

Inhoud

1 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	275
2 ^e trimester 2013	276
2 ^e Deel – Rechtspraak	287
I. Raad van State, 2 oktober 2013 Niet-uitgevoerde verstrekking – Dubbele facturering van een zelfde verstrekking – Materiële overtreding – Afwezigheid van rechtvaardigings- of verschoningsgronden	288
II. Arbeidshof van Antwerpen, 10 september 2013 Artikel 100, § 1 en 168 <i>quinquies</i> , § 2, 3 ^o en § 3, eerste lid, 1 ^o , van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen Het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten – Het plaatsen van zoekertjes	292
III. Arbeidsrechtbank van Dendermonde, afdeling Sint-Niklaas, 10 september 2013 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Wet van 11 april 1995, artikel 20 Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – Werkloosheidsuitkeringen – Gerechtigde interesses	295
IV. Arbeidsrechtbank van Dendermonde, afdeling Sint-Niklaas, 10 september 2013 Artikel 100, § 1, gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Criteria bij evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Het in staat zijn om voltijds werk te verrichten is geen criterium bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid	297
V. Arbeidsrechtbank van Kortrijk, afdeling Kortrijk, 4 september 2013 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – CVS – Fysieke meerinspanning – Halftijdse betrekking – Categorie beroepen	299
VI. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 27 juni 2013 Artikel 100, § 1, gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Criteria ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Vermeldingen die het medisch attest bijgebracht door de verzekerde dient te bevatten om relevant te kunnen zijn bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Rol van sociale-familiale omstandigheden	300
VII. Arbeidshof van Brussel, 29 april 2013 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikelen 325, 326, §§ 1 en 3, c en 327 – Niet-terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Boeking als administratiekosten	303
VIII. Arbeidshof van Brussel, 20 maart 2013 Gezag van gewijsde Gerechtigd Wetboek, artikel 700, 2 ^e lid – Ontvankelijkheid – Toepassing van de wet in de tijd	306

IX. Arbeidshof van Brussel, 7 maart 2013 Gerechtelijk Wetboek, artikelen 2, 52, 53 en 867 Wet van 14 juli 1994, artikel 23, § 3 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikelen 138, 139 en 142 Aard van de termijn voor het indienen van de aanvraag – Geen verlenging	312
--	-----

3^e Deel – Parlementaire vragen en antwoorden 317

I. Project “Back to work” Gerealiseerde besparingen	318
II. Belgisch Nationaal contactpunt “Info Grensoverschrijdende Gezondheidszorg.be”	321
III. Syndroom van Asperger Opsporing, diagnose en opvolging – Rol referentiecentra voor autismespectrumstoornissen	322
IV. Elektronisch medische voorschriften Veralgemening	324

4^e Deel – Richtlijnen van het RIZIV 327

I. De verklaring op erewoord van een persoon ten laste	328
II. Artikel 294, § 1, 14°, tweede lid, onder a) 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 Lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is	334
III. Addendum bij Omzendbrief V.I. nr. 2011/24 – 406/18 van 17 juli 2011 ¹ betreffende de regularisatieprocedure ingeval van een niet toegelaten werkherovating door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde	335

5^e Deel – Basisgegevens 343

I. Herwaardering van prestaties op 1 september 2013	344
II. Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer invoeren (art. 224, § 3)	349

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2010/4.

6 ^e Deel – Statistieken	351
Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1 ^e semester 2013	352
7 ^e Deel – Prijzen van de publicaties	373
Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014	374

1^e Deel

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



2^{de} trimester 2013

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Permanente steekproef

Vanaf 2013 treedt een nieuwe wijze van financiering van de permanente steekproef in werking.¹ Het intermutualistisch agentschap wordt voor het opstellen, onderhouden en ter beschikking stellen van de permanente steekproef vergoed op basis van een structureel (50.000 EUR) en een variabel gedeelte (50.000 EUR). Het structureel gedeelte is gebaseerd op de terugkerende, voorspelbare kosten. Het variabel gedeelte betreft prestaties waarvan de omvang varieert in de tijd en die moeilijk voorspelbaar zijn. Hieraan moet de algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging jaarlijks zijn goedkeuring hechten.

Voor het overige verlenen de nieuwe bepalingen het intermutualistisch agentschap toegang tot de gegevens van de permanente steekproef. De bewaartijd ervan breidt zich uit van 10 naar 30 jaar.

2. Preventiecampagne vaccinatie 2013

In het kader van het protocolakkoord gesloten met de gemeenschappen, komt de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoet in de kosten van vaccins in het kader van preventie-campagnes. Ook voor het jaar 2013 is het budget ervan vastgelegd.² Voor de 3 gemeenschappen samen bedraagt dit 30.050.000 EUR.

3. Accrediteringsorganen

Zowel in de accrediteringsstuurgroep als in de paritaire comités wordt het vereiste aanwezigheidsquorum (ten minste de helft van de stemgerechtigde leden van elke groep) niet altijd gehaald, wat de organen belet om op geldige wijze beslissingen te nemen.

Om hieraan te verhelpen treedt vanaf 5 mei 2013 het principe in werking dat, indien de aanwezigheidsvereiste niet voor elke groep is vervuld, de geagendeerde punten worden verdaagd tot de volgende vergadering, waar er kan beslist worden zonder dat aan de aanwezigheidsvereiste is voldaan.³

II. Geneeskundige verzorging

1. K.B. van 21.03.2013 tot wijziging van het K.B. van 09.05.2007 tot uitvoering van art. 278 van de programmwet (I) van 24.12.2002, B.S. van 08.04.2013, p. 21675.
 2. K.B. van 14.04.2013 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 2013, B.S. van 24.04.2013, p. 24857.
 3. K.B. van 25.04.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVJ, wat het aanwezigheidsquorum voor de Accrediteringsstuurgroep en de paritaire comités betreft, B.S. van 10.05.2013, p. 27017.

1. Zorgverleners

a. Verpleegkundigen

De communicatie tussen verpleegkundigen en verzekeringsinstellingen van medisch-administratieve documenten (Katz-schaal, kennisgeving palliatieve verzorging, kennisgeving specifiek technische verpleegkundige verstrekkingen) gebeurt vanaf 1 juli 2013 verplicht via het elektronisch netwerk MyCareNet.⁴ Ook het formulier betreffende de evaluatieschaal wijzigt vanaf 1 januari 2014.⁵ Deze wijzigingen vereenvoudigen de procedure via MyCareNet.

b. Logopedisten

Vanaf 1 juli 2013 treedt een Koninklijk besluit in werking dat de financiering regelt voor de representatieve beroepsorganisaties van logopedisten (en dat aansluit op het vorige K.B. van 02.07.2010).⁶

Deze krijgen jaarlijks uit de administratiekosten van het RIZIV een bedrag dat uit 2 delen bestaat:

- enerzijds een basisbedrag van 87.818,15 EUR per representatieve beroepsorganisatie en
- anderzijds een aanvullend bedrag dat afhankelijk is van het aantal leden van de organisatie en van het percentage van geconventioneerde zorgverleners (27,43 EUR x (aantal leden) x % geconventioneerde zorgverleners).

De betaling gebeurt in 2 schijven:

- 75 %, voor 31 maart van het desbetreffende jaar en voor 2013 in de maand van de bekendmaking van het Koninklijk besluit in het Belgisch Staatsblad
- 25 %, binnen de 3 maanden nadat de door de algemene vergadering goedgekeurde jaarrekening voor het desbetreffende jaar aan het RIZIV werd bezorgd.

c. Verzorgingsinstellingen en –diensten

MEDISCHE HUIZEN

Van 1 mei 2013 treedt een nieuw model voor de financiering van de medische huizen in werking.⁷

4. K.B. van 25.04.2013 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.05.2013, p. 34138.
5. Verordening van 08.04.2013 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^e van de wet GVU, B.S. van 28.06.2013, p. 41083.
6. K.B. van 04.06.2013 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het RIZIV een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de logopedisten, B.S. van 21.06.2013, p. 40049.
7. K.B. van 23.04.2013 tot uitvoering van art. 52, § 1, van de wet GVU, wat betreft de medische huizen, B.S. van 30.04.2013, p. 25762 en K.B. van 23.04.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 30.04.2013, p. 25769.

Het systeem bestaat uit een nieuwe berekening van de forfaitaire bedragen, waarbij voor elk medisch huis een specifiek forfaitair bedrag geldt. Voorheen was de financiering gebaseerd op clusters van verstrekkingen en categorieën van medische huizen.

De nieuwe financiering zal uitsluitend kunnen worden toegepast op:

- de zogenaamde “stabiele” populatie (rechthebbenden die minstens 1 jaar zijn ingeschreven in het medisch huis)
- de “mature” medische huizen (die meer dan 2 jaar bestaan) met een stabiele populatie van meer dan 500 patiënten.

De berekening van de forfaits gebeurt in essentie door het gebruik van de variabelen van het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

ZIEKENHUIZEN

Financiering van hemodialyse

Vanaf 1 april 2013 realiseert een Koninklijk besluit een besparing op de dialyseforfaits via een verhoging van het indexcijfer.⁸

Elektronische facturatie

De mogelijkheid om elektronisch te factureren breidt vanaf 1 juli 2013 uit naar diensten georganiseerd door medische raden van bepaalde ziekenhuizen. Deze kunnen voortaan dus een elektronische in plaats van een papieren factuur aan de verzekeringsinstelling sturen, voor zover het ziekenhuis de geneeskundige verstrekkingen zelf al elektronisch factureert.

CDV, RVT EN ROB

Zorgkundigen

Sinds de bekendmaking door de FOD Volksgezondheid van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen onder bepaalde voorwaarden mogen uitvoeren en de regels waaronder een zorgkundige kan worden geregistreerd, kunnen bewoners van een centrum voor dagverzorging, een rust- en verzorgingstehuis en een rustoord voor bejaarden enkel worden verzorgd door een verpleegkundige of een zorgkundige. Deze laatste staat de verpleegkundige bij in de zorgverlening en helpt de patiënten bij de handelingen van het dagelijks leven, het behoud van hun zelfredzaamheid en hun levenskwaliteit.

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

Echter, vanaf 1 juli 2013, moeten alle leden van het verzorgingspersoneel, die door de instelling nieuw zijn aangeworven, geregistreerd zijn als zorgkundige. Nog maar 5 % van het normpersoneel kan ingevuld worden door niet-geregistreerde verzorgenden die reeds vóór 1 juli 2013 werkzaam waren in de instelling.

8. K.B. van 28.03.2013 tot wijziging van het K.B. van 23.06.2003 tot uitvoering van art. 71bis, §§ 1 en 2, van de wet GVU, B.S. van 02.04.2013, p. 20388.

Vanaf 1 juli 2015 worden geen uitzonderingen meer aanvaard en moeten alle leden van het verzorgingspersoneel als zorgkundige geregistreerd staan.⁹

Omschakeling ROB – RVT-bedden

In de financiering van rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen kan vanaf 1 juli 2012 rekening gehouden worden met de nog niet gebruikte RVT-equivalenten uit het Protocolakkoord nr. 3 van 13 juni 2006. Een deel van die RVT-equivalenten kunnen worden ingezet voor de reconversie van ROB-bedden naar RVT-bedden. Omdat de tegemoetkoming voor een RVT-bed hoger ligt dan voor een ROB-bed, wordt een bijkomende financiering voorzien in geval van reconversie.¹⁰

2. Verstrekkingen

a. Artsen

ALGEMENE GENEESKUNDE

De interpretatieregule die toelaat dat de preventiemodule door elke huisarts van een geregistreerde groepering van huisartsen kan worden aangerekend voor zover één van de artsen van deze groepering houder is van het globaal medisch dossier, wordt geschrapt vanaf 1 mei 2013.¹¹ Dit is de datum waarop de bepaling binnen de nomenclatuur werd opgenomen.¹²

MEDISCH ADVIES VOOR PALLIATIEVE PATIËNTEN

Met ingang van 1 januari 2012 voorziet de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in een tegemoetkoming voor een medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde.¹³

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

Deze “2^e arts” moet een contract sluiten met een “inrichtende macht”. Deze laatste moet op zijn beurt een overeenkomst sluiten met het Verzekeringscomité van het RIZIV. Deze overeenkomst bevat de regels waaronder de inrichtende macht een financiering krijgt om de door de behandelende artsen aangevraagde adviezen te vergoeden.

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

9. M.B. van 16.04.2013 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 30.04.2013, p. 25774.

10. M.B. van 16.05.2013 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 19.06.2013, p. 39444.

11. Interpretatieregels van 11.06.2012, B.S. van 10.06.2013, p. 36322.

12. Zie I.B. 2013/2 – p. 204, K.B. van 19.02.2013 tot wijziging van het art. 2 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.03.2013, p. 19709.

13. K.B. van 07.03.2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde, B.S. van 08.04.2013, p. 21665.

Het is de inrichtende macht toegestaan om op dit honorarium een bijdrage in te houden van ten hoogste 10 EUR als bijdrage voor kosten verbonden aan de werking van haar secretariaat.

ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN

De interpretatieregels bij artikel 11 van de nomenclatuur die stelt dat het aanleggen van een supra-pubische drain moet geattesteerd worden als een blaaspunctie is afgeschaft op 1 april 2010. Deze was overbodig geworden na het aanpassen van de regelgeving.

REANIMATIENOMENCLATUUR

Artikel 13 van de nomenclatuur wijzigde grondig vanaf 1 december 2012.¹⁴ Omdat de verstrekkingen van artikel 3 thans zijn ondergebracht in 3 verschillende rubrieken, aanrekenbaar door bepaalde beroepsgroepen in bepaalde omstandigheden, dient een overgangperiode voorzien te worden om de geneesheren-specialisten toe te laten de wijzigingen te integreren. Dit kan tot en met 31 december 2013.¹⁵

MEDISCHE BEELDVORMING

Een interpretatieregels met uitwerking vanaf 1 februari 2011, verduidelijkt dat elke geneesheer-specialist de verstrekkingen inzake kleurenduplexonderzoek mag aanrekenen, behalve door de geneesheer-specialist in de röntgendiagnose.¹⁶

NEUROPSYCHIATRIE

Vanaf 25 juni 2013 treedt een interpretatieregels betreffende het elektro-encefalografisch onderzoek in werking, in afwachting van een wijziging aan de nomenclatuur.¹⁷ Ook voor patiëntjes die in de NIC zijn opgenomen mag meer dan ééns per jaar een EEG aangerekend worden

b. Tandheelkundigen

INTERPRETATIIEGELS

De datum van inwerkingtreding van de interpretatieregels 01 inzake tandheelkundige radiografiën verandert van 1 mei 2009 naar 1 maart 2011.¹⁸

14. Zie I.B. 2013/1 – p. 49, K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van de art. 3, § 1, A, I, 11, 12, § 3, 2^o, d), 13, 17, § 1, 12^o, 17 bis, § 1, 5, 17 ter, A, 9^o, 20, § 1, a), d), e), f), 25, § 2, a), 2^o en 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 18.10.2012, p. 63465 en het erratum, B.S. van 30.11.2012 (Ed. 3), p. 76763.

15. K.B. van 22.04.2013 tot wijziging van het art. 13, § 3, 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 08.05.2013, p. 26811.

