eerder waren er al tussenkomsten voor de vestiging van een huisarts in een zone waar relatief weinig huisartsen per inwoner beschikbaar zijn of in een zone, afgebakend voor positieve acties in het kader van het grootstedenbeleid.

ZORGTRAJECTEN

Na de invoering van de zorgtrajecten in 2009 werd er werk gemaakt van het vastleggen van de inhoudelijke en technische krachtlijnen van de evaluatie ervan. De huisartsen dienen de gegevens nodig voor een correcte evaluatie over te maken tussen 1 maart en 31 augustus 2012 en deze dienen betrekking te hebben op de periode vanaf het begin van het zorgtraject tot 31 december 2011.¹⁶

b. Kinesitherapeuten

In 2012 hebben geen verkiezingen plaats gevonden aangezien slechts 1 kandidaat-beroepsorganisatie als representatief erkend is.¹⁷

Het RIZIV kent een financiële tegemoetkoming toe voor de werking van deze representatieve beroepsorganisatie die opnieuw geïndexeerd wordt in 2012.¹⁸

16. K.B. van 14.12.2011 tot wijziging van het K.B. 21.01.2009 tot uitvoering van art. 36 van de wet GVU, wat betreft de zorgtrajecten, B.S. van 09.01.2012 blz. 579.

17. M.B. van 09.02.2012 tot vaststelling van de praktische organisatie van de verkiezingen van de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten zoals bedoeld in art. 211, § 2, en 212 van de wet GVU, B.S. van 13.02.2012, blz. 10648, K.B. van 08.02.2012 houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2012 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering B.S. van 13.02.2012, blz. 10647 en K.B. van 08.02.2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van kinesitherapeuten moeten voldoen om als representatief te worden erkend evenals van de nadere regelen betreffende de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in sommige beheersorganen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, B.S. van 13.02.2012, blz. 10644.

18. K.B. van 04.03.2012 tot wijziging van het K.B. van 10.07.2008 tot vaststelling van de voorwaarde en modaliteiten volgens dewelke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten, B.S. van 20.03.2012 (Ed. 2), blz. 16327.

c. Opticiens

In artikel 96, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, steunt de erkenning van de titels van opticiens op het Koninklijk besluit van 30 oktober 1964. Dit Koninklijk besluit werd herroepen dus moet de tekst van artikel 96, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 aangepast worden.

Op vraag van de Erkenningsraad voor opticiens verdwijnt daarenboven alinea 2 van artikel 96 “apothekers houders van een getuigschrift voor een erkende leergang in optic”, aangezien deze leergangen niet meer worden gegeven en dit dus niet meer van toepassing is.

De wijzigingen vinden plaats vanaf 1 maart 2012.¹⁹

d. Verpleegkundigen

De factureringsgegevens zullen in het kader van de derdebetalersregeling, vanaf 1 juli 2012 via het elektronisch netwerk MyCarenet moeten worden doorgestuurd naar de verzekeringsinstellingen en niet meer op magnetische drager.²⁰

e. Centra voor dagverzorging

De nieuwe normen voor de centra voor dagverzorging (CDV) voor palliatieve patiënten liggen vast vanaf 1 januari 2012.²¹ Deze normen zijn een aanvulling op de aangepaste erkenningsnormen van de centra voor dagverzorging.

Naast enkele formele bepalingen gaat het om:

- het onderscheid tussen het forfait dat wordt toegekend aan de centra voor dagverzorging voor afhankelijke bejaarden en het forfait dat wordt toegekend aan de centra voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte (of CDV's voor palliatieve patiënten)
- de vaststelling van de personeelsnorm van de centra voor dagverzorging voor palliatieve patiënten, overeenkomstig de erkenningsnorm van deze CDV's die door de FOD Volksgezondheid is vastgelegd.

f. Rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden

De reglementering rond de financiering van de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden wijzigt vanaf 1 april 2012.²²

- uitsluiting van de financiering van de personeelsleden die reeds worden gesubsidieerd in het kader van de “fiscale maribel” of het “generatiepact”
- correctie van de inhaalbedragen die bestemd zijn voor de inrichtingen die vanaf 1 januari 2010 de ongemakkelijke prestaties van hun personeel vergoeden
- wijziging van de termijnen en bijkomende preciseringen betreffende de opleiding van de referentiepersonen voor dementie
- financiering, vanaf 2012, van een premie voor de bijzondere beroepstitels en beroepskwalificaties. Voor de jaren 2010 en 2011 zal die premie rechtstreeks door het RIZIV worden gefinancierd.

19. K.B. van 05.12.2011 tot wijziging wat de erkenning van opticiens betreft, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 12.01.2012 (Ed. 3), blz. 1552 en het addendum, B.S. van 03.02.2012, p. 8223.

20. Verordening van 27.06.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 23.03.2012 (Ed. 2), blz. 18074.

21. M.B. van 14.03.2012 tot wijziging van het M.B. van 22.06.2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de centra voor dagverzorging, B.S. van 29.03.2012, blz. 20139.

22. M.B. van 14.03.2012 tot wijziging van het M.B. van 06.11.2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, B.S. van 29.03.2012, blz. 20140.

- toevoeging van de volgende precisering: de verantwoordelijke voor de tenlasteneming, binnen de inrichting, van de dementieproblematiek en van de opleiding van het personeel in die materie kan eventueel ook de referentiepersoon voor dementie zijn.

Tot slot worden een aantal formele correcties aan het financieringsbesluit aangebracht.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

NOMENCLATUUR

- **Speciale technische verstrekkingen**

Het dringendheidsupplement kan vanaf 1 april 2012 niet meer worden aangerekend bij de verstrekkingen ECG en basismonitoring bij gehospitaliseerde patiënten. Bij ambulante patiënten kan het honorarium nog wel worden aangerekend.²³

INTERPRETATIEREGELS

- **Psychiatrie**

Bij de wijziging van de liaisonpsychiatrie is er een materiële vergissing in de toepassingsregel geslopen waardoor deze verstrekking van artikel 25 van de nomenclatuur niet meer kon aangerekend worden in de diensten “Sp”. De interpretatieregel zette dit recht: zij kon niet meer aangerekend worden in de diensten “Sp-psychogeriatric” maar wel in de andere “Sp” diensten.

Na wijziging van de nomenclatuur is de interpretatieregel zonder voorwerp geworden en wordt opgeheven vanaf 1 juli 2011.

Met de schrapping ervan verdwijnt ook de verwijzing naar de geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie die de verstrekking sinds 1 januari 2005 niet meer kan aanrekenen.²⁴

- **Anesthesiologie**

De algemene anesthesie uitgevoerd onder een profylactische reiniging kan vanaf 16 januari 2012 worden aangerekend onder de algemene rachi-of continue epidurale anesthesie.²⁵ Het betreft hier verstrekkingen ten aanzien van rechthebbenden die fysiek of mentaal gehandicapt zijn en die niet in staat zijn tot een normale dagelijkse mondhygiëne.

- **Dermato-venereologie**

Vanaf 1 mei 2011 preciseert een interpretatieregel de “lichtbron opereerstreken” voor de verstrekking behandeling door fotodynamische therapie, gebruik makend van een fotosensibilisator en een lichtbron van preneoplastische en neoplastische huid- en slijmvliesstelsels.²⁶

23. K.B. van 20.01.2012 tot wijziging van het art. 26, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 14.02.2012, blz. 10785.

24. Interpretatieregels van 14.11.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 16.01.2012, blz. 1984.

25. Interpretatieregels van 14.11.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 16.01.2012, blz. 1983.

26. Interpretatieregels van 14.11.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 16.01.2012, blz. 1982.

• Gastro-enterologie

De verstrekking “volledige resectie met diathermische lus van één of meerdere poliepen van het colon naar aanleiding van een colonoscopie links of van een volledige colonoscopie K 225” geeft geen aanleiding tot de vergoeding van de operatieve hulp. Een interpretatieregule die ingaat op 16 januari 2012 verduidelijkt dit, aangezien het hier om een endoscopische ingreep gaat die slechts tussenkomst vergt van één uitvoerder en de operatieve hulp dus onbestaande is.²⁷

b. Centra voor dagverzorging

Vanaf 1 januari 2012 zijn een aantal maatregelen in werking getreden die hebben geleid tot een betere omkadering van dementerende personen met een beperkt verlies van fysieke zelfredzaamheid en voor palliatieve patiënten.²⁸ Dit vereist met ingang vanaf dezelfde datum een wijziging van de keerzijde van de Katzschaal en een aanpassing van het aanvraagformulier betreffende de tegemoetkoming voor de centra voor dagverzorging.²⁹

c. Orthopedisten

Vanaf 1 maart 2012 wijzigt de nomenclatuur voor de drukkledij ingrijpend.³⁰

- De terugbetaling bij bepaalde indicaties breidt uit:

Enkel diepe tweedegraads- en derdegraadsbrandwonden die aan bepaalde criteria beantwoorden kwamen voorheen in aanmerking voor de terugbetaling van drukkledij.

De volgende indicaties zijn toegevoegd:

- diepe huidlesies ten gevolge van meningococcensepsis, ziekte van Lyell of andere toxische dermatonecrose,
- uitgebreide reconstructieve chirurgie waarbij een huidgreffe met cutane of myocutane flappen werd uitgevoerd.
- Het terugbetalingsbedrag van de producten alsook het aantal stukken per patiënt zijn verhoogd. Er is een extra inspanning gedaan voor kinderen bij wie het aantal vergoede stukken hoger ligt.
- Een reeks nieuwe producten werden in de nomenclatuur ingevoegd ten gevolge van de technologische evoluties op het terrein. Het gaat voornamelijk om siliconentoepassingen.
- Gewijzigde aanvraagprocedure: een kennisgevingsprocedure bij de adviserend geneesheer vervangt de procedure waarbij het tegemoetkomingsbedrag door het College van geneesheren-directeurs wordt bepaald. Dit betekent een vereenvoudiging van de terugbetalingsprocedure.

27. Interpretatieregels van 14.11.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 16.01.2012, blz. 1982.

28. Zie I.B. 2012/1, blz. 51.

29. Verordening van 23.12.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet GVU, B.S. van 11.01.2012, blz. 830.

30. K.B. van 25.10.2011 tot wijziging van art. 29 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.01.2012, blz. 4703 en het erratum, B.S. van 14.03.2012, blz. 15615.

Als gevolg van de nieuwe bepalingen van de nomenclatuur valt de interpretatieregels waarin de periode wordt verduidelijkt waarbinnen drukkledij wordt terugbetaald na een chirurgisch correctieve ingreep weg. Dit als gevolg van de invoering van een definitie van latere correctieve ingreep in de gewijzigde artikelen.³¹

Ook zijn de modellen van medisch voorschrift en van het kennisgevingsformulier vastgelegd.³²

d. Implantaten

NOMENCLATUUR

• Orthopedie en traumatologie

Vanaf 1 april 2012 komen er 6 nieuwe verstrekkingen bij in het hoofdstuk "orthopedie en traumatologie" voor de implantaten gebruikt voor de arthroscopie.³³

De invoering van deze verstrekkingen lost een discussiepunt op waarbij het materiaal voor de arthroscopie enerzijds onder hechtingsmateriaal zou kunnen vallen en daardoor ten laste is van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, en anderzijds als implantaat kon beschouwd worden waardoor het aanrekenbaar is aan de patiënt.

• Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel

Vanaf 1 april 2012 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in het materiaal (het hemostase apparaat) gebruikt bij een heelkundige ingreep op het abdomen van artikel 14 van de nomenclatuur (verstrekking 244952-244963).³⁴

• Otorhinolaryngologie

Vanaf 1 april 2012 kent de nomenclatuur van de implantaten een nieuwe verstrekking voor de vergoeding van filters voor tracheacanule of laryngectomie tube voor de getracheotomiseerde patiënt.³⁵ Naast de geneesheren-specialisten komen ook de pediaters in aanmerking om de vergoedbare verstrekking voor te schrijven.

INTERPRETATIEREGELS

Vanaf 1 januari 2012 verdwijnen een aantal interpretatieregels naar aanleiding van wijzigingen aan de nomenclatuur die betrekking hebben op de inplanting en vervanging van actieve implantaten. De bedoeling van de wijziging aan de verstrekkingen en de interpretatieregels is om tot eenvoudige regels te komen voor de inplanting en vervanging van actieve implantaten en voor de inplanting en vervanging van elektroden of katheters verbonden aan het device. Deze stonden voorheen verspreid op verschillende plaatsen in de nomenclatuur.³⁶

31. Interpretatieregels van 19.12.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 27.01.2012 (Ed. 3), blz. 7110.

32. Verordening van 19.12.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVJ, B.S. van 27.01.2012 (Ed. 3), blz. 6893.

33. K.B. van 06.02.2012 tot wijziging van art. 35, §§ 16 en 17, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 27.02.2012, blz. 12787.

34. K.B. van 06.02.2012 tot wijziging van art. 35bis van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 27.02.2012, blz. 12786.

35. K.B. van 08.02.2012 tot wijziging van art. 35bis van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 27.02.2012, blz. 12789.

36. Interpretatieregels van 21.03.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 16.01.2012, blz. 1984.

Vanaf 1 januari 2012 wijzigen een aantal bepalingen inzake fysiotherapie, waardoor de interpretatieregels die nog op de oude regeling betrekking hebben overbodig worden.³⁷ Deze worden dan ook afgeschaft.³⁸

Tot slot geeft een interpretatieregule met retroactieve werking vanaf 1 april 2010 mogelijkheid tot terugbetaling van het preventief verwijderen van een “PIP”-borstprothese.³⁹ Deze tegemoetkoming komt er na advies van de Hoge Gezondheidsraad van de FOD Volksgezondheid dat alle gescheurde prothesen van de bedoelde types dringend zouden verwijderd worden en dat de niet gescheurde prothesen weliswaar niet dringend maar toch binnen een redelijke termijn verwijderd zouden worden. Er bestaat een abnormaal hoog risico dat deze zullen scheuren.

e. Ziekenhuizen en verzorgingsinrichtingen

De verpleegdagprijs voor opname in het dagziekenhuis van de dienst brandwonden van het Militair Ziekenhuis te Nederoverheembeek ligt vast vanaf 30 januari 2012.⁴⁰ Voorheen was de tenlasteneming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging beperkt tot de “klassieke” hospitalisatie.

f. Verstrekkingen van klinische biologie

Vanaf 1 maart 2012 bestaat er niet langer een dubbele codering voor de forfaitaire honoraria inzake klinische biologie.⁴¹ Deze opdeling was gebaseerd op het onderscheid tussen de grote en kleine risico's voor de zelfstandige rechthebbenden die na de integratie van kleine risico's voor zelfstandigen overbodig was geworden.

g. Farmaceutische specialiteiten

Vanaf 1 april 2012 voorziet de verzekering voor geneeskundige verzorging alleen nog in vergoeding van geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam en voor 2 klassen geneesmiddelen voor acute behandelingen in alle gevallen wanneer een van de goedkoopste alternatieven.⁴² Deze maatregel geeft dus een substitutierecht en/of -plicht aan de apotheker.

37. Zie I.B. 2012/1- blz. 54.

38. Interpretatieregels van 28.11.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 01.03.2012, blz. 13444.

39. Interpretatieregels van 05.03.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.03.2012, blz. 20604.

40. M.B. van 23.01.2012 tot wijziging van het M.B. van 12.07.2007 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de verpleegdagprijs van een opname in de dienst van een militair hospitaal die speciaal is uitgerust om personen met ernstige brandwonden die er zijn opgenomen, te verzorgen, B.S. van 30.01.2012, blz. 7180.

41. K.B. van 11.01.2012 tot wijziging van het K.B. van 24.09.1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, B.S. van 31.01.2012, blz. 7417 en het K.B. van 11.01.2012 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 31.01.2012, blz. 7418.

42. Wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid, B.S. van 17.02.2012 (Ed. 3), blz. 11600.

III. Uitkeringen

Arbeidsongeschiktheid werknemers

a. Primaire ongeschiktheid industriële leerlingen

De berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering van de leerlingen die, bij de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid, verbonden zijn door een leerovereenkomst voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in loondienst wijzigt. Deze nieuwe berekeningwijze gaat in vanaf 1 januari 2012 en is vastgelegd in de verordening van 16 november 2011.⁴³ Als gevolg hiervan werd de oude bepaling van artikel 96 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 opgeheven.⁴⁴

b. Toegelaten activiteitshervatting

De reglementering voorzag al dat, vanaf een nog door de Koning te bepalen datum van inwerking-treding, de arbeidsongeschikte gerechtigde die een werkzaamheid gedeeltelijk wil hervatten en de erkenning van zijn arbeidsongeschiktheid wenst te behouden, de toelating van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling ook onder bepaalde voorwaarden na de werkhervatting kan krijgen.⁴⁵

Vanaf 9 april 2012 voorziet de reglementering.⁴⁶

- Dat bij Koninklijk besluit zal worden vastgelegd onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toch zullen kunnen toegekend voor de periode die de beslissing van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling voorafgaat
- De beslissing inzake het weigeren van de toelating tot werkhervatting of het beëindigen van de arbeidsongeschiktheid omdat de gerechtigde, van een geneeskundig oogpunt uit, geen vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt, kan slechts ingaan daags na de datum van verzending of van de afgifte van de beslissing aan de gerechtigde.

IV. Geneeskundige evaluatie en controle

De Wetten van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen (I) en (II)⁴⁷, en de Wet van 15 februari 2012 brengen⁴⁸ een aantal wijzigingen aan in de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 die betrekking hebben op de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, op de geschillen die beslecht worden door de organen van het contentieux bij deze Dienst, en op deze organen zelf.

43. Zie I.B. 2012/1, blz. 59 - Verordening van 16.11.2011 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^o, van de wet GVU, B.S. van 29.12.2011 (Ed. 2), blz. 81053 en het erratum, B.S. van 07.02.2012, blz. 8622.

44. Wet van 29.03.2012 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), blz. 20537.

45. Programmawet (I) van 04.07.2011, B.S. van 19.07.2011, blz. 42680.

46. Wet van 29.03.2012 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), blz. 20537.

47. Wet van 29.03.2012 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), blz. 20537 en de Wet van 29.03.2012 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.03.2012 (Ed. 3), blz. 20558.

48. Wet van 15.02.2012 tot wijziging van de wet GVU, en van het Sociaal Strafwetboek, B.S. van 08.03.2012, blz. 14267.

a. Plichten van de zorgverleners

Het is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden:

- Reglementaire documenten *die de terugbetaling toelaten* van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd
- Hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet
- Reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer deze documenten niet voldoen aan de louter administratieve formaliteiten die de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen niet in het gedrang brengen.

b. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De bevoegdheid van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt uitgebreid naar de conformiteit van de verstrekkingen met de bepalingen van de verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden
- De dienst voor geneeskundige evaluatie en controle geeft uitvoering aan de beslissing van de Leidend ambtenaar en na de wijzigingsbepaling ook aan de beslissingen van de door hem aangewezen ambtenaar.

c. Het proces verbaal van de sociaal inspecteurs

De bepalingen omtrent het proces verbaal van de sociaal inspecteurs nemen de verwijzingen naar het Sociaal strafwetboek in zich op.

d. Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep

- De kamers van eerste aanleg beschikken net als de kamers van beroep over een volheid van rechtsmacht, zowel voor de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar, als voor de zaken die rechtstreeks bij hen aanhangig gemaakt worden
- De uitgaven en kosten met betrekking tot de procedures voor de hoven en rechtbanken, zijn niet van toepassing op de procedures voor de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de DGEC
- De door de Leidend ambtenaar aangewezen ambtenaar, kan een dossier aanhangig maken bij de kamer van eerste aanleg, beroep instellen tegen beslissingen van de Kamer van eerste aanleg, of administratief cassatieberoep instellen. Eerder was dit volgens de letter van de wet enkel de Leidend ambtenaar zelf.

e. De bevoegdheid van de Leidend ambtenaar

De criteria die de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar (of de door hem aangewezen ambtenaar) bepalen, worden uitgebreid. De bedoeling is om de achterstand in de dossiers te verkleinen.

Zo worden de criteria “aanwijzingen van bedrieglijke handelingen” en “antecedenten in de vijf jaar die voorafgaan aan de vaststelling van de inbreuk” verlaten aangezien deze tot gevolg konden hebben dat een dossier moest worden overgemaakt van de Leidend ambtenaar naar de Kamer van eerste aanleg, terwijl het onverschuldigde (veel) lager was dan 25 000 EUR, of wanneer reeds het geheel of een deel van het onverschuldigde was terugbetaald. Thans wordt het voormelde bedrag als criterium aanvaard.

f. De beslissingen van de Leidend ambtenaar en van de administratieve rechtscolleges

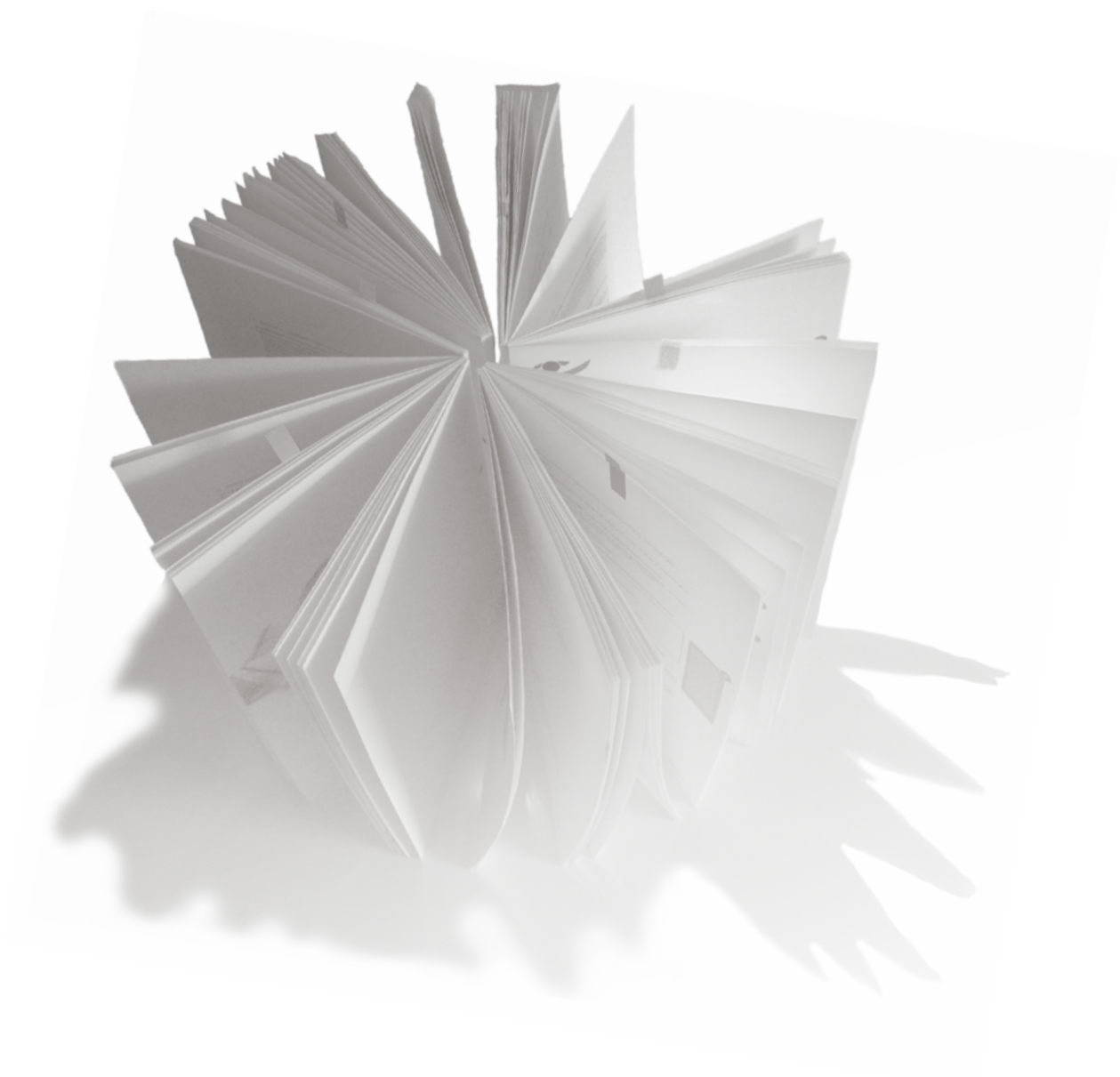
- De voorwaarden worden verduidelijkt volgens dewelke afbetalingstermijnen kunnen worden aangevraagd en toegekend. Deze worden immers enkel toegestaan op een met redenen omklede aanvraag en wanneer zij gestaafd zijn door alle nuttige bewijsstukken die moeten toelaten de gegrondheid ervan te beoordelen.
- De datum vanaf de welke interesten kunnen worden gevorderd wordt precies vastgelegd: sommen brengen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken vanaf de eerste werkdag die volgt op de kennisgeving van de beslissing, waarbij de postdatum bewijskracht heeft.
- De beroepstermijn tegen beslissingen van de Kamers van Eerste Aanleg bij de Kamers van Beroep loopt vanaf de eerste werkdag die volgt op deze waarop de aangetekende zending met ontvangstbewijs werd aangeboden in de woonplaats van de bestemming of, in voorkomend geval, in zijn verblijfplaats, of in zijn gekozen woonplaats.
- De aanvang van de beroepstermijn is ook op dezelfde manier omschreven voor de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar bij de Kamers van Eerste Aanleg.
- Bij de beslissingen van de Leidend ambtenaar moet de vermelding van de mogelijke rechtsmiddelen in de kennisgeving worden opgenomen en niet in de beslissing zelf. Dat was eerder al voorzien voor de beslissingen van de kamers van eerste aanleg en van de kamers van beroep.
- De Leidend ambtenaar kan om bepaalde handelingen te vervullen en een beslissing uit te spreken ook een ambtenaar aanduiden. In de logica van de bestaande reglementering wordt deze mogelijkheid uitgebreid naar het geheel of gedeeltelijk toestaan van uitstel van betaling van een administratieve geldboete.
- Op de website van het RIZIV worden enkel de definitieve beslissingen van de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges gepubliceerd. Deze verduidelijking stond voorheen niet ingeschreven in de reglementering.
- De beslissingen van de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges tot terugvordering van bedragen of tot het betalen van geldboetes genieten van het voorrecht voorzien in artikel 19, eerste lid, 4^o, van de Hypotheekwet van 16 december 1851. Dit naar analogie met de terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties door de Dienst voor administratieve controle.

g. Verjaring

De verjaringstermijn, bedoeld in artikel 174, 6^o, van de gecoördineerde wet, is niet van toepassing op procedures inzake terugvordering ingesteld door de DGEC tegen een zorgverlener. Hier gelden de bepalingen van het gemeen recht (art. 2262*bis*, § 1, eerste lid, B.W.).⁴⁹

49. Kamer van Volksvertegenwoordigers, Doc. 53 2097/001 en 2098/001, blz. 37.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Hof van Cassatie, 4 juni 2012

Geneeskundige verstrekkingen – Farmaceutische specialiteiten –
Beoordeling van de therapeutische waarde.
Koninklijk besluit van 21 december 2001, artikel 1, 21^o, en artikel 2 bijlage I,
hoofdstuk IV, paragraaf 228, 3)

Door rekening te houden met bewijzen van de werkzaamheid van de farmaceutische specialiteit, om te oordelen of het verschil in behandeling tussen man en vrouw als gevolg van paragraaf 228, 3) gerechtvaardigd is, en zonder na te gaan of deze werkzaamheid aangetoond was op het ogenblik dat de bestreden beslissingen werden genomen, is het arrest in strijd met artikel 2 van het Koninklijk besluit van 21 december 2001.

A.R. S. 10.0086 F

RIZIV t./M.C. en V.I.

...

Seconde branche

A titre subsidiaire, s'il devait être établi qu'une distinction est effectivement créée entre les hommes et les femmes par le paragraphe 228, 3), du chapitre IV-B de l'annexe I de l'arrêté Royal du 21 décembre 2001, tel qu'il a été inséré par l'arrêté ministériel du 7 août 2003, l'arrêt n'est pas légalement motivé en ce qu'il dit que celle-ci n'est pas objectivement et raisonnablement justifiée.

L'arrêt considère en effet que le refus de remboursement du médicament Actonel 35 milligrammes hebdomadaire aux hommes ne peut "être justifié pour des raisons scientifiques" et se fonde, pour décider ainsi, d'une part, sur le "dernier rapport" déposé par le défendeur reprenant des études belges et en annexe, une étude de la K.U. Leuven, et, d'autre part, sur les informations fournies par le site internet de Procter & Gamble et l'autorisation reçue en France de mise sur le marché de l'Actonel.

Ainsi, l'arrêt constate que "(le demandeur) expose, néanmoins, que pendant la période litigieuse, l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de l'Actonel, pour traiter l'ostéoporose chez les hommes, n'a pu être établie sur la base d'une étude scientifique". L'arrêt considère cependant que cette critique ne peut plus être retenue puisqu'il "résulte en effet du dernier rapport déposé par (le défendeur) que des études belges concernant la prise hebdomadaire de risedronate par des hommes belges montrent une efficacité identique à celle de la femme. En annexe à ce rapport figure le résumé d'une étude de la K.U. Leuven en ce sens".

Le recours formé par le défendeur était dirigé contre des décisions de sa mutuelle de refus de prendre en charge les frais de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaires du 22 septembre 2006 et du 23 octobre 2006. L'arrêt, qui devait statuer sur une éventuelle discrimination des hommes à l'égard des femmes créée par le paragraphe 228, 3), du chapitre IV-B de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, inséré par l'arrêté ministériel du 7 août 2003, qui ne prévoit le remboursement de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaire qu'aux femmes ménopausées souffrant d'ostéoporose, devait apprécier l'existence d'une éventuelle discrimination au moment de l'adoption des décisions attaquées.

Le demandeur justifiait ainsi une distinction entre les hommes et les femmes quant à la prise en charge des frais de l'Actonel 35 milligrammes hebdomadaire par des motifs scientifiques, soit par le fait qu'à l'époque litigieuse, l'efficacité, l'utilité et le caractère [non] dangereux de ce médicament pour traiter l'ostéoporose chez les hommes n'avaient pu être établis sur la base d'une étude scientifique. L'arrêt dit que cette justification n'est pas établie au motif que le "dernier rapport déposé par (le défendeur)" contiendrait des études belges et une étude de la K.U. Leuven qui prouveraient que la prise de risédronate par les hommes montre une efficacité identique à celle de la femme. L'arrêt ne constate cependant pas qu'à l'époque des décisions attaquées et qu'il met à néant, soit les 22 septembre et 23 octobre 2006, des études scientifiques avaient déjà pu établir l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de la prise d'Actonel par les hommes souffrant d'ostéoporose, et que des motifs scientifiques ne pouvaient alors pas justifier la distinction entre hommes et femmes dans le remboursement dudit médicament, alors que le caractère éventuellement discriminatoire des dispositions fondant les décisions litigieuses de la mutuelle ne pouvait être apprécié qu'au regard de la situation de l'époque des décisions litigieuses, et plus particulièrement des connaissances scientifiques de cette époque. L'arrêt méconnaît ainsi toutes les dispositions légales visées au moyen à l'exception des articles 1315, 1349, 1353 du Code civil, 870 et 1138, 2^o, du Code judiciaire, et, à tout le moins, ne contenant pas toutes les constatations de fait (relatives à l'époque des études scientifiques établissant l'efficacité de l'Actonel pour les hommes) permettant à la Cour de vérifier la légalité de sa décision, n'est donc pas régulièrement motivé et viole l'article 149 de la Constitution.

Par ailleurs, l'arrêt constate que, "selon le site internet de la société Procter & Gamble qui commercialise l'Actonel en France", celui-ci serait recommandé pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, que l'Actonel a obtenu en France une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme et que ce médicament semble y être remboursé par la sécurité sociale française. Ces faits, affirmés par l'arrêt, ne résultent d'aucune pièce de la procédure à laquelle la Cour puisse avoir égard ni d'aucun document auquel se référerait une telle pièce, et apparaît ainsi comme l'expression d'une connaissance personnelle que la Cour du travail a acquise en dehors du procès. Il n'est, par ailleurs, pas de connaissance générale ou d'expérience commune que le site internet de la société Procter & Gamble indique que l'Actonel serait recommandé pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, que l'Actonel aurait obtenu en France une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'ostéoporose chez l'homme, et que ce médicament y serait remboursé par la sécurité sociale française. Partant, l'arrêt, qui fonde son dispositif sur un fait étranger à l'expérience commune que la Cour du travail connaît dès lors de science personnelle et qui n'a pas été soumis à la contradiction des parties, n'est pas légalement justifié. Il viole les articles 1315, 1349, 1353 du Code civil, 870 et 1138, 2^o, du Code judiciaire, ce dernier consacrant le principe dispositif et, en raison de ce défaut de contradiction, méconnaît le droit de défense des demandeurs et le principe général du droit relatif au respect des droits de la défense.

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche :

1. L'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b) et c), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inclut, parmi les prestations de santé, la fourniture des médicaments et notamment des spécialités pharmaceutiques qu'il décrit.

L'article 35bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cette loi charge le Roi de confirmer la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2002, visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b) et c), et autorise le ministre à modifier cette liste à partir de la même date, sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments.

En vertu de l'article 35*bis*, § 2, alinéa 1^{er}, la décision portant sur la modification de la liste comprend une décision qui concerne, entre autres, les indications remboursables et les conditions de remboursement et est prise après une évaluation d'un ou de plusieurs critères, parmi lesquels la valeur thérapeutique de la spécialité.

De la lecture conjointe de cette disposition et des articles 4, 5 et 6 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, dans la rédaction applicable en l'espèce, il résulte que cette décision est prise après une évaluation de la valeur thérapeutique de la spécialité.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient que dans les coûts des spécialités figurant dans la liste ; l'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires déterminées par l'arrêté royal.

2. L'article 1^{er}, 21^o, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 définit la "valeur thérapeutique d'une spécialité" comme la somme de l'évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d'une spécialité, notamment son efficacité, son utilité et ses effets indésirables. L'article 1^{er}, 16^o, dispose qu'une spécialité est "efficace" si l'activité pharmacologique lors de la mise en œuvre dans le cadre d'un examen essai clinique engendre un effet thérapeutique ; l'article 1^{er}, 17^o, qu'elle est "utile" si elle est efficace et si l'examen atteste que son utilisation dans la pratique quotidienne permet d'atteindre le but escompté du traitement ; l'article 1^{er}, 18^o, définit les "effets indésirables".

L'article 5, § 1^{er}, de l'arrêté royal prévoit la classification des spécialités pharmaceutiques suivant leur valeur thérapeutique démontrée.

3. Il résulte des dispositions précitées que le remboursement d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication déterminée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, dépend de sa valeur thérapeutique pour cette indication et, en particulier, de son efficacité, telle qu'elle peut être évaluée au moment de l'inscription de la spécialité sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et, au plus tard, au moment de la décision de la mutualité sur la demande de remboursement formée par le patient.

4. Le paragraphe 228, 3), du chapitre IV de l'annexe I de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, dans sa rédaction applicable au moment des décisions litigieuses de la défenderesse, dispose que la spécialité Actonel 35 milligrammes hebdomadaire ne fait l'objet d'un remboursement que s'il est démontré qu'elle est administrée pour le traitement de l'ostéoporose chez une femme ménopausée, à certaines conditions.

5. L'arrêt constate que le défendeur, qui est un homme, souffre d'ostéoporose, que, le 1^{er} septembre 2006, il s'est vu prescrire le médicament Actonel 35 milligrammes hebdomadaire pour traiter cette maladie et que, par une décision du 22 septembre 2006 et une décision de confirmation du 23 octobre 2006, sa mutualité, la défenderesse, lui a refusé le remboursement de ce médicament au motif que la demande "ne respect[ait] pas les critères légaux prévus au chapitre IV" de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

L'arrêt considère que le paragraphe 228, 3), précité établit une différence de traitement entre les hommes et les femmes.

6. Pour justifier la limitation du remboursement au traitement de l'ostéoporose des femmes ménopausées, que ce paragraphe 228, 3), instaure, le demandeur faisait valoir que, au moment des décisions litigieuses de la défenderesse, l'efficacité, l'utilité ou la sécurité de la spécialité n'étaient établies sur la base d'études scientifiques que pour cette indication et qu'elles ne l'étaient pas pour l'ostéoporose des hommes.

L'arrêt considère qu' "actuellement", c'est-à-dire au moment où il statue, cette justification "ne peut plus être retenue", parce que, selon l'arrêt, des éléments de preuve établissent que la spécialité présente la même efficacité pour traiter l'ostéoporose chez l'homme que chez la femme.

7. En tenant compte de preuves de l'efficacité de la spécialité pharmaceutique, pour apprécier la justification de la différence de traitement que le paragraphe 228, 3), précité établirait entre les hommes et les femmes, sans vérifier si cette efficacité était démontrée au moment des décisions litigieuses, l'arrêt viole l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

Dans cette mesure, le moyen, en cette branche, est fondé.

...

II. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, 30 mei 2012

Wet van 14 juli 1994, artikelen 34 en 35
Nomenclatuur – Osteodensitometrie – Categorie geneesheren-specialisten

Het is niet aan de Raad van State om de controverse te beslechten over welke categorieën van geneesheren-specialisten het meest bekwaam zijn om de osteodensitometrie zo voor te schrijven dat die voor de patiënt vergoedbaar is.

De vergoeding beperken tot de verstrekkingen die door sommige specialisten worden uitgevoerd is, in casu, geen inperking van de therapeutische vrijheid van de voorschrijvers of van de vrije keuze van de patiënten.

Wat de weg betreft die voor de betwiste acte werd gevolgd, kan worden gesteld dat die wel degelijk onder de bevoegdheden van de Regering van lopende zaken viel.

Arrest nr. 219559

VZW B.B.C., R.J.L., B.J.J., B.S., P.Y en Z.J. t./Belgische Staat

...

VI. Premier moyen

VI.1. Arguments des parties

Les requérants prennent un premier moyen “de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, des articles 34 et 35 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice de l’art de guérir, de l’art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment de son article 11, des principes généraux du droit, notamment de celui de proportionnalité et du principe de bonne administration qui exclut l’erreur manifeste d’appréciation et implique l’obligation de motivation matérielle de tout acte administratif, l’interdiction de l’arbitraire et la nécessité de faire reposer toute décision sur des motifs exacts, pertinents et admissibles”.

Ils soutiennent que l’acte attaqué permet le remboursement de l’examen réalisé par la technique de l’absorptiométrie radiologique à double énergie lorsque cet examen est réalisé par les seuls médecins spécialisés en radiologie, rhumatologie ou médecine nucléaire, alors que les principes d’égalité et de non discrimination s’opposent à ce qu’une prestation ne soit pas remboursée lorsqu’elle est réalisée par un médecin qui ne dispose pas de l’une de ces spécialités mais qui est spécialisé en physiothérapie, en endocrinologie, en gynécologie, en gériatrie, en médecine physique ou en médecine interne, ou que des situations comparables soient réglées d’une manière à engendrer une différence de traitement injustifiée.

....

VI. 2. Décision du Conseil d’Etat

Les choix de politique de santé doivent se concilier avec le respect des principes d’égalité et de non discrimination.

En l’espèce, malgré l’ampleur de leur argumentation, les requérants restent en défaut d’établir que le choix qui a déterminé l’adoption des dispositions attaquées méconnaît les articles 10 et 11 de la Constitution.

La partie adverse peut être suivie en ce qu’elle affirme, dans son mémoire en réponse, que ce choix est objectif et que ses effets ne sont aucunement disproportionnés.

Pour le surplus, les critiques des requérants portent sur l’opportunité de la formule choisie par la partie adverse et non sur sa légalité.

Il ne revient pas au Conseil d’Etat de trancher la controverse qui oppose des médecins spécialistes quant aux catégories d’entre eux qui sont les plus qualifiés pour prescrire l’ostéodensitométrie en manière telle que le patient puisse en obtenir le remboursement.

Le moyen n’est pas fondé en ce qu’il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Il ne l’est pas davantage en ce qu’il est pris de la violation de l’article 11 de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

Les requérants restent en défaut d’établir que les dispositions visées imposeraient aux praticiens de l’art médical une limitation réglementaire dans le choix des moyens auxquels il convient de recourir pour poser le diagnostic ou pour déterminer ou exécuter le traitement.

En effet, tous les praticiens de l'art de guérir restent en mesure de prescrire l'examen d'ostéodensitométrie.

Le fait que cet examen ne soit admis au remboursement que sur la prescription de certains médecins spécialistes ne contrevient pas à la liberté thérapeutique des prescripteurs ni à la liberté de choix des patients, ceux-ci pouvant soit s'adresser directement à un médecin spécialiste en radiologie, en rhumatologie ou en médecine nucléaire et obtenir le remboursement soit y être envoyé par un médecin relevant d'une autre spécialité.

La prestation considérée s'avérant être une prestation technique, la circonstance qu'un patient doit, pour pouvoir être remboursé, la faire effectuer par un médecin spécialiste agréé en radiodiagnostic, en rhumatologie ou en médecine nucléaire, n'a pas pour effet de l'empêcher de se rendre chez son médecin traitant pour poursuivre son traitement.

C'est encore en vain que les requérants font état d'une violation de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qu'il serait fondé sur un accord médico-mutualiste devenu caduc.

S'il est exact que l'accord médico-mutualiste 2008 a été pris en compte lors de l'élaboration de l'arrêté royal attaqué, le fait qu'il n'était plus en vigueur au moment de l'adoption de celui-ci ne le prive ni de sa base légale ni de ses motifs.

C'est indûment, enfin, que les requérants invoquent la violation des principes de proportionnalité et de bonne administration.

Sans doute l'équilibre budgétaire aurait-il pu être atteint par la fixation de conditions distinctes de celles que prévoient les dispositions attaquées,

Ceci n'emporte nullement que la partie adverse ait commis une erreur manifeste d'appréciation en retenant le critère de la spécialisation des médecins pouvant accomplir ces prestations.

Le moyen n'est pas fondé.

VII. Second moyen

VII.1. Arguments des parties

Les requérants prennent un second moyen "de la violation des articles 33, 36, 37, 88, 101, 106 et 195 de la Constitution, de l'incompétence de l'auteur de l'acte, du principe général de droit en vertu duquel le gouvernement fédéral est limité à l'expédition des affaires courantes lorsqu'il [n'est plus] plus responsable devant les assemblées législatives".

....

VII. 2. Décision du Conseil d'Etat

Lorsqu'un gouvernement ne dispose plus de la plénitude de ses pouvoirs pendant la période où il échappe au contrôle des assemblées élues, il peut uniquement expédier les "affaires urgentes" et "les affaires courantes".

Les affaires urgentes s'entendent de celles dont le règlement ne souffre aucun retard sous peine de mettre en danger des intérêts fondamentaux ou de leur porter préjudice. Les affaires courantes, s'entendent de celles de peu d'importance et de celles déjà en cours dont l'achèvement n'implique pas des choix politiques importants.

L'arrêté royal attaqué a pour objet de réintroduire la prestation d'ostéodensitométrie dans la nomenclature des prestations de soins et de fixer les conditions qui s'y attachent.

L'exposé des faits et les pièces de la procédure permettent d'apercevoir que l'adoption de l'arrêté royal attaqué n'a fait l'objet d'aucune précipitation particulière mais quel est le résultat d'une procédure entamée bien avant le 22 avril 2010, date à laquelle le gouvernement a remis sa démission au Roi et le 7 mai 2010, date de la publication au Moniteur belge de la déclaration de révision de la Constitution.

Il est question en effet de l'ostéodensitométrie dans l'accord national médico-mutualiste 2008.

La proposition du conseil technique médical a été formulée le 28 avril 2009.

Le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a donné son avis le 28 avril 2009.

La commission nationale médico-mutualiste s'est prononcée le 22 juin 2009.

Le comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI s'est prononcé le 27 juillet 2009.

L'inspecteur des finances a donné son avis le 29 octobre 2009.

Le Secrétaire d'Etat au Budget a donné son accord le 19 novembre 2009.

La section de législation a été saisie d'une demande d'avis sur un projet appelé à devenir l'arrêté royal attaqué le 27 novembre 2009 et elle a donné cet avis le 3 mars 2010.

L'arrêté attaqué qui règle un point particulier de l'assurance soins de santé et indemnités, apparaît ainsi comme la conclusion d'un processus d'élaboration largement engagé avant la démission du gouvernement.

Celui-ci a pu valablement l'adopter le 2 juin 2010.

Le moyen n'est pas fondé.

...

III. Arbeidshof van Bergen, 26 april 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Vooraf bestaande toestand

Noch een korte periode van tewerkstelling, noch het feit dat de appellant recht heeft gehad op werkloosheidsuitkeringen volstaan om te besluiten dat er een initieel verdienvermogen bestaat.

Aangezien de ziekteverzekering van openbare orde is, kan een verzekerde geen rechten verwerven op grond van een eventuele, voorafgaande en onterechte erkenning van een arbeidsgeschiktheid.

A.R. 2011/AM/265

S.Y. t./RIZIV en V.I.

...

L'article 100 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités subordonne la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail à la réunion de trois conditions :

1. le travailleur doit avoir cessé toute activité,
2. la cessation de celle-ci doit être la conséquence du début ou de l'aggravation des lésions ou de troubles fonctionnels
3. le travailleur doit subir une réduction des deux tiers de sa capacité de gain.

En application de cette disposition, aucune reconnaissance de l'incapacité de travail ne peut être accordée si, au moment de l'interruption de l'activité, l'état de santé du travailleur ne s'est pas aggravé par rapport à son état de santé existant à l'époque où il a commencé à travailler, soit par la survenance d'une nouvelle affection, soit par l'aggravation d'une affection existante (Cass., 01.10.1990, J.T.T. 1990, p. 465).

La *ratio legis* de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est "*d'exclure du régime de l'assurance maladie, les personnes dont la capacité de gain était déjà fortement entamée au moment de leur entrée sur le marché du travail et qui, en fait, n'ont jamais été aptes à travailler. (cf. A.R. n° 22, 23.03.1982, Rapport au Roi, M.B., 25.03.1982)*" ("*aperçu de la jurisprudence relative à la situation préexistante (art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14.07.1994)*", L. VERBRUGGEN, B.I. INAMI, 1998/4, pp. 557 et suiv.).

En conséquence, une reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 n'est pas possible lorsque la réduction de la capacité de gain est la conséquence d'une situation préexistante. Si, au moment de l'entrée sur le marché du travail, la capacité de gain est à ce point réduite que l'intéressé n'a en fait jamais été capable de travailler, l'aggravation de son état de santé n'ouvrira pas le droit à des indemnités de maladie (C.T. Anvers, section de Hasselt, 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007/2, p. 225).

Par ailleurs, l'assurance maladie-invalidité étant d'ordre public, un assuré ne peut tirer de droits acquis d'une éventuelle reconnaissance antérieure et erronée d'une incapacité de travail.

En l'espèce, si, à aucun moment, il n'a été question de mettre fin à l'incapacité à partir du 5 novembre 2010 au motif que la cessation des activités n'était pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, s'agissant d'une matière relevant d'une législation d'ordre public, il ne pourrait se concevoir qu'une situation médicale non conforme aux principes d'intervention de l'assurance maladie invalidité puisse indéfiniment se maintenir au profit de l'appelante.

Il s'ensuit qu'il s'impose d'apprécier l'existence d'une aptitude au travail au moment de l'entrée sur le marché de l'emploi.

Déterminer si l'interruption de l'activité constitue la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé ne pose guère de problème lorsqu'au début de la période d'incapacité, la personne était effectivement au travail ou, à tout le moins, lorsqu'elle a eu, au cours de la même période d'assurance, des périodes d'activité établissant qu'à un moment donné elle a été apte au travail.

L'entrée sur le marché du travail correspond soit au moment où la personne qui quitte le milieu scolaire acquiert ou tente d'acquérir des moyens d'existence grâce à un travail régulier soit au moment où cette personne se déclare prête à acquérir des moyens d'existence en se déclarant disposée à effectuer un tel travail : de courtes périodes d'occupation professionnelle ne constituent pas la preuve d'une capacité de gain préalable et suffisante sur le marché du travail régulier (C.T. Anvers, 26.04.2005, B.I., 2005/4, p. 457 ; S. HOSTAUX, "*Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*" Larcier, Droit social, 2009, p. 260 ; C.T. Bruxelles, 30.06.2008, B.I.-INAMI, 2008/4, p. 575).

En l'espèce, le fait que l'appelante ait travaillé, ne prouve pas l'existence d'une capacité de gain, dès lors que la période de travail est très courte (voir rapport du C.M.I. : 2 semaines en qualité d'agent d'entretien dans un home).

A fortiori, le fait que l'appelante ait pu prétendre à des allocations de chômage ne suffit pas non plus pour conclure à l'existence d'une capacité de gain.

En telle hypothèse, vu les conséquences extrêmement lourdes de la reconnaissance d'un état antérieur, il s'impose, *avant de purement et simplement rejeter la personne concernée du système de l'assurance maladie-invalidité et de l'orienter vers le régime des prestations aux personnes handicapées ou de l'aide sociale à titre extrêmement subsidiaire, de faire vérifier l'état antérieur par un médecin expert.*

...

IV. Arbeidshof van Brussel, 26 april 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Terugkeer naar de vooraf bestaande toestand

Wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde weer dezelfde is als vóór de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid kan hij niet meer als arbeidsongeschikt worden erkend als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet.

A.R. 2011/AB/476

T.A. t./RIZIV

...

II. Les conclusions du rapport d'expertise

Attendu que les conclusions du rapport d'expertise étaient libellées comme suit :

"A la date du 23 avril 2008 et postérieurement, la cessation par Madame T. de toute activité, n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels entraînant une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lequel se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

A la date où Madame T. est entrée sur le marché du travail, nous considérons que cette personne était déjà grevée par de lourdes pathologies, la rendant quasi incapable d'émarger sur le marché du travail de façon durable.

Ultérieurement, il est possible que le cas de Madame T. se soit aggravé (notamment sur le plan psychologique), mais cette aggravation n'est pas significative par rapport à l'impact des pathologies qui constituaient son état antérieur.

En conséquence, Madame T. ne répond pas à l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994".

- Le Tribunal du Travail de Bruxelles estima qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un complément d'expertise et qu'il convenait dès lors d'entériner les conclusions du rapport d'expertise qui était bien motivé (jugement 3^{ème} feuillet).

...

IV. Position de la cour

Attendu que la Cour considère ce qui suit :

- Il résulte des conclusions de Madame T. que celle-ci craint surtout que la Cour décide, en suivant l'expert M. L., que Madame T. n'a *jamais eu de capacité de gain*, au motif qu'une telle constatation pourrait avoir des répercussions fâcheuses aussi bien en matière de chômage qu'en matière d'assurance indemnités (voir supra).
- Certes, certaines phrases de l'expert sont équivoques, notamment lorsqu'il affirme que "*Madame T. n'a jamais eu d'activité professionnelle*" (rapport, p. 12)
- Il en est de même lorsque l'expert déclare que "*A la date où Madame T. est entrée sur le marché du travail nous considérons que cette personne était déjà grevée de lourdes pathologies la rendant quasiment incapable d'émarger sur le marché du travail de façon durable*" (rapport, p. 21).
- Ces considérations ne correspondent pas à ce qui a été demandé à l'expert, à savoir si, à la date du 23 avril 2008, Madame T. présentait encore une aggravation de son état de santé, qui s'était manifestée en 2006.
- Il n'était pas demandé à l'expert d'émettre des considérations sur les possibilités qu'aurait Madame T. de rester active sur le marché de l'emploi de façon durable.
- Le problème qui se pose ici est le problème classique du "*retour à l'état antérieur*" que l'on peut décrire de la manière suivante :
 - Une personne dont la santé est déjà altérée arrive cependant à trouver un emploi qu'elle peut exercer malgré les pathologies dont elle est atteinte
 - Suite à un accident, à une maladie, à une aggravation des lésions dont elle est atteinte ou encore à l'apparition de nouvelles lésions, cette personne peut être reconnue en incapacité de travail pour une période plus ou moins longue
 - Lorsque cette aggravation des lésions disparaît, il est mis fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail, parce que la personne concernée est revenue à "*son état (de santé) antérieur*", c'est-à-dire celui qui était le sien lorsqu'elle se trouvait sur le marché du travail, nonobstant les pathologies qu'elle présentait déjà.
- A cet égard, il a été jugé ce qui suit :

La notion d'incapacité de travail : principes

- Aux termes de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi coordonnée), est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

- Il résulte de cette disposition que l'on ne peut reconnaître une incapacité de travail si, au moment de l'interruption de l'activité, l'état de santé du travailleur concerné ne s'est pas aggravé par rapport à celui qu'il présentait au moment où il avait commencé à travailler, que ce soit par l'aggravation d'une affection préexistante ou par la survenance d'une nouvelle lésion.
- L'existence d'un lien de causalité entre le début ou l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels et la cessation de toute activité est en outre requis. L'exigence de ce lien causal a été introduit par l'Arrêté royal n° 22 du 23 mars 1982 dans la définition de l'incapacité de travail tout comme l'exigence du début ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels suite un arrêt de cassation du 26 mars 1979 (R.D.S., 1979, p. 236) dans lequel il était précisé que la définition de l'incapacité de travail dans l'article 56 de la Loi du 9 août 1963 (devenu l'art. 100 de la loi coordonnée) ne faisait aucune distinction selon la cause des lésions et troubles fonctionnels ni selon l'état de santé antérieur du travailleur.
- En d'autres termes, avant la modification législative de 1982, il ne fallait pas tenir compte du fait que le travailleur présentait déjà, avant d'arrêter le travail, les lésions et troubles fonctionnels qui diminuaient sa capacité de gain (voir C.T. Liège, 04.05.1987, Chron. Drt. Soc. 1988, p. 99).
- La *ratio legis* de la Loi de 1982 était donc d'exclure du régime AMI "les personnes dont la capacité de gain était déjà fortement entamée au moment de leur entrée sur le marché du travail, et qui, en fait, n'avaient jamais été aptes à travailler" (L. VERBRUGGEN "Aperçu de la jurisprudence relative à la situation préexistante", B.I.-INAMI, 1998/4, 557).
- Dans son arrêt de principe du 1^{er} octobre 1990, la Cour de cassation a cependant clairement décidé que, *pour déterminer la réduction de la capacité de gain, c'est-à-dire évaluer l'incapacité de travail, il y a lieu de considérer l'ensemble des lésions et troubles fonctionnels présentés par le titulaire au moment de l'interruption du travail et pas seulement des lésions ou troubles fonctionnels nouveaux ou l'aggravation qui est la cause directe de l'interruption du travail* (Cass. 01.10.1990, Chr. Drt Soc. 1991, p. 111).
- Dans un arrêt du 28 janvier 1992, la Cour du travail de Liège a statué dans le même sens en décidant que c'était d tort que le premier juge avait enjoint à l'expert de faire abstractions des séquelles de l'accident du travail dont le travailleur intéressé avait été victime (J.T.T. 1993, p.247; voir aussi C.T. Liège, 9^e ch.,09.10.1991, R.G. n° 2194/91).
- C'est donc assez curieusement que l'O.A. rejette cette jurisprudence en relevant que « seuls deux arrêts de la Cour du travail de Liège sont cités, dont un non publié, ainsi qu'un arrêt de cassation en rapport avec l'article 100 de la loi du 9 août 1963 sur la question de savoir s'il y a lieu de considérer l'ensemble des lésions et troubles fonctionnels que le titulaire présente au moment de l'interruption de travail ou seulement les lésions et troubles fonctionnels nouveaux ou l'aggravation qui est la cause directe de l'interruption du travail et en soulignant "qu'aucune jurisprudence émanant de la Cour du travail de Bruxelles n'est citée" (concl. princ. O.A., p. 10).
- Faut-il qu'une jurisprudence émane de la Cour appelée à statuer pour devoir être suivie ?
- La Cour de céans signalera l'existence d'un arrêt rendu le 7 novembre 1991 par la Cour du travail de Bruxelles (statuant comme juridiction de renvoi après l'arrêt de cassation du 01.10.1990) dans lequel la Cour du travail, après avoir retracé l'évolution législative de l'article 56 de la Loi du 9 août 1963 (modifiée par l'A.R. n° 22 du 23.03.1982) décida ce qui suit:

"Il résulte du nouveau texte de loi repris ci-avant et au surplus commenté qu'aucune reconnaissance d'incapacité de travail ne peut être obtenue si l'état de santé du travailleur concerné ne s'était pas aggravé, au moment de l'interruption de l'activité professionnelle, par rapport à ce qu'il était au début de son activité. A ce sujet, il est établi et non contesté que l'appelant était effectivement atteint de silicose au moment de sa dernière activité, silicose qu'il avait contractée durant son activité exercée comme mineur et qu'il fut au surplus atteint de cécité à l'oeil gauche durant son activité de travailleur indépendant qui y succéda, cependant qu'il fut en outre atteint de lésions dorsales au cours de sa dernière activité professionnelle, en telle manière que son état s'était aggravé au moment de l'interruption de sa dernière activité et même que, dans cette mesure, l'interruption de cette activité en était la conséquence directe.

L'appelant se trouvait en conséquence dans la situation visée par l'article 56, § 1^{er}, alinea 1^{er} de la loi AMI (NB : = art. 100 actuel de la loi coordonnée).

Il ne peut être déduit des dispositions de cet article, ainsi que le décida le premier juge, et donc à tort, que lorsque comme en l'espèce, l'interruption de l'activité est la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé, celui-ci ne doit pas être considéré dans son ensemble mais uniquement sur base de la lésion nouvelle (le mal au dos) et/ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels préexistants considérés en eux-mêmes. Il n'est pas contesté à cet égard que l'état de santé de l'appelant considéré dans son ensemble a diminué sa capacité de gain à moins d'un tiers de ce qu'une personne, de même condition et de même formation, peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'appelant lorsqu'il devient incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. C'est donc à tort que le médecin-conseil de l'intimée déclara, dans la décision querrellée du 12 novembre 1984, que l'appelant n'était plus incapable de travailler à partir du 19 novembre 1984 (C. T. Bruxelles, 7^e ch, 07.11.1991, Jurisp. Droit Social Bruxelles-Louvain-Nivelles, traduction libre)".

(C. T. Bruxelles, 28.06.2007, R.G. n° 45.760)

- Dans le cas de Madame T., les pathologies qu'elle présentait tout en travaillant sont essentiellement des maux de dos et des troubles dépressifs.
- Lors de la discussion médico-légale du 17 avril 2008, les médecins du CMI de l'INAMI avaient noté ce qui suit:

"Retour état antérieur. Le motif d'arrêt de travail est un blocage lombaire au travail en 2006. La dépression était déjà présente bien avant la mise sur le marché du travail. Les lombalgies étaient elles aussi déjà présentes depuis longtemps. Nous n'avons pas de notion d'aggravation flagrante et permanente pour les deux affections. Il nous faut donc considérer qu'il y a retour à l'état antérieur" (dossier administratif de l'INAMI, pièce 2).

- C'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'expert M. L. lorsqu'il déclare que: *"Ultérieurement, il est possible que le cas de Madame T. se soit aggravé (notamment sur le plan psychologique), mais cette aggravation n'est pas significative par rapport à l'impact des pathologies qui constituaient son état antérieur"*.
- En conclusion, malgré certaines phrases malencontreuses de l'expert, ses conclusions ne peuvent laisser aucun doute: pour lui : Madame T. est revenue à l'état de santé qui était le sien avant le début de son incapacité de travail (suite à un blocage au dos le 10.10.2006).
- L'on relèvera, pour autant que de besoin, que l'INAMI ne conteste pas la capacité de gain de Madame T. La thèse de l'INAMI consiste précisément à affirmer que, à la date du 23 avril 2008, cette capacité de gain existait à nouveau !
- D'ailleurs, lorsqu'elle a été examinée le 19 mai 2008 par un médecin, conseiller en prévention-médecin du travail, celui-ci a recommandé un travail léger, surtout assis pour une durée d'un an.
- Ceci prouve non seulement que Madame T. a bien une capacité de travail, même si c'est pour un travail en position assise, mais cela prouve surtout qu'à cette date, sa capacité de travail et donc sa capacité de gain a été reconnue par un organisme indépendant et ce, un mois après la décision de l'INAMI.
- Il résulte des éléments qui précèdent que du 23 avril 2008 au 16 septembre 2011 inclus, Madame T. n'était plus en invalidité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée. Elle a donc recouvré sa capacité de gain au cours de cette période.
- C'est dès lors à bon droit que le Tribunal du Travail de Bruxelles a déclaré le recours de Madame T. non fondé, mais pour d'autres motifs que ceux retenus par le premier juge qui a considéré erronément que Madame T. n'avait pas eu de capacité de gain.

...

V. Arbeidshof van Brussel, 28 juni 2012

Gerechtigd Wetboek, artikel 991 – Begroting van de staat van kosten en ereloon van de deskundige – Betwisting – Verslag van niet-bevinding

Bij twijfel over het tijdstip vanaf wanneer de termijn van 30 dagen begint te lopen, moet de rechter die de staat van kosten en ereloon van de deskundige begroot, rekening houden met de betwisting ervan, zelfs indien die ter griffie is neergelegd meer dan 30 dagen na ontvangst van het verslag.

Bij een verslag van niet-bevinding moet de staat worden verminderd tot het bedrag dat voor de administratieve kosten is verschuldigd.

A.R. 2011/AB/987
RIZIV t./B.J. en K.S.

...

I. Objet de l'appel

Attendu que l'appel est dirigé contre une décision de taxation d'honoraires effectuée le 28 septembre 2011 par le Tribunal du travail de Bruxelles, taxant les honoraires demandés par le Dr Jean B. à la somme de 263,55 EUR ;

Attendu que l'INAMI estime ce montant excessif dès lors que le Dr B. n'a rendu qu'un rapport de carence (...)

II. Faits et antécédents de procédure

...

- Le 17 août 2011, le Dr J.B. déposa un rapport de carence.
- A la même date, le Dr J.B. adressa son état d'honoraires pour taxation au Tribunal du travail de Bruxelles
- Toutefois, ce ne fut que le 22 septembre 2011 que le Greffe du le Tribunal du travail de Bruxelles s'adressa au conseil de l'INAMI pour lui communiquer l'état d'honoraires du Dr J.B. et pour lui demander si l'INAMI allait marquer son accord à ce sujet
- Ce ne fut que le 23 septembre 2011 que l'INAMI put prendre position (refus de payer 263,55 EUR. pour un rapport de carence) et envoya un fax au greffe du Tribunal à cette même date
- Ce refus de l'INAMI était annexé à la décision de taxation du 28 septembre 2011 pour un montant de 263,55 EUR. Le Tribunal du travail de Bruxelles ne tint pas compte des observations de l'INAMI pourtant dûment motivées
- L'INAMI interjeta appel le 28 octobre 2011. Il demande à la Cour du travail de réduire le montant des honoraires du Dr J.B. à la somme de 103,31 EUR, soit le montant des frais administratifs.

...

III. Thèse de l'inami et position de la cour

Attendu que l'INAMI fonde principalement son appel sur les moyens suivants :

- Le Dr J.B. a taxé ses honoraires comme suit :
 - honoraires personnels de l'expert neuropsychiatre : 210,46 EUR
 - frais administratifs : 53,09 EUR
- Total : 263,55 EUR

- L'INAMI étaye son appel comme suit :

“Qu'à titre liminaire, l'appel de l'exposant contre la décision de taxation de l'état de l'expert est introduit par application de l'article 963 du code judiciaire (Mougenot D. “La loi du 30 décembre 2009 “réparant” la procédure d'expertise judiciaire”, J.T. 2010, n° 6389, pp. 201 et s., n° 45 ; cf également MIGNOLET O. “Nouveauté en matière d'expertise”, op. cit., p. 70 et les références citées).

Que par dérogation à l'article 1068 al. 1^{er} l'appel formé contre cette décision ne saisit pas du fond du litige le Juge d'appel (al. 2, art, 963 C.J).

1. Non respect de l'article 991 du Code judiciaire et violation des droits de la défense de l'exposant.

Que la décision du 28 septembre 2011 précitée taxe d'état de l'expert à 263,55 EUR par application de l'alinéa 1^{er} de l'article 991 du Code judiciaire qui dispose que :

“Si, dans les 30 jours du dépôt de l'état détaillé au greffe, les parties n'ont pas, conformément au § 2, informé le juge qu'elles contestent le montant des honoraires et des frais réclamé par l'expert, celui-ci est taxé par le juge au bas de la minute de l'état et il en est délivré exécutoire conformément à l'accord intervenu entre les parties ou contre la ou les parties, ainsi qu'il est prévu pour la consignation de la provision.”

Qu'alors que :

- le greffe du Tribunal du travail de Bruxelles a interrogé l'exposant par courrier du 21 septembre 2011, ce n'est qu'à la lecture des pièces jointes qu'il pouvait être déduit que l'état d'honoraires et frais de l'expert était parvenu au greffe en date du 23 août 2011, alors que la réception à la direction en a été actée le 1^{er} septembre seulement
- l'exposant a contesté de manière motivée l'état par fax du 23 septembre 2011 adressé au greffe du Tribunal du travail de Bruxelles
- le Tribunal a taxé l'état par décision du 28 septembre 2011, soit après avoir pris connaissance de la contestation de l'exposant; qu'en effet, la contestation de ce dernier était annexée à la décision de taxation lorsqu'elle lui a été communiquée par télécopie le 4 octobre 2011.

2. Que bien que l'état de l'expert soit daté du 17 août 2011 (et qu'il a apparemment été réceptionné au greffe le 23.08.2011), il ne peut être reproché à l'exposant de ne pas avoir respecté le délai de 30 jours tel que prévu à l'article 991 alinea 1^{er} du C.J. en ce que :

2.1. L'alinéa 1^{er} de l'article 991 du C.J. dispose que ce délai court à compter du dépôt de l'état détaillé de l'expert au greffe ; qu'or, les parties ne sont pas informées de la date du dépôt de l'état d'honoraires au greffe (Mougenot D., « La loi du 30 décembre 2009 “réparant” la procédure d'expertise judiciaire”, J.T. 2010, n° 6389, pp.201 et s., n° 38).

2.2. L'article 978 § 1^{er} dispose que l'expert doit également envoyer son état aux parties le jour du dépôt, par envoi recommandé ; que sous réserve qu'une preuve contraire soit rapportée, il n'est pas établi que la date mentionnée sur l'état coïncide avec celle de son dépôt (point de départ du délai), et avec celle de son envoi à l'exposant, ni avec celle de sa réception par l'exposant; qu'il est même plausible que ces dates ne soient pas les mêmes (Mougenot D., "La loi du 30 décembre 2009 "réparant" la procédure d'expertise judiciaire", op. cit. supra).

2.3. Vu qu'il existe de nombreuses incertitudes quant au point de départ du délai de 30 jours et de la sanction y attachée, il n'est aucunement déraisonnable de soutenir que le juge qui a taxé l'état de frais et honoraires de l'expert le 28 septembre 2011 aurait dû tenir compte de la contestation de l'exposant du 23 septembre 2011, et ce dans le respect élémentaire des droits de la défense.

2.4. L'exposant rejoint l'opinion de Mougenot D. qui estime que "le silence des parties ne peut être considéré comme un accord tacite que s'il n'est susceptible d'aucune autre interprétation, contrairement à la jurisprudence habituelle de la Cour de cassation, en matière de renonciation" (Mougenot D., op. cit. supra, JT 2010 n° 6389, pp. 201 et s. n° 39 ; Cass. 17.11.2008, R.G. n° S.08.0070.N, Cass. 28.01.2008, R.G. n° S.07.0097.N, Cass. 15.09.2006, R.G. n° C.05.0171.N ; Cass. 23.01.2006, R.G. n° S.05.0088.N; Cass. 17.11.2005, R.G. n° C.04.04.77.N; Cass.25.04.2005, R.G. n° S. 03.0101.N ; Cass. 13.09.2004, R.G. n° C.03.0540.F ; Cass. 21.12.2001, R.G. n° C.99.0528.F)

Qu'en égard à ce qui précède, le Tribunal aurait dû taxer l'état de l'expert en suivant la procédure fixée à l'alinéa 2 de l'article 991 du code judiciaire qui dispose que :

"Si dans le délai visé au paragraphe 1^{er}, une ou plusieurs parties ont exprimé leur désaccord de manière motivée sur l'état des frais et honoraires, le Juge ordonne la comparution des parties conformément à l'article 973, § 2, afin de procéder à la taxation des frais et honoraires".

Que la Cour est invitée à prendre connaissance de la contestation motivée de l'exposant.

3. En ce qui concerne le fond, contestation de l'état de l'expert

Que lors de la taxation de l'état de l'expert, le Juge doit, en application de l'article 991, § 2, "surtout (tenir) compte de la rigueur avec laquelle le travail a été exécuté, le respect des délais impartis et de la qualité du travail fourni, Il peut en outre tenir compte de la difficulté et de la durée du travail fourni, de la qualité de l'expert et de la valeur du litige".

Qu'en assurance soins de santé et indemnités, il y a lieu en outre de tenir compte de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales.

3.1. A titre principal, réduction de l'état de l'expert aux seuls frais administratifs, soit 103,31 EUR.

Qu'il est de jurisprudence constante qu'en cas de rapport de carence, l'état de l'expert doit être taxé aux seuls frais administratifs, soit 103,31 EUR (cf. notamment, T.T. Bxl, 25.05.2007, R.G. n° 51.083/03, B. N.; T.T. Bxl, 23.09.2005, R.G. n° 67.305/03; K.L.).