16. Interpretatieregels van 18.03.2013, B.S. van 10.06.2013, p. 36320.

17. Interpretatieregels van 27.05.2013, B.S. van 25.06.2013, p. 40483.

18. Zie I.B. 2013/1 – p. 52, Interpretatieregels van 22.04.2013, B.S. van 03.05.2013, p. 26251.

c. Kinesitherapeuten

INTERPRETATIEREGELS

Endermologie kan niet worden geattesteerd in het kader van de kinesitherapienomenclatuur (art. 7), niet met een specifieke verstrekking “manuele drainage” noch met een andere verstrekking van de kinesitherapienomenclatuur.¹⁹ Deze verduidelijking heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2009, de datum waarop de specifieke verstrekkingen “manuele drainage” zijn ingevoerd.

d. Orthopedisten

Een interpretatieregel verduidelijkt in de nomenclatuur betreffende de orthopedische schoenen wat moet verstaan worden onder bilateraal stelsel.²⁰ Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf de datum van inwerkingtreding van de verstrekkingen (01.02.1993).

e. Implantaten

Vanaf 1 augustus 2010 treedt een interpretatieregel in werking die verduidelijkt in welke gevallen de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van een testelektrode die verwijderd wordt.²¹

Vanaf 1 april 2013 is een nieuwe verstrekking in artikel 35 van de nomenclatuur ingevoegd met betrekking tot de periprothetische plaat specifiek ontworpen voor plaatsing met cerclage-kabel(s).²² Deze krijgt nu een interpretatieregel om te verduidelijken dat de verstrekking enkel mag aangerekend worden als een prothetische steel aanwezig is.²³

Vanaf 1 mei 2013 is de terugbetaling voor de chirurgische inwendige lijmen, de hemostatische producten en de anti-adhesieven aangepast. Enerzijds werd, met retroactief effect naar 1 oktober 2012, de koppeling tussen de verstrekking voor de chirurgische lijm gebruikt bij een aneurysma of bij contact met een parenchymateus orgaan gecorrigeerd, zodat deze enkel geldt voor gebruik in contact met een parenchymateus orgaan. Anderzijds werd de nomenclatuur aangepast ten einde onduidelijkheden bij de toepassing ervan weg te werken.

f. Farmaceutische verstrekkingen

Vanaf 15 april 2013 treden nieuwe machtigingsmodellen in werking.²⁴ Het gaat om formulieren die machtiging geven tot het vergoeden van een farmaceutische specialiteit waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is, meer specifiek:

- Machtiging model “b”: een machtiging met een beperkte geldigheidsduur
- Machtiging model “d”: een machtiging met een onbeperkte geldigheidsduur
- Machtiging model “e”: een machtiging voor een bepaald aantal verpakkingen
- Machtiging model “c”: een machtiging voor een enkele verpakking.

19. Interpretatieregels van 08.04.2013, B.S. van 23.04.2013 (Ed. 2), p. 24778.

20. Interpretatieregels van 27.05.2013, B.S. van 14.06.2013 (Ed. 2), p. 38323.

21. Interpretatieregels van 08.04.2013, B.S. van 22.04.2013, p. 24393.

22. Zie I.B. 2013/2 – p. 208.

23. Interpretatieregels van 29.04.2013, B.S. van 31.05.2013, p. 35051.

24. K.B. van 03.04.2013 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 08.04.2013, p. 21677.

Deze aanpassingen worden voorgesteld in het kader van de administratieve vereenvoudiging en het gebruik van MyCareNet voor het aanvragen van een akkoord voor tegemoetkoming.

Verder garanderen de aanpassingen enerzijds dat de aanvragend arts gebruik kan maken van het elektronisch circuit voor het aanvragen van akkoorden voor tegemoetkoming en anderzijds is de coherentie gegarandeerd tussen het systeem voor het aanvragen van een akkoord voor tegemoetkoming via MyCareNet en de gegevens die vermeld worden op de modellen van de machtigingen.

CONTRACEPTIVA

Jonge vrouwen tot en met 20 jaar krijgen een extra tegemoetkoming in de prijs van bepaalde contraceptiva via artikel 56 van de wet GVU. Deze maatregel geldt ook verder in 2012.²⁵

MEDISCHE VOEDING

Vanaf 1 januari 2013 treedt een nieuwe maatregel in werking die voorziet in de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor producten voor bijzondere voeding gebruikt bij gluten/gliadine allergie of bij graanmeel allergie zonder glutenallergie.²⁶

ACTIEVE VERBANDMIDDELEN

Vanaf 1 juli 2013 wijzigt de lijst van de actieve verbandmiddelen die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in het kader van de maatregelen voor de rechthebbenden met chronische wonden.²⁷

III. Uitkeringen

1. Aangepast werk tijdens de arbeidsongeschiktheid (regeling werknemers)

a. Inwerkingtreding van de nieuwe bepalingen van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet

Op 12 april 2013 zijn de nieuwe bepalingen van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet in werking getreden die een opheffing van het voorafgaandelijk karakter van de toelating van de adviserend geneesheer om een aangepast werk uit te oefenen, inhouden.²⁸

25. K.B. van 21.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 29.01.2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité een overeenkomst kan sluiten in toepassing van artikel 56, § 2, 1^o, van de wet GVU om de experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren te verlengen, B.S. van 20.06.2013 (Ed. 2), p. 39620.

26. K.B. van 21.03.2013 tot wijziging van het K.B. van 08.11.1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor bepaalde verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening, bedoeld in art. 34, 14^o, van de wet GVU, namelijk voor bepaalde producten voor bijzondere voeding, B.S. van 19.04.2013 (Ed. 2), p. 23988.

27. K.B. van 07.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.06.2007 tot uitvoering van het art. 37, § 16bis, eerste lid, 3^o, en vierde lid, van de wet GVU, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft, B.S. van 06.06.2013, p. 35818.

28. K.B. van 12.03.2013 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van art. 16 tot 18 van de programmawet van 04.07.2011, B.S. van 02.04.2013, p. 20386 (Zie ook I.B. 2013/1, p. 100 e.v.).

b. De uitvoeringsmaatregelen²⁹

Behalve de wijziging van de gecoördineerde wet is ook het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 gewijzigd.

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

De gerechtigde blijft verplicht om voorafgaandelijk iedere hervatting van een beroepsactiviteit tijdens zijn arbeidsongeschiktheid aan te geven. Deze aangifte moet uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting, gebeuren.

Ook moet aan de adviserend geneesheer de toelating worden gevraagd om die beroepsactiviteit uit te oefenen, eveneens uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling moet zijn beslissing nemen uiterlijk de dertigste werkdag te rekenen vanaf de eerste dag van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid.

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

Om tegemoet te komen aan de nood aan vereenvoudiging worden zowel de aangifte van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid als de aanvraag om toelating aan de adviserend geneesheer door de gerechtigde via een uniek formulier bij de verzekeringsinstelling ingediend. Dit formulier bestaat uit twee delen: een luik “aangifte” dat bestemd is voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling en een luik “toelating” dat bestemd is voor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

DE GEVOLGEN VAN EEN LAATTIJDIGE AANGIFTE

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

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

DE GEVOLGEN VAN EEN GEWEIGERDE HERVATTING

Wanneer een beslissing tot weigering van de toelating tot werkhervatting (wegens de onverenigbaarheid van de activiteit met de aandoening) of een beslissing tot beëindiging van zijn arbeidsongeschiktheid (omdat hij, van een medisch oogpunt uit, geen vermindering van zijn vermogen van

29. K.B. van 12.03.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 02.04.2013, p. 20386 en het erratum, B.S. van 11.04.2013, p. 22455 en de Verordening van 19.09.2012 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e, van de wet G.V.U., B.S. van 17.05.2013 (Ed. 2), p. 28211.

ten minste 50 % behoudt) ter kennis van de gerechtigde wordt gebracht, kan hij onder bepaalde voorwaarden de uitkeringen blijven ontvangen.

- Als de gerechtigde de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating tijdig heeft vervuld, blijft hij voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend geneesheer, zijn uitkeringen – die eventueel afhankelijk van het bedrag van het verworven beroepsinkomen zijn verminderd – ontvangen
- Als de gerechtigde de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating laattijdig, maar binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting heeft verricht, ontvangt hij voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing, zijn uitkeringen (die eventueel afhankelijk van het bedrag van het verworven beroepsinkomen zijn verminderd), maar waarop de sanctie van de vermindering met 10 % is toegepast
- Als de gerechtigde de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating meer dan 14 kalenderdagen vanaf de hervatting heeft verricht, zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet op hem van toepassing vanaf de eerste dag van de hervatting tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer haar uitwerking heeft.

PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING

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

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

2. Arbeidsongeschiktheid zelfstandigen

Beroepsherscholing en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Met het oog op zijn re-integratie kan de arbeidsongeschikte zelfstandige een beroepsopleiding volgen in het kader van een door de Geneeskundige raad voor invaliditeit erkend beroepsherscholingsprogramma.

Om deze beroepsherscholingsprogramma's concreet uit te voeren zijn er onder andere overeenkomsten gesloten tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en arbeidsbemiddelings- en beroepsopleidingsinstanties zoals de VDAB en de FOREM.

Vanaf 16 juni 2013 is een bepaling in werking getreden waarbij de voordelen toegekend door de instellingen belast met de sociale en professionele integratie van de personen met een handicap, niet als inkomsten worden beschouwd.

Normaal gezien wordt het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vanaf de 7^{de} maand verminderd met 3/4^{de} van het tijdens een programma van beroepsherscholing verworven beroepsinkomen. Deze regel speelt bijgevolg niet langer als een bepaalde "opleidingsuitkering" wordt betaald in het kader van een goedgekeurd programma van beroepsherscholing en waarvan het bedrag zelf afhankelijk is van het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.³⁰

30. K.B. van 08.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. 06.06.2013, p. 35819.

3. Welvaartsaanpassingen³¹

a. Verhoging van het ZIV-plafond

Het bedrag van het maximumloon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de uitkeringen wordt met ingang van 1 april 2013 verhoogd met 2 %. Dit nieuwe plafond is vanaf deze datum enkel van toepassing voor de nieuwe gevallen in primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, moederschap, geboorteverlof en adoptieverlof.

b. Herwaardering van de minima

Ingevolge de verhoging van de minimumpensioenen met 1,25 % worden ook de minimumuitkeringen voor een “regelmatig werknemer” (gerechtigde met gezinslast en gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande) verhoogd met 1,25 %. Ook de aan de gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende toegekende minimumuitkering voor een “regelmatig werknemer” (geen koppeling aan de minimumpensioenen) waarvan het bedrag uitdrukkelijk in het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald, wordt met 1,25 % verhoogd. Deze herwaardering gaat in op 1 september 2013.

De minima “niet-regelmatig werknemer” verhogen vanaf 1 september met 2 %.

c. Tegemoetkoming voor hulp van derden

De tegemoetkoming voor de hulp van derden is verhoogd tot 20 EUR met ingang van 1 april 2013. Alle gerechtigden die arbeidsongeschikt zijn en die beantwoorden aan de criteria voor de erkenning van de behoefte aan andermans hulp kunnen van deze verhoging genieten.

d. Verhoging van de inhaalpremie

De inhaalpremie die in de maand mei wordt uitbetaald aan de invaliden waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid minstens 1 jaar heeft bereikt op 31 december van het voorgaande jaar, is in de uitkeringsverzekering voor werknemers in 2013 verhoogd. Het forfaitaire basisbedrag van deze premie wordt 207,7227 EUR (geïndexeerd 274,09 EUR). In 2014 wordt dit basisbedrag nogmaals verhoogd tot 233,4901 EUR.

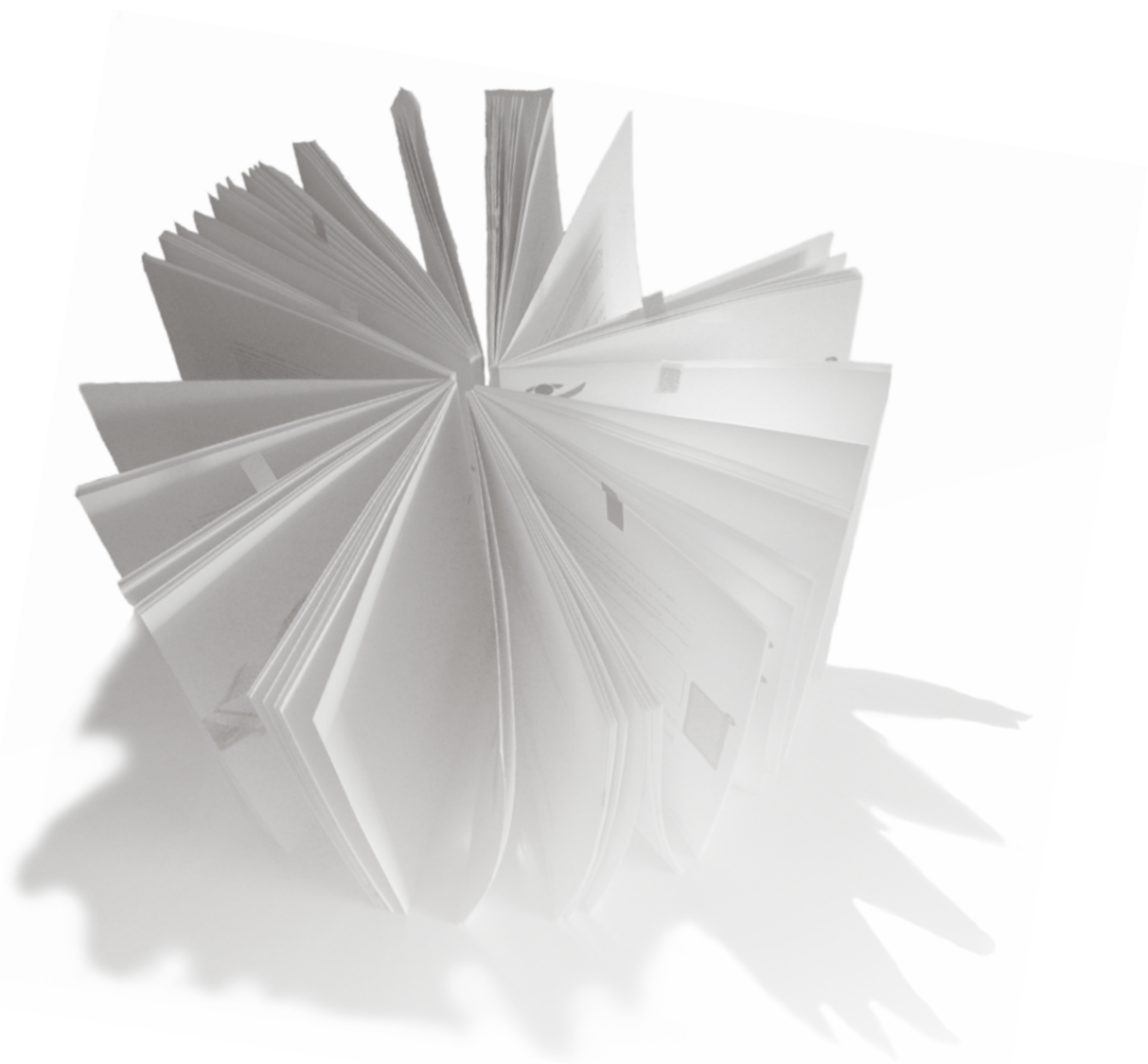
4. Uitkering voor begrafeniskosten

Naar aanleiding van de afschaffing van de forfaitaire uitkering voor begrafeniskosten op 1 januari 2013, dienden er nog een aantal formele aanpassingen te gebeuren aan de reglementering. Het hoofdstuk uit de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 dat nadere regels omtrent de betaling van deze tegemoetkoming bepaalt, is opgeheven.³²

31. K.B. van 21.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 12.06.2013, p. 36719, K.B. van 21.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 12.06.2013, p. 36718 en het erratum, B.S. van 24.06.2013, p. 40189.