3.2. A titre subsidiaire : réduction de l'état de l'expert a 173,43 EUR.

Qu'à titre subsidiaire, au cas où la Cour estimerait que les devoirs accomplis par l'expert justifient l'octroi d'un montant supérieur aux seuls frais administratifs, l'état devrait être réduit comme suit:

examen complémentaire :	70,18 EUR
frais administratifs :	<u>103,31</u> EUR
Total :	173,49 EUR

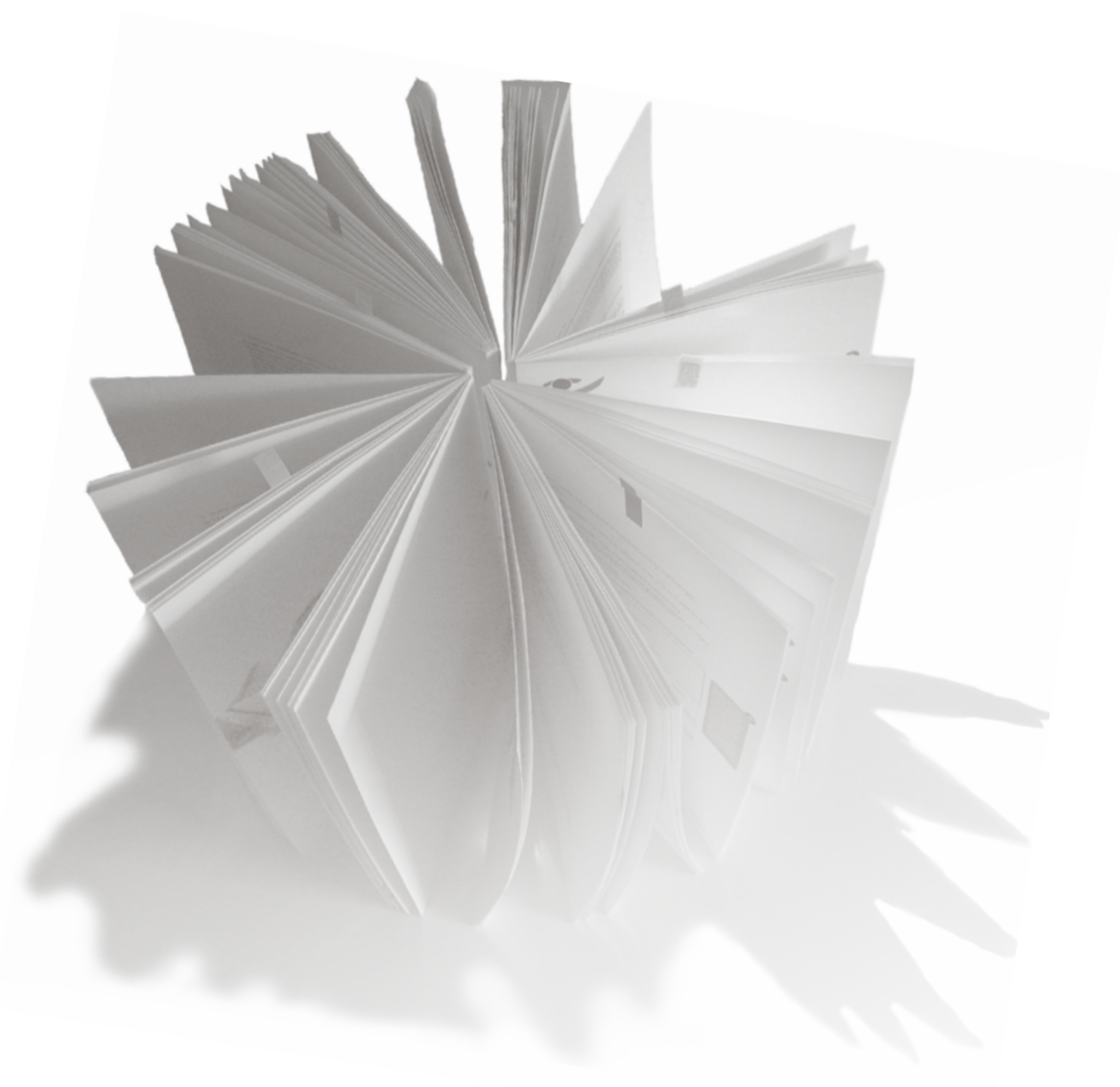
(Requête d'appel, pp. 2, 3 et 4)

- A juste titre, l'INAMI fait observer que la procédure prévue par l'article 991, alinéa 2 du Code judiciaire n'a pas été suivie par le Tribunal du travail de Bruxelles.
- Or, les éléments de contestation formulés par l'INAMI au sujet des honoraires du Dr J.B. ne pouvaient être ignorés du Tribunal puisqu'ils étaient annexés à la décision de taxation litigieuse !
- Tant Monsieur Michel PALUMBO, Avocat Général, que la Cour de céans partagent le point de vue défendu par l'INAMI consistant à limiter le montant des honoraires revenant à l'expert au montant des frais administratifs, soit un montant de 103,31 EUR. Il n'y a aucune raison d'y ajouter la somme de 70,18 EUR. pour examen complémentaire (thèse subsidiaire de l'INAMI) puisqu'aucun examen médical n'a été effectué en l'espèce.

...

4^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



I. Nationaal akkoord geneesheren- ziekenfondsen

Geheel of gedeeltelijk toegetreden artsen – Niet-naleving bepalingen akkoord inzake informatieplicht over conventiewijze en tarieven – Sancties

Vraag nr. 5-4205, gesteld op 23 december 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door de heer IDE, Senator¹

Als een arts zich aan het nationaal akkoord tussen artsen en ziekenfondsen heeft verbonden, moet hij voor terugbetaalde medische verrichtingen de officiële tarieven volgen. Een arts kan zich echter ook gedeeltelijk of helemaal niet verbinden. In dat geval mag hij eigen, hogere tarieven hanteren, ook voor terugbetaalde prestaties.

De geneesheren die binnen de bij de wet vastgestelde termijn geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, moeten in hun wachtkamer en, waar het gaat om de inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal, zichtbaar voor de rechthebbenden, het document aanplakken dat hun is overgemaakt door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en waarin is vermeld dat zij tot het akkoord zijn toegetreden en waarin ook, in geval van toepassing van de gedeeltelijke toetreding, de dagen, uren en plaatsen zijn opgegeven waarop ze zullen mogen afwijken van de tarieven van dit akkoord.

1. Heeft mev. de Minister weet van geneesheren die deze verplichting tot aanplakking niet nakwamen? Controleert het RIZIV de geneesheren omtrent de naleving van de verplichting tot aanplakking? Wat zijn de mogelijke gevolgen ten aanzien van de geneesheer indien vastgesteld wordt dat de verplichting tot aanplakking niet nageleefd wordt?
2. Hoeveel klachten ontving het RIZIV de afgelopen twee jaar omtrent geneesheren die geconventioneerd waren maar toch meer aanrekenden dan de officiële tarieven?
3. Treedt het RIZIV steeds op ten aanzien van geneesheren die geconventioneerd zijn en toch meer aanrekenen dan de officiële tarieven? Wat zijn de mogelijke gevolgen ten aanzien van de geneesheer?
4. Oefent het RIZIV een bijzondere controle uit ten aanzien van geneesheren die gedeeltelijk geconventioneerd zijn?

Antwoord

De volledig of gedeeltelijk geconventioneerde artsen moeten in de wachtzaal van hun medische praktijkruimte op een voor de patiënten duidelijk zichtbare plaats de informatie afficheren dat ze tot het akkoord zijn toegetreden alsook de dagen en uren dat ze de tarieven van het akkoord toepassen en de dagen en uren dat ze deze niet toepassen.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Hoewel er nog geen wettelijk georganiseerd expliciet sanctiemechanisme bestaat in geval van niet naleving van deze conventiewijze zoals vermeld in artikel 73, §1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, is de Nationale Commissie Geneesheren – Ziekenfondsen bevoegd om in voorkomend geval te bemiddelen bij geschillen over de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden, maar er moet worden vastgesteld dat deze commissie slechts een keer een verzoek tot bemiddeling kreeg.

Er moet bovendien worden benadrukt dat bij het niet naleven van de tarieven van de overeenkomst, verschillende sancties kunnen worden overwogen in het kader van die zelfde wet die verschillende bepalingen bevat die bepaalde maatregelen herneemt zoals in het bijzonder het feit dat de akkoorden eventueel kunnen voorzien in strafbedingen in de zin van de artikelen 1226 tot en met 1233 van het Burgerlijk Wetboek (art. 50, §7, eerste lid) die kunnen worden toegepast op de geneesheer die de bepalingen van de akkoorden niet naleeft.

Die zelfde wet biedt tevens de mogelijkheid om aan de zorgverlener die tot het akkoord is toegetreden en die de daarin vastgestelde honoraria en tarieven niet naleeft, een administratieve geldboete op te leggen die gelijk is aan driemaal het bedrag van de overschrijding, met een minimumbedrag van 125 EUR (art. 168, derde en vierde lid van de wet). Die procedure wordt opgestart door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en de Dienst voor Administratieve Controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) na een vaststelling op eigen initiatief, op basis van informatie die door de verzekeringsinstelling is bezorgd of op basis van een klacht, waarbij het aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve Controle is om te beslissen om een geldboete op te leggen na ontvangst van de verweermiddelen van de overtreder. Er moet ook hier worden vastgesteld dat de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle een zeer klein aantal klachten ontvangt, namelijk gemiddeld enkele klachten per jaar. Die klachten kunnen anoniem zijn, maar als er onvoldoende informatie is, zullen dergelijke klachten niet behandeld kunnen worden.

De Deontologische code bepaalt dat de artsen de zieke of de personen die de zieke vertegenwoordigen geen uitleg mogen weigeren over hun honoraria, terwijl de Orde ook de noodzaak heeft beklemtoond om de patiënt behoorlijk te informeren over het bedrag van de eventuele honorariumsupplementen.

Men mag ook vooral de rol niet ontkennen van de diensten voor ledenverdediging van de verzekeringsinstellingen die bij een klacht van een van hun leden, de zorgverstrekkers contacteren om te trachten een minnelijke schikking te treffen.

Wat ten slotte de gedeeltelijk geconventioneerde artsen betreft, moet worden opgemerkt dat sinds het nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen 2009-2010, en hoewel er geen enkele specifieke controle is gebeurd, de inlichtingen die moeten worden verstrekt met betrekking tot de dagen en uren van prestaties die in of buiten de tijdvakken vallen waarin de arts de tarieven van het akkoord toepast, na overleg tussen de partners van de commissie geneesheren-ziekenfondsen zijn gemoderniseerd. Het gevolg hiervan is dat er meer duidelijkheid is over de voorwaarden inzake tijd en plaats met betrekking tot de verstrekkingen die overeenkomstig of buiten de bedingen van het akkoord worden verricht.

Het probleem van de honorariumoverschrijdingen belangt in de eerste plaats de verzekeringsinstellingen aan en de verzekerde wendt zich dus best tot zijn verzekeringsinstelling voor alle vragen over de facturen en de getuigschriften van verstrekte hulp of bij een verzoek tot onregelmatige betaling. Sommige verzekeringsinstellingen verstrekken hun leden nu al langs geïnformatiseerde weg informatie over het statuut van de arts met betrekking tot het akkoord (volledig, gedeeltelijk of niet geconventioneerd).

Er moet ook worden benadrukt dat in het kader van de deontologische regels een betwisting van een onrechtmatig honorarium van een al dan niet tot het akkoord toegetreden arts kan worden voorgelegd aan de provinciale raad van de Orde der Geneesheren, die bevoegd is om dergelijke betwistingen te beslechten via zijn commissie voor de ereloongeschillen. De Deontologische code van de artsen bepaalt immers dat de arts blijk moet geven van een gematigde houding bij het vaststellen van de honoraria voor zijn prestaties. Het vragen van manifest overdreven hoge honoraria vormt een tekortkoming op het vlak van eerlijkheid en discretie.

Er kan ook een beroep bij de vrederechter worden ingesteld.

II. Geneesmiddelen

Methylfenidaat – Behandeling ADHD – Advies HGR 8570

Vraag nr. 98, gesteld op 06 januari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw DE BONT, Volksvertegenwoordigster²

Het aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagde advies over de veiligheid en bijwerkingen van stimulerende middelen bij kinderen, in het bijzonder van methylfenidaat in het kader van de behandeling van ADHD was begin 2011 nog niet gepubliceerd, maar het rapport werd wel vóór eind april 2011 verwacht.

1. Hebt u dit advies inmiddels ontvangen?
2. Is het mogelijk dit advies ter beschikking te stellen?
3. Wat zijn de conclusies die u uit dit advies kan trekken en welke gevolgen zal u hier eventueel aan geven?

Antwoord:

Het aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagde advies over de veiligheid en bijwerkingen van stimulerende middelen bij kinderen, in het bijzonder van methylfenidaat in het kader van de behandeling van ADHD was begin 2011 nog niet gepubliceerd, maar het rapport werd wel vóór eind april 2011 verwacht.

1. Ik heb inderdaad het advies HGR 8570 van de Hoge Gezondheidsraad ontvangen op 6 juli 2011.
2. Het advies is terug te vinden op de website van de Raad (www.hgr-css.be).
3. De belangrijkste besluiten en aanbevelingen van het advies luiden als volgt:

De belangrijkste indicatie voor de betrokken medicatie betreft Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Dit syndroom wordt gekenmerkt door een combinatie van persisterende problemen in aandacht, motorische regulatie en gedragscontrole die reeds aanwezig zijn voor de leeftijd van zeven jaar en het functioneren significant hinderen.

2. Bulletin nr. 66, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 77.

In dit advies wordt niet ingegaan op de “*state of the art*” inzake diagnostiek en behandeling van ADHD.

Met betrekking tot de veiligheid en nevenwerkingen van de medicatie die momenteel gebruikt wordt in de behandeling van ADHD, met name de stimulantia en atomoxetine, is en blijft er bezorgdheid over een drietal domeinen.

- De grootste bezorgdheid betreft het cardiaal functioneren (hypertensie) en vooral de mogelijke relatie met plotse dood. Gelukkig is plotse dood bij kinderen zeer zeldzaam. Dat is het ook bij kinderen onder medicamenteuze behandeling voor ADHD. Het betekent wel dat er zeer grote aantallen patiënten nodig zijn om een duidelijk antwoord te kunnen formuleren over een al dan niet aan de medicatie gerelateerd verhoogd risico op plotse dood. De voorschrijvende arts zal zorgvuldig attent moeten zijn en blijven en betrokkenen - kinderen en ouders - attent moeten maken voor eventuele signalen.
- Een tweede domein van bezorgdheid en dus van continue aandacht betreft de invloed op eetgedrag en groei.
- Over een derde domein is vooralsnog niets geweten, vooral bij gebrek aan adequate onderzoeksinstrumenten tot recent. Het betreft de invloed van ADHD en de invloed van deze (en andere) medicatie op cerebrale ontwikkeling.

Elementen voor een veiligheidsprotocol

Er zijn verschillende voorstellen geformuleerd voor de opvolging van ADHD medicatie bij kinderen. Algemeen geldt dat zowel bij de start van de medicatie als tijdens de behandeling gewicht, lengte, bloeddruk en pols gemeten moeten worden. Een jaarlijkse evaluatie wordt aangeraden.

Tijdens de opstartfase is een wekelijkse, minstens telefonische, opvolging nodig om werking en bijwerkingen te bevragen. Het is ook aan te raden om een volledige lengte en gewichtscurve op te stellen, inclusief vroegere lengtes en gewichten. Indien mogelijk worden ook de lengtes van de ouders bevestigd.

De basis voor elke evaluatie bestaat uit een anamnese inzake effecten en nevenwerkingen, een conform de “*state of the art*” uitgevoerd lichamelijk onderzoek met aandacht voor cardiale risicofactoren, evaluatie van groei (gewicht, lengte Body Mass Index - BMI), cardiale evaluatie (bloeddruk en pols) en neuromotorische evaluatie.

In verband met het mogelijke risico op ‘plotse dood’ is het voorstel om anamnestic de aanwezigheid van risicofactoren voor plotse dood te inventariseren, zowel voor het starten van de medicatie als tijdens de behandeling. Deze anamnese houdt in: familiale voorgeschiedenis van premature plotse dood (vóór 40 jaar), persoonlijke voorgeschiedenis van syncope, palpitaties, thoracale pijn, duizeligheid van onbekende oorsprong - vooral tijdens inspanning. Indien patiënten bovenstaande symptomen wel vertonen, wordt aanbevolen een grondiger onderzoek uit te voeren.

De anamnese omvat verder een bevraging van familiale en persoonlijke antecedenten betreffende medicatiegevoeligheid en metabole, endocriene, cardiale, neurologische, neuromotorische of seksuele problematiek (vooral bij opstarten). Daarnaast moet suïcidaliteit bevestigd worden en de risicofactoren ervoor geïnventariseerd, zowel kind- als contextgebonden. Er moet ook aandacht besteed worden aan levensstijl, eetgewoontes en beweging. Het spreekt voor zich dat bij follow-up ook de werkzaamheid en eventuele bijwerkingen geïnventariseerd worden. Als gestandaardiseerde pediatrie bijwerkingen-schaal kan de aanpassing door Bostic en Rho van de Safety Monitoring Uniform Report Form (SMURF) (Bostic Rho, 2006) gebruikt worden.

De diagnostiek van psychopathologie bij kinderen en jongeren in het algemeen, dus ook van ADHD en eventuele comorbide stoornissen of problemen, en zeker de indicatie en follow-up inzake psychofarmacologische interventies veronderstelt medisch specialistische competenties. Een en ander gebeurt dan ook bij voorkeur door en in samenwerking met een kinder- en jeugdpsychiater.

Rekening houdend met de huidige stand van de kennis kan gesteld worden dat een cardiologisch en/of electrocardiogram (ECG) onderzoek bij negatieve anamnese en klinisch onderzoek omwille van de genoemde redenen vooralsnog geen doelmatige bijdrage levert aan het voorkomen van plotse dood. Er wordt aanbevolen de resultaten van lopend onderzoek hierover af te wachten.

Omwille van de bestaande bezorgdheid over het oneigenlijk gebruik van stimulantia en het gebrek aan gegevens erover is het aan te bevelen op dit terrein onderzoek te doen.

Het gevolg dat ik aan dat advies heb gegeven is drievoudig.

In de eerste plaats heb ik de administratie van Volksgezondheid gevraagd om een wetenschappelijk platform op te zetten zoals dat voor de antibiotica bestaat, onder de naam BAPCOC.

Dat platform zal, in overleg met alle betrokken partijen, de acties rond de psychofarmaca moeten definiëren, coördineren en uitvoeren. Naast de diensten van de FOD Volksgezondheid en van het RIZIV zullen ook het FAGG en de bevoegde diensten van de gemeenschappen en gewesten hieraan deelnemen.

Op de volgende IMC die in de lente zal plaatsvinden zal ik ook een punt agenderen met betrekking tot de rol van de verenigingen die leerkrachten en ouders in de scholen informeren.

Ten slotte heb ik, in het kader van het overleg met de verzekeringsinstellingen over de strengere controlemaatregel voor geneesmiddelen uit hoofdstuk IV met een a priori controle door de adviseerend geneesheer, Rilatine laten toevoegen.

III. Nationaal akkoord geneesheren- ziekenfondsen dd. 21 december 2011

Accreditatiehonoraria – Afhankelijk van conventionering

Vraag nr. 256, gesteld op 02 februari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw VAN MOER, Volksvertegenwoordigster³

3. Bulletin nr. 66, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 93.

Op 21 december 2011 werd een akkoord gesloten in de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ), geldig voor één jaar. Het akkoord behelst een hele reeks maatregelen en besparingen, waarbij gepoogd wordt de patiënt te ontzien. Het is jammer dat op een slimme wijze de toegankelijkheid van de gezondheidszorg niet wordt gevrijwaard en toch de patiënt wordt geresponsabiliseerd. Een nadere blik op het akkoord maakt duidelijk dat er weinig structurele maatregelen genomen zijn om de ziekteverzekering op lange termijn betaalbaar te houden.

Onderdeel 4.3 van het akkoord beschrijft een nieuwe regeling voor de accrediteringstegemoetkoming voor de artsen. Er komt een onderscheid in tegemoetkoming tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen: “Voor 2012 wordt de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming voor de volledig geconventioneerde artsen tot 1 027,81 EUR verhoogd; voor de partiel en de niet-geconventioneerde artsen blijft de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming op 593,61 EUR.”

De gedeeltelijke verhoging van de tegemoetkoming wordt gefinancierd via het overschot dat geboekt wordt op de verwachte besparingsoperatie: “Door de voorgaande maatregelen wordt een besparing gerealiseerd ten belope van 139,579 miljoen EUR. De opgelegde besparing van 129,747 miljoen EUR wordt aldus ruimschoots gerealiseerd. Het verschil van 9,832 miljoen EUR wordt aangewend om het bedrag van het jaarlijks forfaitair accrediteringshonorarium aanzienlijk te verhogen.”

1. Vormt de voorgestelde regeling geen vorm van discriminatie tussen geaccrediteerde artsen?
2. Wordt de accreditatie, die zou moeten dienen als garantie voortgezette opleiding artsen, hierbij ingezet voor andere doeleinden?

Antwoord

In antwoord op uw vragen kan ik bevestigen dat het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 21 december 2011 inderdaad een onderscheid invoert tussen enerzijds de volledig geconventioneerde geaccrediteerde artsen en anderzijds de gedeeltelijke of niet geconventioneerde artsen.

Men kan de accreditatie gelijkstellen aan een soort kwaliteitslabel dat de artsen krijgen wanneer ze regelmatig bijkomende opleidingen volgen en bij het beheren van hun praktijk specifieke kwaliteitsnormen in acht nemen, zoals het oordeelkundig en sociaal verantwoord gebruik van de medische voorzieningen.

De accreditatie geeft recht op een jaarlijkse forfaitaire vergoeding en een verhoging van de honoraria voor de consultatie en het huisbezoek, zonder het remgeld te wijzigen.

Door tot het akkoord geneesheren-ziekenfondsen toe te treden, de “conventionering”, verbindt de hulpverlener er zich toe de maximumtarieven die kunnen worden aangerekend na te leven. De conventionering vormt dus een element dat bijdraagt tot de tariefzekerheid voor de patiënten. Door de (gedeeltelijke of volledige) conventionering kan de arts sociale voordelen, zoals een sociaal statuut, genieten.

De accreditatie en de conventionering komen dus tegemoet aan twee essentiële doelstellingen van de verplichte ziekteverzekering: kwaliteitsvolle gezondheidszorg en tariefzekerheid bieden. Beide doelstellingen kunnen dan ook het voorwerp uitmaken van maatregelen die men in het nationaal akkoord tussen artsen en ziekenfondsen zou kunnen nemen.

Om de accreditatie en de conventionering te bevorderen, besliste de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen om het bedrag van de forfaitaire jaarlijkse accreditatiehonoraria alleen voor de volledig geconventioneerde artsen gevoelig op te trekken (van 594 EUR tot 1 028 EUR); voor de gedeeltelijke of niet-geconventioneerde artsen blijft de forfaitaire accreditatievergoeding op 594 EUR vastgelegd.

Dit onderscheid kan men ook verantwoorden omdat, indien artikel 50, § 6 van de ZIV-wet de basis legt voor de forfaitaire vergoeding voor de accreditatie, artikel 54, § 3 van dezelfde wet bepaalt dat bovenop de voordelen die uit het sociaal statuut voortvloeien, hogere of andere voordelen kunnen worden toegekend aan alle of aan sommige categorieën van artsen die verondersteld worden tot het Akkoord te zijn toegetreden.

IV. Globaal Medisch Dossier

Preventiemodule – Gratis voor personen tussen 45 en 75 jaar

Vraag nr. 271, gesteld op 08 februari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw MUYLLE, Volksvertegenwoordigster⁴

Wie tussen de 45 en 75 jaar oud is en een globaal medisch dossier heeft bij zijn huisarts, mag vanaf april 2011 elke drie jaar gratis op controle (K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van art. 2, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

Bedoeling van de gratis controle is om de algemene gezondheidstoestand van de patiënten te kunnen volgen en te zien hoe die evolueert. Patiënten die een dergelijke controle ondergaan, krijgen te horen of ze gezond eten, genoeg bewegen en niet te veel roken of alcohol gebruiken. De huisarts controleert tevens het cardiovasculaire systeem en zoekt sporen die wijzen op darmkanker en op borst- en baarmoederhalskanker. Tevens krijgt de patiënt een inenting tegen griep, tetanos, difterie en pneumokokken. De huisarts gaat ook de mentale toestand van de patiënt na.

Er werd 22 miljoen EUR vrijgemaakt voor deze maatregel. Het is een investering die ons zou moeten helpen om de problemen vroeger op te sporen en ze dan ook helpt te voorkomen.

1. Hoeveel patiënten hebben de gratis controle laten doen?
2. a) Wat zijn de resultaten van de controle?
 - b) Zijn er patiënten doorverwezen?
 - c) Zo ja, hoeveel?
3. Wat is het standpunt van de huisartsen omtrent de gratis controle?

4. Bulletin nr. 66, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 96.

Antwoord

Uw vraag heeft betrekking op de preventiemodule van het globaal medisch dossier (102395). Met de huisarts die dat dossier beheert, kan de patiënt tussen 45 en 75 jaar elk jaar de preventiemaatregelen doornemen die voor hem nuttig zouden kunnen zijn. De lijst van aangesneden onderwerpen is door het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) opgesteld en omvat de levenshygiëne, het cardiovasculair risico, het opsporen van veel voorkomende kankers, de vaccinatie, de geestelijke gezondheid en het uitvoeren van bepaalde basisbloedtesten. Die preventiemodule wordt volledig door de ziekteverzekering terugbetaald.

Tussen 1 april 2011, datum van inwerkingtreding van de maatregel, en 31 oktober 2011, datum van de laatste beschikbare cijfergegevens, werden 127 293 verstrekkingen preventiemodule bij het RIZIV geregistreerd. De periode is natuurlijk veel te kort om enige conclusie uit die gegevens te trekken.

Het tweede deel van uw vraag heeft betrekking op de resultaten en de gevolgen van die onderzoeken. Die gegevens zijn voor ons echter onbekend, aangezien ze uitsluitend door de patiënten en door de artsen aan wie ze werden toevertrouwd, kunnen worden geraadpleegd.

Als antwoord op het derde deel van uw vraag kan ik eraan herinneren dat de preventiemodule in samenwerking met de huisartsen werd gecreëerd en zowel in de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV als in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen uitgebreid werd besproken.

V. Verzekeringsinstellingen

Ten onrechte betaalde bedragen – Terugvordering - Overeenkomst tot terugbetaling

Vraag nr. 97, gesteld op 30 maart 2012, aan de Staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een handicap, belast met Beroepsrisico's, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw SMINATE, Volksvertegenwoordigster⁵

In principe worden - luidens artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - ten onrechte betaalde bedragen in de verplichte ziekteverzekering door de verzekeringsinstellingen teruggevorderd binnen een termijn van twee jaar. Deze termijn kan onder meer verlengd worden indien tussen verzekeringsinstelling en schuldenaar een terugbetalingsovereenkomst wordt gesloten.

5. Bulletin nr. 69, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 256.

Kan u een overzicht geven voor de jaren 2007, 2008, 2009 en 2010 en per ziekenfonds van:

1. het totaal aantal ingestelde terugvorderingen;
2. het totaal aantal terugvorderingen waarvoor een overeenkomst tot terugbetaling werd gesloten;
3. a) het aantal overeenkomsten tot terugbetaling dat – met toepassing van artikel 326, § 2, punt b) van het voornoemde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 - voorgelegd werd aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle;
 - b) het aantal overeenkomsten tot terugbetaling dat zonder meer goedgekeurd werd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle;
 - c) het aantal overeenkomsten tot terugbetaling dat zonder meer geweigerd werd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle;
 - d) het aantal overeenkomsten tot terugbetaling dat door de leidend ambtenaar goedgekeurd werd mits aanpassing van de wijze van terugbetaling;
 - e) de gemiddelde duur van de door de leidend ambtenaar goedgekeurde overeenkomsten tot terugbetaling, alsook het aantal overeenkomsten waarvan de duur:
 - meer dan 30 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -)
 - meer dan 50 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -)
 - meer dan 75 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -).
 - f) het gemiddelde bedrag van de schulden waarvoor een door de leidend ambtenaar goedgekeurde overeenkomst tot terugbetaling werd gesloten, alsook het aantal overeenkomsten
 - meer dan 30 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -)
 - meer dan 50 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -)
 - meer dan 75 % van deze mediaan afwijkt (zowel + als -).
4. a) Het aantal overeenkomsten tot terugbetaling waarvoor de nadere regels niet gerespecteerd werden door de schuldenaar?
 - b) Quid indien de nadere regels aangaande de terugbetaling niet nageleefd worden?
 - c) Zijn er instructies ten aanzien van de onderscheiden verzekeringsinstellingen voor een uniforme behandeling van de schuldenaars?
 - d) Vanaf wanneer wordt het volledige saldo van de schuld door het ziekenfonds bij de schuldenaar opgeëist?

Antwoord:

1. Personen of organisaties die ten onrechte prestaties hebben ontvangen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn verplicht de waarde ervan te vergoeden aan de verzekeringsinstelling die ze heeft uitbetaald.

De effectief teruggevorderde bedragen door de verzekeringsinstellingen, mogen in rekening worden gebracht voor een vermeerdering van de administratiekosten (variabel gedeelte) in uitvoering van artikel 195, § 2 van de wet GVU. Het betreft de bedragen bij toepassing van artikel 136, § 2 en artikel 164 van deze wet. Zolang deze niet effectief terugbetaald zijn, mogen deze niet voorkomen op de ingediende lijsten.

De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden deze cijfers jaarlijks over te maken aan het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Voor de dienstjaren 2007 tot en met 2010 zijn de cijfers de volgende:

Jaar	2007	2008	2009	2010
Totaal bedrag op nominatieve lijsten	214 241 046,46 €	224 554 743,23 €	228 384 128,05 €	225 110 307,23 €

2. Artikel 326, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet GUV bepaalt dat de terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling dient te worden gedaan binnen een termijn van twee jaar. Artikel 326, § 2, b) van datzelfde Koninklijk besluit bepaalt dat die termijn wordt verlengd met de periode die is bepaald door de overeenkomst die is gesloten tussen de verzekeringsinstelling en de schuldenaar tot terugbetaling van de verschuldigde prestaties.

Indien die overeenkomst arbeidsongeschiktheidsuitkeringen betreft en is afgesloten voor een duur die de termijn van twee jaar met vijf jaar overschrijdt, dan moet de verzekeringsinstelling ter goedkeuring een aanvraag indienen bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

Het al dan niet goedkeuren van de overeenkomst is afhankelijk van verschillende factoren:

- ▣ de oorsprong van de schuld
- ▣ de looptijd van de overeenkomst
- ▣ de financiële situatie van betrokkene
- ▣ de inkomsten van personen waarmee betrokkene samenwoont
- ▣ de oorsprong van de inkomsten van betrokkene
- eventuele andere schulden
- de datum waarop de aanvraag is ingediend.

Hieruit volgt dat enkel die terugvorderingen in het bezit zijn van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV waarvoor een overeenkomst tot terugbetaling werd afgesloten die de duur van twee jaar met vijf jaar overschrijdt.

Voor de jaren 2007, 2008, 2009 en 2010 werden in totaal 370 dergelijke overeenkomsten afgesloten.

De verdeling per jaar en per verzekeringsinstelling is als volgt:

	2007	2008	2009	2010	TOTAAL
100	19	9	18	15	61
200	6	8	6	4	24
300	40	38	59	55	192
400	5	7	11	13	36
500	11	21	16	8	56
600	0	0	0	1	1
TOTAAL	81	83	110	96	370

3. a) - d) Per jaar en per verzekeringsinstelling wordt een overzicht gegeven van het aantal overeenkomsten dat is voorgelegd, goedgekeurd, geweigerd en goedgekeurd mits een aanpassing. Daarnaast wordt ook een overzicht gegeven van de overige overeenkomsten. Dat zijn diegene die onontvankelijk waren of waarvoor tot op heden nog geen beslissing werd genomen.

	Voorgelegde overeenkomsten					Goedgekeurde overeenkomsten				
	2007	2008	2009	2010	Totaal	2007	2008	2009	2010	Totaal
100	33	13	24	25	95	15	9	15	14	53
200	8	13	8	5	34	5	8	6	3	22
300	70	65	81	71	287	32	32	54	47	165
400	12	15	13	16	56	4	6	10	13	33
500	24	31	24	13	92	10	18	15	7	50
600	2	-	0	1	3	-	-	-	1	1
Totaal	149	137	150	131	567	66	73	100	85	324

	Geweigerde overeenkomsten					Goedgekeurde mits een aanpassing			
	2007	2008	2009	2010	Totaal	2008	2009	2010	Totaal
100	7	2	3	7	19	-	3	1	8
200	-	5	2	1	8	-	-	1	2
300	21	21	16	16	74	6	5	8	27
400	7	6	1	2	16	1	1	-	3
500	6	6	5	4	21	3	1	1	6
600	-	-	-	-	0	-	-	-	0
Totaal	41	40	27	30	138	10	10	11	46

Overige					
	2007	2008	2009	2010	Totaal
100	7	2	3	3	15
200	2	-	-	-	2
300	9	6	6	-	21
400	-	2	1	1	4
500	7	4	3	1	15
600	2	-	-	-	2
Totaal	27	14	13	5	59

e) De gemiddelde duur van de door de leidend ambtenaar goedgekeurde overeenkomsten, de mediaan en de afwijkingen van die mediaan worden hieronder weergegeven.

Per jaar is het gemiddelde en de mediaan de volgende:

	Aantal goedgekeurd (eventueel na aanpassing)	Gemiddelde	Mediaan	<30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
2007	81	193,93	150,50	20	14	6	41
2008	83	248,42	155	37	13	11	22
2009	110	175,56	134	59	22	5	24
2010	96	270,51	135	49	16	5	25

Per verzekeringsinstelling is het gemiddelde en de mediaan de volgende:

	Aantal goedgekeurd (eventueel na aanpassing)	Gemiddelde	Mediaan	< 30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
100	61	165,83	131	25	11	4	21
200	24	186,29	180	17	3	3	0
300	192	264,65	148	68	61	9	54
400	36	226,96	157	10	10	4	12
500	56	155,88	112,5	28	14	0	14
600	1	0	0	0	0	0	0

f) Het gemiddelde bedrag van de schulden waarvoor een door de leidend ambtenaar goedgekeurde overeenkomst tot terugbetaling werd gesloten, de mediaan alsook het aantal overeenkomsten waarvan het bedrag van de schuld afwijkt van de mediaan wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Per jaar is het gemiddelde en de mediaan de volgende:

	Aantal goedgekeurd (eventueel na aanpassing)	Gemiddelde	Mediaan	<30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
2007	81	10 338,42 €	4 966,30 €	18	12	14	37
2008	83	11 926,02 €	7 004,59 €	18	14	21	30
2009	110	9 661,45 €	5 855,92 €	28	22	19	41
2010	96	11 447,67 €	6 915,55 €	34	13	17	32

Per verzekeringsinstelling is het gemiddelde en de mediaan de volgende:

	Aantal goedgekeurd (eventueel na aanpassing)	Gemiddelde	Mediaan	<30 %	> 30 %	> 50 %	> 75 %
100	61	11 968,78 €	6 603,22 €	12	5	21	23
200	24	10 503,91 €	6 736,86 €	6	6	2	10
300	192	10 351,09 €	6 202,70 €	49	37	37	69
400	36	12 960,13 €	8 005,60 €	6	11	8	11
500	56	9 709,45 €	5 300,37 €	11	15	12	18
600	1	9 114,81 €	9 114,81 €	0	0	0	0

4. a) en b) Artikel 326 van het bovenvermeld Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat enkel de overeenkomsten die arbeidsongeschiktheidsuitkeringen betreffen en die zijn gesloten voor een duur die de termijn van twee jaar met vijf jaar overschrijdt moeten worden goedgekeurd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

Bijgevolg is de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV enkel in het bezit van de overeenkomsten tot terugbetaling die de duur van twee jaar met vijf jaar overschrijden.

Voor wat die overeenkomsten betreft is het zo dat de verzekeringsinstelling een nieuwe aanvraag indient bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle indien betrokkene de regels aangaande de terugbetaling niet naleeft. Hiervoor zijn geen aparte cijfers beschikbaar.

c) en d) Voor wat betreft het bestaan van instructies ten aanzien van de verzekeringsinstellingen voor een uniforme behandeling van de schuldenaars kan worden gesteld dat de terugvordering lastens de sociaal verzekerde gebeurt overeenkomstig artikel 164 van de bovenvermelde wet van 14 juli 1994 binnen de verjaringstermijnen voorzien in artikel 174 van dezelfde wet.

De terugvorderingen van ten onrechte betaalde prestaties moet in regel binnen een termijn van twee jaar gebeuren overeenkomstig artikel 326, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996. De termijn van twee jaar kan worden opgeschort of verlengd overeenkomstig artikel 326, § 2 en § 3, bijvoorbeeld bij een afbetalingsplan of bij intersectoriele inhoudingen.

De prestaties die niet kunnen worden teruggevorderd dienen door de verzekeringsinstellingen te worden geboekt als administratiekosten, tenzij een vrijstelling bekomen werd overeenkomstig artikel 327, § 2 van hetzelfde Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Een vrijstelling kan alleen bekomen worden indien de verzekeringsinstelling geen fout heeft begaan bij de uitbetaling en de terugvorderingprocedure gevoerd heeft als een "goede huisvader".

De verzekeringsinstelling ontvangt bij iedere aanvraag tot vrijstelling van boeking als administratiekosten een in feite en rechte gemotiveerde beslissing van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, waarin duidelijk wordt vermeld waarom al dan niet een vrijstelling werd bekomen. De verzekeringsinstelling kan op basis hiervan de bestaande werkwijze in de terugvorderingdossiers voortdurend optimaliseren en wordt bovendien geresponsabiliseerd.

VI. Sociale Fraude

Controles

Vraag nr. 46, gesteld op 19 april 2012, aan de staatssecretaris voor de Bestrijding van de sociale en de fiscale fraude, toegevoegd aan de eerste minister door mevrouw VAN CAUTER, Volksvertegenwoordigster⁶

De Task Force vond in Brussel bijna 600 frauderende en nepbedrijven die de zogenaamde C4-fraude toepasten. Dankzij het in kaart brengen van verdachte bedrijven is deze fraude reeds verminderd.

1. Hoeveel controles in het Vlaams Gewest, respectievelijk Waals Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest werden door de arrondissementscellen onder de koepel van de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) jaarlijks uitgevoerd in de periode 2009-2011?
2. Hoeveel bedroegen per Gewest en per jaar respectievelijk de vastgestelde en de effectief geïnde opbrengsten inzake:
 - a) niet aan de RSI aangegeven sociale bijdragen
 - b) ten onrechte uitbetaalde sociale uitkeringen
 - c) bedrieglijke onderwerping en de valse werkloosheidscertificaten?
3. a) Hoeveel bedraagt per Gewest de som aan opgelegde administratieve geldboetes voor 2009, 2010 en 2011?
 b) Hoeveel werd daarvan daadwerkelijk geïnd in elk Gewest?
4. Hoeveel bedraagt per Gewest het totale bedrag aan strafrechtelijke geldboetes voor 2009, 2010 en 2011, dit zowel op het vlak van veroordeling als van invordering?
5. a) Krijgen naast Brussel ook nog andere regio's of provincies bijzondere aandacht vanwege de inspectie?
 b) Zo ja, welke en om welke precieze redenen?
6. a) Blijkt uit de cijfers een substantieel verschil tussen de Gewesten of eventueel de provincies?
 b) Zo ja, hoe valt dit te verklaren?
7. a) Doet er zich, eventueel in sommige Gewesten of provincies, een groter probleem voor met werknemers van niet-Belgische nationaliteit of (nep)bedrijven van werkgevers van niet-Belgische nationaliteit?
 b) Zo ja, wat zijn hiervan de redenen en hoe uit zich dat in de cijfers?
 c) Welke maatregelen worden overwogen om dit probleem op te lossen?

6. Bulletin nr. 069, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 294.

Antwoord:

Allereerst lijkt het me nodig om te verduidelijken dat in de loop van 2011, 166 van C4-fraude verdachte bedrijven werden onderzocht door de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening. In 42 gevallen bleek het te gaan om frauduleuze dossiers.

Voor wat betreft het eerste punt van uw vraag, heb ik de eer u mee te delen dat het aantal uitgevoerde controles door de arrondissementele cellen, net zoals het resultaat van deze controles geconsulteerd kan worden op de site van de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (<http://www.siod.belgie.be>).

De gegevens voor 2011 zijn nog niet beschikbaar op de site; zie hier de resultaten:

Aantal controles	
Brussel	1 061
Vlaanderen	8 349
Wallonië	3 587
Totaal	12 997

Aantal positieve controles (= met inbreuken)	
Brussel	437 (hetzij: 41,19 %)
Vlaanderen	2 297 (hetzij: 27,51 %)
Wallonië	1 378 (hetzij 38,42 %)
Totaal	4 112 (hetzij: 31,64 %)

Betreffende het tweede punt van uw vraag is het zo dat de gegevens die mij zijn overgemaakt door de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst niet kunnen worden onderverdeeld in, enerzijds, sociale bijdragen en, anderzijds, sociale uitkeringen.

Het is belangrijk te signaleren dat de bedragen, die u hierna worden meegedeeld, niet overeenkomen met het geheel van de uitgevoerde regularisaties door de Sociale Inspectiediensten, maar enkel de bedragen behelzen die werden vastgesteld in duidelijke fraudedossiers.

Het gaat:

- ▣ voor 2009 om 68 997 197 EUR (waarvan 8 163 888 EUR inzake bedrieglijke onderwerping)
- voor 2010 om 78 454 679 EUR (waarvan 4 400 972 EUR inzake bedrieglijke onderwerping)
- voor 2011 om 111 618 710 EUR (waarvan 3 918 086 EUR inzake bedrieglijke onderwerping).

Voor wat betreft het derde punt van uw vraag, is het niet mogelijk om de administratieve geldboeten, die werden uitgesproken als gevolg van een proces-verbaal tot vaststelling van een inbreuk opgesteld in het kader van een controle uitgevoerd door de arrondissementele cellen, af te scheiden van de andere processen-verbaal.

De cijfers die u worden meegedeeld bevatten dus het geheel van de administratieve geldboeten uitgesproken door de Dienst administratieve geldboeten van de FOD Werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg in de loop van de jaren 2009, 2010 en 2011.

De tabel hieronder vermeldt het bedrag van alle administratieve geldboeten die de laatste drie jaren werden opgelegd. De bedragen zijn uitgedrukt in EUR.

Regio's	2009	2010	2011
Brussel	832 190,00	840 930,00	643 225,00
Vlaanderen	2 821 192,50	3 128 131,50	2 061 767,75
Wallonië	230 580,00	299 074,00	252 431,50
Totaal	3 884 212,50	4 268 885,50	3 032 885,25

De geïnde bedragen voor de jaren 2009, 2010 en 2011 bedragen respectievelijk:

- 2 726 043,61 EUR voor 2009
- 2 994 309,31 EUR voor 2010
- 1 871 213,90 EUR voor 2011.

Voor wat betreft het vierde punt van uw vraag, deze behoort tot de bevoegdheid van mijn collega, mevrouw Annemie Turtelboom, minister van Justitie.

Betreffende de andere punten van uw vraag, is het nuttig te vermelden dat de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst elk jaar een actieplan voor de strijd tegen de sociale fraude opstelt, dat als doel heeft op een algemene manier de fraude op de sociale bijdragen en de fraude met sociale uitkeringen te bevatten. Dit plan voorziet evenwichtige controles op het niveau van de verschillende arrondissementele cellen om een gelijke behandeling te kunnen garanderen. Een belangrijke aandacht gaat uit naar de "gevoelige" activiteitensectoren (zoals: de horeca, de bouw, de schoonmaak, enzovoort) en/of naar specifieke fraudefenomenen (zoals de bedrieglijke onderwerping en C4-fraude).

Uit de controleresultaten blijkt dat de illegale tewerkstelling van buitenlandse werknemers zich vaker voordoet in bepaalde specifieke activiteitensectoren (voorbeelden: de fruitteelt, de exotische restaurants, de nachtwinkels, de afwerkingswerken in de bouw, enzovoort) In dit opzicht is het goed om te vermelden dat er verschillende ketens voor illegale arbeidskrachten bestaan, zoals de Chinese keten of de Braziliaanse keten. Zij zijn bekend bij de politiediensten, die actief deelnemen aan de opsporing van deze ketens.

Ter indicatie meld ik u dat de sociale Inspectiediensten in de loop van alle uitgevoerde controles, de illegale tewerkstelling vastgesteld hebben van 2 178 buitenlandse werknemers (zonder verblijfs- of arbeidsvergunning) in 2009 en van 2 879 buitenlandse werknemers (zonder verblijfs- of arbeidsvergunning) in 2010. De geconsolideerde cijfers voor 2011 zijn nog niet beschikbaar.

Wat betreft de fraude van bedrieglijke onderwerping, blijkt dat deze meer geconcentreerd is in de grote centrumsteden en gekoppeld aan bepaalde activiteitensectoren zoals de schoonmaak.

Het actieplan van de strijd tegen de sociale fraude 2012 opgesteld door de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst houdt rekening met de verschillende soorten fraude die hierboven worden vermeld en voorziet specifieke acties om ze te beteugelen.

VII. Tandheelkundige zorg

Toegankelijkheid – Maatregelen ter verbetering

Vraag nr. 540, gesteld op 09 mei 2012, aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw GERKENS, Volksvertegenwoordigster⁷

Een aantal burgers trokken me onlangs aan mijn mouw: zij zijn bezorgd over de mond- en gebitsverzorging voor de bevolking in het algemeen en over de gebrekkige toegang tot tandheelkundige zorg in het bijzonder.

Met name in deze tijden van financiële crisis stelt men immers vast dat tandheelkundige zorg steeds minder toegankelijk wordt voor een hele bevolkingsgroep.

Ook voor de tandartsen zijn het kwade tijden. Naar aanleiding van misstanden met betrekking tot de derdebetalersrekening die ontdekt werden door de controlediensten van het RIZIV, werd die regeling aan een aantal beperkingen onderworpen. In werkelijkheid vragen de meeste tandartsen geen vergoeding per prestatie en drijven ze het aantal technische handelingen niet lichtzinnig op om hun inkomsten te verhogen, wie het tegendeel beweert, maakt er een karikatuur van.

In dit verband kan het forfaitaire aandeel in de financiering van de gezondheidszorg ongetwijfeld zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënten een aantrekkelijk alternatief bieden. Zo kunnen beide groepen beter op de eventualiteiten anticiperen.

Tegelijkertijd neemt het aantal tandheelkundige beroepen toe: tandartsassistenten, tandprotheticci, tandtechnici, enz. Die zorgberoepen overlappen elkaar gedeeltelijk, wat moeilijk aanvaardbaar is in een gezondheidsstelsel dat idealiter overeenkomstig een correct subsidiariteitsmechanisme moet zijn opgebouwd en georganiseerd.

1. Hoe evalueert men de bestaande regelingen die ertoe strekken de toegang tot een kwaliteitsvolle tandzorg voor iedereen te verbeteren, en welke maatregelen moeten er de komende jaren worden genomen?
2. Kan er geen onderzoek worden gevoerd naar de diverse (erkende of niet-erkende) tandheelkundige zorgverstrekkers teneinde een beter zicht te krijgen op het zorgnetwerk (en de wettigheid ervan) dat ter beschikking staat van de burgers ?

Antwoord

1. De laatste jaren is er in de tandheelkundige sector al heel wat gerealiseerd dat de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg heeft verbeterd.

Zo betaalt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging sinds 1 mei 2009 het persoonlijk aandeel voor de tandheelkundige verrichtingen (behalve orthodontie) bij min-18-jarigen volledig terug, en werd er op 1 maart 2011 een overeenkomst gesloten om het persoonlijk aandeel bij dure verrichtingen tot een maximum van 15,50 EUR te beperken in plaats van de gewone 25 % van het overeenkomstentarief.

7. Bulletin nr. 073, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 176.

Naast het invoeren van nieuwe basisverrichtingen werden de leeftijdsgrenzen van de al lang bestaande basisverrichtingen overigens uitgebreid.

Uit de gegevens van de permanente steekproef, waarin men aangeeft hoeveel rechthebbenden over een periode van twee jaar minstens één contact met de tandarts hebben gehad, blijkt dat de laatste jaren steeds meer mensen naar de tandarts gaan. Die tendens is voor alle leeftijdsgroepen en ook globaal merkbaar.

De voornoemde wijzigingen van de nomenclatuur dragen tot die toegenomen toegankelijkheid bij, en dat werk zal worden voortgezet tot alle tandheelkundige basisingrepen gedekt zijn. Dat zal uiteraard in fases gebeuren, binnen de perken van de beschikbare financiële middelen.

Ik wil u er ook op wijzen dat de quota inzake derdebetalersregeling (toestand van financiële tegenspoed) die tijdens de duur van de nationale tandartsen-ziekenfondsovereenkomsten 2009-2010 werden toegepast in de overeenkomst 2011-2012 werden weggelaten.

De in 2011 verschenen resultaten van de twee jaar waarin de mondhygiëne van patiënten met bijzondere behoeften (mensen met een handicap en kwetsbare ouderen) werd bestudeerd, hebben aangetoond dat op het vlak van mondhygiëne deze groep een grote achterstand moet inhalen. Daarom loopt er momenteel een haalbaarheidsstudie die ook zal nagaan hoe men de lichamelijke, emotionele en financiële toegankelijkheid tot de mondverzorging kan verbeteren. De resultaten zullen na afloop van die studie worden bekendgemaakt.

Tot slot zou ik nog willen zeggen dat het onderzoek naar de mondhygiëne van de Belgische bevolking, waarvan de resultaten in 2011 zijn verschenen, heeft aangetoond dat de vier belangrijkste drempels die de mensen verhinderen om naar de tandarts te gaan de volgende zijn:

- geen problemen noch pijn (25 %)
- angst voor de tandarts (18 %)
- tijdsgebrek (15 %)
- te weinig voldoende financiële middelen (11 %).

Dit onderzoek onderstreept ook een grote noodzaak om de bevolking bewust te maken. In dat verband kan ik verwijzen naar de campagnes over de mondhygiëne "Sourire pour tous" en "glimlachen.be". Het gaat hier om een vierjarig project, dat het RIZIV financiert en de 'Société de médecine dentaire' en het Verbond der Vlaamse Tandartsen uitvoeren. Via de tandmobiel aan scholen en evenementen bereikt het ongeveer 100 000 kinderen en sensibiliseert het via begeleiders en de media. Op het einde van die campagnes zal men hun effect op de mondhygiëne meten.

2. In antwoord op uw tweede vraag: alleen de gediplomeerde tandartsen zijn door het Koninklijk besluit nr. 78 bevoegd om ingrepen in de mond uit te voeren.

De assistenten, prothesemakers en tandtechnici hebben dus elk hun eigen terrein, wat dus deze ingrepen in de mond uitsluit.

Het werkterrein van de tandarts voor andere beroepen openstellen vereist een wetswijziging, waarbij men goed moet nadenken over de gevolgen ervan voor het beroep in kwestie. Indien er gegronde redenen zouden bestaan om wijzigingen aan te brengen, wacht ik op een positief signaal van de betrokken beroepen in de Planningscommissie of andere overlegorganen van paramedische krachten en/of tandheelkundigen bij de FOD Volksgezondheid of het RIZIV.

VIII. Qualidem-rapport

Aanbevelingen – Uitvoering maatregelen – Stand van Zaken

Vraag nr. 563, gesteld op 24 mei 2012, aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw VAN MOER, Volksvertegenwoordigster⁸

Het Qualidem-project werd een tijd geleden uitgevoerd op vraag van het RIZIV (1999-2005). Dit betrof voornamelijk een onderzoek naar de zorg voor dementerenden en het bepalen van de zorgbehoefte. Bij beëindiging van het onderzoek werden er interessante aanbevelingen geformuleerd voor het RIZIV.

Aangezien onze bevolking steeds ouder wordt en er naar de toekomst toe nog meer oplossingen nodig zullen zijn om de zorg bij ouderen te kunnen garanderen, rijst de volgende vraag.

Kan u meedelen wat reeds gerealiseerd werd van de besluiten van de Qualidem-studie en indien toepasselijk, hoe deze besluiten werden geïmplementeerd?

Antwoord

In antwoord op uw vraag kan ik u de stand van zaken meedelen van het geheel van de maatregelen die genomen werden als gevolg van de aanbevelingen in de Qualidemstudie (Besluiten en Aanbevelingen van de Qualidemstudie II UB/1240). Pro memorie: Die studie stelt de samenvatting voor van de belangrijkste besluiten van het Eindrapport 2002-2005 en betreft de tenlasteneming van demente personen.

Deze stand van zaken omvat het geheel van de uitgevoerde of in uitvoering zijnde maatregelen door:

- het RIZIV, dienst Gezondheidszorg, zowel van de rusthuizensector, en zijn afdeling alternatieve zorg (protocolakkoord nr. 3, 3e bijakte) als van de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium van de chronische ziekten (voorheen het Wetenschappelijk Comité voor de chronische ziekten).
- de FOD Volksgezondheid, DG Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen, cel Acute, Chronische en Ouderenzorg.

I. INLEIDING

In het RIZIV werden in de laatste jaren twee werkgroepen “dementie” opgericht. Vooreerst de werkgroep RH/RVT die, onder leiding van J-M Rombeaux, de functie “dementiereferentie” in RH en RVT moest omschrijven.

8. Bulletin nr. 073, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 187.

Een andere werkgroep “dementie” zag het licht in de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium van de chronische ziekten (voorheen het Wetenschappelijk Comité voor de chronische ziekten), met als doelstelling:

- de voorgestelde maatregelen over dementie evalueren die in het programma “Voorrang aan de chronische zieken!” waren overgenomen
- en nieuwe maatregelen voorstellen om de tenlasteneming van demente personen te verbeteren.

Deze werkgroep bestudeerde ook de problematiek van de tenlasteneming van personen die aan vroegtijdige dementie lijden.

De werkgroep deed in zijn in mei 2011 afgeronde rapport een reeks voorstellen met betrekking tot het verderzetten en evalueren van de geheugenklinieken, de opleiding van het thuiszorgpersoneel en van de huisartsen, de steun aan de mantelzorgers en de tenlasteneming van jongdementerenden thuis of in aangepaste instellingen.

De werkgroep gebruikte het Qualidemrapport, naast andere analyses en studies, en won het advies van deskundigen in.

De belangrijkste voorstellen zijn:

- de steun van de huisarts in het opsporen, diagnosticeren en behandelen van dementiepatiënten
- de gecentraliseerde en vlot beschikbare informatie over de verschillende mogelijke hulpverleningen voor de patiënten en hun naasten
- de terugbetaling van de gespecialiseerde diagnostiek, met inbegrip van het neurocognitief onderzoek
- de financiering van de “Geheugenklinieken”
- de steun voor de tenlasteneming van deze patiënten in RVT (opleiding van het personeel, oprichting van een statuut om de ouders van een beginnend dementerende te kunnen opvangen, functie van dementiereferentie, ontwikkelen van een kwaliteitsvol zorgsysteem, ...)
- de steun aan initiatieven waardoor dementerende patiënt zo lang mogelijk thuis kan worden gehouden, in het bijzonder door de steun van de mantelzorger.
- In het kader van het programma “Voorrang aan de chronische zieken!” werd voor de door de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voorgestelde initiatieven een RIZIV-budget (2011) van meer dan 2 500 000 EUR uitgetrokken.

II. STAND VAN ZAKEN VAN DE UITGEVOERDE OF IN UITVOERING ZIJNDE MAATREGELLEN:

1. - Maatregelen om de medische diagnose van dementie te verbeteren

- Sinds 1 april 2011 wordt de gespecialiseerde diagnose van dementie terugbetaald wanneer een geneesheer-specialist (geriater, maar ook neuroloog of neuropsychiater) die buiten de context van het geriatrisch dagziekenhuis ambulante uitvoert. Concreet gaat het om nieuwe verrichtingen voor de gespecialiseerde medische diagnose van dementie en ook het neuropsychologische onderzoek met evaluatie van de cognitieve functies bij een patiënt waarvan men een begin van dementie vermoedt. Er werd in een jaarlijks budget van 1,25 miljoen EUR voorzien. Deze maatregel laat zowel financieel als geografisch een betere toegankelijkheid tot de gespecialiseerde diagnose toe die, tot dan, alleen werd terugbetaald in het kader van een geriatrische evaluatie in een dagziekenhuis. Na afloop van het diagnostisch bilan moet de geneesheer-specialist de behandelende huisarts een voorstel van behandelingsplan (met en zonder geneesmiddelen) bezorgen.
- De SSMG en Domus Medica ontwikkelden voor de huisartsen en het thuiszorgpersoneel een e-learningopleiding, die de bedoeling heeft om de kennis over dementie, de “alarmsignalen”, de vroegtijdige diagnose en over de tenlasteneming van dementerenden te verbeteren. De opleidingsmodule bevindt zich in een testfase, en zal binnenkort in 2012 worden ingevoerd (budget van 225 000 EUR).

2. - Geheugenklinieken

Na een oproep tot kandidaatstelling (januari 2010) en een nauwgezette projectenkeuze, financiert het RIZIV sinds 1 juni 2011 thans twaalf geheugenklinieken (budget: 1 285 000 EUR). Die klinieken bestaan uit multidisciplinaire teams en hebben de opdracht om de mogelijkheden inzake cognitieve revalidatie van de patiënt te evalueren, in overleg met de behandelend geneesheer een behandelingsplan op te stellen, en om de geschikte maatregelen te treffen opdat de patiënt thuis zou kunnen blijven.

Elke rechthebbende wordt toegelaten op voorschrift van de geneesheer-specialist of van zijn huisarts.

De geheugenklinieken hebben als voornaamste doelstelling deze patiënten toe te laten zo lang mogelijk thuis of bij een naaste thuis te leven met de hoogste graad van zelfredzaamheid en met het beste levenscomfort voor henzelf en hun omgeving.

Zij verstrekken cognitieve revalidatieprogramma's om de patiënten de alternatieve strategieën aan te leren waarmee ze bepaalde dagelijkse handelingen kunnen stellen door gebruik te maken van hun bewaarde cognitieve vaardigheden. Ze leiden de naasten op die de patiënten in hun dagelijks leven bijstaan. Ze geven raad over en houden toezicht op de aanpassingen in de dagelijkse omgeving waarmee de cognitieve moeilijkheden ondervangen kunnen worden. Ten slotte verstrekken ze aan de patiënten, de omgeving en de zorgverleners informatie over de ziekte, het verloop van de ziekte en de gevolgen ervan.

Het revalidatieprogramma bestrijkt één jaar. Men onderzoekt momenteel de mogelijkheid om de tenlasteneming van patiënten die goed op de behandeling reageerden tot 2 jaar uit te breiden.

Iedere kliniek moet contact opnemen met de huisarts van de rechthebbende, met de geneesheer-specialist die de revalidatie heeft voorgeschreven en met de eventuele andere zorgverleners van de eerste lijn die de rechthebbende behandelen, om hen bij de opstelling van het revalidatieprogramma te betrekken en hen op de hoogte te houden van de afwikkeling van dat programma.

3. - Maatregelen om de mantelzorg te steunen (in onderzoek)

In 2010 maakte de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten een eerste evaluatie van de genomen maatregelen en stelde nieuwe initiatieven voor die nu in de betrokken beslissingsorganen worden bestudeerd. Deze voorstellen willen de patiënt zo lang mogelijk thuis laten blijven, in het bijzonder via een reeks voorstellen om de mantelzorg te ondersteunen via:

- een verbetering van de opleiding en van de kwaliteit van de tenlasteneming van dementiepatiënten door de thuiszorgdiensten (opleiding gevorderde dementie, oprichting van een functie dementiereferentie)
- een verbetering van de opvangmogelijkheden in dag- en nachtcentra: oprichting van kleine buurteenheden die aangepaste zorgprogramma's voor dementiepatiënten ontwikkelden, oprichting van kleine eenheden van maximum 5 RVT-bedden om dementerenden 's nachts te kunnen opvangen
- een vlottere toegang tot de respijtstructuren in RVT of ROB, in het bijzonder dankzij een psychologische steun voor de mantelzorgers
- de psycho-sociale steun van gespecialiseerde teams aan de mantelzorg.

Er zouden cellen moeten worden ontwikkeld en ondersteund die de mantelzorgers van dementiepatiënten informatie en psychologische ondersteuning bieden. Deze cellen zouden kunnen onderdak krijgen in de geheugenklinieken, in de algemene ziekenhuizen, in ziekenhuizen met een G-dienst, in een geriatriesch dagziekenhuis of in een RVT dat gespecialiseerd is in de tenlasteneming van die patiënten. Een sociaal werker van de gemeentelijke instellingen zou informatie kunnen geven over de sociale steun en andere mogelijkheden rond tenlasteneming of dienstenaanbod.

De wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten beklemtoont eveneens de rol van de huisarts in de tenlasteneming van de dementiepatiënt en stelt voor om hem in zijn rol te ondersteunen:

“De huisarts speelt een centrale rol in de tenlasteneming van de patiënt en de steun aan de mantelzorger. Hij moet de lokale opvangmogelijkheden kennen, zodat zijn patiënten er een beroep op kunnen doen. De huisarts moet de toestand van zijn patiënt en de gevolgen daarvan op de mantelzorger kunnen evalueren, zodat hij de nodige hulp kan bieden die daar het best aan beantwoordt. Hij moet instaan voor een psychologische ondersteuning van de mantelzorger en het aanvaarden van de hulp vergemakkelijken.

Hij zou kunnen worden bijgestaan door een sociaal werker uit het lokale multidisciplinaire netwerk, die een heus “case management” zou kunnen uitvoeren dat de behoeften van de patiënt aan externe hulp evalueert en volgt. Het lokale multidisciplinaire netwerk is interessant als territoriale structuur, omdat die een goed zicht heeft op de behoeften en het aanbod. Zij zou op een coherente wijze een rol kunnen spelen in de uitbouw van regionale zorgstructuren op maat van de behoeften van de bevolking.

In de lokale multidisciplinaire netwerken en huisartsenkringen zou men initiatieven moeten nemen om de tenlasteneming van dementiepatiënten te verbeteren: referentiearts dementie, [...]”

Deze voorstellen beogen de organisatie van de zorg voor dementiepatiënten en hun mantelzorgers te verbeteren en zo op de meest aangewezen wijze op de hulpbehoeften in te spelen. Het QUALI-DEM-rapport stelt verschillende instrumenten voor de diagnose of evaluatie van de zorg voor, en hield bij het invoeren van die maatregelen met die voorstellen rekening.

4. - Opleiding van het personeel en referentiepersoon voor dementie in rusthuizen

Sinds 1 april 2010 werd er een deel H aan het forfait toegevoegd, dat moet dienen om de opleiding en bewustmaking op het gebied van de tenlasteneming van dementie voor het personeel van de instellingen te financieren. Daarom werd sinds april de personeelsbezetting voor de reactivering en de zorg verhoogd met 0,8 VTE per 30 A-patiënten die voor oriëntatie in tijd en ruimte een score van minstens “2” halen. De opleiding van het personeel moet permanent gebeuren.

Een ministerieel besluit van 4 mei 2010 (B.S. van 01.06.2010) tot wijziging van het ministerieel besluit van 6 november 2003 over de financiering van de ROB en RVT voorziet, vanaf 1 juli 2010, in de financiering van 0,5 VTE personeel voor verpleging of voor reactivering, in de hoedanigheid van referentiepersoon voor dementie. Ter attentie van de instellingen is men een circulaire aan het uitwerken die een praktisch instrument moet zijn om deze referentiefunctie dementie toe te lichten. Ze geeft concrete voorbeelden van mogelijke opdrachten en acties.

De functie wordt nauwkeurig omschreven. Men voorziet tevens in een opleiding van 60 uren, die na een overgangsperiode voor alle referentiepersonen zal verplicht zijn. De overgangsperiode loopt af op 30 juni 2013.

5. - Opvang van dementiepatiënten in CDV

Sinds 1 januari 2012 staan de centra voor dagverzorging open voor alle dementerenden, ongeacht hun lichamelijke afhankelijkheid.

Sinds 1 juli 2011 zijn de personeelsnormen aan de opvang van een groter aantal dementiepatiënten aangepast: het aantal verpleegkundigen werd verminderd ten voordele van een groter aantal personeelsleden voor reactivering.

6. - Nieuwe categorie D in ROB en RVT

Tijdens de goedkeuring van de begrotingsdoelstelling voor 2011 nam de Algemene Raad van het RIZIV de volgende beslissing:

“In België zijn meer dan 160 000 personen als dementerende geregistreerd, en door de vergrijzing blijft dat cijfer stijgen. Om beter in te spelen op de specifieke verzorgingsbehoeften van de demente bejaarden, stelt men voor om een budget van 10 miljoen EUR toe te kennen voor de financiering van een betere omkadering van de dementie, via het creëren van een categorie D in de ROB-RVT, wat zich concreet in de creatie van 200 voltijdse arbeidsplaatsen zal vertalen.”

Een werkgroep van vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, verenigingen van rusthuizen, artsen en deskundigen heeft voorstellen gedaan om dementie beter op te vangen.

In mei-juni 2012 keurde het “Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging” van het RIZIV twee besluitontwerpen goed die, vanaf 1 oktober 2012, een afhankelijkheidscategorie D in de ROB willen invoeren en financieren. Deze categorie D omvat alle personen bij wie dementie werd gediagnosticeerd, ongeacht hun fysieke afhankelijkheid, en biedt hen een specifieke opvang.

Wegens budgettaire redenen werd beslist om deze maatregel pas in 2013 in de RVT in te voeren, nadat men de kosten van zijn invoering in de ROB zal hebben kunnen evalueren.

7. - Maatregelen rond de “vereiste zorg” en de permanente kwaliteitsverbetering

De FOD Volksgezondheid ontwikkelde in dit kader het onderzoek naar het gebruik en de mogelijkheden tot het invoeren van het MDS-RAI instrument, zoals aanbevolen door de Qualidemstudie in de thema's Zorgbehoefte en Continue kwaliteitsbevordering. Het MDS-RAI instrument werd intussen uitgebreid tot het Belgische transmurale “BelRAI-instrument”. Dit instrument maakt de evaluatie van de zorgbehoefte en het uitwisselen van de resultaten ervan tussen de zorgverstrekkers in het ziekenhuis, de thuiszorg en de rustoorden mogelijk. De eindbesluiten van het onderzoek dat in 2006 werd opgestart werden op 8 december 2011 via het “Symposium BelRAI, meer dan een instrument” bekend gemaakt. Momenteel wordt de eventuele mogelijkheid tot implementatie besproken. De volgende Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zal hierover wellicht meer duidelijkheid verschaffen. Momenteel wordt het BelRAI-instrument eveneens gebruikt door de Zorgvernieuwingsprojecten Protocol 3, georganiseerd door het RIZIV. De IMC van 18 juni 2012 maakte een cofinanciering van het RAI-instrument door de Gemeenschappen en Gewesten mogelijk en heeft de oprichting gevraagd van een werkgroep om de toekomstige ontwikkelingen van het instrument te bestuderen.

Op 22 december 2010 werd door de Gemengde werkgroep “Coördinerend en Raadgevend Arts” (CRA) de synthese tekst “Voorstellen en maatregelen voor een betere coördinatie van het zorgbeleid in de rust- en verzorgingstehuizen” goedgekeurd. Deze tekst omvat specifieke taken en opdrachten voor de instellingen en de CRA met betrekking tot de verschillende aspecten van zorgevaluatie en kwaliteitsbevordering voor de ouderen met dementie. Deze tekst resulteerde in een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in februari laatstleden. Momenteel wordt de mogelijkheid onderzocht om de geformuleerde aanbevelingen toe te passen.

8. - Lopende maatregelen die onder andere beogen de organisatie van de zorg, de vereiste zorg, de permanente verbetering van de kwaliteit en de mantelzorgers te verbeteren

Projecten voor alternatieve zorg aan kwetsbare ouderen.

Het protocolakkoord nr. 3 betreffende het te voeren gezondheidsbeleid ten aanzien van ouderen, dat de federale regering met de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden sloot, en zijn 3e bijakte voorzien en organiseren de uitbouw van alternatieve zorgvormen voor kwetsbare ouderen. 20 % van de door het protocol betrokken budgettaire middelen zou daaraan moeten worden besteed, via 2 oproepen voor projecten.

Tot nu werd alleen de eerste oproep gedaan, via de bekendmaking van het Koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, paragraaf 2, eerste lid, 3^o, van de wet GvU, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. Dat besluit omschrijft onder andere de voorwaarden waaronder men de kwetsbaarheid van een oudere kan bepalen. Lijden aan dementie (onder strikte voorwaarden gestelde diagnose) is één van die voorwaarden.