32. Verordening van 22.05.2013 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e, van de wet GVU, B.S. van 18.06.2013, p. 39205.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Raad van State, van 2 oktober 2013

Niet-uitgevoerde verstrekking – Dubbele facturering van een zelfde verstrekking – Materiële overtreding – Afwezigheid van rechtvaardigings- of verschoningsgronden

Een niet verleende verstrekking aanrekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging is een materiële overtreding waarvoor het bestaan van bedrieglijk opzet niet vereist is. De overtreding die wets en willens is begaan, valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die geen rechtvaardigingsgrond levert.

O.P. t./RIZIV
Arrest nr. 224.943

...

IV. Premier moyen

IV. 1. Thèses des parties

Le requérant soulève un premier moyen, pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et de la violation de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal. Il soutient que, dans ses conclusions, il avait soulevé la prescription de l'amende en raison de l'écoulement du délai de deux ans, prenant cours à la date du procès verbal du constat "conformément à l'ancien article 141, § 7 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, actuel article 142, § 3" sur la base du raisonnement suivant :

1. le délai initial de prescription de 3 ans a été remplacé par un délai de deux ans suite à l'entrée en vigueur, le 15 mai 2007, de l'article 256 de la loi du 27 décembre 2006,
2. en vertu de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal, c'est la loi la plus favorable qui doit s'appliquer au prévenu, y compris en matière de prescription,
3. l'article 141, § 7 de la loi était applicable à la procédure diligentée par le fonctionnaire dirigeant du SECM, qui devait donc notifier sa décision au plus tard le 14 mars 2008 ; et que la justification du rejet de son argumentation ne répond pas à l'argument relatif à l'article 2, alinéa 2, du Code pénal et viole donc l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe que l'article 2, alinéa 2, du Code pénal n'a été invoqué pour la première fois que dans les conclusions déposées devant la Chambre de recours le 7 décembre 2010 ; que cette disposition était évoquée dans le moyen relatif à la prescription de l'affaire, qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; et que la Chambre de recours s'est prononcée sur la prescription de l'affaire dans sa décision et a donc motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réplique (intitulé “Mémoire en réponse”), le requérant fait valoir que la jurisprudence citée par la requérante n’est pas pertinente puisque les décisions en question concernaient des éléments factuels auxquels il n’aurait pas été répondu et non l’application de normes juridiques invoquées par une partie, tel étant le cas du requérant, qui invoquait l’article 2, alinéa 2, du Code pénal ; et que la décision attaquée viole donc l’article 149 de la constitution.

IV.2. Décision du Conseil d’État

Au regard des développements de la requête en cassation, le moyen doit être considéré comme étant uniquement pris de la violation de l’article 149 de la Constitution. Le requérant y soutient que la décision attaquée violerait cette disposition, puisque la chambre de recours ne se serait pas spécifiquement prononcée sur l’application, en l’espèce, de l’article 2, alinéa 2, du Code pénal, alors qu’il invoquait le bénéfice de l’application de cette dernière disposition pour justifier que c’est le nouveau délai de prescription, de deux ans, qui devait s’appliquer et non l’ancien, de trois ans, et qu’à supposer que ce ne serait pas le cas, il y aurait une discrimination.

En l’espèce, la Chambre de recours expose, sous le titre “La prescription”, d’une part, les raisons pour lesquelles elle estime que le régime transitoire instauré par la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé justifie que ce soit bien le délai de prescription de trois ans qui s’applique, même si la réglementation a été modifiée en cours de procédure, et, d’autre part, les raisons pour lesquelles il n’y a pas de discrimination.

Par ces considérations, la Chambre de recours a exposé les raisons qui l’ont menée à conclure que le délai de prescription de trois ans était applicable en l’espèce, ce dont se déduit l’absence d’incidence de la règle contenue dans l’article 2, alinéa 2, du Code pénal dans l’affaire dont elle était saisie, et a donc régulièrement motivé sa décision sur ce point.

Le moyen n’est donc pas fondé.

V. DEUXIÈME MOYEN

V.1. Thèses des parties

Le requérant soulève un deuxième moyen, pris de la violation de l’article 149 de la Constitution et de la violation des articles 2, n, 73*bis*, 1°, et 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il y soutient que le SECM s’est prévalu de la qualité de dispensateur de soins dans le chef du requérant pour considérer qu’il a enfreint l’article 73*bis*, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ; qu’il avait soulevé dans ses conclusions qu’il ne pouvait être considéré comme un dispensateur ou comme une personne assimilée au sens de l’article 2, n, de cette loi ; qu’il n’est aucunement intervenu comme dispensateur de soins, mais a uniquement établi le document comme mandataire d’un prestataire de soins ; qu’il n’emploie pas d’autres médecins ; qu’il n’organise pas la dispensation des soins et ne perçoit pas les sommes dues pour l’assurance soins de santé ; que la décision attaquée considère néanmoins qu’il peut être condamné ; que la Chambre de recours viole les articles 2, n, 73*bis*, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée en étendant le champ d’application de la loi aux titulaires d’un diplôme de médecine n’étant néanmoins pas des praticiens de l’art de guérir puisqu’ils ne le pratiquent pas ; et qu’à défaut de motivation et de fondement légal, le moyen est fondé.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; que la Chambre de recours a répondu au moyen dans le point relatif au "Dispensateur de soins" ; et que la chambre de première instance s'était également prononcée sur ce point dans sa décision.

Dans son mémoire en réplique (intitulé "Mémoire en réponse"), le requérant fait valoir qu'il ne peut être tenu compte de la motivation de la décision de la chambre de première instance ; que la décision attaquée ne rencontre pas son argumentation quant au champ d'application des articles 2, n, 73bis, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ; et qu'il ne soumet pas au Conseil d'État une question de fait mais l'application d'une norme de droit.

V.2. Décision du Conseil d'État

Au regard des développements de la requête, le moyen doit être considéré d'une part, comme critiquant la portée donnée, par la Chambre de recours, à la notion légale de "dispensateur de soins" pour infliger l'amende litigieuse au requérant, et, d'autre part, comme reprochant à ladite chambre de n'avoir pas exposé les raisons pour lesquelles elle rejette l'argument selon lequel le requérant ne pouvait précisément être qualifié de "dispensateur de soins".

Le moyen vise les articles 2, n, 73bis, 1°, et 141 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans toutefois préciser en quel état d'application ces dispositions (ou l'une d'entre elles, plus particulièrement) auraient été méconnues.

Il convient pourtant de rappeler que, depuis qu'ont été commis les faits reprochés au requérant, ces dispositions ont fait l'objet de plusieurs modifications au regard desquelles le grief formulé par le moyen peut être apprécié différemment.

Dès lors qu'il ne permet pas au Conseil d'État d'exercer le contrôle dont il est saisi par la présente requête en cassation, le moyen ainsi formulé est irrecevable en tant qu'il reproche à la décision attaquée la portée qu'elle a donnée à la notion légale de "dispensateur de soins".

Par ailleurs, par les motifs exposés dans la décision attaquée, la Chambre de recours a régulièrement motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Le moyen n'est donc pas fondé.

VI. Troisième moyen

VI.1. Thèse des parties

Le requérant soulève un troisième moyen, pris de l'appréciation manifestement déraisonnable et erronée des faits et arguments, de la contradiction dans les motifs, de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de la loi et de la violation de l'article 149 de la Constitution.

Il y indique qu'il soutenait, dans ses conclusions, l'absence de cumul possible entre la responsabilité pénale de la personne morale, à savoir l'ASBL C. et de la personne physique, à savoir lui, conformément à l'article 5 du Code pénal ; qu'il indiquait qu'il s'agit d'une sanction de nature pénale, qu'il n'a pas agi de mauvaise foi et que les prestations en question n'étaient pas celles pour lesquelles il avait dispensé des soins ; qu'il y soulignait également qu'il ne peut y avoir de cumul entre la responsabilité d'une personne morale et celle d'une personne physique, sauf si cette dernière a commis l'infraction sciemment et volontairement et que la responsabilité de la personne morale doit être engagée si l'infraction a été commise dans le cadre de la réalisation de son objet social ou dans son intérêt ; que la décision attaquée est fondée sur le fait que "c'est librement et de manière consciente que le Docteur O. a porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée" ; que toutefois, l'INAMI a reconnu qu'il n'a pas agi de mauvaise foi, de sorte que la Chambre de recours se fonde sur une appréciation erronée ou manifestement déraisonnable des faits ; que la Chambre de recours indique également que "Le grief étant établi, la présente chambre considère que la sanction infligée au Docteur O. a été appliquée avec modération vu les circonstances de la cause. En effet, il s'agit d'une infraction commise visiblement sans fraude ni but de lucre, résultant d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention" ; qu'il est contradictoire de soutenir, d'une part, qu'il aurait agi "librement et de manière consciente" et, d'autre part, que cela résulterait d'une inattention, d'un défaut de surveillance ou d'organisation, bref en dehors de toute volonté consciente ; que la décision attaquée indique également que "Dans le cas d'espèce, il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur O. que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute" ; et que cette affirmation ne reflète pas la réalité puisqu'il invoque une faute du service informatique qui est d'ailleurs mise en avant par la décision attaquée, ce qui traduit une contradiction et une inexactitude des faits.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse objecte qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; et que la Chambre de recours a correctement répondu au moyen dans sa partie relative au grief.

Dans son mémoire en réplique, le requérant fait valoir que c'est à bon droit qu'il invoque des contradictions et des erreurs manifestes d'appréciation ; et que, tenant compte des contradictions émaillant la décision, il n'est pas possible de connaître les motifs pour lesquels l'argument tiré de l'article 5 du Code pénal a été rejeté.

VI.2. Décision du Conseil d'État

Le requérant reproche à la Chambre de recours, d'une part, d'avoir contradictoirement considéré qu'il a agi "librement et de manière consciente" et que, l'infraction résulte "d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention" et, d'autre part, en raison de cette contradiction, d'avoir incorrectement motivé le rejet de l'argument relatif à l'existence d'une faute dans le chef de l'ASBL C.

Dès lors que l'infraction considérée ne requiert pas l'existence d'une intention frauduleuse, il n'est pas incompatible de considérer, d'une part, qu'en attestant la prestation considérée, le requérant a commis l'infraction librement et en toute conscience, la Chambre de recours motivant d'ailleurs longuement sa décision sur ce point, et, d'autre part, que, n'ayant pas spécifiquement voulu que cette infraction soit commise, le taux de la sanction devait être mineur.

Par ailleurs, la Chambre de recours ayant exposé, dans la partie de sa décision relative à l'existence d'une cause de justification ou d'excuse, les raisons pour lesquelles elle estimait qu'aucune erreur informatique n'est démontrée par le requérant, elle pouvait régulièrement indiquer plus loin qu'"il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur O. que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute".

Le moyen n'est donc pas fondé.

...

II. Arbeidshof van Antwerpen, 10 september 2013

Artikel 100, § 1 en 168quinquies, § 2, 3^o en § 3, eerste lid, 1^o van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten – Het plaatsen van zoekertjes

De eerste voorwaarde om als arbeidsongeschikt erkend te worden vereist dat alle werkzaamheden door de gerechtigde worden stopgezet. Het begrip "werkzaamheid" wordt zeer ruim geïnterpreteerd. Als werkzaamheid wordt beschouwd elke activiteit met een productief karakter die verricht wordt in het maatschappelijk verkeer waarin men rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen voor zichzelf of anderen, ook wanneer deze activiteit slechts occasioneel of uitzonderlijk wordt uitgeoefend. Het karakter van de activiteit, bijvoorbeeld als hobby, vriendendienst of tijdverdrijf, is niet relevant.

Uit een onderzoek van een sociaal controleur van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering blijkt dat de sociaal verzekerde tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid, via het plaatsen van zoekertjes, een verkoop heeft georganiseerd van zelfgekweekte siervissen, visvoeder en nieuwe aquariumkasten.

Het kweken en verkopen van siervissen en bijhorend materiaal tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid blijkt uit de visuele vaststellingen van de controleur, uit het nazicht van de zoekadvertenties en uit eigen verklaring van de sociaal verzekerde. Het arbeidshof oordeelt dan ook dat het onomstotelijk vaststaat dat de sociaal verzekerde een niet toegelaten arbeid met productief karakter heeft hervat waarbij hij rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen.

Gelet op de hervatting van een activiteit zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer, bevestigt het arbeidshof de uitsluiting van het recht op 21 daguitkeringen in de arbeidsongeschiktheidsverzekering op grond van artikel 168quinquies, § 2, 3^o en § 3, eerste lid, 1^o van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

A.R. 2012/AA/805

K.C. t./RIZIV

...

4. Ten gronde

4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Overeenkomstig artikel 168*quinquies*, § 2, 3^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt van het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid uitgesloten, de sociaal verzekerde die tijdens een uitkeringsgerechtigde periode:

- ofwel een activiteit heeft hervat zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer
- ofwel de verzekeringsinstelling niet op de hoogte gebracht heeft van de hervatting van een activiteit
- ofwel zijn inkomsten niet heeft aangegeven aan zijn verzekeringsinstelling.

Overeenkomstig artikel 168*quinquies*, § 3, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt de duur van de uitsluiting voorzien in § 2, 3^o vastgesteld in functie van de duur van de inbreuk. De verzekerde die gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 30 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 36 dagen.

Bij bestreden administratieve beslissing van de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering van 11 oktober 2011 werd C. in toepassing artikel 168*quinquies*, § 2, 3^o en § 3, eerste lid, 1^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 uitgesloten van het recht op 21 daguitkeringen.

C. gaat niet akkoord met de door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering opgelegde sanctie en hij laat gelden:

- dat het om zeer beperkte schaal kweken en verkopen van siervissen een hobby is van zijn dochters die in geen enkel geval ingeschakeeld is in het economisch ruilverkeer van goederen en diensten en die allerminst productief is of zou kunnen zijn
- dat de verkoop van overtollige aquaria geen productieve activiteit is en hoogstens beheer van eigen bezit betreft.

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering besluit dat de feiten onmogelijk kunnen betwist worden aangezien de feiten blijken uit de eigen verklaring van C., uit het onderzoek van de zoekadvertenties en de vaststellingen van de sociaal inspecteur.

4.2. Beoordeling

Om arbeidsongeschikt te worden erkend moet de gerechtigde, overeenkomstig artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, elke werkzaamheid onderbroken hebben als rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen die zijn verdienvermogen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De eerste voorwaarde om als arbeidsongeschikt te worden erkend vereist dat alle werkzaamheden door de gerechtigde werden stopgezet.

In de rechtspraak wordt het begrip “werkzaamheid” zeer ruim geïnterpreteerd.

Volgens vaste rechtspraak moet als werkzaamheid worden beschouwd elke activiteit met een productief karakter die verricht wordt in het maatschappelijk verkeer waarin men rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen voor zichzelf of voor anderen, ook wanneer deze activiteit slechts occasioneel of uitzonderlijk wordt uitgeoefend.

Het karakter van de activiteit, bijvoorbeeld als hobby, vriendendienst of tijdverdrijf, is niet relevant (Zie J. Put, “Arbeid tijdens het genot van sociale zekerheidsuitkeringen”, Or. 1992, 75; D. Simoens, “Ziekteverzekering, tak uitkeringen, wetgeving en rechtspraak”, T.S.R. Bijzonder nummer 1996, 417; Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011, Wetgeving – rechtspraak, J. Put, V. Verdeyen (editors), Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen, pag. 456).