66 projecten hebben zo op 1 maart 2010 hun activiteiten kunnen starten, en worden dus verondersteld om dementiepatiënten te kunnen opvangen. Momenteel zijn er, door het stopzetten en samenvoegen van projecten, 62 projecten actief. 15 projecten (25 %) kozen ervoor om zich op de thuiswonende dementiepatiënten te concentreren. De aard van de tenlasteneming verschilt naargelang elk project. Zonder volledig te willen zijn, kan men toch tenlastenemingen onderscheiden die zorgen voor:

- het case-management, dat bijdraagt om de aanbeveling te volgen om de zorg te organiseren door voornamelijk de coördinatie te verstevigen (aanbevelingen 5 en 8)
- respijt- en dagonthaalstructuren, die de mantelzorger ontlasten (aanbeveling 3). Sommige centra voor dagverzorging waarvan hier sprake is vormen in feite de voorlopers van het tenlastenemingsaanbod dat sinds 1 januari 2012 in de sector van de centra voor dagverzorging ontwikkeld werd, en zullen daarom, al naargelang, moeten stoppen of hun activiteiten heroriënteren
- vormen van psychologische ondersteuning
- een combinatie van deze verschillende elementen.

Zoals al gezegd, gebruiken een aantal projecten (48/62) BelRAI en zijn mogelijkheden voor al hun patiënten, wat ertoe bijdraagt dat men de nodige behoeften beter kan bepalen (aanbeveling 5). De 14 overblijvende projecten zouden binnenkort moeten worden uitgenodigd om van de RAI-P3-versie van het instrument naar BelRAI en al zijn toepassingen over te stappen.

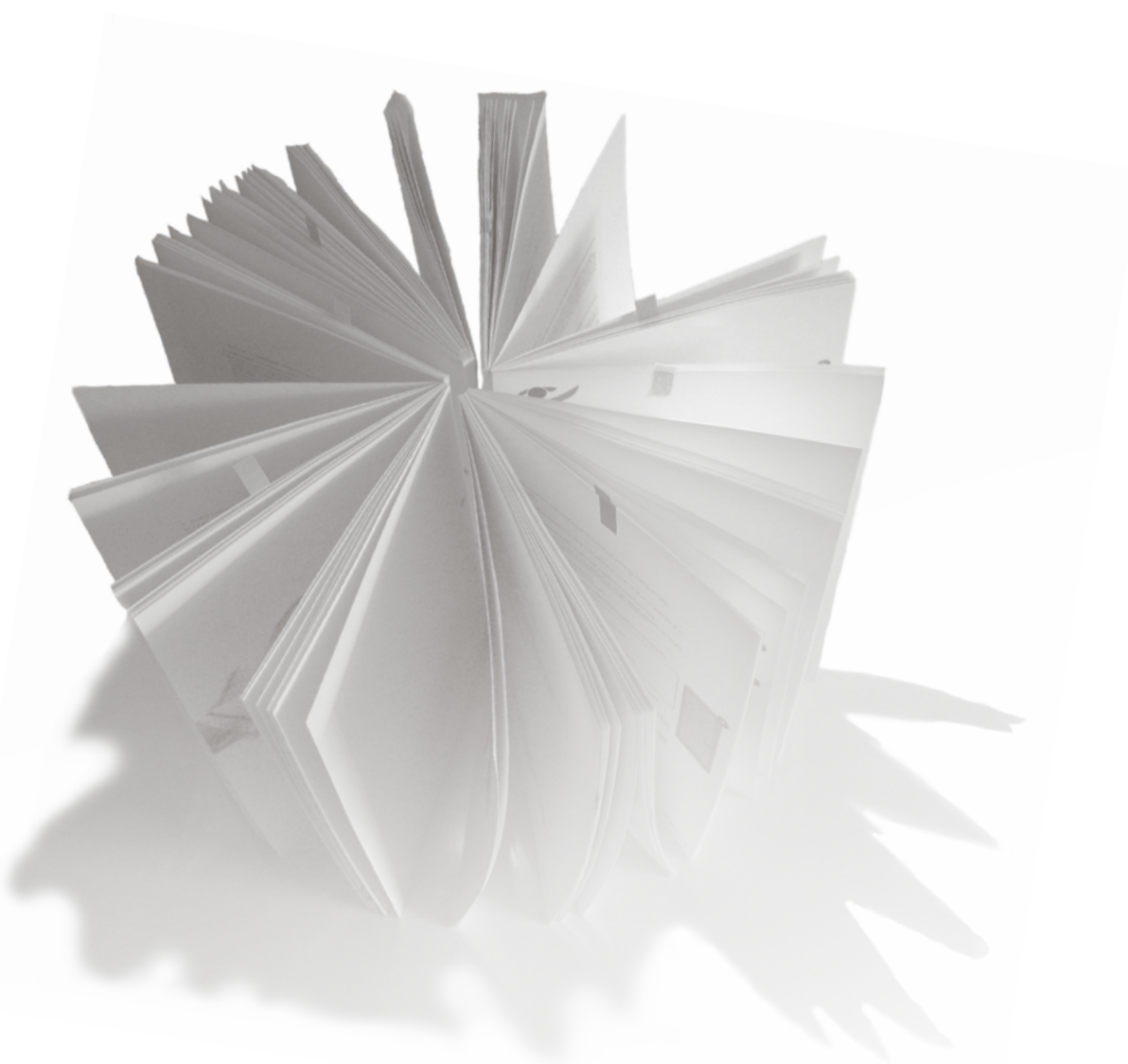
De 2e oproep (naar beneden toe herzien als gevolg van de IMC van 18.06.2012) zal in het najaar van 2012 gelanceerd worden. Los van de aanbevelingen van de Qualidemstudie is het interessant om te vermelden dat men in het kader van de voorbereiding van de 2e oproep voor projecten de aanbevelingen van het KCE betreffende de niet-farmacologische tenlasteneming van dementiepatiënten heeft geraadpleegd.

Dementie stelt onze zorgpraktijk, tenlasteneming en begeleiding van de personen die daaraan lijden in vraag. Het federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) heeft in de afgelopen jaren verschillende studies over dementie gemaakt.

Zo vestigde een rapport van het KCE in 2009 de aandacht op de beperkingen van geneesmiddelen bij Alzheimerpatiënten. De werkzaamheid van het huidige therapeutische arsenaal is zeer beperkt, en het bewijs van de werkzaamheid van sommige geneesmiddelen is zo zwak dat het KCE hun terugbetaling in vraag stelt.

In een rapport dat in 2011 verscheen analyseerde het KCE dertig niet-medicamenteuze tenlastenemingen. Wetenschappelijke gegevens bewezen de werkzaamheid van vier daarvan. Langs de ene kant zou de psycho-sociale steun en de opleiding van de omgeving beter thuis gebeuren. In de instellingen zou de opleiding van het personeel het gebruik van bedwingingsmiddelen doen verminderen. Ten slotte zouden lichaamsbeweging en het stimuleren van de cognitieve functies een heilzame werking hebben op de dementerende. Het succes van die ingrepen hangt af van twee voorwaarden: een regelmatige professionele follow-up en een afstemming van de ingreep op de patiënt en zijn omgeving. Het KCE onderstreept dat de wetenschappelijke gegevens ontbreken om over de andere ingrepen besluiten te kunnen trekken.

5^e Deel
Richtlijnen van het RIZIV



I. Toepassing van artikel 225 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Begrip inkomen en samenstelling van gezin

Bewijs van inkomen en samenstelling van het gezin

Controlemaatregelen

1. Inkomen bedoeld in artikel 225, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996

1.1 Inkomen uit een beroepsactiviteit :

Artikel 225, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt wat voor de toepassing van de §§ 1 en 2 van dat artikel, onder beroepsactiviteit moet worden verstaan.

Hiermee wordt elke activiteit bedoeld die een inkomen meebrengt, als bedoeld in artikel 23, § 1, 1°, 2° of 4° of artikel 228, § 2, 3° en 4° van het Wetboek van inkomstenbelasting 1992 (W.I.B.), zelfs als deze activiteit door een tussenpersoon wordt uitgeoefend. Tevens wordt rekening gehouden met iedere gelijkaardige activiteit die uitgeoefend wordt in het buitenland of in een dienst van een internationale of supranationale organisatie.

Er wordt principieel dus enkel rekening gehouden met inkomsten uit een beroepsactiviteit die op fiscaal vlak in aanmerking worden genomen.

Artikel 23, § 1, 1°, 2° en 4° W.I.B. heeft betrekking op winsten, baten en bezoldigingen.

Artikel 228, § 2, 3° en 4° W.I.B. heeft betrekking op winsten gerealiseerd door een Belgische inrichting (bedoeld wordt een bedrijf met behulp waarvan de beroepswerkzaamheden van een buitenlandse onderneming, geheel of gedeeltelijk in België worden uitgeoefend) of baten die voortkomen uit een in België uitgeoefende werkzaamheid (natuurlijke personen die niet in België verblijven, maar er wel een werkzaamheid uitoefenen).

1.1.1. WINSTEN EN BATEN (ART. 23, § 1,1° EN 2° W.I.B.)

Winst omvat elk inkomen uit een nijverheids-, handels- of landbouwonderneming en omvat tevens alle voordelen die een ondernemer behaalt uit de uitoefening van de activiteit.

Baten zijn alle inkomens uit een vrij beroep, een ambt of een post en alle niet als winst (of bezoldigingen) aan te merken inkomens uit een winstgevende bezigheid (bv. vergoedingen van politieke mandatarissen of voorzitter van een OCMW).

Hetzelfde geldt voor de inkomsten bedoeld in artikel 228, § 2, 3° en 4° (zie hierboven).

1.1.2. BEZOLDIGINGEN : (ART. 23, § 1, 4^e W.I.B.)

Bezoldigingen zijn alle vergoedingen *sensu lato* van werknemers (onder arbeidsovereenkomst of tewerkstelling in gelijkaardige omstandigheden) en bedrijfsleiders. Als bedrijfsleider wordt beschouwd elke natuurlijke persoon in de uitoefening van een opdracht als bestuurder, zaakvoerder, vereffenaar of gelijkaardige functies of nog, de persoon die in de vennootschap een werkzaamheid of leidende functie uitoefent zonder verbonden te zijn door een arbeidsovereenkomst.

1.1.3. JAARLIJKSE VOORDELEN

Voor de toepassing van artikel 225, § 3 dient men rekening te houden met een twaalfde van het bedrag van de jaarlijks uitbetaalde voordelen. Hiermee worden o.m. bedoeld premies, aandelen in de winst, dertiende maand, gratificaties, het dubbel vakantiegeld of het aanvullend vakantiegeld.

1.1.4. NIET IN LOONDIENTST WERKENDE PERSONEN

Voor personen die niet in loondienst werken, wordt het maandbedrag van de inkomens (winsten en baten, zowel deze bedoeld in art. 23 als in art. 228 W.I.B.) fictief vastgesteld op één twaalfde van 100/80 van het verschil tussen de brutowinst of brutobaten en de beroepskosten.

Als **beroepsinkomen** moet o.m. beschouwd worden :

- het deel van het beroepsinkomen dat, in toepassing van artikel 86 W.I.B., als meewerkinkomen wordt toegekend aan de echtgenoot die de andere echtgenoot werkelijk bijstaat in de uitoefening van de activiteit. Dat deel moet overeenstemmen met de normale bezoldiging van die prestaties van de meewerkende echtgenoot
- het beroepsinkomen uit de zelfstandige activiteit van de echtgenote wier meehelpende echtgenoot in haar plaats onderworpen is aan het sociaal statuut van de zelfstandigen, met uitzondering van de inkomsten die in toepassing van art. 86 W.I.B. aan de man wordt toegewezen; (cfr. Art. 12 van het K.B. van 19.12.1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967; deze bepaling hield op uitwerking te hebben vanaf 01.10.1985, behalve voor de gerechtigden die reeds op 30.09.1985 in die hoedanigheid onderworpen waren)
- inkomsten die voortvloeien uit het beheer van onroerende goederen als zelfstandige activiteit (in hoofd- of bijberoep) die vnl. bestaan in het verkopen van onroerende goederen
- inkomsten uit het actieve beheer van een verzekeringsportefeuille.

Wordt in principe niet als een **beroepsinkomen** beschouwd :

- inkomsten uit onroerende goederen (kadastraal inkomen, huurgelden);
- inkomsten uit effecten (dividenden, intrest,...).

Hier is het van belang dat dit inkomen verkregen wordt buiten het kader van een beroepsactiviteit, waarbij o.m. de regelmaat van de verrichtingen van doorslaggevend belang is.

Worden o.m. als **beroepskosten** beschouwd (art. 52 W.I.B.).

- de huur en de huurlasten (evenals de onroerende voorheffing, met inbegrip van de opcentiemen) betreffende de onroerende goederen of gedeelten van onroerende goederen bestemd voor de uitoefening van het beroep en de algemene kosten die voortkomen uit hun onderhoud, verwarming, verlichting, enz...
- ◻ financiële lasten (intresten op de geleende kapitalen) en afschrijvingen op de materiële en immateriële activa (de bedragen zelf die in de ondernemingen zijn geïnvesteerd, mogen niet in mindering gebracht worden, wel het bedrag van de afschrijving)
- bezoldigingen van het personeel (inbegrepen de socialezekerheidsbijdragen), honoraria, provisies,...

De bedrijfsverliezen (verdwijning of definitieve minderwaarde van een deel van de activa of ontstaan van passiva) mogen in geen geval afgetrokken worden van de brutowinsten of –baten.

1.2. Vervangingsinkomens :

Voor de vervangingsinkomens wordt er niet verwezen naar een fiscaal criterium. In principe moeten alle vervangingsinkomens in aanmerking genomen worden.

Artikel 225, § 3 verwijst naar pensioenen, renten, tegemoetkomingen of uitkeringen krachtens een Belgische of buitenlandse wetgeving :

1.2.1. PENSIOENEN, RENTEN, TEGEMOETKOMINGEN, UITKERINGEN :

Pensioenen : elk overlevings-, ouderdoms-, anciënniteits- of rustpensioen, of elk voordeel van die aard, dat toegekend wordt door hetzij een instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur (bv. gemeente of provincie) of openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

Onder pensioen is tevens begrepen het vakantiegeld en de andere voordelen die toegekend worden aan de gerechtigden op een rustpensioen en die gevoegd moeten worden bij het maandelijks voordeel. Het bedrag van de jaarlijkse voordelen (vakantiegeld) dient men te delen door 12 en moet men voegen bij het maandbedrag van het pensioen.

Rente : rente bij arbeidsongeval (wet van 10.04.1971 betreffende de arbeidsongevallen) of bij beroepsziekte (K.B. van 03.06.1970 houdende coördinatie van de wetsbepalingen betreffende de beroepsziekten).

Hierin is ook begrepen de bijslag voor verergering die in het kader van de wet op de arbeidsongevallen aan de getroffen wordt toegekend wanneer de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid na de herzieningstermijn (3 jaar) verhoogd is en de nieuwe arbeidsongeschiktheidsgraad ten minste 10 % bedraagt.

- alle tegemoetkomingen (mindervaliden), uitkeringen (werkloosheid of arbeidsongeschiktheid) en vergoedingen die worden toegekend krachtens het gemeen recht als schadeloosstelling voor lichamelijke schade
- vergoedingen uitbetaald door Fondsen voor bestaanszekerheid
- sommen betaald ingevolge een wettelijke verplichting tot het betalen van onderhoudsgeld of een onderhoudsbijdrage, met uitzondering van deze overeenkomstig artikel 225, § 1, 5° van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- het leefloon uitbetaald door de OCMW's (wet van 26.05.2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie)
- het deel van het rustpensioen van de echtgenoot dat aan de andere feitelijk of van tafel en bed gescheiden echtgenoot wordt toegekend
- de werkhervattingstoelage toegekend door de RVA (art. 129bis t.e.m. 129quater van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering).

1.2.2. VERVANGINGSINKOMENS DIE NIET IN AANMERKING GENOMEN WORDEN :

Artikel 225, § 3 bepaalt zelf dat met de volgende vergoedingen geen rekening wordt gehouden :

- de anciënniteitstoelage voor oudere werklozen (art. 126 tot 129 van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering, zie omzendbrief V.I. rubriek 421/15 van 28.06.1989)
- de vergoeding ter aanvulling van de werkloosheidsuitkeringen toegekend krachtens de CAO nr. 46 van 23 maart 1990, gesloten binnen de NAR en algemeen bindend verklaard bij het Koninklijk besluit van 10 mei 1990 (zie omzendbrief V.I. rubriek 421/16 van 22.03.1991)

- de forfaitaire uitkeringstoelage toegekend aan de werkloze uit hoofde van een tewerkstelling in een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap
- de uitkering die wordt toegekend om het verlies of de vermindering van zelfredzaamheid te compenseren (men dient dus geen rekening te houden met de tegemoetkomingen voor hulp van derden toegekend in geval van arbeidsongeval of beroepsziekte noch met de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering).

Zijn tevens niet te beschouwen als vervangingsinkomens voor de toepassing van artikel 225, § 3:

- de oorlogspensioenen of zgn. vrijgestelde pensioenen die schadeloosstelling verlenen voor een lichamelijke schade die men geleden heeft tijdens de oorlog bij de uitoefening van zijn militaire of burgerplicht
- de gezinsbijslagen
- de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, toegekend in het kader van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen voor gehandicapten of de uitkering voor andermans hulp toegekend in toepassing van de (vroegere) wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen voor mindervaliden (het betreft hier nl. geen toeslag op de gewone, bijzondere of aanvullende tegemoetkoming, doch een andere tegemoetkoming)
- het onderhoudsgeld dat wordt betaald in toepassing van artikel 225, § 1, 5^o van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- de invaliditeitsrente die op grond van een persoonlijke verzekeringsovereenkomst wordt betaald
- het pensioen op grond van een groepsverzekering (aanvullend pensioen) of voordelen voortvloeiend uit het pensioensparen
- de sociale hulp toegekend door de OCMW's.

1.2.3. NEUTRALISATIEMAATREGELEN

1.2.3.1. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast ten voordele van de gerechtigden die samenwonen met een invalide zelfstandige die sinds 1 januari 2006 van de verhoging van de invaliditeitsuitkering van de zelfstandigen met stopzetting van hun bedrijf geniet om deze in overeenstemming te brengen met het minimumbedrag voor de regelmatig werknemer-samenwonende (art. 225, § 5).

Wanneer de invaliditeitsuitkeringen van de zelfstandige gerechtigde, die samenwoont met de gerechtigde, vanaf 1 januari 2006 het inkomensplafond van personen ten laste overschrijden wegens de verhoging van de invaliditeitsuitkering van de zelfstandige met stopzetting van zijn bedrijf om deze in overeenstemming te brengen met de minima voor de regelmatige werknemers, behoudt deze laatste echter de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Deze neutralisatiemaatregel die van kracht is sinds 1 januari 2006 en die van toepassing was tot 31 december 2009, en vervolgens tot 31 december 2010, is opnieuw verlengd tot 31 december 2011.

1.2.3.2. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van een verhoging van de minimumpensioenen voor werknemers door het Koninklijk besluit van 12 juni 2008 tot verhoging van het gewaarborgd minimumbedrag van het rust- en overlevingspensioen voor werknemers of voor zelfstandigen door de programmawet van 8 juni 2008 (art. 225 § 6).

1.2.3.2.a. Verhoging van de minimumpensioenen voor werknemers

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel omwille van de verhoging vanaf 1 juli 2008 van de minimumpensioenen voor werknemers door het Koninklijk besluit van 12 juni 2008 tot verhoging van het gewaarborgd minimumbedrag van het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

1.2.3.2.b. Verhoging van de minimumpensioenen voor zelfstandigen

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel omwille van de verhoging vanaf 1 juli 2008 van de minimumpensioenen voor zelfstandigen door de programmawet van 8 juni 2008, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Derhalve wordt er geen rekening gehouden met de inhaalpremie, toegekend onder bepaalde voorwaarden aan de invalide gerechtigden (art. 237*quinquies* van het K.B. van 03.07.1996).

1.2.3.3. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van stijging van de sociale uitkeringen toegekend aan de persoon waarmee hij samenwoont in het kader van het generatiepact (art. 225, § 7).

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het inkomensplafond bedoeld in § 3 van artikel 225 vanaf 1 januari 2009 overschrijden enkel omwille van de toepassing van de revalorisatiemaatregel genomen in uitvoering van Titel II, Hoofdstuk II van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, of Titel V, Hoofdstuk I van dezelfde wet, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Derhalve is er geen rekening gehouden met de inhaalpremie, toegekend onder bepaalde voorwaarden aan de invalide gerechtigden (art. 237*quinquies* van het K.B. van 03.07.1996).

1.2.3.4. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van de verhoging van de minimumpensioenen (welvaartsaanpassing) van de zelfstandigen bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 3 maart 2010 tot wijziging van artikel 131*bis*, § 1*septies*, van de wet van 15 maart 1984 houdende maatregelen tot harmonisering van de pensioenregeling (art. 225, § 8).

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel en omwille van de verhoging vanaf 1 augustus 2010 van de minimumpensioenen voor de zelfstandigen, bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 3 maart 2010 tot wijziging van het artikel 131*bis*, § 1*septies* van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

1.2.4. OMZETTING NAAR EEN MAANDBEDRAG

Het dagbedrag van uitkeringen of tegemoetkomingen moet met 26 worden vermenigvuldigd om het maandbedrag te bekomen. Het dagbedrag van een uitkering wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid, toegekend in toepassing van de wet van 10 april 1971 op de arbeidsongevallen of de wetten betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten, gecoördineerd op 3 juni 1970, moet met 30 worden vermenigvuldigd om het maandbedrag te bekomen.

2. Samenstelling van het gezin van de gerechtigde

2.1 Algemeen

Voor de samenstelling van het gezin van de gerechtigde dient de verzekeringsinstelling zich te steunen op de gegevens van het Rijksregister. Artikel 225, § 4 verwijst naar het informatiegegeven bedoeld in artikel 3, eerste lid, 5^o van de wet van 8 augustus 1983 (tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen), dit is meer bepaald de hoofdverblijfplaats.

De verzekeringsinstelling mag **alleen** met andere gegevens rekening houden wanneer uit andere, hiertoe overlegde bewijsstukken blijkt dat de in aanmerking te nemen toestand niet of niet langer overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister.

Met elke wijziging van de samenstelling van het gezin die via het netwerk van de Kruispuntbank (voor de verzekerden voor wie de integratie heeft plaatsgehad) en het NIC aan de verzekeringsinstelling wordt meegedeeld, moet **onmiddellijk en voortdurend** (niet alleen op het ogenblik van het jaarlijks onderzoek) rekening worden gehouden. De verzekeringsinstelling moet dus nagaan of de wijziging van de gezinssituatie invloed heeft op de hoedanigheid van betrokkene (gerechtigde met of zonder gezinslast, gerechtigde die aanspraak kan maken op de hogere uitkering wegens verlies van enig inkomen) en moet, in voorkomend geval, het uitkeringsbedrag aanpassen en zo snel mogelijk tot de terugvordering overgaan van de uitkeringen die ten onrechte werden verleend (zie punt V hierna).

2.2 Uitzonderlijke situaties :

Indien op grond van hiertoe overgelegde bewijsstukken blijkt dat de werkelijke toestand van betrokkene niet of niet langer overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister, mag de verzekeringsinstelling rekening houden met deze toestand.

Indien nodig, dient de verzekeringsinstelling, een bijkomend onderzoek te doen op grond van stukken of elementen in haar bezit. Hieronder volgen enkele situaties waarin dit onderzoek aangewezen kan zijn:

- De verzekeringsinstelling zelf beschikt over gegevens die erop zouden wijzen dat de gegevens van het Rijksregister niet (meer) overeenstemmen met de feitelijke toestand van betrokkene:
 - De betrokkene vraagt de inschrijving van personen ten zijnen laste voor het recht op gezondheidszorgen, terwijl de betrokkene als alleenstaande werd beschouwd.
 - Uit bewijsstukken (aanslagbrief voor de directe belastingen inzake de belasting van natuurlijke personen) blijkt dat betrokkene fiscaal één of meerdere personen ten laste heeft, terwijl de betrokkene als alleenstaande beschouwd werd.
- Betrokkene deelt zelf mee dat zijn gezinssituatie niet overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister (met overlegging van afdoende bewijsstukken).
- Voor betrokkene heeft de integratie via de KSZ nog niet plaatsgegrepen.

3. Bewijs van inkomen en bewijs van samenstelling van gezin

3.1. Bewijs van inkomen (formulier 225)

3.1.1. DE HUISGENOOT VERKLAART EEN INKOMEN TE ONTVANGEN HOGER DAN HET DREMPELBEDRAG.

Wanneer de samenwonende persoon verklaart te beschikken over een maandelijks inkomen dat **hoger** is dan het toegelaten drempelbedrag, dienen er geen bijzondere bewijsstukken toegevoegd te worden aan het formulier 225.

Wanneer betrokkene echter op het formulier vermeldt dat hij beschikt over inkomsten waarmee geen rekening wordt gehouden voor de toepassing van artikel 225, § 3 (anciënniteitstoeslag voor oudere werklozen, aanvullende vergoeding die op grond van de CAO nr. 46 wordt toegekend, toeslag uit een PWA-activiteit) dient de verzekeringsinstelling zo nodig bijkomende verificaties te doen.

De werkloze toont derhalve aan dat hij geniet van een anciënniteitstoeslag d.m.v. een attest opgemaakt door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen; hij toont het recht op een vergoeding ter aanvulling van de werkloosheidsuitkeringen aan d.m.v. een attest opgemaakt door de werkgever belast met de betaling van deze vergoeding (art. 225, § 3, vierde al.).



Vergelijk de toegevoegde verklaringen bij het formulier 225 en de richtlijnen van de omzendbrieven V.I. rubriek 421/15 en 421/16 van 28 juni 1989 en van 22 maart 1991.

3.1.2. DE HUISGENOOT ONTVANGT EEN INKOMEN LAGER DAN HET DREMPELBEDRAG.

Het betreft een **belastbaar** inkomen.

Wanneer de samenwonende persoon een belastbaar inkomen geniet (inkomen uit arbeid als werknemer of zelfstandige, vervangingsinkomen), dient hij aan het formulier 225 het recentste aanslagbiljet m.b.t. die inkomsten toe te voegen (dit kan het aanslagbiljet zijn op naam van de gerechtigde en zijn echtgenote), alsook een kopie van de meest recente loonfiche of van een ander document dat een overzicht geeft van het vervangingsinkomen (attest van de betaalinstantie van de vervangingsinkomens, attest van de berekening van de jaarlijkse vakantie, betalingsbewijs van de eindejaarspremie of van de dertiende maand, enz...).

De huisgenoot ontvangt een inkomen dat **niet belastbaar** is :

Wanneer de betrokkene een inkomen ontvangt dat niet belastbaar is of vrijgesteld is van belastingen, moet hij bij het formulier 225 steeds een bewijsstuk toevoegen met betrekking tot dat inkomen :

- Dit kan een verklaring zijn van de werkgever of van de uitbetalingsinstelling van de sociale uitkeringen
- Dit kan een kopie zijn van de recentste loonfiche of een ander document dat een overzicht geeft van het (vervangings-)inkomen
- Gerechtigden op een pensioen (Belgische of buitenlandse wetgeving) mogen als bewijsstuk het strookje van de recentste post- of bankassignatie voorleggen of het recentste bewijs van betaling van het pensioen.

3.1.3. DE HUISGENOOT VERKLAART GEEN INKOMEN TE ONTVANGEN.

Wanneer de huisgenoot verklaart geen inkomen te ontvangen :

- moet hij het aanslagbiljet van de gerechtigde zelf overleggen wanneer hij fiscaal ter zijner laste is
- moet hij, indien geen enkel aanslagbiljet kan worden voorgelegd, hetzij aangeven dat hij vrijgesteld is van de verplichting tot aangifte, hetzij aantonen dat de belastingsadministratie hem geen aanslagbiljet meer verstuurt.

3.1.4. BIJZONDERE SITUATIES

3.1.4.1. Kind met de hoedanigheid van persoon ten laste

Wanneer het kind de gezinslast van de gerechtigde doet ontstaan, moet de verzekeringsinstelling niet beschikken over een inkomensbewijs indien het kind de leeftijd van 15 jaar nog niet bereikt heeft.

Vanaf 15 jaar :

- indien het kind geniet van een maandelijks inkomen hoger dan het toegelaten drempelbedrag, is geen enkel bewijsstuk nodig
- Indien het maandelijks inkomen van het kind lager is dan het drempelbedrag, moet de gerechtigde een recent document voorleggen waaruit blijkt dat hij kinderbijslag ontvangt of een kopie van zijn meest recente aanslagbiljet, of, indien hij geen aanslagbiljet heeft ontvangen, het meest recente bewijsstuk met betrekking tot het inkomen van zijn kind (attest van de werkgever of van de betalingsinstelling van sociale prestaties)

- indien het kind geen enkel inkomen heeft, moet de gerechtigde een kopie van het recentste aanslagbiljet voorleggen waaruit blijkt dat het kind fiscaal te zijnen laste is, of, indien hij geen aanslagbiljet heeft ontvangen, een document waaruit blijkt dat hij kinderbijslag ontvangt.

3.1.4.2. Gerechtigde die zich bevindt in de situatie bedoeld in artikel 226 en die een onderhoudsgeld- of bijdrage betaalt of die een deel van zijn inkomsten overdraagt aan zijn echtgenoot.

In het administratief dossier van de belanghebbende moet de verzekeringsinstelling beschikken over een kopie van de gerechtelijke beslissing of de notariële akte waaruit blijkt dat hij gehouden is een onderhoudsgeld en/of -bijdrage te betalen of een kopie van de gerechtelijke beslissing waaruit blijkt dat de belanghebbende een deel van zijn inkomsten overdraagt aan zijn echtgenoot voor een bedrag van minimum 111,55 EUR per maand.


Derhalve dient de gerechtigde tijdens de controle van primaire arbeidsongeschiktheid of de jaarlijkse controle van de invalide gerechtigden het meest recente aanslagbiljet van de directe belastingen voor te leggen dat aantoonst dat 80 procent van het bedrag van het onderhoudsgeld, van de onderhoudsbijdrage, die hij betaalt of de overdracht van een deel van zijn inkomsten, is afgetrokken van het totaal van zijn netto-inkomsten als aftrekbare besteding in toepassing van artikel 104, eerste lid, 1^o of 2^o van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen van 1992.


Wanneer de verzekerde geen aanslagbiljet meer ontvangt of nog niet in het bezit is van een aanslagbiljet waaruit de betaling van het onderhoudsgeld, van de onderhoudsbijdrage of de loonoverdracht blijkt, moet hij het bewijs voorleggen van een regelmatige betaling (vb: een kopie van het meest recente rekeninguittreksel).

Hiermee worden de gerechtigden bedoeld die zich bevinden in de situatie bedoeld in artikel 226 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, meer bepaald zij die hetzij alleen wonen, hetzij samenwonen met personen die geen enkel inkomen genieten en niet worden beschouwd als personen ten laste.

3.1.4.3. Co-ouderschap

Als de gerechtigde een of meerdere kinderen opvoedt waarvan de inkomsten lager zijn dan het plafond voorzien in artikel 225, § 3, onder het stelsel van co-ouderschap (samenwoning van gemiddeld minstens 2 dagen per week), moet een kopie van de beslissing (vonnis of notariële akte) die deze situatie officieel bekrachtigt, worden overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

 Het genot van het stelsel van co-ouderschap is niet voorbehouden, zoals in de werkloosheidsreglementering, aan de gerechtigden die alleenstaande zijn (art. 226 van het K.B. van 03.07.1996).

 De gerechtigde die samenwoont met een bloed- of aanverwant tot en met de derde graad waarvan het bruto inkomen hoger is dan of gelijk is aan 1 387,49 EUR, en met een kind in het kader van co-ouderschap, kan genieten van het percentage met gezinslast.

In dit geval opent het kind namelijk het recht op gezinslast en de bloed- of aanverwant tot en met de derde graad kan het niet doen verliezen, in toepassing van artikel 225, § 2, eerste alinea.

3.2. Bewijs van samenstelling van gezin

In de betrekkingen tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen hebben de informatiegegevens, verkregen bij het Rijksregister en opgenomen op een identificatiefiche, bewijskracht wanneer deze gegevens voorkomen in de gegevensbank, bedoeld in artikel 2 van het K.B. van 10 oktober 1994 (tot uitvoering van art. 8 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, dienen in het administratief dossier van betrokkene geen andere bewijsstukken meer aanwezig te zijn.

Wanneer aan deze voorwaarden niet is voldaan (bv. databank is nog niet operationeel, er heeft geen integratie plaatsgegrepen voor een verzekerde, de verzekeringsinstelling steunt zich op andere gegevens dan deze van het Rijksregister), dienen de andere bewijsstukken aanwezig te zijn in het administratief dossier van betrokkene (identificatiefiche, andere bewijsstukken inzake de samenstelling van het gezin).

4. Periodiciteit van de te verrichten controlemaatregelen

4.1. Werknemer – Gecontroleerd werkloze

4.1.1. AANVANG VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID :

Vanaf 1 januari 2010 moet er geen enkel formulier 225 worden opgestuurd bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

Sinds 1 januari 2009 genieten alle gerechtigden in primaire ongeschiktheid een uitkering van 60 % van het gemiddeld dagloon. Het onderscheid tussen gerechtigden met gezinslast of alleenstaanden en de samenwonende gerechtigden wordt dus niet meer gemaakt.

Bijlage III van het KB/WIB werd bovendien vervangen door het Koninklijk besluit van 3 december 2009 tot wijziging van het KB/WIB, op het stuk van de bedrijfsvoorheffing, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 11 december 2009, door een nieuwe bijlage die voorziet dat voor de toepassing van de bedrijfsvoorheffing op de uitkeringen toegekend aan alle gerechtigden (met of zonder gezinslast) **tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid, er rekening moet worden gehouden met het bedrag van de minimumuitkering voor een niet-regelmatig werknemer met gezinslast** (de bepalingen van de nieuwe bijlage zijn van toepassing op de uitkeringen uitbetaald vanaf 01.01. 2010).

4.1.2. IN DE LOOP VAN DE 5^{DE} OF DE 6^{DE} MAAND VAN ONGESCHIKTHEID :

4.1.2.1. Toezending van formulier 225

De verzekeringsinstelling moet de gezinssamenstelling van de gerechtigde nagaan op basis van de gegevens van het Rijksregister (zie hierboven punten II.1 en III.2.).

Vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid moet het ziekenfonds het onderscheid kunnen maken tussen de gerechtigden met gezinslast, de alleenstaanden en de samenwonenden voor de toekenning van de minima (regelmatig werknemer of niet-regelmatig werknemer). De verzekeringsinstelling moet dus vanaf deze datum beschikken over de gegevens met betrekking tot de gezinslast om het bedrag van de aan de gerechtigde toe te kennen uitkering correct te bepalen. Hiertoe zendt de verzekeringsinstelling ten laatste in de loop van de zesde maand het formulier 225 naar het geheel van de gerechtigden.



Op het formulier 225 is er plaats om het inkomen van de huisgenoot te vermelden met betrekking tot de maand voorafgaand aan de maand waarin de controle wordt uitgevoerd.


Ingeval van **herval** in primaire ongeschiktheid (bijvoorbeeld na een werkhervatting van minder dan 14 dagen), dienen de controlemaatregelen niet opnieuw in acht te worden genomen en mag de verzekeringsinstelling zich steunen op de bewijsstukken die haar vroeger werden overgemaakt.

Bij elk **nieuw** tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid dienen de controlemaatregelen opnieuw in acht te worden genomen.

Zolang de verzekeringsinstelling via het behoorlijk ingevuld formulier 225 niet beschikt over de nodige gegevens met betrekking tot de gezinslast, mogen ze alleen uitkeringen toekennen tegen het percentage voor de gerechtigde zonder gezinslast, samenwonenden.

4.1.3. IN DE LOOP VAN DE MAAND VAN INTREDE IN INVALIDITEIT EN LATERE JAARLIJKSE CONTROLE OP DE VERJAARDAG VAN DE INTREDE IN INVALIDITEIT.

- De verzekeringsinstelling dient jaarlijks de controle te doen, wat betreft het inkomensbewijs van de gezinsleden (toezending van het formulier 225). Wat betreft de samenstelling van het gezin (verificatie van de gegevens van het Rijksregister), moet de verzekeringsinstelling steeds elke wijziging van de gezinssamenstelling controleren:
 - De **eerste** controle dient te gebeuren in de loop van de maand waarin de gerechtigde in invaliditeit treedt
 - **Nadien** dient de controle jaarlijks te gebeuren in de loop van de maand waarin de verjaardag van de aanvangsdatum van de invaliditeit gelegen is;

 Een gerechtigde werd arbeidsongeschikt erkend vanaf 2 mei 2010 en treedt in invaliditeit op 2 mei 2011. Betrokkene werd verder als invalide erkend. Na de intrede in invaliditeit dient de controle jaarlijks te gebeuren in de loop van de maand mei.

Deze controle dient **jaarlijks** te gebeuren voor **alle invalide gerechtigden**.

- Bij de **intrede in invaliditeit** mag de verzekeringsinstelling, zolang ze niet beschikt over de nodige bewijsstukken (formulier 225 met bijlagen) alleen (provisioneel) uitkeringen toekennen als gerechtigde zonder gezinslast, samenwonenden.
- Wanneer vervolgens de verzekeringsinstelling de **eerste dag van de derde maand** volgend op de maand waarin de **jaarlijkse controle** in invaliditeit verricht wordt, het formulier 225 nog niet in haar bezit heeft, kunnen de uitkeringen slechts worden toegekend tegen het percentage van een gerechtigde zonder gezinslast- samenwonende.

Na ontvangst van de bewijsstukken dient de verzekeringsinstelling de nodige verificaties uit te voeren en, zo nodig, tot regularisatie over te gaan (toekennen van een bijpassing of terugvorderen).

- Bij een herval in invaliditeit (minder dan 3 maanden van werkhervatting of de gecontroleerde werkloosheid) moet nog steeds de “oorspronkelijke” intrededatum in invaliditeit in aanmerking genomen worden. De controlemaatregelen moeten dan niet opnieuw gedaan worden (maar wel op de volgende “verjaardagsdatum” van intrede in invaliditeit).
- Men moet rekening houden met de werkelijke datum van intrede in invaliditeit (bv. schorsende werking van tijdvakken van moederschapsbescherming op de loop van een tijdvak van primaire (arbeids)ongeschiktheid, de intrededatum in invaliditeit wordt verschoven met de duur van de tijdvakken van moederschapsbescherming; de werkelijke datum van intrede in invaliditeit dient weerhouden te worden).

4.1.4. SEMESTERIËLE BRIEF IN DE PERIODE VAN INVALIDITEIT

Tijdens de vijfde en de zesde maand volgend op de datum van intrede in invaliditeit, verstuurt het ziekenfonds naar het geheel van de gerechtigden, afhankelijk van de situatie, de semesteriële brief om de gerechtigde te herinneren dat indien er zich mogelijke wijzigingen hebben voorgedaan in de situatie van de personen die met hem samenwonen, deze dienen te worden aangegeven bij zijn ziekenfonds (de modelbrieven zijn opgenomen als bijlage bij de omzendbrief). Afhankelijk van het antwoord van de gerechtigde, zal het ziekenfonds de noodzakelijkheid nagaan om een nieuw formulier 225 op te sturen.

Deze semesteriële brief dient te worden verstuurd tussen elk jaarlijks onderzoek.

Het formulier opgenomen als bijlage 3, is bestemd voor de gerechtigde die uitkeringen als gerechtigde met gezinslast geniet.

Het formulier opgenomen als bijlage 4, is bedoeld voor de gerechtigde die uitkeringen als alleenstaande geniet in de zin van artikel 226*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (de huisgenoot geniet dus een beroepsinkomen of een beroepsinkomen en een vervangingsinkomen waarvan het maandelijks bedrag hoger is dan 914,67 EUR¹, maar minder is dan 1472,40 EUR).

Het formulier opgenomen als bijlage 5 is bedoeld voor de (alleenstaande) gerechtigde die uitkeringen als gerechtigde met gezinslast geniet omdat hij een maandelijks onderhoudsgeld betaalt van minstens 111,55 EUR per maand.

Het formulier opgenomen als bijlage 6 is bedoeld voor de gerechtigde die uitkeringen als alleenstaande geniet omdat hij samenwoont met een persoon die geniet van vervangingsinkomsten waarvan het bedrag hoger is dan 914,67 EUR*, zonder 1006,65 EUR* te overschrijden (nieuwe categorie alleenstaanden vanaf 01.01.2010).

4.2. Zelfstandige gerechtigden

4.2.1. CONTROLE BIJ HET VERSTRIJKEN VAN HET TIJDVAK VAN PRIMAIRE NIET VERGOEDBARE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (FORMULIER 225).

- De verzekeringsinstelling moet de controle op de samenstelling van het gezin van de gerechtigde en de inkomensituatie van de huisgenoten doen uiterlijk bij het verstrijken van de eerste maand van niet vergoedbare primaire ongeschiktheid (art. 7 van het K.B. van 20.07.1971)
- Zolang de verzekeringsinstelling niet over de nodige bewijsstukken beschikt, kan de verzekerde slechts aanspraak maken op primaire uitkeringen als gerechtigde zonder gezinslast. Wanneer op grond van de ingediende stukken blijkt dat betrokkene dient te worden beschouwd als een gerechtigde met gezinslast, dient de verzekeringsinstelling de nodige regularisatie uit te voeren.
- Bij een herval in primaire ongeschiktheid dienen de controlemaatregelen niet opnieuw te worden uitgevoerd.

4.2.2. SEMESTERIËLE BRIEF:

Tussen de vijfde en de zesde maand volgend op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, verstuurt het ziekenfonds, afhankelijk van de situatie, de semesteriële brief bedoeld om de gerechtigde te herinneren dat indien er zich mogelijke wijzigingen hebben voorgedaan in de situatie van de personen die met hem samenwonen, deze dienen te worden aangegeven bij zijn ziekenfonds (de modelbrieven zijn opgenomen als bijlage bij de omzendbrief). Afhankelijk van het antwoord van de gerechtigde, zal het ziekenfonds de noodzakelijkheid nagaan om een nieuw formulier 225 op te sturen.

4.2.3. CONTROLE IN DE LOOP VAN DE MAAND VAN INTREDE IN INVALIDITEIT EN LATERE JAARLIJKSE CONTROLE IN DE LOOP VAN DEZELFDE MAAND VOOR DE VOLGENDE JAREN:

De verzekeringsinstelling moet in dit geval dezelfde controlemaatregelen in acht nemen als deze vermeld onder punt IV. 1.3 en IV. 1.4.

1. bedragen van toepassing op 01.02.2012

5. Terugvorderingen

Wanneer de verzekeringsinstelling vaststelt dat een bedrag aan uitkeringen ten onrechte werd verleend, dient zij vooreerst dadelijk het bedrag van de uitkering aan te passen en zo snel mogelijk tot de terugvordering over te gaan naar de verzekerde toe. Hierbij dienen de formaliteiten, zoals bepaald in het Handvest van de sociaal verzekerde, te worden nageleefd.

Indien nodig, dient de verzekeringsinstelling de verjaring te stuiten naar betrokkene toe bij aangetekende brief.

6. Bewaartermijnen van de bewijsstukken

Voor de termijnen waarbinnen de bewijsstukken bewaard moeten worden door de verzekeringsinstellingen, moeten de onderrichtingen van de omzendbrief V.I. nr. 87/50, rubriek 510/28 van 4 februari 1987 (zoals later gewijzigd) in acht genomen te worden.

7. Toepassing – Opheffingen van vorige omzendbrieven – Bijlagen

Deze omzendbrief is van toepassing vanaf 1 juli 2012.

De omzendbrief V.I. 97/406-421/18 wordt opgeheven.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/233 – 18/1, 421/20 van 22 juni 2012.

Werkverwijdering van de zwangere werknemers - Opheffing van de bevoegdheid van het Fonds voor Beroepsziekten in deze materie

1. Inleiding

Sinds 1 januari 2010 wordt de vergoeding voor alle gevallen van werkverwijdering van de zwangere werknemers krachtens de bepalingen van de Economische Herstelwet van 27 maart 2009 ten laste genomen in het kader van de moederschapsverzekering, ongeacht of de oorzaak van die maatregel een beroepsziekteterisico is.

Het artikel 30 van de Economische Herstelwet van 27 maart 2009 bepaalt namelijk het volgende: “wanneer er met toepassing van artikel 41 van de arbeidswet van 16 maart 1971, een risico is vastgesteld, en wanneer de werkgever één van de maatregelen bedoeld in artikel 42, § 1, van dezelfde wet, heeft genomen, is in een tussenkomst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voorzien:

- voor de zwangere werkneemster die aanvaardt om een aangepaste arbeid uit te oefenen die tot loonverlies leidt en voor de zwangere werkneemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en voor wie de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere maar niet op al die activiteiten
- voor de zwangere werkneemster van wie de uitvoering van de arbeidsovereenkomst is geschorst.

De zwangere werkneemster bedoeld in het eerste lid, 1^o, die aanvaardt om een aangepaste arbeid uit te oefenen die tot loonverlies leidt, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 219^{ter}, § 1, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De zwangere werkneemster bedoeld in het eerste lid, 1^o, die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en voor wie de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere, maar niet op al die activiteiten, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 219^{ter}, § 2, van voornoemd Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De bepalingen van § 3 en § 5 van voornoemd artikel 219^{ter} zijn eveneens van toepassing op de situaties bedoeld in het tweede en derde lid.

De zwangere werkneemster bedoeld in het eerste lid, 2^o, heeft recht op een daguitkering gelijk aan 78,237 % van het gemiddeld dagloon, bepaald overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk besluit van 10 juni 2001 waarin, met toepassing van artikel 39 van de wet van 26 juni 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, het uniform begrip “gemiddeld dagloon” wordt vastgesteld en sommige wettelijke bepalingen in overeenstemming worden gebracht. Deze uitkering wordt toegekend tot de zesde week voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum of tot de achtste week, wanneer de geboorte van een meerling voorzien wordt”.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2010 en zij is van toepassing op de gevallen van werkverwijdering die zich vanaf die datum voordoen. De gevallen van werkverwijdering van de zwangere werkneemsters die verband houden met een risico op een beroepsziekte en die een aanvang hebben genomen vóór 1 januari 2010, blijven dus ten laste van het Fonds voor Beroepsziekten.

2. Toepassingsmodaliteiten op 1 januari 2010 van de nieuwe bepalingen inzake werkverwijdering

a. Werkneemsters in de privésector

1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

1.1. Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de zwangere werkneemster

Teneinde ervoor te zorgen dat de vergoeding even hoog is als die welke door het Fonds voor Beroepsziekten werd toegekend, stelt het artikel 30 van de Economische Herstelwet het percentage van de uitkering in geval van volledige werkverwijdering vanaf 1 januari 2010 vast op 78,237 % $[(100 \% - 13,07 \%) \times 90 \%]$. Dat percentage wordt toegepast op het gemiddeld dagloon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de uitkering in het kader van de moederschapsverzekering (dat in voorkomend geval is beperkt tot de loongrens).

Krachtens artikel 30, laatste lid wordt de uitkering toegekend tot aan de zesde week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum of de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien (periode die vóór 01.01.2010 door het FBZ ten laste werd genomen).

Artikel 219*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 is gewijzigd om het in overeenstemming te brengen met de nieuwe wettelijke bepaling (het K.B. van 18.04.2010 tot wijziging van art. 219*bis* is in het B.S. van 07.05.2010 gepubliceerd).

Vanaf de zesde week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of de achtste week in het geval van de geboorte van een meerling (begin van de voorbevallingsrust), komt de vergoeding voor de moederschapsrust in de plaats van de vergoeding in geval van werkverwijdering.

Teneinde het ziekenfonds in staat te stellen de uitbetaling van de uitkering “werkverwijdering” stop te zetten vanaf de zesde week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat (achtste week in het geval van de geboorte van een meerling), wordt aan de zwangere werkneemster gevraagd om via een attest van de behandelend geneesheer de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen en aan te duiden of de geboorte van een meerling wordt voorzien. Dat attest moet worden gehecht aan het attest van de werkgever waarin de aard van de maatregel van moederschapsbescherming die ten aanzien van de werkneemster is genomen, wordt toegelicht.

1.2. Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de werkneemster die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft.

Aangezien de in artikel 30 van de Economische Herstelwet beoogde uitkering *slechts de werkverwijdering tijdens de zwangerschap betreft, blijft* het percentage van 60 % van toepassing voor de bevalen werkneemsters of de werkneemsters die hun kind borstvoeding geven.

Artikel 219*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 is gewijzigd teneinde rekening te houden met de verschillende uitkeringsbedragen al naargelang de maatregel van moederschapsbescherming tijdens de zwangerschap of na de bevalling wordt genomen (het K.B. van 18.04.2010 tot wijziging van art. 219*bis* is in het B.S. van 07.05.2010 gepubliceerd).

2. UITOEFENING VAN AANGEPAST WERK MET LOONVERLIES OF VOORTZETTING VAN EEN ACTIVITEIT TIJDENS EEN PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING

In de voormelde gevallen wijzigt de in het artikel 219*ter* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 omschreven cumulatieregel niet en geldt deze voortaan voor alle zwangere werkneemsters (ongeacht de oorzaak van de maatregel van moederschapsbescherming die ten aanzien van hen is genomen).

2.1. Uitoefening door de zwangere werkneemster van aangepast werk met loonverlies

De zwangere werkneemster die aangepast werk met loonverlies uitoefent, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig de bepalingen van artikel 219*ter*, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Indien de werkneemster het aangepaste werk tijdens de facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

De werknemster blijft dus een uitkering genieten die overeenstemt met 60 % van het gederfd loon zoals bedoeld in artikel 113, 3e lid van de gecoördineerde wet, dat zij ontving vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of risicogebonden werktijden of vóór de verandering van arbeidsplaats. Die uitkering wordt verminderd ten belope van het bedrag van het beroepsinkomen dat ze heeft ontvangen in het kader van de uitoefening van het aangepaste werk (vermindering ten belope van een bepaald percentage dat is vastgelegd per inkomensschijf, overeenkomstig de bepalingen van art. 230 van het K.B. van 03.07.1996).

2.2. Zwangere werknemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en slechts voor één of meerdere, maar niet voor al die activiteiten van het werk is verwijderd

De zwangere werknemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en voor wie de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere, maar niet op al die activiteiten, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 219ter, § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996. Indien de werknemster haar activiteit tijdens het tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

De uitkering bedraagt 60 % van het loon uit de activiteit waarvan de gerechtigde is verwijderd. De uitkering is beperkt tot een plafond dat overeenstemt met 60 % van de som van de gemiddelde daglonen die de werknemster vóór de maatregel van moederschapsbescherming ontving en waarop het loon in mindering moet worden gebracht dat de werknemster ontvangt van de werkgever bij wie ze haar activiteit voortzet (vermindering van dit inkomen overeenkomstig de cumulatierregel, bedoeld in art. 230 van het K.B. van 03.07.1996).

2.3. Werknemeester die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft – uitoefening van aangepast werk met loonverlies of voortzetting van een activiteit in de loop van een periode van moederschapsbescherming

De bepalingen die vóór 1 januari 2010 van kracht waren, blijven eveneens van toepassing in de bovenvermelde gevallen (berekening van de uitkering naargelang van het geval op basis van art. 219ter, § 1 of § 2 van het K.B. van 03.07.1996)

3. ZWANGERE WERKNEEMSTER DIE TIJDENS DE PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING DE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT DIE ZIJ ONMIDDELIJK VOOR HET BEGIN VAN DIE PERIODE UITOEFENDE, VOORTZET (ART. 219TER, § 5 VAN HET K.B. VAN 03.07.1996)

3.1. Zwangere werknemster die volledig van haar activiteit in loondienst is verwijderd:

Tot de zesde week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of tot de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien, heeft de werknemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag is vastgesteld op 78,237 % van het gederfd loon als bedoeld in artikel 113, 3^e lid van de gecoördineerde wet (art. 219bis, § 1, 1^e lid van het K.B. van 03.07.1996 – wijziging is in het B.S. van 07.05.2010 gepubliceerd).

Vanaf de zesde week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of vanaf de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien, heeft de werknemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag is vastgesteld op 60 % van het gederfd loon als bedoeld in artikel 113, 3^e lid van de gecoördineerde wet (art. 219bis, § 1, 2^e lid van het bovenvermeld K.B.).

Die uitkeringen worden met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219ter, § 5, 3^e lid.

3.2. Zwangere werknemster die gedeeltelijk van haar activiteit in loondienst is verwijderd:

In dat geval heeft de werknemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 219ter van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Die uitkering wordt met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219ter, § 5, 3^e lid.

B. Werknemsters in de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten die aangesloten zijn bij de RSZPPO

B.1. CONTRACTUELE WERKNEEMSTER DIE GEDEELTELIJK VAN HAAR ACTIVITEIT IN LOONDIENT IS VERWIJDERD:

Vóór 1 januari 2010 kwam het Fonds voor Beroepsziekten tussen ten gunste van de bovenvermelde werknemers, als ze tijdens hun zwangerschap het voorwerp uitmaakten van een maatregel van moederschapsbescherming wegens een risico op beroepsziekte.

Vanaf 1 januari 2010 neemt de moederschapsverzekering de gevallen van werkverwijdering (ongeacht of ze zijn verbonden met een risico op beroepsziekte) van de zwangere werknemers ten laste.

De bepalingen onder punt A voor de werknemers van de privésector zijn dus vanaf 1 januari 2010 eveneens van toepassing voor de contractuele werknemers in de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten die zijn aangesloten bij de RSZPPO.

De moederschapsverzekering komt niet tussen ten gunste van de statutaire werknemers (het zijn de overheidsdiensten die hun statutair personeel in geval van werkverwijdering vergoeden).

B.2. CONTRACTUELE WERKNEEMSTERS IN DE OVERHEIDSSECTOR AANGESLOTEN BIJ DE RSZ

Vóór 1 januari 2010 kwam het Fonds voor Beroepsziekten niet tussen in de vergoeding van die werknemers; de voorziene bepaling blijft dus na 1 januari 2010 van toepassing voor die werknemers (toepassing van de wet van 03.07.1967 betreffende de schadevergoeding voor arbeidsongevallen en voor beroepsziekten in de overheidssector).

Krachtens die bepalingen blijft de werkgever de vergoeding van die werknemers ten laste nemen, wanneer de oorzaak van de maatregel van werkverwijdering een beroepsziekerisico is.

C. FORMULIER IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

Het attest dat door de werkgever moet worden ingevuld met het oog op de toekenning van een moederschapsuitkering aan de zwangere of bevallen werknemster of de werknemster die borstvoeding geeft en die in het kader van de arbeidswet van 16 maart 1971 het voorwerp uitmaakt van een maatregel van moederschapsbescherming, is aangevuld met twee bijkomende gegevens opdat de aan de zwangere werknemster verschuldigde moederschapsuitkering correct kan worden berekend:

- de vermoedelijke bevallingsdatum
- dat de geboorte van een meerling wordt voorzien

De zwangere werknemster wordt gevraagd die gegevens te bezorgen via een attest van de behandelend geneesheer, dat bij het attest van de werkgever moet worden gevoegd.

D. DE ONTHAALMOEDERS

Sinds 1 januari 2010 worden de onthaalmoeders die het voorwerp uitmaken van een maatregel van volledige werkverwijdering, door hun ziekenfonds vergoed (vóór die datum werden zij door het FBZ ten laste genomen).

Teneinde aan die werkneemsters een vergoeding te waarborgen die gelijkwaardig is met die welke hen door het Fonds voor Beroepsziekten werd toegekend, moet het gemiddelde dagloon in aanmerking worden genomen op basis waarvan de vergoeding van het Fonds werd berekend.

Dat gemiddelde dagloon stemt overeen met 1/26e van het bedrag van het gewaarborgd gemiddeld minimummaandinkomen dat wordt vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal opvangplaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen op het ogenblik dat de maatregel van moederschapsbescherming een aanvang neemt, en waarvan de noemer gelijk is aan het maximale aantal opvangplaatsen die kunnen worden erkend op basis van de voor de bevoegde Gemeenschap geldende reglementering.

Er wordt dus rekening gehouden met de theoretische opvangcapaciteit (het aantal plaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen) en niet met het aantal plaatsen waarvoor tussen de onthaalmoeder en de ouders een overeenkomst is afgesloten.

Overeenkomstig het artikel 45, § 3 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 (gewijzigd door de Verordening van 23.09.2009, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14.12.2009) dat in werking is sinds 1 januari 2010, wordt er met ditzelfde gemiddelde dagloon rekening gehouden bij de berekening van de moederschapsuitkering tijdens alle periodes van moederschapsbescherming van de onthaalmoeders (verwijdering wegens zwangerschap, moederschapsrust en verwijdering na de bevalling).

Concreet betekent dit dat de onthaalmoeder vanaf 1 januari.2010 aanspraak kan maken op een moederschapsuitkering (in geval van volledige werkverwijdering) die wordt berekend op basis van het bovenvermelde gemiddelde dagloon:

- ▣ ten belope van 78,237 % voor de periode van werkverwijdering tijdens de zwangerschap en tot de zesde week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum (of de achtste week in het geval van de geboorte van een meerling)
- ten belope van 82 % tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust en ten belope van 75 % vanaf de 31e dag van die periode
- ten belope van 60 % in het geval van werkverwijdering na de bevalling.

Formulier in te vullen met het oog op de vergoeding van de onthaalmoeders

Een specifiek attest moet worden ingevuld door de erkende onthaaldienst.

Op dit attest, dat door de onthaalmoeder aan haar ziekenfonds moet worden bezorgd, moet de erkende onthaaldienst de genomen maatregel van werkverwijdering, evenals de begin- en einddatum van die maatregel vermelden. De onthaaldienst moet eveneens het aantal opvangplaatsen aangeven waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen, evenals het maximale aantal opvangplaatsen dat door de bevoegde Gemeenschap kan worden erkend bij het begin van de periode van moederschapsbescherming.

De zwangere onthaalmoeder wordt gevraagd de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen (en dat de geboorte van een meerling wordt verwacht) via een attest van de behandelend geneesheer dat aan het attest van de erkende onthaaldienst moet worden gehecht.

De overige voor de vergoeding noodzakelijke gegevens worden op het inlichtingsblad meege-deeld.

De formulieren die door de werkgever en door de erkende onthaaldienst moeten worden ingevuld, worden bij deze omzendbrief gevoegd.

3. Bijzondere situaties

A. Werkverwijdering en deeltijdse werkhervatting wegens medische redenen

In de hypothese waarin een werkgever een werkneemster verwijderd in het kader van een deeltijdse activiteit waarvoor zij in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer heeft gekregen, moet de betrokkene enkel worden vergoed voor de (volledige) arbeidsongeschiktheid en moet er geen toepassing worden gemaakt van de cumulatieregel zoals omschreven in artikel 219^{ter}, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Deze arbeidsongeschiktheidsuitkering zal worden berekend op basis van het gederfd loon dat de werkneemster ontving voor de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid.

B. Volledige werkverwijdering en laattijdige bevalling

Wanneer het gaat om een volledige werkverwijdering en de betrokkene bevalt later dan de vermoedelijke bevallingsdatum, moet het ziekenfonds een uitkering voor werkverwijdering toekennen ten belope van 78,237 % tot aan het begin van de 6 of 8 weken voorafgaand aan de vermoedelijke **bevallingsdatum**. Gedurende de eerste 30 dagen van de daaropvolgende periode (moederschapsrust), zal de gerechtigde aanspraak kunnen maken op een percentage van 82 % en vervolgens vanaf de 31ste dag op een percentage van 75 %. Ingeval van laattijdige bevalling zal met andere woorden door het ziekenfonds een uitkering voor moederschapsrust ten belope van 75 % worden betaald voor de periode tussen de vermoedelijke bevallingsdatum en de werkelijke bevallingsdatum. Als de bevalling gebeurt na de door de geneesheer voorziene datum, wordt de voorbevallingsrust immers verlengd tot de werkelijke bevallingsdatum.

C. Vergoeding van een werkneemster die bij een werkgever van het werk is verwijderd en vervolgens ongeschikt is erkend om te werken bij de andere werkgever

Krachtens de huidige bepalingen van artikel 219^{ter}, § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 geniet de werkneemster die twee betrekkingen in loondienst uitoefent en die slechts voor één van deze twee betrekkingen van het werk verwijderd wordt, een uitkering ten belope van 60 % van het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de activiteit waarvan zij is verwijderd. Deze uitkering wordt echter beperkt tot het bedrag van de uitkering berekend op de som van de gemiddelde daglonen ontvangen voor de maatregel van moederschapsbescherming en verminderd, overeenkomstig artikel 230, § 1 van hetzelfde besluit, door rekening te houden met het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen dat de gerechtigde verder ontvangt ingevolge deze maatregel van moederschapsbescherming.

Krachtens de bepalingen van artikel 230, § 1, 5de lid moet er onder beroepsinkomen worden verstaan elk inkomen bedoeld in artikel 23, § 1, 1^o, 2^o en 4^o van het Wetboek van inkomstenbelastingen 1992 dat een gerechtigde zich door persoonlijke arbeid verschaft, alsmede elke uitkering, vergoeding of rente die hem wegens het derven van dat inkomen wordt verleend.

Als de werkneemster ongeschikt is erkend om deze laatste activiteit verder te zetten, kan het gewaarborgd loon krachtens de bepalingen van artikel 230, § 1 van hetzelfde besluit als beroepsinkomen in aanmerking worden genomen.

Als de werkneemster bij het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon het werk niet meer hervat wegens arbeidsongeschiktheid, zou zij in deze situatie vanaf het begin van haar arbeidsongeschiktheid niet meer kunnen worden beschouwd als zich bevindend in een periode van moederschapsbescherming. In dat geval kan de werkneemster aanspraak maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, berekend op basis van het loon dat voortvloeit uit deze twee betrekkingen. Voor de periode gedekt door het gewaarborgd loon kan zij slechts aanspraak maken, in toepassing van artikel 242, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, op een arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend op basis van het loon bij de andere werkgever.

D. Werkverwijdering van een onthaalmoeder (2009) onmiddellijk gevolgd door een periode van moederschapsrust (2010)

Voor wat betreft het geval van een sinds 2009 verwijderde onthaalmoeder die haar moederschapsrust in februari 2010 heeft aangevangen, moet de voor de moederschapsrust verschuldigde uitkering worden berekend op basis van het gemiddeld dagloon van toepassing op de 1ste dag van de stopzetting van het werk voor zover er geen onderbreking is tussen de periode van verwijdering en het begin van de moederschapsrust. Ook al is de situatie niet uitdrukkelijk voorzien in de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, deze oplossing wordt naar analogie toegepast op de regel van toepassing in de situatie bedoeld in artikel 33, § 2 van voornoemde verordening (wanneer een periode van arbeidsongeschiktheid onmiddellijk volgt op een periode van moederschapsbescherming bedoeld in art. 114 of 114*bis* van de gecoördineerde wet, is het in aanmerking te nemen gederfd loon voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering het gederfd loon dat is bepaald geweest op de eerste dag van het tijdvak van moederschapsbescherming) en in artikel 45, § 4 (wanneer een periode van moederschapsbescherming bedoeld in art. 114 of 114*bis* van de gecoördineerde wet onmiddellijk volgt op een tijdvak van arbeidsongeschiktheid, is het in aanmerking te nemen gederfd loon voor de berekening van de moederschapsuitkering het gederfd loon dat is bepaald geweest op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid).

E. Bevoegdheid van de adviserend geneesheer inzake werkverwijdering

Als de adviserend geneesheer meent dat de voorwaarden van de werkverwijdering (maatregel bevestigd door de werkgever na advies van de arbeidsgeneesheer) niet zijn vervuld, kan hij contact opnemen met de arbeidsgeneesheer om de eventuele twijfels uit de weg te ruimen. Dit type van controle zou echter moeten worden voorbehouden voor de gevallen waarin er twijfel bestaat betreffende de gegrondheid van de maatregel van werkverwijdering.

F. Situatie van de werkneemster op wie onmiddellijk een maatregel van moederschapsbescherming moet worden toegepast omdat ze dreigt te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld (art. 7, tweede lid van het K.B. van 02.05.1995 inzake moederschapsbescherming).

De maatregel van moederschapsbescherming wordt door de werkgever genomen, op advies van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en wordt vermeld op de fiche voor de gezondheidsbeoordeling die aan het einde van het medisch onderzoek wordt ingevuld.

De bedoelde hypothese heeft betrekking op de situatie waarin de werkgever onmiddellijk is overgegaan tot de werkverwijdering van de werkneemster, omdat zij dreigde te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld, terwijl het medisch onderzoek door de arbeidsgeneesheer nog niet heeft plaatsgevonden.

In de meeste gevallen zal de betrokken werkgever reeds een algemene risico-evaluatie hebben uitgevoerd overeenkomstig artikel 41 van de arbeidswet van 16 maart 1971, en dat in samenwerking met de arbeidsgeneesheer en de dienst voor veiligheid, gezondheid en verfraaiing van de werkplaatsen (de resultaten van de voornoemde evaluatie en de algemene maatregelen die moeten worden genomen, worden opgenomen in een schriftelijk document dat ter advies aan het Comité voor veiligheid, gezondheid en verfraaiing van de werkplaatsen of, bij gebrek hieraan, aan de vakbondsafvaardiging wordt voorgelegd).

Wanneer de werkneemster op wie één van de bepalingen van de artikelen 42 tot 43bis van de arbeidswet van 16 maart 1971 van toepassing is, aan een medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer wordt onderworpen (gezondheidstoezicht, zoals dat is vastgesteld bij het K.B. van 28.05.2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers), heeft de algemene risico-evaluatie reeds plaatsgevonden. In de meeste gevallen zal de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer het formulier voor de gezondheidsbeoordeling invullen; dat formulier dient ter verantwoording van de door de werkgever besliste schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid, als bedoeld in de artikelen 42, § 1, eerste lid, 3^o en 43, § 1, tweede lid, 2^o van de arbeidswet van 16 maart 1971.

In dit geval gaat de maatregel van werkverwijdering in vanaf de onmiddellijke verwijdering van de risicopost en moet de werkgever het loon niet betalen tot de datum waarop het medisch onderzoek plaatsvindt. Dat medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer moet echter zo vlug mogelijk worden uitgevoerd.

De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg heeft deze werkwijze goedgekeurd en heeft verduidelijkt dat dit onderzoek niet alleen zo snel mogelijk moet plaatsvinden, maar ook dat de werkgever die een werkneemster van haar arbeidspost verwijdert (wegens haar blootstelling aan een risico waarvan de blootstelling is verboden en dat voorkomt in de bijlage II bij het voornoemde K.B.), overleg moet plegen met de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (indien nodig telefonisch) om de meest aangepaste maatregel te nemen om de blootstelling van de werkneemster aan het vastgestelde risico te vermijden en eventueel de bevestiging te krijgen dat wel degelijk een beslissing tot werkverwijdering moet worden genomen.

Het is dus het ziekenfonds dat de uitkering voor werkverwijdering moet uitbetalen vanaf de datum waarop de werkgever is overgegaan tot de onmiddellijke verwijdering van de zwangere werkneemster en dat zodra het ziekenfonds het attest van de werkgever en het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat tijdens het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer wordt ingevuld, heeft ontvangen (behalve voor de dag waarop het medisch onderzoek van de werkneemster door de arbeidsgeneesheer heeft plaatsgehad; die dag wordt immers beschouwd als een werkdag waarvoor de werkgever het normale loon verschuldigd is overeenkomstig art. 12, § 3 van het K.B. van 28.05.2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers en art. 42, § 2 van de arbeidswet van 16.03.1971).

Aangezien die documenten in principe binnen de vastgestelde termijn voor de uitbetaling van de moederschapsuitkeringen worden verzonden, zouden er zich geen problemen moeten voordoen.

G. Arbeidsongeschiktheid, gevolgd door een werkverwijdering

G.1. SITUATIE VAN DE ZWANGERE WERKNEEMSTER WAARVOOR DE WERKGEVER, OP BASIS VAN HET ADVIES VAN DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSGENEESHEER, HEEFT BESLIST OM EEN MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING TE NEMEN DIE INGAAT OP EEN DATUM IN DE TOEKOMST. DE WERKNEEMSTER WORDT ARBEIDSGESCHIKT VÓÓR DE VASTGESTELDE INGANGSDATUM VAN DE MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING

In deze situatie is de maatregel van werkverwijdering al beslist door de werkgever na het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (de datum waarop de maatregel van moederschapsbescherming ingaat, bevindt zich in de toekomst en de betrokkene is ondertussen arbeidsongeschikt geworden).

In deze hypothese gaat de maatregel van werkverwijdering in op de door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer vastgestelde aanvangsdatum, ook al is de werknemster op die datum nog arbeidsongeschikt.

Ook al is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen (behalve voor de onthaalmoeders en de industriële leerlingen - zie art. 45, § 4, tweede en derde lid van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997), toch moet het ziekenfonds een nieuw inlichtingenblad opsturen aangezien bepaalde bijkomende inlichtingen vereist zijn (bijvoorbeeld: aangezien de arbeidsovereenkomst om een andere reden wordt geschorst, begint een nieuwe termijn te lopen voor de bezoldiging van de wettelijke feestdagen die ten laste van de werkgever vallen).

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat de in de artikelen 114 en 114^{bis} van de gecoördineerde wet bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die in de loop van een tijdvak van arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid of invaliditeit) vallen, het laatstgenoemde tijdvak schorsen (art. 87, vijfde lid en art. 93, derde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). De tijdvakken van moederschapsbescherming worden dus niet in aanmerking genomen om de datum vast te stellen waarop de invaliditeitsperiode ingaat.