Uit het onderzoek gevoerd door een sociaal controleur van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering blijkt dat C. via het plaatsen van zoekertjes op het internet – sedert 4 september 2009 de verkoop heeft georganiseerd van zelfgekweekte sierviessen, visvoeder en nieuwe aquariumkasten.

De uitgevoerde activiteit wordt door de sociaal controleur in het proces-verbaal van 7 juli 2011 tot vaststelling van inbreuken, nadat C. op 6 juli 2011 werd verhoord, als volgt omschreven:

“Betrokkene is sinds 1988 bezig met het kweken van malawi cichliden. Na een aantal jaren gestopt te zijn is hij, sinds de verhuis naar zijn huidig woonadres op 9 april 2009, terug gestart met het kweken en verkopen van vissen, voeder en aquariums.

Uit nazicht van een viertal “zoekertjes” op het internet blijkt dat betrokkene minstens sedert 4 september 2009, plaatsing eerste gevonden zoekertje, verschillende soorten vissen uit nakweek te koop aanbiedt. Tevens biedt hij in hetzelfde zoekertje verschillende soorten voedsel te koop. Ook nieuwe aquariumkasten zijn bij hem te verkrijgen.

De vissen worden te koop aangeboden vanaf 3 EUR, naargelang de grootte en de soorten van de vissen.

In het tweede zoekertje, geplaatst op internet begin januari 2011, biedt betrokkene vissen aan aan de prijs vanaf 4 EUR, naargelang de grootte en zeldzaamheid van de vissen. Betrokkene stelt hier reeds sinds 1988 begonnen te zijn met het kweken van vissen.

Een derde zoekertje werd geplaatst op 21 februari 2010 waarin betrokkene vissen, voeder en aquariums te koop aanbiedt.

Alle zoekertjes vermelden de naam, het adres, telefoonnummer, GSM-nummer en e-mail adres van betrokkene”.

C. tracht tevergeefs alle activiteiten toe te schrijven aan zijn twee dochters maar dit stemt niet overeen met de feitelijke vaststellingen:

- alle commerciële contactgegevens verwijzen exclusief naar C. en niet naar de kinderen
- de kinderen verblijven om de 14 dagen bij C.; daardoor is het noodzakelijk dat hij zelf instaat voor de noodzakelijke werkzaamheden op het moment dat de kinderen afwezig zijn: om de twee dagen dienen de vissen gevoederd, verkoop is soms wekelijks, het verversen van water en het reinigen van de aquariums (15-tal aquariums in een hok net achter de woning en verschillende aquariums in het hok achteraan de tuin aan de garage) is op een ritme dat niet overeenstemt met het verblijfsritme van de kinderen.

Het kweken en verkopen van siervissen en bijhorend materiaal (voeder en aquariums) tijdens periode van arbeidsongeschiktheid blijkt uit de visuele vaststellingen van de controleur, uit nazicht van de zoekadvertenties en uit de eigen verklaring van C., zodat het onomstotelijk vaststaat dat C. een niet toegelaten arbeid met een productief karakter heeft hervat waarbij hij of zij rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen.

C. beschikte evenwel niet over de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds om bovengenoemde activiteiten tijdens de periode van zijn arbeidsongeschiktheid uit te oefenen en hij liet tevens na zijn ziekenfonds in kennis te stellen van bovengenoemde activiteiten.

Gelet op de hervatting van activiteit zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer werd in het bestreden vonnis terecht de uitsluiting op grond van artikel 168^{quinquies}, § 2, 3^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

III. Arbeidsrechtbank van Dendermonde, afdeling Sint-Niklaas, 10 september 2013

Wet van 14 juli 1994, artikel 100

Wet van 11 april 1995, artikel 20

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – Werkloosheidsuitkeringen –
Gerechtigde rechten

De gerechtigde die in afwachting van de beslechting van de betwisting over haar arbeidsongeschiktheid reeds werkloosheidsuitkeringen van de Rijksdienst voor Arbeidsbemiddeling heeft ontvangen, is vanwege de verzekeringsinstelling enkel gerechtigd op het verschil tussen deze werkloosheidsuitkeringen en de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. De verzekeringsinstelling dient aan de Rijksdienst voor Arbeidsbemiddeling het bedrag terug te betalen van de intussen aan de werknemer uitbetaalde werkloosheidsuitkeringen tot beloop van het totaal van de achterstallige uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen waarop de betrokkene recht heeft.

Aangezien de verzekeringsinstelling ten aanzien van de gerechtigde enkel kan veroordeeld worden tot het verschil tussen de werkloosheidsuitkeringen en de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen kunnen de wettelijke en de gerechtelijke rente slechts op dit bedrag worden toegekend.

A.R. 11/2676/A

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

...

B. is vanaf 3 november 2011 een graad van arbeidsongeschiktheid blijven bezitten zoals bepaald bij artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 27.08.1994)".

Het deskundig verslag werd in prelectuur overgemaakt aan de partijen op 9 oktober 2012.

De door Dokter L. naar aanleiding van het preliminair verslag geformuleerde opmerkingen werden door de deskundige ontmoet en op een passende wijze beantwoord. Meer in het bijzonder is de deskundige van oordeel dat eiseres een manifeste rugproblematiek vertoont die haar niet enkel arbeidsongeschikt maakt voor rugbelastende beroepsactiviteiten maar ook voor rugsparende beroepsactiviteiten.

Het deskundigenonderzoek tegensprekelijk is gebeurd.

De zienswijze van de deskundige berust op een grondig onderzoek en is vakkundig gemotiveerd. Er werden door de partijen geen opmerkingen geformuleerd van aard om de deskundige bevindingen te ontkrachten of in twijfel te trekken.

De vordering komt, in navolging van het deskundig verslag als gegrond voor.

Eisende partij vordert naast de vernietiging van de bestreden beslissing tevens te horen zeggen voor recht dat zij verder arbeidsongeschikt is gebleven vanaf 3 november 2011 en de mutualiteit te horen veroordelen in betaling van de uitkeringen vanaf die datum, méér de wettelijke interesten vanaf de data van eisbaarheid van de uitkeringen en de gerechtelijke interesten vanaf de datum van neerlegging van het gedinginleidend verzoekschrift.

Artikel 20 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest van de sociaal verzekerde" bepaalt: "Onverminderd gunstiger wettelijke of reglementaire bepalingen en de bepalingen van de wet van 25 juli 1994 tot wijziging van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten met het oog op een snellere afwerking van de dossiers, brengen de prestaties, enkel voor de rechthebbenden sociaal verzekerden, van rechtswege interest op vanaf hun opeisbaarheid en ten vroegste vanaf de datum voortvloeiend uit artikel 12. Indien de beslissing tot toekenning genomen werd met een vertraging die te wijten is aan een instelling van sociale zekerheid is de interest evenwel verschuldigd vanaf het verstrijken van de in artikel 10 bedoelde termijn en ten vroegste vanaf de datum waarop de prestatie ingaat".

In haar arrest van 8 mei 2002 oordeelde het toenmalige Arbitragehof dat artikel 20 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde, geen schending inhoudt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wanneer het in die zin wordt geïnterpreteerd dat het wel degelijk van toepassing is op de sociaal verzekerde rechthebbenden wier prestaties worden uitbetaald ter uitvoering van een uitvoerbare rechterlijke beslissing waarbij de administratieve beslissing tot weigering van de erkenning van de verzwaring van de arbeidsgeschiktheid teniet wordt gedaan (Arrest Arbitragehof nr. 78/2002 van 08.05.2002, B.S. 10.08.2001, p. 34750-34752; J.T.T. 2002, 501. NJW 2002, 168-169 met noot).

Overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie kan de toepassing van artikel 20, lid 1 van de Wet van 11 april 1995, in zoverre het bepaalt dat de uitkeringen van rechtswege rente opleveren vanaf hun opeisbaarheid, niet ter zijde geschoven worden ten voordele van de toepassing van artikel 1153, lid 3 van het Burgerlijk Wetboek wanneer het recht op uitkeringen werd geweigerd en vervolgens de datum waarop de prestaties opeisbaar worden mogelijk een andere is dan die welke voortvloeit uit de toepassing van artikel 12 van het "Handvest" (Cass. 10.02.2003, J.T.T., 2003, p. 172-174).

Anderzijds dient evenwel te worden vastgesteld:

dat de werknemer die de beslissing van einde arbeidsongeschiktheid die hem werd betekend, betwist en daarbij in het gelijk wordt gesteld, overeenkomstig artikel 142, alinea 2, tweede lid van het Koninklijk besluit van 20 december 1963 betreffende de arbeidsvoorziening en werkloosheid, van het genot der werkloosheidsuitkeringen wordt uitgesloten vanaf de dag waarop hij opnieuw werd toegelaten en dat in dat geval de verzekeringsinstelling aan de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening het bedrag van de intussen aan de werknemer uitbetaalde werkloosheidsuitkeringen terugbetaalt tot beloop van het totaal der achterstallige uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering waarop betrokkene recht heeft.

Daaruit volgt dat de werknemer van de verzekeringsinstelling alleen het verschil kan terugvorderen tussen het totaal van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen en het aan de RVA terugbetaalde bedrag. (Zie Cass. 26.10.1992, R.W., 1992-1993, 1163).

Eisende partij is derhalve, voor zover zij tevens voldoet aan alle andere in het artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 gestelde voorwaarden, enkel gerechtigd op het verschil tussen de door haar te ontvangen ziekte- en het eventueel aan de RVA terug te betalen bedrag, méér de wettelijke rente op voormelde bedragen vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop zij uitbetaald hadden moeten worden tot 14 november 2011, méér de gerechtelijke rente.

...

IV. Arbeidsrechtbank van Dendermonde, afdeling Sint-Niklaas, 10 september 2013

Artikel 100 § 1 gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Criteria bij evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Het in staat zijn om voltijds werk te verrichten is geen criterium bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid

Artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt nergens dat de verzekerde, om te kunnen worden uitgesloten uit de ziekteverzekering, in staat moet zijn om voltijds te werken, zodat het in staat zijn om een voltijdse betrekking te verrichten geen criterium kan vormen bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. Een verzekerde is niet arbeidsongeschikt indien hij nog in staat is om, door de uitoefening van een verminderde activiteit die geen volledige dagtaak omvat, ten minste één derde te verdienen van wat een persoon met dezelfde opleiding als hem zou verdienen voor een voltijdse betrekking en deeltijdse arbeid in een niet stresserend arbeidsmidden dient in aanmerking te worden genomen bij de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen (Arbh. Gent, Afd. Brugge, 07.10.1999, AR 99/131, I.B. RIZIV 2003/59; Arbr. Charleroi, 22.03.1982, AR 18648).

A.R. 11/2643/A
N.N. t./v.l. en RIZIV

...

De eisende partij is een 44-jarige vrouw, welke een opleiding genoot als kapster en steeds als kapster gewerkt heeft.

Uit het deskundig onderzoek blijkt dat zij lijdt aan fibromyalgie, diabetes mellitis, de ziekte van crohn, een licht obstructief slaapapneusyndroom en een allergische astma bronchali.

De graad van arbeids(on)geschiktheid in hoofde van eiseres dient niet enkel te worden getoetst aan wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid van de betrokkene behoort maar tevens in de verschillende beroepen die de betrokkene heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De betwisting betreft een “technische” materie (voldoet de eisende partij aan de voorwaarden van de wet en is zij al dan niet arbeidsongeschikt in die zin) waarin de rechtbank het advies van een gerechtsdeskundige heeft ingewonnen.

Deze komt tot het besluit dat de eisende partij niet de graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bepaald door artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Meer in het bijzonder is de deskundige van oordeel dat de eisende partij, niettegenstaande de medische beperkingen waarmee zij ontegensprekelijk te kampen heeft de ziekte niet in die mate op haar functionele mogelijkheden weegt dat dit zou leiden tot een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet.

Het is niet omdat de eisende partij verschillende klachten heeft en aan fibromyalgie lijdt, hetgeen de gerechtsdeskundige overigens niet betwist, dat zij daarom arbeidsongeschikt dient te worden verklaard.

Het deskundigenonderzoek tegensprekelijk is gebeurd.

De zienswijze van de deskundige berust op een grondig onderzoek en is vakkundig gemotiveerd. De eisende partij toont het tegendeel niet aan en er worden door haar geen stukken voorgebracht die de bevindingen van de deskundige betreffende het al dan niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 100 van de ZIV-wet, in twijfel trekken.

Het is niet omdat de eisende partij en haar behandelende artsen er een tegenstrijdige opinie op nahouden dat hieruit volgt dat de bevindingen van de deskundige daarom op de helling komen te staan. Immers, indien een expertise bevolen wordt dan is dat om op basis van het advies van een deskundige, onafhankelijk van de partijen, een beslissing te nemen over de betwisting die is ontstaan uit de uiteenlopende adviezen van de behandelende geneesheer van de eisende partij en van de adviserend geneesheer van verweerster en het oordeel van de onafhankelijk aangestelde deskundige dient de voorkeur te genieten op datgene wat de behandelende geneesheren van één van de partijen attesteren. (Zie Arbeidshof Gent, 07.12.2009, inzake P.M. t./LCM A.R. nr. 2008/AG/280, onuitg.).

De vordering dient, in navolging van het deskundig verslag als ongegrond te worden afgewezen.

...

V. Arbeidsrechtbank van Kortrijk, afdeling Kortrijk, 4 september 2013

Wet van 14 juli 1994, artikel 100
Arbeidsongeschiktheid – CVS – Fysieke meerinspanning – Halftijdse
betrekking – Categorie beroepen

De gerechtigde die lijdt aan fibromyalgie en aan het chronisch vermoeidheidssyndroom kan niet per definitie als arbeidsongeschikt in de zin van de ziekteverzekering worden aanzien.

Hoewel een werkhervatting een ernstige meerinspanning zal inhouden kan halftijds werken in een licht fysieke betrekking zeker worden weerhouden. De diagnose van CVS kan geen vrijgeleide zijn om blijvend ten laste te zijn van de ziekteverzekering.

A.R. 11/843/A
M.B. t./RIZIV en V.I.

...

Globaal bekeken (anamnese, onderzoek en bijkomende onderzoeken, en alle overgemaakte rapporten) concludeert de deskundige dat eiseres vanaf 21 februari 2011 geen arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % vertoont. Een werkhervatting zal een ernstige meerinspanning inhouden voor eiseres en zal meer mogelijk zijn als licht fysiek werk kan worden aangeboden.

De deskundige voegt er nog aan toe dat de diagnose van CVS geen vrijgeleide kan zijn om blijvend ten laste van de ziekteverzekering te zijn.

Het is niet omdat de diagnoses van fibromyalgie en CVS worden weerhouden, dat eiseres per definitie als arbeidsongeschikt in de zin van de ziekteverzekering moet worden aangezien. Blijkbaar sluit ook klinisch psycholoog S. een tewerkstelling niet uit na een cognitief gedragsmatige behandeling.

“Het begrip arbeidsongeschiktheid is in de ziekteverzekering in essentie van economische aard. Niet de fysiologische invaliditeit of de mate waarin de psychische en fysieke integriteit werd aangetast is determinerend, maar wel de mate waarin het vermogen werd verloren of is verminderd om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven die tot het levensonderhoud kunnen bijdragen”. (Arbh. Gent, afd. Brugge, 18.01.2001, zaak A.R. 2000/130, niet gepubliceerd).

Het is voldoende dat eiseres voor één derde het werk aankan, om haar als arbeidsgeschikt te beschouwen. Ze is slechts arbeidsongeschikt in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, indien ze een arbeidsongeschiktheidsgraad van meer dan 66 % bezit. Wie bijvoorbeeld nog halftijds (50 %) kan werken, is niet arbeidsongeschikt.

De rechtbank verwijst naar de stelligheid waarmee ergoloog G. besluit dat eiseres zeker halftijds kan werken in diverse settings die hij opnoemt : keukenhulp, hulp in kapsalon, dierenverzorging bij kleine huisdieren, lichte montageactiviteiten.

Het deskundigenverslag, dat gebaseerd is op objectieve medische vaststellingen en een grondige studie van het dossier, kan worden bijgetreden.

De vordering van eisende partij is bijgevolg niet gegrond nu zij vanaf 21 februari 2011 geen arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % vertoont.

...

VI. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 27 juni 2013

Artikel 100, § 1, gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Criteria ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Vermeldingen die het medisch attest bijgebracht door de verzekerde dient te bevatten om relevant te kunnen zijn bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid – Rol van sociale-familiale omstandigheden

Om tot de gevolgtrekking van een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % te kunnen komen, wordt van de behandelend geneesheer verwacht dat hij aan de hand van afdoende verifieerbare en objectieveerbare medische gegevens zijn standpunt meer specifiek toelicht en uitwerkt waarom elke vorm van arbeid op de algemene arbeidsmarkt erdoor onmogelijk zou zijn. Het volstaat niet dat de behandelend geneesheer op algemene wijze melding maakt van de klachten van betrokkene en van een daarmee samenhangende arbeidsongeschiktheid van + 66 % op de algemene arbeidsmarkt. Om relevant te kunnen zijn, is namelijk vereist dat de behandelend geneesheer een concrete omschrijving geeft van de medische elementen en objectieveerbare klachten van betrokkene, evenals van hun concrete effectieve weerslag op de arbeidsgeschiktheid. Enkel op die wijze kan een attestatie mogelijk voldoende overtuigingskracht hebben om een eventueel tegengewicht te vormen voor het doelgericht onderzoek van de GRI.

Moeilijkheden die de verzekerde ondervindt omwille van sociaal-familiale omstandigheden en/of de onmogelijkheid tot werken die toe te schrijven is aan dergelijke sociaal-familiale omstandigheden kunnen niet worden aangemerkt als "letsels of functionele stoornissen" in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

A.R. 2012/AH/332
S.M. t./RIZIV

...

1. Onderhavig geschil handelt in hoofdzaak over de vraag of M. op/vanaf 29 maart 2012 al dan niet (verder) arbeidsongeschikt was/is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994.

M. meent dat zij wel degelijk in die zin arbeidsongeschikt was, terwijl dit volgens het RIZIV niet (meer) het geval zou zijn.

2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend in de ZIV-reglementering voor werknemers :

“de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn/haar vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn/haar werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij/zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij/zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn/haar beroepsopleiding” (art. 100, § 1, lid 1 van de Gec. ZIV-wet).

Om als arbeidsongeschikt erkend te worden in het kader van vernoemde ZIV-reglementering is met andere woorden (generaliserend gesteld) een arbeidsongeschiktheidspercentage van minstens 66 % vereist.

Over de eerste 6 maanden van primaire arbeidsongeschiktheid wordt de mate van arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het *“gewone beroep”* van de betrokkene, in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne (art. 100, § 1, lid 4 van de Gec. ZIV-wet).

Na die periode van 6 maanden moet op ruimere wijze worden gekeken naar hetgeen een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn/haar werkzaamheid, in de beroepencategorie waartoe zijn/haar beroepsarbeid behoort of in de verschillende beroepen die hij/zij uitgeoefend heeft of zou kunnen hebben op grond van zijn/haar beroepsopleiding (en/of ervaring), hetgeen gemeenzaam met de terminologie van de *“algemene arbeidsmarkt”* wordt aangeduid.

Concreet kan worden vastgesteld dat M. op het ogenblik van de in de bestreden GRI-beslissing vooropgestelde datum meer dan 6 maanden arbeidsongeschikt was, zodat het in functie van het hiervoren vermelde laatste criterium (de *“algemene arbeidsmarkt”*) is dat de evaluatie inzake de (eventuele) arbeidsongeschiktheid moet worden uitgevoerd.

3. Waar M. de besluitvorming van de GRI contesteert, kwam het haar toe om aan de hand van die-nende (medische) gegevens het tegendeel daarvan aan te tonen.

Tijdens de eerste aanlegprocedure bij de arbeidsrechtbank legde M. klaarblijkelijk enkel een summier medisch attest *de dato* 11 april 2012 neer van de hand van haar huisarts, dr. S.

De eerste rechters hebben in verband daarmee terecht geoordeeld dat dit attest niet volstond om de bestreden RIZIV beslissing te zien weerleggen.

Bedoeld attest wordt thans in onderhavige beroepsprocedure opnieuw bijgebracht.

In dit attest stelt Dr. S. dat volgens hem M. meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, met de toevoeging dat betrokkene reeds naar vele specialisten ging *“in verband met haar persoonlijkheidsstoornis en chronisch vermoeidheidssyndroom. Deze verslagen kunnen altijd opgevraagd worden indien u ze nog niet in uw bezit heeft”*.

Voorts werd in dit arrest dan nog melding gemaakt van een ongunstige thuissituatie (*“is geen doen met X, heeft nu vriendin en zij heeft haar ook al uitgescholden”*), van wat grieperig gevoel, druk/pijn rechteroog en wazig zicht, neusverkouden, wat hoesten, hartkloppingen.

De vraag rijst waarom M. de vele verslagen die er in verband met haar gezondheidstoestand dan toch zouden bestaan (althans volgens haar huisarts) ondertussen niet heeft voorgelegd.

Op zich is bedoeld attest van Dr. S., waarbij op algemene wijze een aantal vage en algemene klachten worden vermeld, onvoldoende om tot de gevolgtrekking te kunnen leiden die deze arts wel meent te kunnen doen, met name dat M. inderdaad op/vanaf 29 maart 2012 meer dan 66 % arbeidsongeschikt zou zijn.

Om tot dergelijke gevolgtrekking in het licht van de hiervoren sub. IV.2. vermelde (juridische) systematiek te kunnen besluiten, kon minstens worden verwacht dat de behandelende geneesheer van M. tegen de andersluidende en gemotiveerde besluitvorming van de GRI in, haar standpunt meer specifiek zou hebben uitgewerkt en toegelicht, en dat zij aan de hand van afdoende verifieerbare en objectieveerbare (medische) gegevens een concrete implementatie in functie hiervan - met specifieke toelichting waarom exact elke vorm van arbeid op de algemene arbeidsmarkt voor M. onmogelijk zou zijn - had verstrekt, hetgeen hier niet het geval blijkt te zijn.

En het door M. in onderhavige beroepsprocedure bijgebrachte bijkomende verslag(je) van Dr. V., *de dato* 5 november 2012 (stuk 2 stukkenbundel M.) is evenmin van aard om bijkomende doorslaggevende elementen op te leveren in het voordeel van het door M. ingenomen standpunt.

Ook dit attest is zeer summier opgesteld en bevat als zodanig onvoldoende elementen ter weerlegging van de appreciatie van de GRI.

Dr. V. verwees enkel naar een vroeger vastgestelde CVS-diagnose en een daarbij gevolgd revalidatieprogramma (zonder nadere situering in de tijd).

Het volstaat echter niet om op algemene wijze in een doktersattest melding te maken van een CVS-syndroom en van een daarmee samenhangende arbeidsongeschiktheid van + 66 % op de algemene arbeidsmarkt.

Om relevant te kunnen zijn, dient zulks specifiek te gebeuren middels een concrete omschrijving van de medische elementen en objectiveerbare klachten evenals hun concrete effectieve weerslag op de arbeidsgeschiktheid.

Enkel op die wijze kan een attestatie mogelijk voldoende overtuigingskracht hebben om een eventueel tegengewicht te vormen voor het doelgericht onderzoek van de GRI.

Dit is hier niet het geval.

Dr. V. stelde in het kwestieuze attest:

“een belangrijk gegeven is dat het klachtenbeeld van deze vrouw sterk beïnvloed wordt door een bijzonder belastende familiale situatie met een nog thuiswonende autistische zoon die gedragsproblemen stelt-/-”

“-/- Mijns inziens is deze vrouw om gemengde medische en sociale-familiale redenen nog steeds volledig (> 66 %) werkongeschikt voor de gehele arbeidsmarkt. Op te merken valt dat zij in principe gemotiveerd blijft voor aangepaste beroepsarbeid, zodra dit (bijvoorbeeld door een verminderde familiale belasting) weer mogelijk zou worden”.

Deze redengeving van Dr. V. wijst er duidelijk op dat de nadruk werd gelegd op de sociaal-familiale situatie waarin M. zich bevindt.

De moeilijkheden die men ondervindt omwille van sociaal-familiale omstandigheden en/of de onmogelijkheid tot werken die toe te schrijven is aan dergelijke sociaal-familiale omstandigheden kunnen echter niet worden aangemerkt als “*letsels of functionele stoornissen*” in de zin van artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde ZIV-wet waardoor betrokkene zelf zou zijn getroffen.

Overigens werd in het verslag van Dr. V. niet vermeld dat M. meer dan 66 % arbeidsongeschiktheid zou vertonen op de hier relevante datum van 29 maart 2012, zodat bedoeld verslag ook vanuit die optiek niet dienend is.

Het hof komt tot het besluit dat de 2 relatief summiere doktersattesten die door M. werden voorgelegd te vaag, te algemeen en op onvoldoende dienende wijze gemotiveerd zijn; ze volstaan niet om tot een onjuistheid van de door de GRI (het RIZIV) getroffen beslissing, waarbij de arbeidsongeschiktheid vanaf 29 maart 2012 niet langer werd erkend, te doen besluiten.

Er zijn evenmin afdoende valabele argumenten voorhanden op grond waarvan thans de eventuele aanstelling van een geneesheer-deskundige of van een college van deskundigen in overweging zou moeten worden genomen.

4. Het hof is samenvattend van oordeel dat de eerste rechters correct en rechtmatig beslist hebben om het door M. ingestelde verhaal als zijnde ongegrond af te wijzen en om de bestreden RIZIV-beslissing te bevestigen.

Het aangevochten vonnis wordt door het hof bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

VII. Arbeidshof van Brussel, 29 april 2013

Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikelen 325, 326, §§ 1 en 3, c en 327 – Niet-terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Boeking als administratiekosten

De termijn van twee jaar waarin is voorzien voor de terugvordering van het onverschuldigde bedrag kan worden opgeschort op basis van een oorzaak tot opschorting zoals bepaald bij artikel 326, § 3.

De opschorting van de termijn van twee jaar, zoals bepaald bij artikel 326, § 3, c., is van toepassing als de betaling is uitgevoerd toen de sociaal verzekerde in leven was en de terugvordering ten laste van zijn erfgenamen wordt voortgezet.

Die schorsing is niet van toepassing wanneer de betaling na het overlijden heeft plaatsgevonden en de onverschuldigde betalingen geen schuld van de nalatenschap zijn.

De vrijstelling van boeking als administratiekosten kan niet worden toegekend als de V.I. haar aanvraag niet binnen de termijn, zoals bepaald bij artikel 327, § 1, heeft ingediend.

A.R. 2011/AB/953

V.I. t./RIZIV

...

A. Textes applicables

5. Selon l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

"l'organisme assureur inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial :

a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'organisme assureur à lui-même constaté le paiement indu ; (...)"

Selon l'article 326, § 1^{er},

"§ 1er. La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date :

a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a) ; (...)"

L'article 326 énumère ensuite différentes causes de suspension du délai de deux ans.

Il est notamment prévu par l'article 326, § 3, c., que le délai est suspendu à partir de :

"la date du décès du débiteur jusqu'à la date de la déclaration de la succession ou de la désignation du curateur à succession vacante".

6. À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement prolongé ou suspendu, l'organisme assureur doit, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prendre en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration. Il peut toutefois obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'arrêté royal.

L'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise à ce sujet que :

"§ 1^{er}. À l'exception des cas prévus au § 2, les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :

a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur

b) l'organisme assureur en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire. Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer

c) la demande porte sur un montant d'au moins 300 EUR ou sur un montant de moins de 300 EUR qui serait le solde d'un montant indûment payé d'au moins 300 EUR.

L'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste avant la fin du délai fixé au § 1^{er}.

La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le premier jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste. Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".

Il apparaît ainsi,

- que la demande de dispense doit être introduite dans les 3 mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai de 3 mois étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F ; C. Trav. Bruxelles, 21.09.2005, RG 45.286)
- que la dispense ne peut être accordée que si les conditions cumulativement énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1, a) à c) sont remplies.

B. Application dans le cas d'espèce

7. En l'espèce, l'indu a été inscrit en compte spécial le 13 juillet 2006. Le délai de récupération a pris cours à cette date.

En principe, la demande de dispense devait donc être introduite pour le 13 octobre 2008, soit au plus tard trois mois après l'échéance du délai de deux ans suivant le 13 juillet 2006.

L'O.A. soutient que le délai de deux ans a été suspendu par le décès de Monsieur M., ou à tout le moins, que la difficulté d'identifier la personne ayant perçu les indemnités constitue un cas de force majeure justifiant la suspension du délai.

8. L'INAMI relève tout d'abord que le délai de deux ans n'a pas été suspendu par le décès puisque le décès est intervenu avant que le délai prenne cours (soit avant naissance et la constatation de l'indu).

Par ailleurs, l'INAMI relève à juste titre, que le paiement intervenu après le décès n'a pas été fait à l'assuré social, ni à la succession : en effet, la succession est cédée à la date du décès de sorte que le paiement postérieur au décès, est intervenu, soit au profit d'un héritier qui l'a perçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.

Le débiteur de l'indu n'est donc pas la succession mais cet héritier ou ce tiers indécidat (dans le même sens, C. Trav. Bruxelles, 30.06.2010, R.G. 2009/AB/51786).

Ainsi, la suspension du délai de deux ans prévue en cas de décès du débiteur, n'est pas d'application.

Cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge des héritiers, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession.

Le délai pour récupérer l'indu n'a donc pas été suspendu dans l'attente de la désignation d'un curateur après que les héritiers de Monsieur M. aient renoncé à la succession.

Vu la constatation de l'indu le 13 juillet 2006 et l'absence de cause légale de suspension, il y a donc lieu de confirmer que la demande de dispense est tardive puisqu'introduite après le 13 octobre 2008.

9. C'est à tort que l'O.A. invoque une force majeure.

La force majeure suppose un obstacle indépendant de la volonté du débiteur et que celui-ci n'a pu ni prévoir, ni conjurer.

L'O.A. qui ne démontre pas avoir fait des démarches utiles en vue d'identifier la personne qui a effectivement encaissé les indemnités accordées indûment pour la période du 12 au 30 juin 2006, n'établit pas que l'éventuelle difficulté d'identifier cette personne constituait, en l'espèce, un obstacle insurmontable.

L'O.A. allègue, mais sans fournir la moindre indication précise à ce sujet, que le compte ouvert au nom de Monsieur M. sur lequel le paiement a été fait, a été bloqué à la suite du décès, ce qui aurait rendu difficile la récupération. Ce faisant, l'O.A. ne démontre pas qu'il lui était impossible de savoir qui a effectivement encaissé le montant et d'agir contre cette personne.