G.2. MEDISCH ONDERZOEK UITGEVOERD DOOR DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSGENEESHEER TIJDENS EEN TIJDVAK VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DAT ONMIDDELLIJK VOORAFGAAT AAN DE PERIODE VAN WERKVERWIJDERING

Overeenkomstig artikel 12, § 3 van het Koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers mag de arbeidsgeneesheer geen medisch onderzoek uitvoeren tijdens een periode van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst. Dat onderzoek mag slechts worden verricht als de uitvoering van de arbeidsovereenkomst niet langer wegens ongeschiktheid is geschorst.

Er moet dus van worden uitgegaan dat het medisch onderzoek na de arbeidsongeschiktheid heeft plaatsgevonden, nl. op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering, en dat deze dag door de werkgever is bezoldigd aangezien de dag van het medisch onderzoek als een arbeidsdag wordt beschouwd waarvoor de werkgever het normale loon is verschuldigd (voornoemde art. 12, § 3 en art. 42, § 2 van de arbeidswet van 16.03.1971). De moederschapsuitkeringen moeten dus voor die dag worden geweigerd.

De maatregel van werkverwijdering mag in principe pas na het einde van de arbeidsongeschiktheid ingaan, aangezien de arbeidsovereenkomst vóór die datum reeds om een andere reden was geschorst, nl. wegens arbeidsongeschiktheid.

Gelet echter op de moeilijkheden om de einddatum van de arbeidsongeschiktheid te bepalen (wanneer de adviserend geneesheer geen einde aan de erkenning van de ongeschiktheid heeft gemaakt), kunnen de moederschapsuitkeringen worden toegekend vanaf de aanvangsdatum van de maatregel van moederschapsbescherming zoals vermeld op het door de werkgever ingevulde attest (met uitzondering van de eerste dag van werkverwijdering die wordt geacht te zijn bezoldigd door de werkgever (dag waarop het medisch onderzoek moest plaatsvinden)).

Voor de berekening van de moederschapsuitkering is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen overeenkomstig artikel 45, § 4 van de Verordening op de uitkeringen (behalve voor de onthaalmoeders voor wie de moederschapsuitkering wordt berekend overeenkomstig de bepalingen van art. 45, § 3 en de industriële leerlingen voor wie de moederschapsuitkering overeenkomstig de bepalingen van art. 45, § 2 van de Verordening wordt berekend op grond van het in art. 24, eerste lid bedoelde gederfde loon).

De Dienst voor Uitkeringen heeft de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg een brief geschreven om erop te wijzen dat er medische onderzoeken door de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer worden verricht tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid en om de problemen te duiden die daaruit voortvloeien voor de bepaling van de begindatum van de maatregel van moederschapsbescherming. De Dienst heeft de FOD gevraagd de werkgevers en de diensten voor arbeidsgeneeskunde erop te wijzen dat de bepalingen van artikel 12, § 3 van het Koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers moeten worden nageleefd.

IV. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vervangt omzendbrief V.I. nr. 2010/208 van 21 mei 2010 voor de punten F en G, vanaf 1 mei 2012.

Deze omzendbrief vervangt ook omzendbrief V.I. nr. 2012/186 van 10 mei 2012 (enkel voor wat betreft de datum van inwerkingtreding van de omzendbrief).



Omzendbrief nr. 2012/239 – 406/10, 9/1 van 28 juni 2012.

III. Tegemoetkoming in de reiskosten in het kader van een geplande behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte dan wel Zwitserland

De zgn. “aanvullende vergoeding Herrera”

Deze Omzendbrief heeft tot doel de verzekeringsinstellingen toelichtingen te verstrekken over het toekennen van een vergoeding in de reiskosten van een verzekerde, die recht heeft op geneeskundige verzorging ten laste van België (hierna : de verzekerde), en die doelbewust naar een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte dan wel Zwitserland reist met het doel daar een behandeling te volgen.

1. Europese regelgeving

1.1. Situatieschets

Geplande geneeskundige verzorging ontvangen in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, dan wel Zwitserland, kunnen door de verzekeringsinstellingen op twee manieren worden ten laste genomen :

- enerzijds, het systeem van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 – dan wel artikel 22, lid 1, onder c), i), van Verordening (EEG) 1408/71 in de situaties waarin deze Verordening van kracht blijft – dat onder bepaalde voorwaarden de vergoeding garandeert van de kosten voor geneeskundige verzorging ten laste van de bevoegde lidstaat volgens de tarieven vastgesteld door de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling is verleend (= “alsof men verzekerd was in het land van behandeling”)
- anderzijds, het systeem dat voortvloeit uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie en gebaseerd is op de principes van het vrij verkeer van goederen en diensten zoals vastgelegd in het Verdrag tot Werking van de Europese Unie en dat de vergoeding van de kosten voor geneeskundige verzorging garandeert volgens de tarieven vastgesteld door de wetgeving van de lidstaat waar de patiënt sociaal verzekerd is (= “alsof men behandeld werd in het bevoegde land”). Deze rechtspraak is thans gecodificeerd in de Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (hierna: RL 2011/24/EU).

In een aantal arresten, waaronder het arrest Herrera (zaak C-466/04), heeft het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna: het Hof) geoordeeld dat bij een voorafgaande toestemming (draagbaar document S2) de tenlasteneming van de kosten van geneeskundige zorg beperkt is tot de eigenlijke behandelingskosten, en niet de reis-, hotel- en restaurantkosten (met uitzondering van verblijf- en maaltijdkosten van de patiënt in het ziekenhuis) dekt die de patiënt en de hem vergezellende persoon hebben gedaan om zich te verplaatsen naar de lidstaat van behandeling. Het Hof oordeelde wel dat de vrijheid van dienstverlening zich verzet tegen een nationale regeling die de vergoeding zou uitsluiten van de bijkomende kosten van een patiënt aan wie een voorafgaande toestemming is verleend om in een andere lidstaat een behandeling te ondergaan, terwijl ze deze kosten wel zou vergoeden als de behandeling op het nationale grondgebied had plaatsgevonden.

Dit betekent dat :

- hoewel de definitie van “verstrekkingen” in artikel 1, v bis), i), van Verordening (EG) 883/2004 niet expliciet naar reiskosten verwijst, een tegemoetkoming in de reiskosten dient beschouwd te worden als een “verstrekking”:

Dit blijkt ook uit **artikel 26, lid 8, van Verordening (EG) 987/2009** dat bij geplande geneeskundige verzorging voorziet in een vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde en/of begeleider indien dit voorzien is in de nationale wetgeving van de bevoegde lidstaat; dit orgaan betaalt deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider (= “aanvullende vergoeding Herrera”).

Merk op dat de verzekerde, in tegenstelling tot “aanvullende vergoeding Vanbraekel” geen verzoek moet indienen om recht te hebben op de “aanvullende vergoeding Herrera”. De “aanvullende vergoeding Herrera” moet m.a.w. ambtshalve worden toegekend in de situaties waarin de Belgische verplichte ziekteverzekering voorziet in een tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten van de verzekerde en zo nodig van een begeleider.

- een verzekerde eveneens recht heeft op een tegemoetkoming in de reiskosten wanneer hij grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft ontvangen overeenkomstig de in de **artikelen 7, 8 en 9 van de Richtlijn 2011/24/EU** vastgelegde beginselen.

1.2. Conclusie

De verzekeringsinstellingen dienen toe te kennen aan de verzekerde, zonder dat hij daarvoor een verzoek moet indienen, een **tegemoetkoming in de reiskosten** die gedaan zijn voor de verplaatsing naar een andere lidstaat van de Europese Unie, Europese Economische Ruimte en Zwitserland voor geplande geneeskundige verzorging:

- waarvoor hij een voorafgaande toestemming (draagbaar document S2) heeft gekregen op grond van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 – dan wel artikel 22, lid 1, onder c), i), van Verordening (EEG) 1408/71 in de situaties waarin deze Verordening van kracht blijft – ; deze voorafgaande toestemming kan zowel betrekking hebben op een behandeling die ambulante wordt verleend dan wel een ziekenhuisopname vereist
 - waarvoor een voorafgaande toestemming niet is gerechtvaardigd (ambulante behandeling)
 - waarvoor hij een voorafgaande toestemming heeft gekregen op grond van artikel 8 van de Richtlijn 2011/24/EU,

voor zover die tegemoetkoming ook zou worden toegekend indien de behandeling op Belgisch grondgebied was ondergaan.

De tegemoetkoming in de reiskosten gebeurt tegen de tarieven en tegen de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ; de behandeling moet dus gelijkwaardig zijn aan deze vermeld in de ministeriële en Koninklijke besluiten die in bijlage zijn toegevoegd.

1.3. Verhouding met de grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten

Een tegemoetkoming in de reiskosten dient, overeenkomstig de bepalingen van punt 1.2, eveneens toegekend te worden aan de verzekerde die de toestemming voor een behandeling in het buitenland heeft gekregen in het kader van samenwerkingsakkoorden die grensoverschrijdende toegang tot gezondheidszorg vergemakkelijken. De toestemming wordt in deze gevallen verleend op basis van een versoepelde procedure, en is veelal een louter administratieve toestemming en automatisch verleend.

Voorbeelden van dergelijke samenwerkingsakkoorden zijn de diverse Overeenkomsten van Georganiseerde Toegangszone tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ) in de Belgisch-Franse grensstreek (S2 of E112 “ARDEN”, S2 of E112 “MOMAU”, S2 of E112 “TOURVA”, ...).

1.4. Voorbeelden

 Een kankerpatiënt gaat naar Nederland voor een ambulante behandeling met stralingen in dienst voor radiotherapie en wordt verleend door een geneesheer-specialist in de radiotherapie. De afstand tussen de woonplaats en de plaats van behandeling is 50 km enkele reis. Deze behandeling is terug te vinden in de lijst van verstrekkingen die een voorafgaande toestemming vereisen voor een ten laste neming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (zie lijst in bijlage bij de Omzendbrief V.I. 2011/272 betreffende de Toepassing van art. 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, dan wel art. 22 van Verordening (EEG) nr. 1408/71, na de arresten Kohll en Decker).

De kankerpatiënt :

- werd een voorafgaande toestemming geweigerd : geen tegemoetkoming in de reiskosten (en evenmin in de kosten voor de geneeskundige zorg)

- heeft een voorafgaande toestemming gekregen (draagbaar document S2) : tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige zorg overeenkomstig de Nederlandse wetgeving voor rekening van België, en recht op een tegemoetkoming in de reiskosten waarbij de verzekeringinstelling :
 - de integrale prijs van de reis terugbetaalt indien betrokkene zich met het openbaar vervoer heeft verplaatst (tram, metro, autobus en trein 2de klasse)
 - of a rato van 0,25 EUR per km op grond van de werkelijke afgelegde afstand (heen en terug), of een bedrag van 25 EUR indien betrokkene zijn eigen wagen heeft gebruikt.
- > Een gezin, samengesteld uit vader, moeder en kind, woont in Torhout. Het kind van 16 jaar krijgt een voorafgaande toestemming (draagbaar document S2) voor een kankerbehandeling die een ziekenhuisopname van drie dagen vereist ; de behandeling vindt plaats in het CHU Lille (Frankrijk). De afstand tussen de woonplaats en de plaats van behandeling is 65 km enkele reis. De ouders, die deze reis elke dag maken, hebben recht op een tegemoetkoming van 97,5 EUR (zijnde 0,25 EUR/km x 130 km (65km + 65 km heen/terug) x 3 dagen).

2. Belgische regelgeving

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorziet in bepaalde situaties in een tegemoetkoming in de reiskosten van de verzekerde. In bijlage bevindt zich een oplistings van de tegemoetkomingen in de reiskosten die kunnen toegekend worden in het kader van een geplande behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte dan wel Zwitserland.

3. Informatieverplichting

De verzekeringsinstellingen verstrekken de verzekerde de nodige informatie betreffende zijn recht en aanspraken, in het bijzonder de vergoedingsvoorwaarden, van de zgn. “aanvullende vergoeding Herrera”.

- > Hernemen we voorbeeld 2 van hierboven. Wanneer de verzekerde op de hoogte wordt gebracht dat hem een voorafgaande toestemming (draagbaar document S2) voor de kankerbehandeling in het CHU Lille (Frankrijk) wordt toegekend, wordt gelijktijdig geïnformeerd onder welke voorwaarden de ouders recht hebben op een tegemoetkoming in de reiskosten.

4. Verhouding met artikel 294 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996

Een verzekerde die op grond van artikel 294 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 geneeskundige verstrekkingen ontvangt in een buitenland, heeft recht op een tegemoetkoming in de reiskosten tegen de tarieven en tegen de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ; de behandeling moet dus gelijkwaardig zijn aan deze vermeld in de ministeriële en Koninklijke besluiten die in bijlage zijn toegevoegd.

5. Verhouding met het Bijzonder Solidariteitsfonds

De beslissing van de adviserend geneesheer om een voorafgaande toestemming voor geplande geneeskundige verzorging in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland te geven, verbindt het Bijzonder Solidariteitsfonds niet automatisch tot een tenlasteneming, in het kader van artikel 25^{sexies} van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, van de aan de geplande geneeskundige verzorging verbonden reis- en verblijfskosten van de rechthebbende en, in voorkomend geval, van de persoon die hem vergezelt.

6. Financiële bepalingen

De verzekeringsinstellingen dienen de uitgaven betreffende de “aanvullende vergoeding Herrera”, toegekend krachtens artikel 26, lid 8, van Verordening (EG) 987/2009, te boeken onder de code KG2 635.

7. Uitsluitingen

Deze Omzendbrief is niet van toepassing op de tegemoetkoming in de vervoerskosten in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening (zoals ingevoerd bij het K.B. van 26.04.2009 tot uitvoering van art. 34, eerste lid, 28°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994). De door dit Koninklijk besluit geïmplementeerde verplaatsingen hebben betrekking op het vervoer door een ambulancedienst in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening die door de aard van de hulpverlening dringend is en bijgevolg niet gepland kan zijn.



Omzendbrief nr. 2012/250 – 80/102, 83/420 van 4 juli 2012.

Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn

Deze Omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te geven over de modaliteiten voor het toekennen van een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.

De bepalingen van deze Omzendbrief met betrekking tot de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 gelden op overeenkomstige wijze voor de landen waarop de bepalingen van de Verordening (EEG) 1408/71 en 574/72 nog van toepassing zijn.

De bepalingen van deze Omzendbrief zijn niet van toepassing voor het toekennen van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die de rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen en waarvoor hij van zijn verzekeringsinstelling een voorafgaande toestemming heeft ontvangen (bijvoorbeeld op grond van art. 20 van Verordening (EG) 883/2004, in het kader van de ZOASTs in de Belgisch-Franse grensstreek, IZOM, ...).

De bepalingen van deze Omzendbrief, en meerbepaald deze met betrekking tot het toekennen van een tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %, zijn evenmin van toepassing in de situatie dat een verzekerde naar het buitenland reist met het doel zich daar te laten behandelen en op grond van de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie (thans gecodificeerd in de *Richtlijn 2011/24/EU van 09.03.2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*) recht heeft op een vergoeding van de kosten voor geneeskundige verzorging tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (de zgn. "procedure Kohll-Decker").

1. Reglementair kader

In toepassing van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009, alsook de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België met andere landen heeft afgesloten en die voorzien in een tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen die (onmiddellijk) noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf, heeft een Belgische verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf op grond van het andere land dezelfde toegang tot **geneeskundige zorg in het openbare gezondheidszorgstelsel** als de onderdanen van dat land. Geneeskundige zorg verleend door privé-zorgverstrekkers, die niet werkzaam zijn binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel, is niet gedekt.

1.1. Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels

Het basisprincipe van de *Europese verordeningen* is dat de kosten voor de verleende geneeskundige verzorging worden vergoed tegen de tarieven die het orgaan van de verblijfplaats voor de vergoeding toepast. De Belgische verzekerde, die de kosten van de verleende geneeskundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald, dient in principe de nodige stappen te nemen om ter plaatse een vergoeding van de kosten te bekomen.

Wanneer de Belgische verzekerde een verzoek om vergoeding van deze kosten niet rechtstreeks bij het bevoegde orgaan van het land waar de zorgen zijn verstrekt, heeft ingediend, kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland opgestuurd worden (art. 25, leden 4 en 5, van Verordening (EG) 987/2009).

In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan overeenkomstig artikel 25, lid 6, van Verordening (EG) 987/2009 de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf niet voorziet in vergoedingstarieven, kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zonder instemming van de verzekerde (art. 25, lid 7, van Verordening (EG) 987/2009).

De vergoeding aan de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet overschrijden.

1.2. Bilaterale overeenkomsten betreffende sociale zekerheid

In de door België met derde landen afgesloten bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid, die voorzien in een recht op geneeskundige verstrekkingen in geval van een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land, is een gelijkaardig principe van toepassing.

Wanneer de Belgische verzekerde gedurende het tijdelijk verblijf de nodige formaliteiten niet kon vervullen om de terugbetaling te vragen bij het bevoegde orgaan van het land waar de zorgen zijn verstrekt, kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar dat land opgestuurd worden.

In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat, een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en het bedrag van de gemaakte kosten een bepaald bedrag niet overschrijdt (dat kan verschillen van land tot land).

De vergoeding aan de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet overschrijden.

1.3. Artikel 294, § 1, 3^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Voor de volledigheid dient er nog op gewezen te worden dat een rechthebbende overeenkomstig artikel 294, § 1, 3^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, altijd recht heeft op een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verstrekkingen ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wanneer hij dringend in een verplegingsinstelling moet worden opgenomen gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland, onverminderd de bepalingen van de internationale rechtsorde.

- Tegemoetkoming in de kosten voor medische verzorging in Turkije na het verstrijken van de geldigheidsduur van BT.8 (max. 45 dagen en niet verlengbaar).
- Tegemoetkoming in de kosten ingevolge een opname in een privéziekenhuis in Spanje waarbij de EZVK niet kan worden gebruikt omdat de EZVK slechts medische zorg dekt die verleend wordt door zorgverstrekkers die werkzaam zijn binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel.

2. Vergoeding van in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen

De verzekeringsinstellingen kunnen, bij ontvangst van de documenten betreffende geneeskundige verstrekkingen die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland zijn verleend, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten op de volgende wijze handelen :

2.1. de landen van de Europese Economische Ruimte en Zwitserland

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding plaats hebben tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij :
 - verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals bijv. homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen gebracht te worden van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
 - de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of het in de voorgelegde facturen wel degelijk om geneeskundige verstrekkingen gaat en niet om privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant, ...).
- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:
 - of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf
 - of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

2.2. de volgende landen waarmee België een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid heeft afgesloten, nl. Algerije, Turkije, Kroatië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië, Montenegro en Kosovo ¹

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding plaats hebben tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij :
 - verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals bijv. homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen gebracht te worden van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
 - de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of het in de voorgelegde facturen wel degelijk om geneeskundige verstrekkingen gaat en niet om privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant, ...).

1. Hoewel België een bilaterale overeenkomst met Tunesië heeft afgesloten, kunnen de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in Tunesië niet worden vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage gezien de afwijkende vergoedingsregeling die tussen België en Tunesië van toepassing is (cf. de toelichtingen op blz. 13 onder punt D., b), van Omzendbrief VI. 77/239 – 8297/1 van 19 september 1977 betreffende de toepassing van het Algemeen Verdrag betreffende de sociale zekerheid tussen België en Tunesië.

- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt maar lager is dan 500 EUR dient de verzekeringsinstelling :
- of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf
 - of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
- c. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 500 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf.

2.3. Bijkomende toelichtingen

- a. Wanneer een verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekent tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % of tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is het van ondergeschikt belang of de zorgverstrekker al dan niet werkzaam is binnen het netwerk van het openbare gezondheidszorgstelsel van het land van tijdelijk verblijf (bijv. consultatie bij een privé-arts of privé-tandarts).
- b. Wanneer een verzekeringsinstelling in antwoord op een aanvraag tot tarifiering van het buitenland het bericht ontvangt dat er geen tegemoetkoming in de kosten wordt toegekend overeenkomstig de ziekteverzekeringwetgeving van het desbetreffende land, kan er vervolgens ook geen tegemoetkoming in de gemaakte kosten worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % of tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met uitzondering van de situatie waarbij een rechthebbende gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland dringend moest worden opgenomen in een verplegingsinstelling die niet werkzaam is binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel (bijv. privé-ziekenhuizen). In dit geval kan de verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verstrekkingen toekennen overeenkomstig artikel 294, § 1, 3^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (cf. punt 1.3 hierboven).
- c. Als bevestiging van het feit dat de verzekerde geen beroep wenst te doen op een tenlasteneming van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf, dienen de verzekeringsinstellingen een kopie van het akkoord van de verzekerde – op papier dan wel in elektronische vorm – in het dossier van de betrokkene te bewaren wanneer zij een vergoeding toekennen :
- tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt (toepassing van punt 2.2.a. van deze Omzendbrief V.I.)
 - tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt (toepassing van punt 2.2.b. van deze Omzendbrief V.I.).

3. Gedwongen beroep op het toekennen van een vergoeding tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Indien wordt vastgesteld dat op een aanvraag tot tarifiering (SED067 – SED068, of het formulier E.126 of gelijkwaardig formulier) die volgens de regels werd verstuurd naar het bevoegd buitenlands orgaan geen antwoord volgt binnen een termijn van drie maanden, wordt een herinnering gestuurd naar dit orgaan. Na het verstrijken van een nieuwe termijn van drie maanden, mag de Belgische verzekeringsinstelling een vergoeding toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien er geen enkele reactie volgde.

4. Verjaringsmodaliteiten

In de dossiers waar beroep wordt gedaan op het gemiddeld vergoedingspercentage, dient de termijn te worden nageleefd waarin is voorzien in artikel 174, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, namelijk twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging werd verstrekt.

Eens deze termijn is verstreken, is enkel het sturen van een aanvraag tot tarifiering naar het bevoegde orgaan van de verblijfplaats nog mogelijk. Hier dient vastgesteld te worden dat de regels inzake de verjaring deze zijn waarin voorzien wordt door de bepalingen van de wetgeving van het land waar de verzorging werd ontvangen.

5. Statistische gegevens

De groeiende belangstelling voor grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit en de hieraan verbonden financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, heeft aangetoond dat er een nood bestaat aan goede, statistische gegevens.

In het licht van een eventuele evaluatie van de toepassing van deze Omzendbrief V.I. worden de verzekeringsinstellingen verzocht gegevens te verzamelen met betrekking tot :

- a. de tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het RIZIV wenst met betrekking tot elk kalenderjaar te beschikken over volgende gegevens voor :

- o het aantal aanvragen tot tarifieringen die naar het buitenland zijn verstuurd :
 - o het aantal individuele dossiers
 - o per land
 - o de gedane uitgaven
 - o de tegemoetkoming die werd toegekend zoals meegedeeld door het buitenlandse orgaan van het land van verblijf.

- het aantal dossiers waar een vergoeding tegen een gemiddeld vergoedingspercentage werd toegepast :
 - ▢ het aantal individuele dossiers
 - ▢ per land
 - de gedane uitgaven
 - de tegemoetkoming die werd toegekend.
- b. het aantal gevallen waarvoor ze, overeenkomstig punt 3 van de Omzendbrief V.I., gedwongen waren een vergoeding toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ingevolge het uitblijven van een antwoord op een aanvraag tot tarifiering opdat het RIZIV desgevallend zou kunnen tussenkomen bij de bevoegde autoriteiten van de desbetreffende landen.

De verzekeringsinstellingen sturen **jaarlijks, voor eind mei**, deze statistische gegevens over het vorige kalenderjaar per elektronische drager (excel-bestand overeenkomstig het model in bijlage) naar de Dienst geneeskundige verzorging – Directie internationale relaties van het RIZIV.

6. Overgangsbepaling

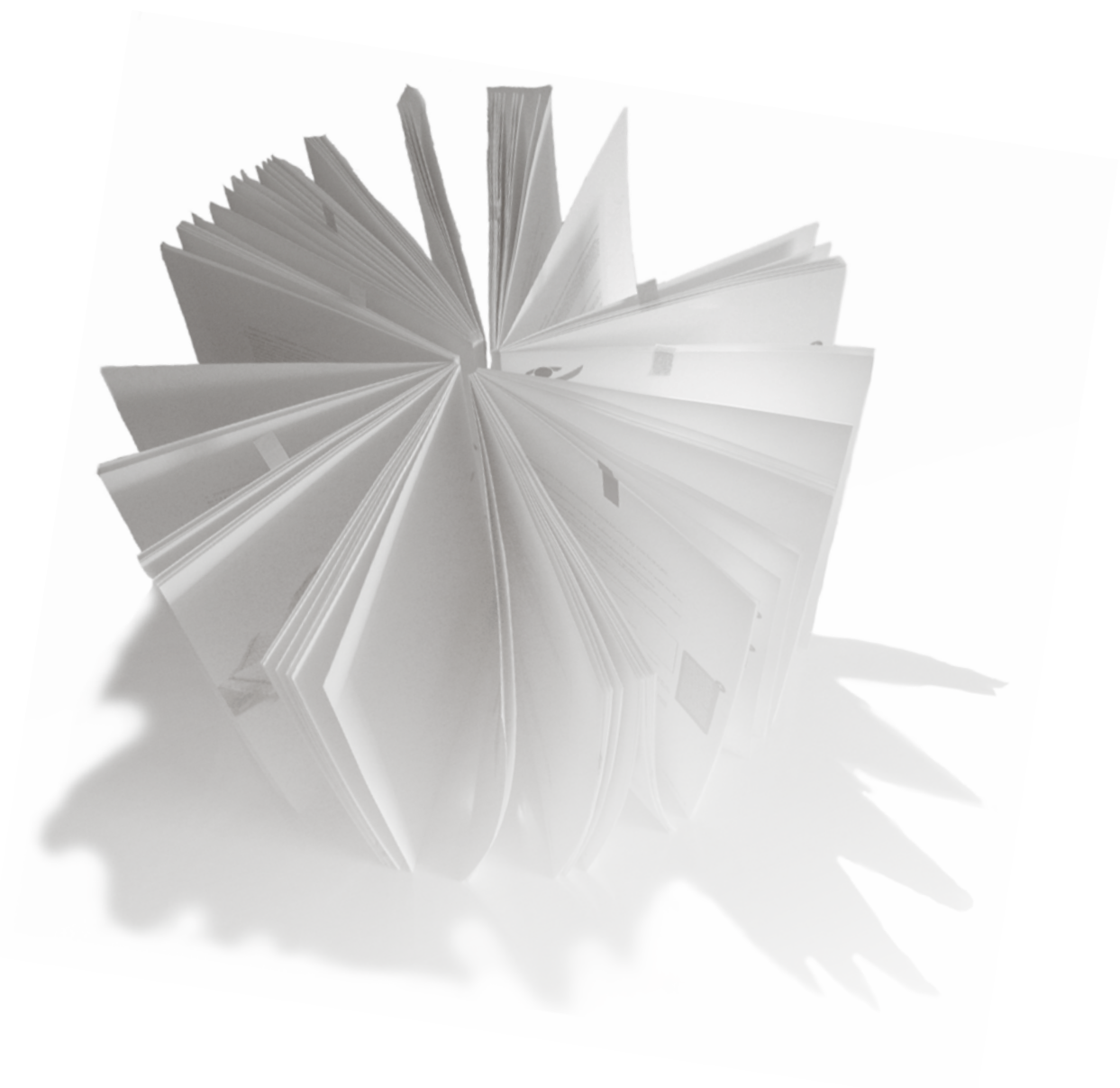
De verzekeringsinstellingen mogen een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die tot en met 30 juni 2012 zijn verleend gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland toekennen overeenkomstig de bepalingen van Omzendbrief V.I. nr. 2002/485 in het geval de verzekerde de vergoeding van deze verstrekkingen op 1 juli 2012 of op een latere datum vraagt.

Voor verstrekkingen verleend op 1 juli 2012, of op een latere datum, gelden de bepalingen van onderhavige omzendbrief.



Omzendbrief nr. 2012/252 – 80/103 van 4 juli 2012.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Herwaardering van prestaties op 1 juli 2012

1. Regeling der zelfstandigen

Herwaardering van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie.

a. Basiselementen

Het basisbedrag van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie verhoogt van 308,22 EUR naar 333,84 EUR op 1 juli 2012 (basis 103,14).

Vanaf 1 juli 2012 wordt de, aan spilindex 117,27 geïndexeerde, moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie op 431,86 EUR vastgelegd, voor elke uitgekeerde week.

b. Toepassingsdatum

1 juli 2012

2. Algemene regeling

Herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006 (recurrentie van 6 jaar) (conjuncturele maatregel).

a. Basiselementen

Met ingang van 1 september 2012 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2006 tot 31 december 2006, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

b. Toepassingsdatum

1 september 2012

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer

Vanaf - Tot en met		01-02-2012	30-06-2012	01-07-2012	31-08-2012	vanaf 01-09-2012		Volgende indexatie	
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		117,27	1,2936	117,27	1,2936	117,27	1,2936	119,62	1,3195
I. LOONTREKKENDEN									
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens									
Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/01/2005	120,9603		120,9603		120,9603		123,3821	
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	123,3794		123,3794		123,3794		125,8497	
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	124,6133		124,6133		124,6133		127,1082	
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	125,6101		125,6101		125,6101		128,1250	
	vanaf 01/01/2011	126,4894		126,4894		126,4894		129,0219	
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)									
Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	74,7680	74,77	74,7680	74,77	74,7680	74,77	76,2649	76,26
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
	vanaf 01/01/2011	75,8936	75,89	75,8936	75,89	75,8936	75,89	77,4131	77,41
Minimum Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer met gezinslast	52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32
	alleenstaanden	41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67
	samenwonende	35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59
	niet-regelmatige werknemer met gezinslast	40,2876	40,29	40,2876	40,29	40,2876	40,29	41,0943	41,09
	zonder gezinslast	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,8207	30,82
3 - Invaliditeit									
Daguitkering Maximum Begin primaire arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
	met gezinslast	52,0803	52,08	52,0803	52,08	52,0803	52,08	53,1230	53,12
	zonder gezinslast	34,8541	34,85	34,8541	34,85	34,8541	34,85	35,5519	35,55
	vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
	met gezinslast	82,4550	82,46	82,4550	82,46	82,4550	82,46	84,1059	84,11
	alleenstaande	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
	samenwonende	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
	vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
	invalide voor 01/01/2005								
	met gezinslast	80,8382	80,84	80,8382	80,84	80,8382	80,84	82,4567	82,46
	alleenstaande	68,4016	68,40	68,4016	68,40	68,4016	68,40	69,7711	69,77
	samenwonende	49,7466	49,75	49,7466	49,75	49,7466	49,75	50,7426	50,74
	invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
	met gezinslast	82,4550	82,46	82,4550	82,46	82,4550	82,46	84,1059	84,11
	alleenstaande	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
	samenwonende	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2005								
	invalide voor 01/01/2007								
	met gezinslast	82,4550	82,46	82,4550	82,46	82,4550	82,46	84,1059	84,11
	alleenstaande	69,7696	69,77	69,7696	69,77	69,7696	69,77	71,1665	71,17
	samenwonende	50,7415	50,74	50,7415	50,74	50,7415	50,74	51,7575	51,76
	invalide vanaf 01/01/2007 ¹								
	met gezinslast	83,2795	83,28	83,2795	83,28	83,2795	83,28	84,9469	84,95
	alleenstaande	70,4673	70,47	70,4673	70,47	70,4673	70,47	71,8782	71,88
	samenwonende	51,2489	51,25	51,2489	51,25	51,2489	51,25	52,2750	52,28
	vanaf 01/01/2006 tot en met 31/12/2006								
	invalide voor 01/01/2007 ²								
	met gezinslast	80,8382	80,84	80,8382	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
	alleenstaande	68,4016	68,40	68,4016	68,40	69,7696	69,77	71,1665	71,17
	samenwonende	49,7466	49,75	49,7466	49,75	50,7415	50,74	51,7575	51,76
	invalide vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
	met gezinslast	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2795	83,28	84,9469	84,95
	alleenstaande	69,0856	69,09	69,0856	69,09	70,4673	70,47	71,8782	71,88
	samenwonende	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2489	51,25	52,2750	52,28
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2007								
	invalide voor 01/01/2009								
	met gezinslast	81,6466	81,65	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2813	83,28
	alleenstaande	69,0856	69,09	69,0856	69,09	50,6460	69,09	70,4688	70,47
	samenwonende	50,2441	50,24	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2500	51,25
	invalide voor 01/01/2009 ³								
met gezinslast	82,2997	82,30	82,2997	82,30	82,2997	82,30	83,9475	83,95	
alleenstaande	69,6382	69,64	69,6382	69,64	69,6382	69,64	71,0325	71,03	
samenwonende	50,6460	50,65	50,6460	50,65	50,6460	50,65	51,6600	51,66	
vajnaf 01/01/2008									
Invalide voor 01/01/2009 ²									
met gezinslast	80,9986	81,00	80,9986	81,00	80,9986	81,00	82,6203	82,62	
alleenstaande	68,5373	68,54	68,5373	68,54	68,5373	68,54	69,9095	69,91	
samenwonende	49,8453	49,85	49,8453	49,85	49,8453	49,85	50,8433	50,84	
invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010									
met gezinslast	81,6466	81,65	81,6466	81,65	81,6466	81,65	83,2813	83,28	
alleenstaande	69,0856	69,09	69,0856	69,09	69,0856	69,09	70,4688	70,47	
samenwonende	50,2441	50,24	50,2441	50,24	50,2441	50,24	51,2500	51,25	
invalide vanaf 01/01/2011									
met gezinslast	82,2181	82,22	82,2181	82,22	82,2181	82,22	83,8642	83,86	
alleenstaande	69,5692	69,57	69,5692	69,57	69,5692	69,57	70,9620	70,96	
samenwonende	50,5957	50,60	50,5957	50,60	50,5957	50,60	51,6088	51,61	
Minimum	Regelmatige werknemer met gezinslast	52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32
	alleenstaande	41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67
	samenwonende	35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59
	Niet-regelmatige werknemer met gezinslast	40,2876	40,29	40,2876	40,29	40,2876	40,29	41,0943	41,09
	zonder gezinslast	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,2157	30,22	30,8207	30,82