La force majeure n'est pas démontrée.

10. En résumé, en l'absence de disposition légale envisageant de manière spécifique l'hypothèse du paiement fait après le décès et en l'absence de force majeure, le délai de deux ans prévu pour la récupération de l'indu, n'a pas été suspendu dans le cas d'espèce.

L'appel de l'O.A. n'est pas fondé.

...

VIII. Arbeidshof van Brussel, 20 maart 2013

Gezag van gewijsde

Het arrest van 26 mei 2005 spreekt zich uitsluitend uit over de ontvankelijkheid van de vordering die is ingediend tot vernietiging van de administratieve beslissing door het verzoekschrift van 14 november 2002. Het spreekt zich niet uit over de gegrondheid van de vraag noch over de ontvankelijkheid van een latere vordering. Het gezag van gewijsde betreft dus niet de gegrondheid noch de ontvankelijkheid van de vordering die is ingediend door de dagvaarding van 24 juni 2005.

Gerechtelijk Wetboek, artikel 700, 2^e lid – Ontvankelijkheid – Toepassing van de wet in de tijd

Artikel 700 van het Gerechtelijk Wetboek moet worden beschouwd als een bepaling die onder de gerechtelijke organisatie valt. Een nieuwe wet met betrekking tot de gerechtelijke organisatie mag er niet toe leiden dat een gedinginleidende akte die op basis van de vorige wetgeving als onregelmatig is beoordeeld en die aldus de vordering onontvankelijk maakt, geldigheid krijgt.

Het verzoekschrift van 14 november 2002 heeft de verjaring niet gestuit krachtens het artikel 700, 2^e lid van het Gerechtelijk Wetboek aangezien de niet-ontvankelijkheid van de vordering die is ingediend door dit verzoekschrift, vóór de inwerkingtreding van deze bepaling werd vastgesteld.

A.R. nr. 2011/AB/484

S.A. R.S.W. t./RIZIV

...

I. Les antécédents du litige

1. La S.A. R.S.W. (ci-après la S.A.) exploite une maison de repos pour personnes âgées depuis le 12 décembre 1996. L'agrément pour 125 lits, est accordé, en partie, comme maison de repos (MRPA) et, en partie, comme maison de repos et de soins (MRS).

Pour ses pensionnaires, la maison de repos bénéficie de l'intervention prévue par les articles 34, 11^o et 34, 12^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Par un courrier du 18 octobre 2002, l'INAMI a notifié sa décision de ne pas attribuer l'intervention forfaitaire visée à l'article 34, 12^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, pour la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2002, les pièces justificatives requises n'ayant pas été envoyées au plus tard le 30 septembre 2002.

Il n'est pas contesté que le document litigieux n'est parvenu à l'INAMI que le 10 octobre 2002 (dépôt à la poste le 09.10.2002).

Par courrier du 7 novembre 2002, le conseil de la S.A. invoqua les articles 328 et 329 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 visant les cas de force majeure. Cette demande fut rejetée le 23 janvier 2003 par l'INAMI.

3. La S.A. a contesté la décision de l'INAMI par une requête déposée le 14 novembre 2002, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

Par un jugement du 1^{er} septembre 2003, le Tribunal du travail de Bruxelles a ordonné la réouverture des débats afin que les parties s'expliquent sur la régularité de la procédure.

Par jugement du 16 janvier 2004, le Tribunal déclara le recours de la S.A. irrecevable au motif qu'il a été introduit par une requête et non par citation.

Ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

4. Par citation du 24 juin 2005, la S.A. a cité l'INAMI à comparaître devant le Tribunal du travail de Bruxelles pour s'entendre condamné à payer la somme de 446.298 EUR à titre d'intervention forfaitaire pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2002.

Par jugement du 22 octobre 2010, le Tribunal du travail de Bruxelles a déclaré l'action irrecevable.

5. La S.A. a interjeté appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du Travail, le 20 mai 2011.

...

§ 1. Recevabilité du recours

A. OBJETS DE LA DISCUSSION

7. La présente procédure qui fait suite à l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005, a été introduite par une citation signifiée le 24 juin 2005 : elle vise à contester la décision de l'INAMI du 18 octobre 2002.

L'INAMI oppose à la demande qu'elle contrevient à l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du 26 mai 2005 et qu'elle méconnaît l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 qui précise que *"les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au Tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification"*.

8. La S.A. conteste que l'autorité de chose jugée de l'arrêt du 26 mai 2005 fasse obstacle à la présente action.

En ce qui concerne la recevabilité rationae temporis de son recours, la S.A. soutient que la requête du 14 novembre 2002, bien qu'irrégulière, a eu pour effet d'interrompre le délai (qu'elle qualifie de délai de prescription) prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi du 14 juillet 1994, et de suspendre ce délai jusqu'au prononcé de l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

Elle en déduit qu'un nouveau délai d'un mois a pris cours le jour du prononcé de cet arrêt de sorte que la contestation introduite par la citation signifiée le 24 juin 2005, est intervenue en temps utile et est donc recevable.

Pour justifier l'interruption et la suspension du délai de l'article 167, alinéa 2, la S.A. invoque, d'une part, les articles 2242 et 2247 du Code civil et, d'autre part, l'article 700, alinéa 2, du Code judiciaire.

B. L'EXCEPTION DE CHOSE JUGÉE

9. L'INAMI soutient que la demande contrevient à l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

Il résulte de l'article 23 du Code judiciaire, que l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'à ce que le juge a décidé sur un point litigieux et à ce qui, en raison de la contestation portée devant lui et dont les parties ont pu débattre, constitue, fût-ce implicitement, le fondement nécessaire de sa décision (Cass. 15.03.1991, Pas., 1991, I, p. 656 ; Cass., 13.06.2002, Pas., 2002, n° 355 ; Cass. 04.12.2008, C.07.0412.F).

En l'espèce, l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005 se prononce, uniquement, sur la recevabilité de l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002. Il ne se prononce, ni sur le fondement de la demande dont la Cour était saisie, ni sur la recevabilité d'une action ultérieure : l'arrêt du 26 mai 2005 est donc dénué d'autorité en ce qui concerne ce fondement et cette recevabilité.

Le jugement et sa motivation doivent à cet égard être confirmés.

L'appel de l'INAMI est non fondé.

C. LA RECEVABILITÉ RATIONAE TEMPORIS DU RECOURS INTRODUIT PAR LA CITATION DU 24 JUIN 2005

Interruption du délai sur base de l'article 700, alinéa 2 du Code judiciaire

10. Selon l'article 700 du Code judiciaire, tel qu'en vigueur jusqu'à sa modification par la loi du 26 avril 2007,

"Les demandes principales sont portées devant le juge au moyen d'une citation, sans préjudice des règles particulières applicables aux comparutions volontaires et aux procédures sur requête".

La loi du 26 avril 2007, a ajouté à l'article 700 un alinéa 2, libellé comme suit :

"Les actes déclarés nuls pour contravention à la présente disposition interrompent la prescription ainsi que les délais de procédure impartis à peine de déchéance".

Selon la S.A., il y a lieu de faire application de l'article 700, alinéa 2 (nouveau) du Code judiciaire, et de considérer que nonobstant l'irrecevabilité constatée par l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005, la requête du 14 novembre 2002 a interrompu et suspendu le délai d'un mois prévu par l'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour justifier en l'espèce, l'application de l'alinéa 2 de l'article 700, qui est entré en vigueur après l'introduction de la présente procédure, la S.A. invoque l'article 3 du Code judiciaire qui précise que :

"Les lois d'organisation judiciaire, de compétence et de procédure sont applicables aux procès en cours sans dessaisissement cependant de la juridiction qui, à son degré, en avait été valablement saisie et sauf les exceptions prévues par la loi".

L'article 700, alinéa 2, visant invariablement les délais de prescription et de forclusion, la question de qualification qui sera évoquée ci-dessous (cfr n° 18), n'empêche pas que la Cour se prononce, dès à présent, sur le moyen que la S.A. développe à propos de cette disposition.

11. À différentes reprises, la Cour de cassation a décidé que l'article 700 du Code judiciaire doit être considéré comme une disposition qui relève de l'organisation judiciaire (Cass. 27.05.1994, Pas., 1994, I, p. 519 ; Cass. 30.10.1997, Pas., 1997, I, p. 437).

Cette disposition pourrait donc faire l'objet d'une application aux procès en cours au sens de l'article 3 du Code judiciaire.

La Cour de Cassation a, en effet, précisé dans son arrêt du 10 février 1972 que par “procès en cours”, on vise “les procès qui doivent encore être jugés lors de l’entrée en vigueur des dispositions nouvelles” (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, p. 537, précédé des conclusions de l’avocat général Mahaux). Tel est bien le cas en l’espèce.

À l’occasion du même arrêt, la Cour de cassation a toutefois également décidé :

“Si une nouvelle loi de procédure est applicable dès son entrée en vigueur aux procès en cours, encore cette loi n’atteint-elle pas, sauf disposition dérogatoire, la validité des actes valablement accomplis sous l’empire de la loi antérieure et ne relève-t-elle pas de la nullité des actes de procédure qui suivant cette loi, étaient nuls” (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, p. 537, précédé des conclusions de l’avocat général Mahaux ; Cass. 17.06.1971, Pas., 1971, I, p. 994).

Ainsi, sauf disposition particulière (inexistante en l’espèce), une loi nouvelle ayant trait à l’organisation judiciaire, ne peut avoir pour effet de rendre valide, un acte introductif d’instance qui au regard de la législation antérieure, a été considéré comme irrégulier et comme rendant l’action irrecevable.

H. BOULARBAH écrit, en ce sens, à propos de l’article 700, alinéa 2, nouveau :

“La nouvelle loi cherche de manière quelque peu paradoxale à valider, en prescrivant une sanction moins sévère, des actes qui étaient antérieurement atteints d’une irrégularité irrémédiable.

Mais, même dans ce cas, il est constant que la nouvelle loi ne peut pas relever de nullité ou d’irrecevabilité les actes qui, selon l’ancienne loi, étaient nuls ou irrecevables (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, 537).

En bref, les requêtes contradictoires déposées avant l’entrée en vigueur de la nouvelle loi alors que la citation était requise, ne profiteront pas de la nullité prescrite par le nouvel article 700 du Code judiciaire.

De même, seules les requêtes introductives d’instance déposées et déclarées nulles après l’entrée en vigueur de la nouvelle loi bénéficieront de l’effet interruptif prévu par le 2^{ème} alinéa de l’article 700 nouveau du Code judiciaire” (H. BOULARBAH, “Présentation générale et application dans le temps de la loi du 26.04.2007 modifiant le Code judiciaire en vue de lutter contre l’arriéré judiciaire”, in *Le procès-civil accéléré ? Premiers commentaires de la loi du 26.04.2007 modifiant le Code judiciaire en vue de lutter contre l’arriéré judiciaire*, Larcier, 2007, p. 29).

12. En l’espèce, la requête du 14 novembre 2002 n’a pu avoir l’effet interruptif prévu par l’article 700, alinéa 2, du Code judiciaire, alors que l’irrecevabilité de l’action introduite par cette requête a été constatée, avant l’entrée en vigueur de cette disposition (voy. dans le même sens, C.T. Liège, 12.02.2010, R.G. 36.269/09, www.juridat.be).

Interruption du délai par application des articles 2244 et 2247 du Code civil

13. Dans le Titre du Code civil consacré à la prescription, les articles 2244 et 2247 précisent :

- *“Une citation en justice, un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu’on veut empêcher de prescrire, forment l’interruption civile”* (art. 2244 du Code civil) ¹.
- *“Si l’assignation est nulle par défaut de forme.
Si de demandeur se désiste de sa demande,
(...)
Ou si sa demande est rejetée,
L’interruption est regardée comme non avenue”* (art. 2247 du Code civil) ².

1. Tel qu’en vigueur en l’espèce, avant d’être complété par la loi du 25.07.2008.

2. Tel qu’en vigueur en l’espèce, avant sa modification par la loi du 16.07.2012, modifiant le Code civil et le Code judiciaire en vue de simplifier les règles qui gouvernent le procès civil.

14. Il résulte de la combinaison des articles 2244 et 2247 du Code civil qu'un acte introductif d'instance a, en principe, pour effet d'interrompre la prescription sauf si "l'assignation est nulle par défaut de forme" ou "si la demande a été rejetée".

La Cour de cassation a précisé à propos du rejet de la demande qui rend l'interruption de la prescription, non avenue :

"Si l'article 2247 (...) ne distingue pas suivant les motifs qui fondent (le) rejet, le juge est néanmoins tenu d'examiner la portée de la décision qui a rejeté la demande en déterminant la pensée réelle du juge qui l'a rendue. Il doit, ainsi, examiner si le juge a entendu rejeter définitivement la demande, ou a fait savoir que le demandeur débouté pourrait présenter à nouveau la même demande ultérieurement dans des circonstances déterminées" (Cass. 27.05.2010, C.09.0103, N ; Cass. 23.05.1969, Pas., 1969, I, p. 872, voy. aussi Cass. 29.04.1993, Pas. 1993, I, p. 415).

En l'espèce, l'arrêt du 26 mai 2005, n'a qu'une autorité limitée. Il n'a tranché que la question de la régularité de l'acte introductif d'instance et en a déduit, compte tenu de l'irrégularité constatée, que l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002 était irrecevable.

La Cour ne s'est pas prononcée sur le fondement de la demande. Elle a toutefois précisé de "manière superfétatoire" que "l'on pourrait s'interroger sur la régularité de la décision administrative entreprise le 18 octobre 2002, qui se fonde expressément sur l'article 2, § 15 de l'arrêté ministériel précité"³.

Il résulte de ces précisions que la Cour du travail n'a pas entendu rejeter définitivement la demande et a donc admis, fut-ce implicitement⁴, que la SA pourrait, éventuellement, présenter à nouveau la même demande ultérieurement sous une autre forme.

Il est d'ailleurs probable que sans ces précisions superfétatoires mais néanmoins importantes, la S.A. n'aurait pas introduit la présente procédure.

15. Le Ministère public a toutefois relevé dans son avis écrit que le délai de l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 n'est pas un délai de prescription mais un délai de forclusion (voy. avis déposé le 09.01.2013, p. 4).

16. Le délai de forclusion (ou délai préfix ou délai de déchéance) peut notamment concerner l'introduction d'une action. En principe, "l'écoulement d'un délai préfix imposé légalement pour l'intentement d'une action en justice entraîne l'irrecevabilité de l'action en ce qu'au terme de ce délai, le droit d'agir n'existe plus" (G. CLOSSET-MARCHAL, " Exceptions de nullité, fins de non-recevoir et violation des règles touchant à l'organisation judiciaire ", R.C.J.B., 1995, p. 651).

En droit social, comme dans d'autres matières, plusieurs délais sont considérés par la Cour de cassation comme étant des délais préfix, bien que le texte légal qui les institue ne précise pas expressément qu'ils sont prévus à peine de déchéance.

Ainsi, en est-il, par exemple :

- du délai (de 75 jours) prévu pour l'introduction d'un recours contre une décision ou une absence de décision de l'employeur en matière d'élections sociales (Cass. 06.04.1992, Pas. 1992, I, p. 704)

3. La Cour se réfère à l'arrêté ministériel du 05.04.1995 ayant été annulé par un arrêt du Conseil d'Etat du 29.06.2004 (arrêt n° 133.270).

4. Et sans, bien entendu, se prononcer sur la recevabilité de cette éventuelle action ultérieure.

- du délai de 3 ans prévu pour l'action en révision des indemnités d'incapacité permanente de travail prévue par l'article 72 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (Cass. 13.05.2002, Pas. 2002, I, p. 1143 ; Cass. 23.01.1995, Pas., 1995, I, p. 56 ; Cass. 01.03.1993, Pas., 1993, I, p. 232)
- du délai de 3 mois prévu par l'article 327, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pour permettre à l'organisme assureur de demander à l'INAMI, la dispense d'inscription en frais d'administration de l'indu non-récupéré (voir Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F)
- du délai de 3 jours ouvrables prévu par l'article 12 de la loi du 19 mars 1991 pour notifier le licenciement à la suite de la décision judiciaire autorisant le licenciement pour motif grave d'un travailleur protégé (Cass. 14.06.1999, S.98.0125 .N).

La Cour du travail a récemment jugé que le délai prévu par l'article 47bis, § 5, de l'arrêté royal du 19 décembre 1967, pour faire opposition à une contrainte signifiée en vue du recouvrement des cotisations sociales dues dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants est aussi un délai de forclusion (C. trav. Bruxelles, 10^e ch., 11.03.2011, RG 2010/AB/91).

En ce qui concerne le régime juridique des délais de forclusion, on admet que le respect de ces délais est une question de recevabilité de l'action (voy. notamment, G. CLOSSET-MARCHAL, op. cit., p. 652), à laquelle la théorie des nullités (prévue aux art. 860 et suiv. du C. jud.), n'est pas applicable (voy. G. de LEVAL, "Éléments de procédure civile", Coll. Fac. Dr. Liège, Larcier, 2003, p. 48).

Il en résulte qu'en cas de violation d'un délai préfix, la déclaration d'irrecevabilité de l'action n'est subordonnée, ni à l'existence d'un texte prévoyant expressément la déchéance, ni à la preuve d'un grief dans le chef de la partie qui se prévaut de cette violation.

De cette analyse, il découle que le délai préfix (ou de forclusion) définit la période au-delà de laquelle le "droit d'agir n'existe plus".

17. En l'espèce, la question de savoir si le délai de l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 est un délai de forclusion ou un délai de prescription et si ce délai est susceptible d'être interrompu conformément aux articles 2244 et 2247 du Code civil, a été soulevée, après la clôture des débats, dans le cadre des débats du Ministère public.

La circonstance que les parties ont eu la possibilité de répliquer à l'avis du Ministère public, ne dispense pas la Cour de rouvrir les débats par application de l'article 774 du Code judiciaire.

La Cour de cassation décide en effet :

"En vertu de l'article 774, alinéa 2, du Code judiciaire, le juge est tenu d'ordonner la réouverture des débats avant de rejeter la demande en tout ou en partie sur une exception que les parties n'avaient pas invoquée devant lui.

La faculté qui est offerte aux parties par les articles 766, alinéa 1^{er}, et 767, § 3, alinéa 2, dudit code de déposer au greffe, après que le juge a prononcé la clôture des débats et que le ministère public a donné son avis, des conclusions portant exclusivement sur le contenu de cet avis, n'emporte aucune dérogation à l'application par le juge de l'article 774, alinéa 2, précité" (Cass. 06.11.2006, S.060021.F).

18. Une réouverture des débats s'impose donc à propos de la nature du délai d'un mois prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et sur l'applicabilité des articles 2244 et 2247 du Code civil, à ce délai.

...

IX. Arbeidshof van Brussel, 7 maart 2013

Gerechtelijk Wetboek, artikelen 2, 52, 53 en 867

Wet van 14 juli 1994, artikel 23, § 3

Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikel 138, 139 en 142

Aard van de termijn voor het indienen van de aanvraag – Geen verlenging

De termijn van 30 dagen waarbinnen de aanvraag tot het verkrijgen van de terugbetaling van een revalidatietegemoetkoming bij het College van geneesheren-directeurs dient ingediend te worden is een vervaltermijn.

De bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek (art. 2, 52 en 53) volgens dewelke de termijn kan verlengd worden wanneer de laatste dag op een zaterdag of een zondag valt, vinden geen toepassing op administratiefrechtelijke beslissingen.

A.R. 2012/AB/37

RIZIV t./VUB en V.I.

...

De aard van de termijn voor het indienen van de aanvraag

8. In tegenstelling met wat de Universiteit voorhoudt, is de termijn van 30 dagen, waarbinnen de aanvraag bij het College van geneesheren-directeurs dient ingediend te worden, wel degelijk een vervaltermijn. Deze termijn valt samen met de termijn die voorzien is in artikel 142 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 voor het indienen van de gewone aanvraag voor het bekomen van de terugbetaling van een revalidatietegemoetkoming. De overeenkomst wijzigt deze termijn niet, maar voorziet enkel dat, met het oog op een snelle afhandeling van de aanvraag, het centrum de aanvraag rechtstreeks kan overmaken aan het College van geneesheren-directeurs. Dit laatste belet overigens niet dat ook een gewone aanvraag moet ingediend worden via de adviserend geneesheer. Uit stuk 4 van het dossier van het RIZIV, de kennisgeving door de Landsbond van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs, blijkt dat een dergelijke aanvraag bij de Landsbond op 27 april 2010, te weten eveneens buiten de termijn, werd ingediend.

De omstandigheid dat de overeenkomst niet uitdrukkelijk bepaalt dat deze termijn is voorgeschreven op straffe van verval, doet daaraan geen afbreuk. Uit de overeenkomst blijkt voldoende dat het naleven van de termijn een voorwaarde is voor het bekomen van de tussenkomst van de ziekteverzekering. Artikel 6.2 bevestigt dit door te stellen dat de inrichting dit verval niet kan teniet doen door de prestatie aan de patiënt aan te rekenen.

De omstandigheid dat ook het College van geneesheren-directeurs de hem opgelegde termijn om een beslissing te nemen niet nageleefd heeft, houdt niet in dat het verval, dat volgt uit het laattijdig indienen van de aanvraag, zou opgeheven worden.

Kan de termijn verlengd worden wanneer de laatste dag op een zaterdag of een zondag valt?

9. De Universiteit, gevolgd door de eerste rechter, meent dat de termijn kan verlengd worden in toepassing van artikel 2, 52 en 53 van het Gerechtelijk Wetboek.

Overeenkomstig artikel 2 van het Gerechtelijk Wetboek zijn de in het wetboek gestelde regels van toepassing op alle rechtsplegingen, behoudens wanneer deze geregeld worden door niet uitdrukkelijk opgeheven wetsbepalingen, waarvan de toepassing niet verenigbaar is met de toepassing van de bepalingen van dit wetboek.

Overeenkomstig artikel 48 van dit wetboek (de inleidende bepaling bij het hoofdstuk VIII “Termijnen”) zijn de termijnen voor het verrichten van de proceshandelingen onderworpen aan de regels van dit hoofdstuk.

Overeenkomstig artikel 52 van dit wetboek wordt de termijn gerekend van middernacht tot middernacht. Hij wordt gerekend vanaf de dag na die van de akte of van de gebeurtenis welke hem doet ingaan en omvat alle dagen, ook de zaterdag, zondag en de wettelijke feestdagen.

Overeenkomstig artikel 53 van dit wetboek is de vervalddag in de termijn inbegrepen. Is die dag echter een zaterdag, zondag of een wettelijke feestdag, dan wordt de vervalddag verplaatst naar de eerstvolgende werkdag.

10. Zoals het RIZIV terecht stelt, is de termijn om in uitvoering van een overeenkomst, of in uitvoering van een wettelijk reglement, een aanvraag tot het bekomen van een bepaalde tegemoetkoming in te dienen, geen proceshandeling in de zin van artikel 48 van het Gerechtelijk Wetboek, noch gaat het om een rechtspleging in de zin van artikel 2 van hetzelfde wetboek.

Het arrest van de Raad van State van 22 oktober 1998 (nr. 76.591), waarnaar de Universiteit verwijst, heeft enkel betrekking op de vraag of de bepalingen van artikel 53 van het Gerechtelijk Wetboek toepassing kunnen vinden op andere “betwiste zaken”, administratieve of burgerrechtelijke, en vindt aldus geen toepassing op “niet-betwiste zaken”, te weten de naleving van de termijn voor het indienen van een aanvraag tot het bekomen van een tegemoetkoming of een ander, door een wet of overeenkomst, voorzien voordeel.

Het arrest van de Raad van State van 22 oktober 1998 blijkt overigens een geïsoleerd arrest te zijn.

In verschillende latere arresten heeft dezelfde raad geoordeeld dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek geen toepassing vinden op administratiefrechtelijke betwistingen. Zo oordeelde de Raad van State in zijn arrest nr. 211.410 van 22 februari 2011 dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek inzake de verplaatsing van de vervalddag enkel gelden voor proceshandelingen en dat de aanvechting van de beslissing van een delibererende klassenraad met een administratief beroep geen proceshandeling is. De Raad voegt daaraan toe dat in het kader van een administratief beroep enkel sprake kan zijn van het verplaatsen van een vervalddag indien de administratieve beroepsprocedure dit uitdrukkelijk voorziet. In dezelfde zin besliste de Raad in zijn arrest nr. 208.780 van 8 november 2010 ten aanzien van een beroep tegen een weigeringsbeslissing van een arbeidskaart en in zijn arrest nr. 50365 van 24 november 1994 inzake een beroep tegen een milieuvergunningaanvraag. In dezelfde arresten stelde de Raad van State telkens ook dat er geen algemeen rechtsbeginsel bestaat dat, buiten artikel 53 van het Gerechtelijk Wetboek om, tot een verplaatsing van een vervaltermijn kan leiden.

Ook het Hof van Cassatie besliste in een arrest van 10 oktober 1985 (Arr. Cass. 1985-1986, 162) dat er geen algemeen rechtsbeginsel bestaat volgens hetwelk, wanneer de vervalddag van een termijn een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag is, die vervalddag op de eerstkomende werkdag wordt verplaatst. Het betrof in het geciteerde arrest de termijn van 60 kalenderdagen na voorlopige oplevering van de gezamenlijke werken bedoeld in artikel 16 van het Ministerieel Besluit van 14 oktober 1964 aangaande de administratieve en technische contractuele bepalingen die het algemeen lastenkohier van de overeenkomsten van de staat uitmaken. In een arrest van 8 april 1994 (R.W. 1995-1996, 1453) besliste het Hof van Cassatie op basis van dezelfde principes dat de termijn voor het instellen van de rechtsvordering tot betaling van een vergoeding wegens uitzetting in het kader van een handelshuurovereenkomst een fatale termijn is, waarvan het verstrijken leidt tot het verval van het recht en dat, wanneer de laatste dag voor het instellen van de rechtsvordering een zondag of een wettelijke feestdag is, de vervalddag niet verplaatst wordt naar de eerstvolgende werkdag. In dezelfde zin besliste het Hof van Cassatie nog met betrekking tot de termijn voor het neerleggen van een factuur op de griffie van de rechtbank van koophandel in toepassing van artikel 20, 5^o van de hypotheekwet (Cass. 01.10.1998, Juridat).

Indien een dergelijk algemeen rechtsbeginsel zou bestaan zou men dit overigens bvb. ook moeten toepassen op de termijn van kennisgeving van een ontslag om dringende reden, wanneer deze verstrijkt op een zaterdag, of ook voor de gewone opzegging van een arbeidsovereenkomst, voor de opzegging van een huurovereenkomst enzovoort.

Het bereiken van het normdoel. Uitvoering te goeder trouw van de “overeenkomst”.

11. Overeenkomstig artikel 867 van het Gerechtelijk Wetboek kan het verzuim of de onregelmatigheid van de vorm van een proceshandeling, met inbegrip van de niet naleving van de in die afdeling bedoelde termijnen of van de vermelding van de vormen, niet tot nietigheid leiden wanneer uit de gedingstukken blijkt dat de handeling het doel heeft bereikt dat de norm op het oog had of dat de niet vermelde vorm wel in acht genomen is.

Net zoals het geval is met de bepalingen van artikel 52 en 53 van het Gerechtelijk Wetboek kan deze bepaling, die specifiek is voor het burgerlijk procesrecht, niet uitgebreid worden tot andere domeinen. Het gaat in *casu* niet om een proceshandeling, en het gaat evenmin om een rechtspleging zoals bedoeld in artikel 2 van het Gerechtelijk Wetboek.

Er is aan het Hof, onder voorbehoud van de toepassing van de regels inzake de uitvoering te goeder trouw of van de regels inzake misbruik van recht, geen enkele wettelijke bepaling of algemeen rechtsbeginsel bekend dat zou inhouden dat een door de wet voorgeschreven termijn, of een door een overeenkomst voorgeschreven termijn voor het stellen van een handeling, niet zou moeten toegepast worden indien blijkt dat, ondanks de overschrijding van de termijn, de handeling het door de wet of de overeenkomst beoogde doel zou bereikt hebben.

12. In *casu* gaat het bovendien, en dit in tegenstelling met hetgeen de Universiteit aanvoert, niet om een louter conventionele termijn. De overeenkomsten, waarvan sprake in de artikelen 23, § 3 en 22, 6^o van de ziekwet, zijn geen louter burgerrechtelijke overeenkomsten waarbij het RIZIV zou gemachtigd zijn om, onafhankelijk van de bestaande wettelijke regelgeving, aan bepaalde instellingen voordelen toe te kennen die niet als dusdanig door de wet voorzien zijn of volgens modaliteiten, die mogen afwijken van de fundamentele wettelijke bepalingen.

Het eigenlijke voorwerp van deze overeenkomsten is dat het College van geneesheren-directeurs gemachtigd wordt om, in plaats van telkens een afzonderlijk voorafgaande goedkeuring te moeten verlenen, een akkoord af te sluiten met een instelling, waarbij afgesproken wordt welke precieze revalidatieverstrekingen zullen worden goedgekeurd, en waarbij administratieve regels worden vastgelegd teneinde een spoedige afhandeling van de aanvraag te bekomen. Deze overeenkomsten, die moeten goedgekeurd worden door het Comité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, kunnen niet zonder meer afwijken van de wettelijke bepalingen, net zo min als zij “willekeurig” kunnen worden afgesloten met instellingen, waarbij de modaliteiten van toekenning zo maar kunnen verschillen.

13. De “overeenkomsten” dienen daarbij de wettelijke bepalingen, en in het bijzonder de bepalingen voorzien in het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, na te leven. Zulks houdt in dat de wettelijke termijnen, voor het indienen van de aanvraag tot terugbetaling, dienen nageleefd te worden. Meer in het bijzonder dient de bepaling van artikel 142, § 2, nageleefd te worden dat voorziet dat, behoudens andersluidende bepalingen, de tegemoetkoming geweigerd wordt voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan 30 dagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen. Deze laatste bepaling is niet alleen van toepassing op de gevallen waarin, overeenkomstig artikel 138, 2^o, de adviserend geneesheer zelf een beslissing kan nemen over de tenlasteneming van de revalidatieverstrekingen, maar ook in die gevallen bedoeld in artikel 138, 1^o, waarin het College van geneesheer-directeurs de uiteindelijke beslissing moet nemen.

Het is in dit kader dat artikel 5 van de overeenkomst niet alleen voorziet dat het centrum binnen de 30 dagen na de implantatie de aanvraag moet indienen bij het College van geneesheer-directeurs, maar bovendien dat de inrichting er zich toe verbindt, binnen de reglementaire voorziene termijn, de aanvraag tot tegemoetkoming in te dienen bij de verzekeringsinstelling, die overeenkomstig artikel 142, § 3, van het bovenvermeld Koninklijk besluit belast is met de betaling van de tegemoetkoming.