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

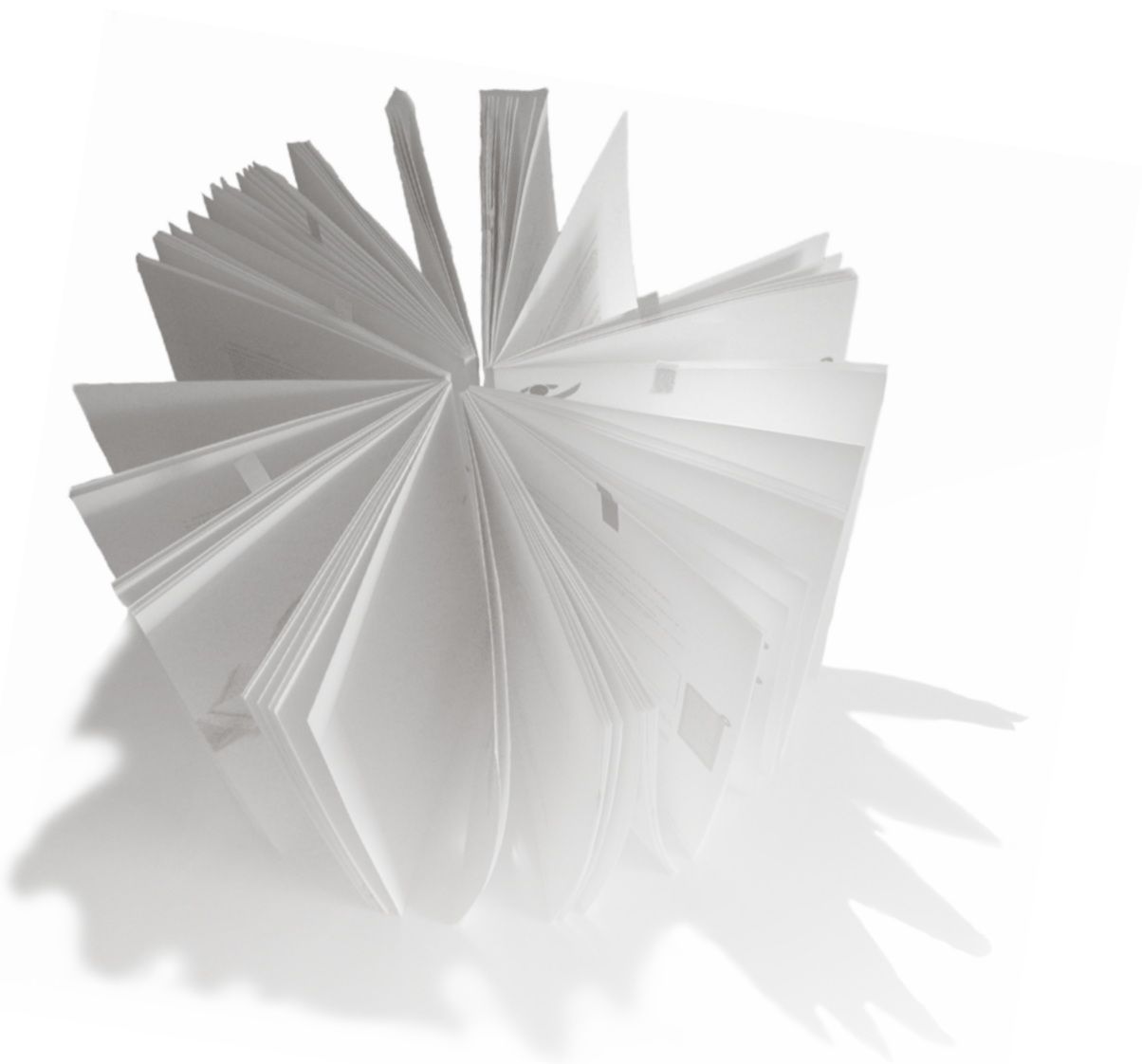
Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer - vervolg

Vanaf - Tot en met		01-02-2012	30-06-2012	01-07-2012	31-08-2012	vanaf 01-09-2012	Volgende indexatie			
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		117,27	1,2936	117,27	1,2936	117,27	1,2936	119,62	1,3195	
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)										
4 - Moederschap, geboorteverlof & adoptie										
Maximum	Begin moederschap, geboorteverlof, adoptie en werkverwijdering	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
		82,0 %	102,1829	102,18	102,1829	102,18	102,1829	102,18	104,2287	104,23
		Moederschap	99,0675	99,07	99,0675	99,07	99,0675	99,07	101,0510	101,05
		75,0 %	93,4599	93,46	93,4599	93,46	93,4599	93,46	95,3312	95,33
		Werkverwijdering	74,7680	74,77	74,7680	74,77	74,7680	74,77	76,2649	76,26
		60,0 %								
		vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2009								
		82,0 %	103,0003	103,00	103,0003	103,00	103,0003	103,00	105,0625	105,06
		Moederschap	99,8600	99,86	99,8600	99,86	99,8600	99,86	101,8594	101,86
		75,0 %	94,2076	94,21	94,2076	94,21	94,2076	94,21	96,0938	96,09
		Werkverwijdering	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
		60,0 %								
		Vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010								
		82,0 %	103,0003	103,00	103,0003	103,00	103,0003	103,00	105,0625	105,06
		Moederschap	99,8600	99,86	99,8600	99,86	99,8600	99,86	101,8594	101,86
		75,0 %	94,2076	94,21	94,2076	94,21	94,2076	94,21	96,0938	96,09
		Werkverwijdering	75,3661	75,37	75,3661	75,37	75,3661	75,37	76,8750	76,88
		60,0 %	98,2736	98,27	98,2736	98,27	98,2736	98,27	100,2412	100,24
78,237 %										
vanaf 01/01/2011										
82,0 %	103,7213	103,72	103,7213	103,72	103,7213	103,72	105,7980	105,80		
Moederschap	100,5591	100,56	100,5591	100,56	100,5591	100,56	102,5724	102,57		
75,0 %	94,8670	94,87	94,8670	94,87	94,8670	94,87	96,7664	96,77		
Werkverwijdering	75,8936	75,89	75,8936	75,89	75,8936	75,89	77,4131	77,41		
60,0 %	98,9615	98,96	98,9615	98,96	98,9615	98,96	100,9429	100,94		
78,237 %										
5 - Diversen										
	Uitkering begrafeniskosten		148,74		148,74		148,74		148,74	
	Onthaalmoeder (maandlijks)	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1.501,82	
	Onthaalmoeder (dagelijks)	56,6309	56,63	56,6309	56,63	56,6309	56,63	57,7623	57,76	
	Onthaalmoeder (uurloon)	8,9417	8,94	8,9417	8,94	8,9417	8,94	9,1204	9,12	
	1 ^{ste} Schijf toegelaten arbeid	15,3004		15,3004		15,3004		15,6068		
	Volgende schrijven toegelaten arbeid	9,1803		9,1803		9,1803		9,3641		
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01/10/1974)		123,95		123,95		123,95		123,95	
II. ZELFSTANDIGEN										
1 - Primaire ongeschiktheid										
	met gezinslast	51,4053	51,41	51,4053	51,41	51,4053	51,41	52,4346	52,43	
	alleenstaande	39,5106	39,51	39,5106	39,51	39,5106	39,51	40,3016	40,30	
	samenwonende	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,7257	32,73	
2 - Invaliditeit										
	Zonder stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	51,4053	51,41	51,4053	51,41	51,4053	51,41	52,4346	52,43	
	alleenstaande	39,5106	39,51	39,5106	39,51	39,5106	39,51	40,3016	40,30	
	samenwonende	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,0833	32,08	32,7257	32,73	
	Met stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	52,2763	52,28	52,2763	52,28	52,2763	52,28	53,3230	53,32	
	alleenstaande	41,8342	41,83	41,8342	41,83	41,8342	41,83	42,6718	42,67	
	samenwonende	35,8698	35,87	35,8698	35,87	35,8698	35,87	36,5880	36,59	
3 - Moederschapsuitkering & adoptie										
	Wekelijkse uitkering		398,71		431,86		431,86		440,50	
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28bis										
	Vanaf beroepsinkomen 2008		17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE										
	plafond statuut met last	914,6658	914,67	914,6658	914,67	914,6658	914,67	932,9789	932,98	
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	1 006,6521	1 006,65	1 006,6521	1 006,65	1 006,6521	1 006,65	1 026,8069	1 026,81	
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1 501,82	
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN										
		16,5739	16,57	16,5739	16,57	16,5739	16,57	16,9057	16,91	
V. INHOUDING VAN 3,5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN										
1 - Minimum dagdrempel										
	met gezinslast		56,24		56,24		56,24		57,37	
	zonder gezinslast		46,69		46,69		46,69		47,63	
2 - Gedeeltelijke inhouding										
	met gezinslast tussen		56,25		56,25		56,25		57,38	
	en		58,27		58,27		58,27		59,44	
	zonder gezinslast tussen		46,70		46,70		46,70		47,64	
	en		48,37		48,37		48,37		49,35	
3 - Volledige inhouding vanaf										
	met gezinslast		58,28		58,28		58,28		59,45	
	zonder gezinslast		48,38		48,38		48,38		49,36	
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK										
	Dagelijks bedrag	31,4387	31,44	31,4387	31,44	31,4387	31,44	32,0683	32,07	
	Jaarlijks bedrag	1 257,5091	1 257,51	1 257,5091	1 257,51	1 257,5091	1 257,51	1 282,6950	1 282,70	
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)										
		204,0056	204,01	204,0056	204,01	204,0056	204,01	208,0902	208,09	



Omzendbrieven V.I. nrs. 2012/234 – 45/234, 482/114 van 22 juni 2012 en 2012/344 – 45/235, 482/115 van 20 augustus 2012.

7^e Deel
Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1^{ste} trimester 2012

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheekkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Rustoorden voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Einde loopbaan	34883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86870	99.353
b) Initiatieven van beschut wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.146
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	0
45. Sociaal akkoord	0	0	0	0	0
46. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Speciale verstrekkingen	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Heelkunde	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynaecologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Toezicht	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180	3.180	9.076	10.611	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.550	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.251	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	7.519	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.942	
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.956.580	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.289	13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	388.851	579.468	775.564	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	396.291

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Dagverzorgingscentra	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Syndicale premie	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	277	
Totaal	604.424	1.169.916	1.766.594	2.366.241	2.367.070
17. Einde loopbaan	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Totaal	32.792	66.084	101.953	137.069	150.205
19. Revalidatie en herscholing	115.340	243.652	363.792	499.945	561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Medisch-pediatrie centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397	535	526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Therapeutische projecten	134	263	407	521	1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	735	1.098	1.424	2.686
32. Geïnterneerden	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Tabaksontwenning	224	430	629	837	2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	50.000

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	19.498	41.04	62.988	87.225	84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Diversen	1.297	1.480	2.745	8.295	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0				1.148.607
Algemeen totaal	5.993.222	11.922.691	17.837.628	24.077.877	25.869.336

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076				
b) Medische beeldvorming	302.888				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768				
d) Speciale verstrekkingen	322.204				
e) Heelkunde	290.323				
f) Gynaecologie	23.615				
g) Toezicht	100.801				
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514				
i) Forfait medisch dossier	0				
j) Forfait Telematica	22				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226				
m) Impulsfonds	1.424				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432				
Totaal geneesheren	1.886.293				7.303.139
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	204.028				807.888
b) Forfait accreditering	15				14.148
Totaal tandheelkundigen	204.043				822.036
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948				4.311.504
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368				1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255				20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660				624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.531				284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805				651.979
10. Verzorging door opticiens	6.599				31.809
11. Verzorging door audiciens	11.282				56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973				16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657				5.300.078
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763				237.051
Vervoer	0				238
Totaal	1.330.420				5.537.367
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472				7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132				155.625
b) Forfait nierdialyse	35.417				143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722				119.345
d) Nachtdialyse	0				0
Totaal dialyse	100.271				418.195

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786				
b) Rustoorden voor bejaarden	222.329				
c) Dagverzorgingscentra	4.624				
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048				
e) Syndicale premie	2.388				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0				
g) Palliatieve dagcentra	0				
Totaal	625.175				2.516.463
17. Einde loopbaan	37.577				113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391				109.675
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534				43.210
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688				2.955
Totaal	34.613				155.840
19. Revalidatie en herscholing	127.460				592.300
20. Bijzonder Fonds	1.041				19.640
21. Logopedie	20.417				76.914
22. Medisch-pediatische centra	0				0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895				31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826				-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124				390.694
b) Fiscale MAF	0				0
Totale Maximumfactuur	111.124				390.694
26. Chronische zieken	20.662				105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925				12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625				19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613				6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171				551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108				506
b) COMA	134				594
c) Therapeutische projecten	105				772
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	347				1.872
32. Geïnterneerden	4.001				33.595
33. Tabaksontwenning	234				2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59				4.092
35. Stabiliteitsprovisie	0				0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.283				3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0				0
38. Medische huizen	22.018				98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654				8.850
40. Chronische ziekten extra	0				8.696
41. Zorgtrajecten	0				0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0				0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0				12.507
44. Zeldzame ziekten	0				3.053
45. Sociaal akkoord	1.539				18.199
46. Diversen					32.678
- Bevriezing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
Totaal	0				145.443
Algemeen totaal	6.360.527				25.627.379

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,4	-4,1	-1,0	1,4
b) Medische beeldvorming	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Speciale verstrekkingen	0,8	2,1	2,8	2,8
e) Heelkunde	4,3	5,2	4,3	3,9
f) Gynaecologie	2,9	3,2	4,1	3,4
g) Toezicht	0,3	3,4	3,5	3,2
h) Forfait accreditering geneesheren	11,3	11,2	4,3	-24,6
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	2,8
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Impulsfonds	-31,4	-14,3	7,9	-1,8
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	33,7
Totaal geneesheren	0,3	2,5	3,2	4,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accreditering	0,0	-14,3	13,3	13,3
Totaal tandheelkundigen	3,9	2,0	2,3	2,5
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Verzorging door opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Verzorging door audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Verpleegdagprijs	8,4	8,8	8,4	7,6
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	10,1	10,4	9,3
Totaal	8,4	8,9	8,4	7,6
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait nierdialyse	2,5	4,0	7,0	6,4
c) Thuis, in een centrum	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Rustoorden voor bejaarden	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Dagverzorgingscentra	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Syndicale premie	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Palliatieve dagcentra			-100,0	-48,9
Totaal	5,6	6,7	7,4	7,4
17. Einde loopbaan	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatieven van beschut wonen	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	16,1	14,4	14,6
Totaal	3,4	7,9	9,8	9,1
19. Revalidatie en herscholing	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Bijzonder Fonds	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopedie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,2	17,7	16,1	9,6
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,7	-15,3	-15,9	-20,4
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,7	-7,3	0,1	1,0
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	3,7	-7,3	0,1	1,0
26. Chronische zieken	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Palliatieve zorgen	3,4	6,9	6,6	9,5
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	2,5	2,1	3,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Therapeutische projecten	15,5	22,3	5,7	-5,8
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	12,6	6,8	1,5

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
32. Geïnterneerden	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Tabaksontwenning	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit		-25,4	-10,0	-9,2
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	11,4	14,2	17,1	18,9
39. MS/ALS/Huntington	29,8	33,1	29,4	25,7
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Diversen				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	213,3	-21,0	19,9	-15,3
Algemeen totaal	4,4	4,9	5,4	5,5

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in %				
Omschrijving	2012.1 2011.1	2012.2 2011.2	2012.3 2011.3	2012.4 2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	13,4			
b) Medische beeldvorming	13,9			
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,1			
d) Speciale verstrekkingen	9,1			
e) Heelkunde	8,6			
f) Gynaecologie	3,3			
g) Toezicht	10,4			
h) Forfait accreditering geneesheren	104,8			
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-52,2			
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	249,8			
m) Impulsfonds	57,2			
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,5			
Totaal geneesheren	10,0			
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,0			
b) Forfait accreditering	114,3			
Totaal tandheelkundigen	3,0			
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,9			
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,7			
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,5			
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,9			
7. Verzorging door bandagisten	6,2			
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	16,3			
10. Verzorging door opticiens	0,2			
11. Verzorging door audiciens	-5,7			
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,3			
13. Verpleegdagprijs	4,5			
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	13,1			
Vervoer				
Totaal	4,9			

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-79,3			
15. Dialyse				
a) Geneesheren	7,0			
b) Forfait nierdialyse	8,3			
c) Thuis, in een centrum	3,6			
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	6,5			
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,6			
b) Rustoorden voor bejaarden	0,7			
c) Dagverzorgingscentra	22,6			
d) Loonharmonisering personeel RVT	8,9			
e) Syndicale premie	2,0			
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	3,4			
17. Einde loopbaan	9,0			
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,0			
b) Initiatieven van beschut wonen	13,7			
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,6			
Totaal	5,6			
19. Revalidatie en herscholing	10,5			
20. Bijzonder Fonds	-80,6			
21. Logopedie	4,2			
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,9			
24. Regularisaties + Herfacturatie	-16,1			
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-11,4			
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	-11,4			
26. Chronische zieken	-0,5			
27. Palliatieve zorgen	10,0			

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,4			
29. Menselijk lichaamsmateriaal	33,6			
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	41,3			
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-15,0			
b) COMA	12,6			
c) Therapeutische projecten	-21,6			
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-8,7			
32. Geïnterneerden	-38,5			
33. Tabaksontwenning	4,5			
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,7			
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	9,4			
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,9			
39. MS/ALS/Huntington	17,5			
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	18,7			
Algemeen totaal	6,1			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
Totaal geneesheren	25,8			
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,3			
b) Forfait accreditering	0,1			
Totaal tandheelkundigen	24,8			
3. Farmaceutische verstrekkingen	26,3			
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,0			
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	49,2			
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,5			
7. Verzorging door bandagisten	22,0			
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	24,5			
10. Verzorging door opticiens	20,7			
11. Verzorging door audiciens	20,0			
12. Verlossingen door vroedvrouwen	23,7			
13. Verpleegdagprijs	24,0			
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,8			
Vervoer	0,0			
Totaal	24,0			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	6,0			
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,5			
b) Forfait nierdialyse	24,7			
c) Thuis, in een centrum	22,4			
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	24,0			
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoorden voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	24,8			
17. Einde loopbaan	33,2			
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,3			
b) Initiatieven van beschut wonen	24,4			
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	23,3			
Totaal	22,2			
19. Revalidatie en herscholing	21,5			
20. Bijzonder Fonds	5,3			
21. Logopedie	26,5			
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,4			
24. Regularisaties + Herfacturatie	45,6			
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	28,4			
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	28,4			
26. Chronische zieken	19,5			
27. Palliatieve zorgen	31,4			
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,4			
29. Menselijk lichaamsmateriaal	24,4			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	31,0			
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	21,3			
b) COMA	22,6			
c) Therapeutische projecten	13,6			
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	18,5			
32. Geïnterneerden	11,9			
33. Tabaksontwenning	9,1			
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,4			
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	109,4			
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	22,4			
39. MS/ALS/Huntington	18,7			
40. Chronische zieken extra	0,0			
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten	0,0			
45. Sociaal akkoord	0,0			
46. Diversen	4,7			
Algemeen totaal	24,8			

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	Juni 2011 (1)	September 2011 (2)	December 2011 (3)	Maart 2012 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,93	-4,33	1,39	6,73
b) Medische beeldvorming	-1,25	1,58	5,06	8,70
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	1,57	0,88	5,21	4,83
d) Speciale verstrekkingen	2,26	2,94	2,75	4,84
e) Heelkunde	4,71	4,19	3,92	5,04
f) Gynaecologie	2,10	3,83	3,43	3,52
g) Toezicht	3,60	3,57	3,21	5,80
h) Forfait accreditering geneesheren	45,09	3,07	-24,59	-3,12
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-1,69	2,78	2,79	1,81
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	5,53	78,06	114,89	262,64
m) Impulsfonds	-12,75	16,15	-1,80	10,98
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	5,09	13,63	33,74	39,99
Totaal geneesheren	0,15	1,53	4,36	6,84
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	1,48	1,46	2,36	2,12
b) Forfait accreditering	7,45	13,60	13,26	13,33
Totaal tandheelkundigen	1,56	1,65	2,53	2,29
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,52	4,12	3,47	3,41
4. Honoraria van verpleegkundigen	4,43	5,79	5,72	6,57
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,39	6,35	5,72	6,97
6. Verzorging door kinesitherapeuten	4,67	4,43	4,60	3,93
7. Verzorging door bandagisten	9,53	7,56	7,45	8,98
8. Verzorging door orthopedisten	5,14	3,25	5,11	3,02
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,88	6,57	6,74	9,18
10. Verzorging door opticiens	1,19	0,65	2,68	0,64
11. Verzorging door audiciens	9,07	8,29	7,53	4,71
12. Verlossingen door vroedvrouwen	6,47	8,05	7,52	5,32
13. Verpleegdagprijs	7,22	8,09	7,55	6,58
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	6,91	8,70	9,29	10,37
Vervoer				
Totaal	7,20	8,12	7,62	6,74
(1) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)				
(2) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				
(3) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)				
(4) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				

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

Omschrijving	Juni 2011 (1)	September 2011 (2)	December 2011 (3)	Maart 2012 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	57,62	18,36	42,19	1,33
15. Dialyse				
a) Geneesheren	4,32	6,86	5,33	6,22
b) Forfait nierdialyse	2,59	6,83	6,44	7,88
c) Thuis, in een centrum	3,44	8,90	4,81	5,14
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,47	7,40	5,57	6,50
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,70	12,40	13,51	12,09
b) Rustoordn voor bejaarden	1,66	2,58	1,76	1,23
c) Dagverzorgingscentra	8,83	11,87	18,43	21,80
d) Loonharmonisering personeel RVT	1,85	1,75	0,81	5,84
e) Syndicale premie	2,00	87,06	87,06	85,39
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	8.807,96	13,23	3,55	-52,85
g) Palliatieve dagcentra		-100,00	-48,89	-48,89
Totaal	6,94	7,28	7,40	6,79
17. Einde loopbaan	7,46	7,12	6,60	10,47
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	6,58	10,00	10,45	9,40
b) Initiatieven van beschut wonen	-0,18	1,88	5,72	9,81
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	14,79	14,54	14,60	16,88
Totaal	4,73	7,71	9,15	9,65
19. Revalidatie en herscholing	5,80	5,37	5,33	7,38
20. Bijzonder Fonds	40,16	27,65	-36,20	-61,69
21. Logopedie	6,93	6,89	6,39	5,31
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	18,85	17,07	9,63	5,034
24. Regularisaties + Herfacturatie	-12,12	-15,03	-20,43	-19,66
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-5,86	-1,29	1,02	-4,66
b) Fiscale MAF	-100,00	-100,00		
Totale Maximumfactuur	-5,67	-1,23	1,02	-4,66

(1) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)

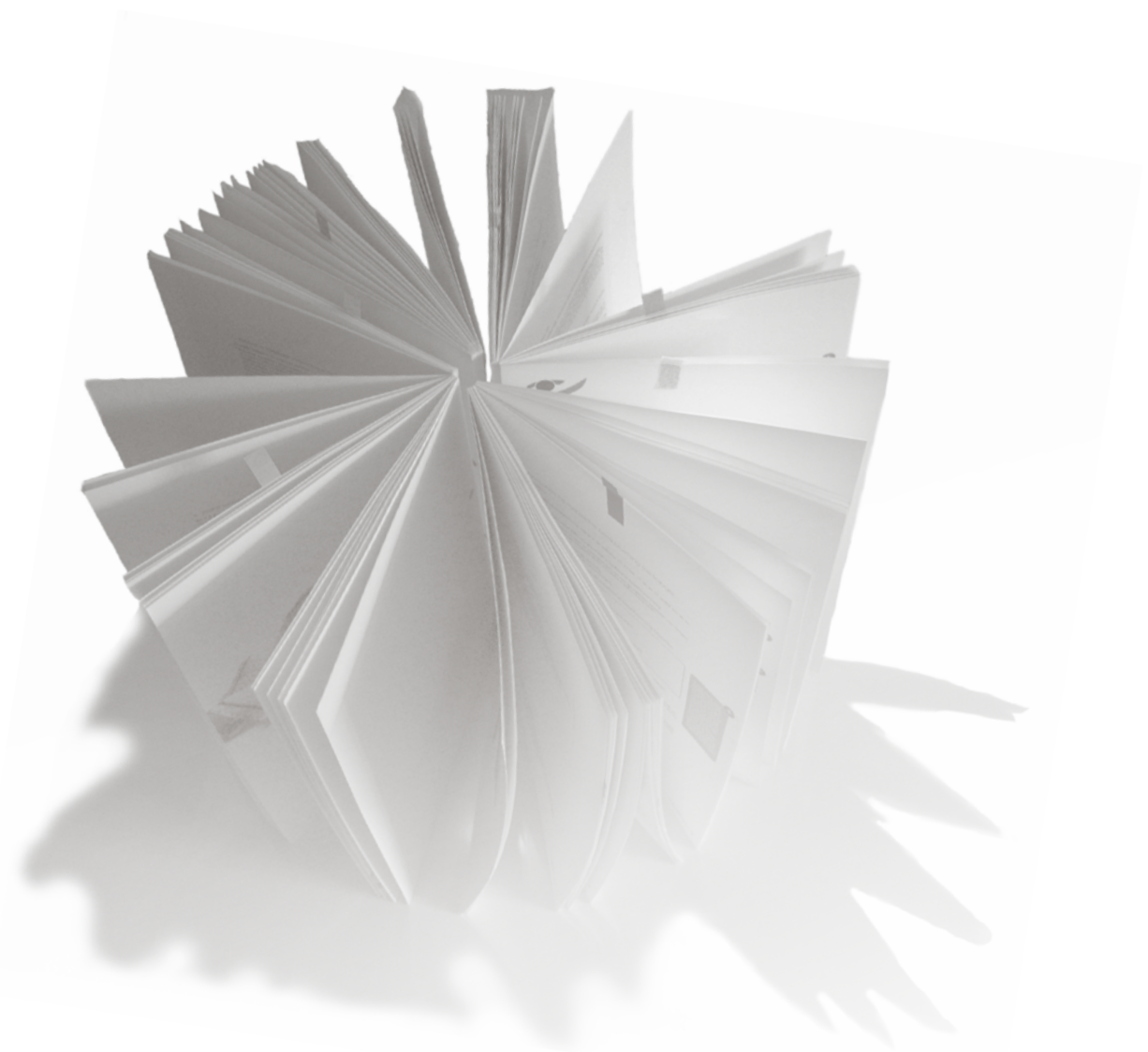
(2) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)

(3) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)

(4) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Juni 2011 (1)	September 2011 (2)	December 2011 (3)	2012 (4)
26. Chronische zieken	2,49	2,58	0,62	0,30
27. Palliatieve zorgen	5,79	3,30	9,50	11,67
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3,14	2,13	3,08	4,93
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-3,68	-17,95	-0,98	10,79
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	0,79	0,19	3,28	14,48
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	7,24	15,08	10,41	-5,65
b) COMA	-2,62	-3,76	3,09	5,97
c) Therapeutische projecten	4,16	-4,80	-5,79	-13,84
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	2,63	0,41	1,50	-4,99
32. Geïnterneerden	-20,20	5,49	-15,16	-16,63
33. Tabaksontwenning	137,46	71,16	36,99	18,13
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-11,77	-10,14	-9,21	-11,78
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	-18,39	-12,84	0,00	-28,15
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,06	16,27	18,94	19,13
39. MS/ALS/Huntington	56,57	32,93	25,70	22,76
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	33,64	43,49	-15,26	-20,01
Algemeen totaal	4,02	4,83	5,50	5,94
(1) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)				
(2) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				
(3) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)				
(4) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				

8^e Deel
Bibliografie



I. The European Yearbook of Disability law¹

Volume 3

Auteurs : Lisa Waddington (ed.), Gerard Quinn (ed.), Ellionoir Flynn (ed.)

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

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

Het jaarboek bestaat grotendeels uit een overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen van het voorbije jaar maar beschrijft ook de ontwikkelingen inzake beleid en regelgeving in de verschillende instellingen van de Europese Unie. Het boek beoordeelt belangrijke beleidsontwikkelingen in de EU, studies en andere publicaties, wetsvoorstellen en de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie en van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

(Vertaling)

1. Intersentia, Groenstraat 31, 2640 Mortsel – Tel. 03/680.15.50 – Fax 03/658.71.21 – E-mail : mail@intersentia.be – www.intersentia.be – ISBN 978-1-78068-090-3 - xiv + 436 pp. – hardback – Prijs : 79,00 EUR

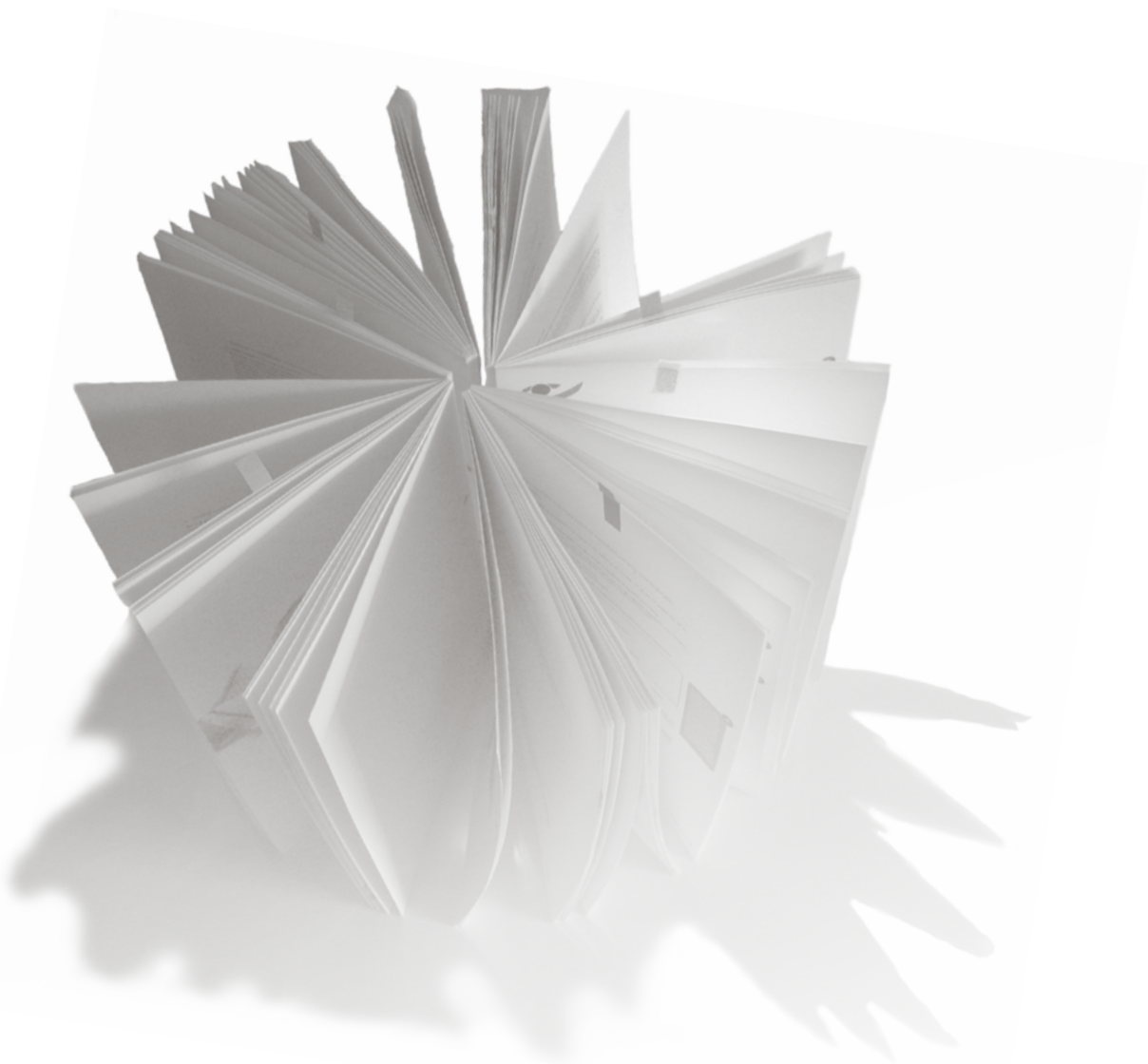
II. Cross – Border Welfare State ¹

Auteur : Gijsbert Vonk (ed.)

De situatie waarin niet-EU migranten zich op het vlak van sociale zekerheid bevinden, is problematisch. Verschillende Europese landen beperken de toegang tot sociale uitkeringen voor bepaalde categorieën van ongewenste migranten. Tegelijkertijd beperkt de draagwijdte voor de toepassing van de nationale stelsels zich steeds meer tot de landsgrenzen. Bepaalde landen nemen immers maatregelen om de mogelijkheden voor het exporteren van uitkeringen te beperken. Deze twee trends van uitsluiting en bezuiniging treffen vooral illegale immigranten en personen die zich verplaatsen tussen Europa en ontwikkelingslanden waarmee geen enkel bilateraal akkoord inzake sociale zekerheid is afgesloten. Deze trends vinden hun oorsprong in de manier waarop de sociale zekerheid in wisselwerking staat met het immigratie- en integratiebeleid. Dit boek gaat dieper in op deze wisselwerking en bevat bijdragen over de situatie inzake sociale zekerheid van illegale migranten, de opvang van asielzoekers, de toelatingsvoorwaarden die zijn opgenomen in de wet op immigratie, integratie, de informele sociale zekerheidsbescherming van formeel uitgesloten migranten, sociale bescherming en vrijwillige terugkeer. Deze verschillende bijdragen leiden tot een globale analyse inzake de situatie van sociaal uitgesloten migranten. Zelfs al is de sociale uitsluiting van bepaalde immigranten gerechtvaardigd vanuit het standpunt van een nationaal beleid of zelfs vanuit dat van de logica van de sociale zekerheid zelf, welke alternatieve strategieën kunnen nog worden uitgewerkt om bescherming te bieden aan sociaal uitgesloten migranten zonder dat beleid en deze logica te ondermijnen?

(Vertaling)

9^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 (in EUR)

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GVVU-teksten

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

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

Brochure 27,00
Bijwerkingen 2013 25,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 17,00
Bijwerkingen 2013 5,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 2,00
Bijwerkingen 2013 12,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 12,00
Bijwerkingen 2013 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 18,00

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

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure	45,00
Bijwerkingen 2013	13,00
Basistekst ² + bijwerkingen 2013	Losbladig
	58,00

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

Brochure	6,00
Bijwerkingen 2013	6,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013.....	Losbladig
	12,00

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

Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig
	168,00
Bijwerkingen 2013	52,00

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

Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig
	87,00
Bijwerkingen 2013	28,00



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

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

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013.....	Losbladig
	68,00
Bijwerkingen 2013	45,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig
	49,00
Bijwerkingen 2013	8,00



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

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

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

Per blad	0,12
Abonnement ²	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012	CD-Rom 6,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GVU

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig 56,00
Bijwerkingen 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV, enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure	gratis
----------------	--------

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder	gratis
--------------	--------

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder	gratis
--------------	--------

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Vanaf 2013 enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten

gratis


g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

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




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

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

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

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

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

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
Mevr. Marie de Ghellinck
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Nancy De Marneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Muriel Marcq
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cédric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 30 EUR
P.R. 679-0262153-59
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponibile en français

ISSN 0046-9726