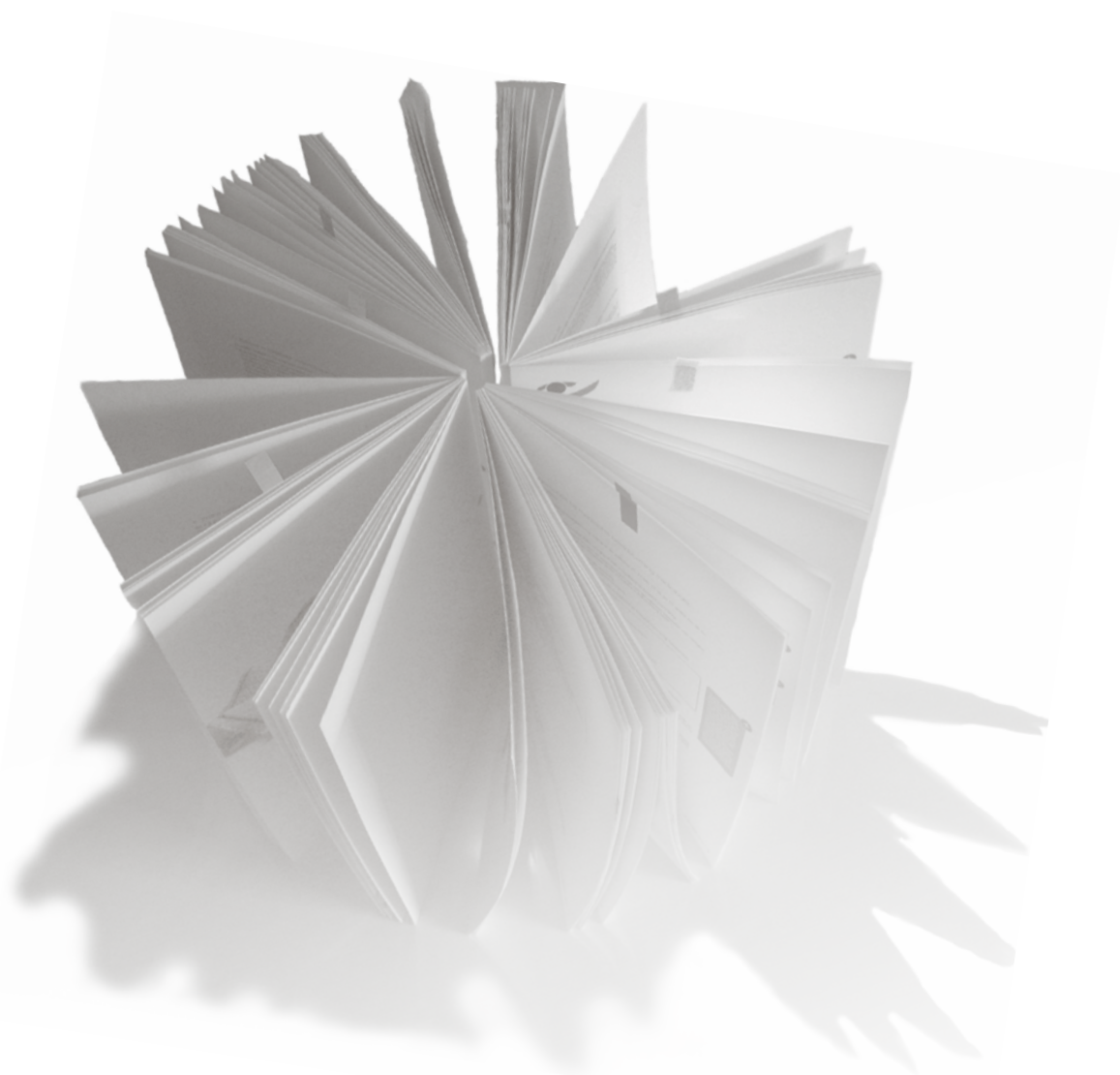
14. Het College van geneesheren-directeurs heeft, net zo min als de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, de bevoegdheid om af te wijken van de door de wet voorziene indieningstermijn voor de aanvraag, behoudens desgevallend ingeval van behoorlijk bewezen overmacht.

Door een strikte toepassing te maken van de wettelijke en "*conventionele*" bepaling heeft het College van geneesheren-directeurs zijn recht niet uitgeoefend op een wijze die kennelijk de grenzen te buiten gaat van de normale uitoefening van dat recht door een voorzichtig en redelijk persoon.

15. In het licht van het voorgaande moet geoordeeld worden dat de bestreden administratieve beslissingen terecht de aanvraag tot tegemoetkoming van de Universiteit als laattijdig afgewezen hebben, zonder dat het verder noodzakelijk is te onderzoeken in welke mate de bevoegdheid van het College van geneesheer-directeurs een discretionaire bevoegdheid is, zoals het RIZIV voorhoudt, en welke de precieze omvang is van de controle die de rechter op deze bevoegdheid kan uitoefenen.

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Project “Back to work”

Gerealiseerde besparingen

Vraag nr. 237, gesteld op 15 april 2013, aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een handicap, belast met beroepsrisico's, en staatssecretaris voor Wetenschapsbeleid, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw LANJRI, Volksvertegenwoordigster¹

Het wedertewerkstellingsprogramma “Back to work” zou volgens de begroting een opbrengst van 25 miljoen EUR moeten genereren. Volgens het Rekenhof is de geraamde besparing echter niet gebaseerd op voldoende precieze gegevens.

Bij de bespreking van de beleidsnota haalde u aan dat u het systeem van de deeltijdse werkhervatting grondig zou herbekijken, teneinde de belemmerende factoren weg te werken.

1. a) Welke opbrengsten zal het “Back to work” plan opleveren?
b) Waarop werd de begroting gebaseerd?
2. Welke belangrijke stappen zullen gezet worden om (deeltijdse) werkhervatting te faciliteren en aan te moedigen in 2013?
3. a) Overweegt u een informatiecampagne om alle betrokkenen over werkhervatting te informeren?
b) Hoe denkt u dit aan te pakken?

Antwoord

1. De besparingen in het kader van het project “*back to work*” ten belope van 25 miljoen EUR, worden verdeeld tussen de regeling voor werknemers en de regeling voor zelfstandigen naar rato van de uitgaven in elke sector. Voor de regeling der werknemers komt dit neer op 93,66 % of een besparing van 23,4 miljoen EUR in 2013. De regeling voor zelfstandigen neemt 1,6 miljoen EUR aan besparingen voor haar rekening.

In het budget 2012 werd in het kader van het project “*back to work*” een besparing ingeschreven van 27.754.000 EUR in het stelsel van de loontrekkenden via een vermindering van het aantal uitkeringsdagen in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Op basis van de reële uitgaven voor het dienstjaar 2012 kan worden vastgesteld dat het budget in primaire arbeidsongeschiktheid, ondanks de doorgevoerde besparing, werd overschat met ongeveer 70 miljoen EUR. De genomen initiatieven in het kader van het plan “*back to work*” zijn hiervoor mee verantwoordelijk.

Het aantal arbeidsongeschikten die met toestemming van de adviserend geneesheer een toegelaten activiteit opstarten neemt jaar na jaar toe. In 2010 en 2011 hebben respectievelijk 23.905 en 26.772 arbeidsongeschikten gedeeltelijk het werk hervat. Op basis van de voorlopige cijfers voor 2012 bekomt men een totaal van om en bij de 30.000.

1. Bulletin nr. 128, Kamer, gewone zitting 2012-2013, p. 163.

Op basis van de cumulregel wordt voor 2012 een reële besparing gerealiseerd van 6,6 miljoen EUR (toename aantal dagen met verminderde uitkering). Bovendien blijkt dat 40,7 % van zij die een toegelaten activiteit uitoefenen nadien voltijds het werk hervatten, wat een bijkomende besparing in de sector met zich meebrengt, die evenwel moeilijk objectief kan worden becijferd.

Het aantal voltijdse werkhervattingen na een periode van toegelaten activiteit neemt bovendien toe. In 2010 hervatten 6.613 arbeidsongeschikten voltijds het werk, in 2011 is het aantal opgelopen tot 6.922 (+ 4,67 %). Verwacht wordt dat deze tendens zich in de toekomst verder zal zetten.

2. Daar het project “back to work” voor de regering een absolute prioriteit vormt, zullen, naast de in het verleden reeds genomen maatregelen, nieuwe initiatieven worden ontwikkeld.

Het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen dat uit werkzaamheid voortvloeit, wordt via bepaalde inkomensschijven op de arbeidsongeschiktheidsuitkering in mindering gebracht (art. 230, § 1, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

In het verleden is deze cumulatieregeling al meermaals aangepast om de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde daadwerkelijk ertoe aan te zetten de werkzaamheid progressief te hervatten. Als meest recente wijzigingen kunnen de volgende maatregelen worden aangehaald:

- Vanaf 1 januari 2009 worden de jaarlijks betaalde voordelen (zoals bvb. de eindejaarspremie) niet als een beroepsinkomen beschouwd en moeten ze bijgevolg niet op de arbeidsongeschiktheidsuitkering in mindering worden gebracht
- Eveneens sinds 1 januari 2009 worden de uitkeringen van de invalide gerechtigde voor de vakantiedagen slechts verminderd met de enkelvoudige waarde van het beroepsinkomen met toepassing van de inkomensschijven (niet langer een vermindering met de dubbele waarde van het beroepsinkomen)
- Met ingang van 1 januari 2012 is het bedrag van de verschillende inkomensschijven gevoelig gewijzigd en wordt de tweede inkomensschijf slechts voor 20 % in plaats van voor 25 % in aanmerking genomen. Concreet bedraagt de eerste schijf vandaag 15,6068 EUR en deze schijf is vrijgesteld. De tweede en derde inkomensschijf van telkens 9,3641 EUR worden voor 20 % respectievelijk 50 % in aanmerking genomen. Het (eventuele) resterende bedrag wordt voor 75 % op de arbeidsongeschiktheidsuitkering in mindering gebracht.

Vanaf 12 april 2013 is er een nieuwe regeling in voege waarbij het voorafgaandelijk karakter van de toelating om tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid het werk (gedeeltelijk) te hervatten, wordt opgeheven. Deze maatregel heeft een meer soepele procedure tot gevolg omdat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde niet langer noodzakelijk voorafgaandelijk aan de werkhervatting de toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds dient te bezitten. Hij moet met andere woorden niet meer wachten op de toelating van de adviserend geneesheer en dient enkel nog voorafgaandelijk via een welbepaald uniek formulier enerzijds de werkhervatting aan het ziekenfonds mee te delen en anderzijds de toelating aan de adviserend geneesheer te vragen. De arbeidsongeschikte erkende gerechtigde kan hierdoor beter inspelen op de opportuniteiten die zich op het vlak van deeltijdse arbeid aandienen.

Op het terrein zijn of worden er nog verschillende overeenkomsten gesloten tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de verzekeringsinstellingen, de arbeidsbemiddelings- en beroepsopleidingsinstanties en de diensten voor integratie van personen met een handicap.

Gelet op de dikwijls trajectmatige aanpak van de arbeidsbemiddelings- en beroepsopleidingsinstanties werken deze instanties samen met talrijke werkgevers om de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden opleidingen en stages in ondernemingen te laten doorlopen. Om dit proces verder te stimuleren zullen informatiecampagnes worden georganiseerd met de lokale actoren om informatie en uitleg te verschaffen over de door deze nieuwe samenwerkingen aangeboden mogelijkheden. Deze initiatieven zullen leiden tot een toename van het aantal arbeidsongeschikten die, via een traject naar werk, opnieuw hun plaats op de arbeidsmarkt zullen kunnen innemen.

3. De website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt op dit ogenblik herwerkt om de informatie voor zijn gebruikers (sociaal verzekerden, zorgverstrekkers, verzekeringsinstellingen, enz...) meer toegankelijk te maken. Een onderdeel van de site zal aan de socio-professionele re-integratie worden gewijd.

Een voor de sociaal verzekerden bestemde folder over de beroepsheroriëntering is, net als de folder die handelt over de gedeeltelijke werkhervatting afgewerkt. Deze laatste kan worden geraadpleegd op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en zal aan werknemers- en werkgeversorganisaties alsook aan de verzekeringsinstellingen ter beschikking worden gesteld.

Aan de adviserend geneesheren zullen de nodige guidelines worden meegedeeld om ervoor te zorgen dat zij de mogelijkheden tot deeltijdse activiteit met betrokkene bespreken zodra de gezondheidstoestand van de arbeidsongeschikte gerechtigde het toelaat. Hiertoe zal ook het initiatief worden genomen tot de creatie van permanente communicatiekanalen tussen adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren en behandelende geneesheren via een beveiligde chatbox.

Op de adviserend geneesheer rust verder de verplichting om de staat van arbeidsongeschiktheid eens om de zes maanden te onderzoeken, tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden. Deze verplichting waarborgt dat bij deze groep gerechtigden periodiek wordt nagegaan of vanuit medisch oogpunt het werk niet volledig of gedeeltelijk kan worden hervat zodat de arbeidsongeschiktheid kan worden beëindigd en er bijgevolg ook niet langer prestaties ten laste van de uitkeringsverzekering moeten worden toegekend.

Ingevolge de beslissing van de regering wordt een sensibiliseringscampagne voor de progressieve hervatting van het werk in samenwerking met de vertegenwoordigers van de werknemers en de werkgevers op touw gezet. De werkgevers spelen immers onbetwistbaar een belangrijke rol bij de re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden. Zij dienen, waar mogelijk, de bereidheid te tonen om personen die deeltijds het werk wensen te hervatten, kansen te geven.

II. Belgisch Nationaal contactpunt “Info Grensoverschrijdende Gezondheidszorg.be”

Vraag nr. 1048, gesteld op 11 juni 2013, aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer SEMINARA, Volksvertegenwoordiger¹

In maart 2011 werd de Europese richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg goedgekeurd, met het oog op duidelijkere voorschriften en regels voor de terugbetaling.

In de consideransen 48 en 49 en in artikel 6 van de richtlijn wordt gesteld dat de lidstaten nationale contactpunten moeten oprichten voor voorlichting over alle wezenlijke aspecten van grensoverschrijdende gezondheidszorg.

De richtlijn moet uiterlijk op 25 oktober 2013 in nationaal recht worden omgezet.

De Europese Commissie heeft opdracht gegeven voor een studie over de nationale contactpunten; de eerste resultaten van dat studiewerk werden voor mei 2012 verwacht.

1. Heeft u kunnen kennismaken van die studie?
2. Hoe staat het met de oprichting van het nationale contactpunt in België?
3. Werden de eerste tests met het oog op het operationeel krijgen van die centra al opgezet?

Antwoord

De Europese commissie heeft de bewuste studie op 8 januari 2013 aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en aan het Rijksinstituut voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering bezorgd.

De studie behandelt de oprichting van websites in de verschillende lidstaten en stelt voor om, in het licht van de eisen van de richtlijn, een stand van zaken op te maken van de informatie die in 2012 op het internet in elke lidstaat beschikbaar was. Zij stelt tevens een informatiearchitectuur en functionaliteiten voor die België zullen inspireren om haar website op te zetten. De studie onderzoekt ten slotte de nodige financieringen om in elke lidstaat een dergelijke website te creëren en te onderhouden.

Het invoeren in België van een nationaal contactpunt verloopt dankzij een goede samenwerking tussen de federale overheid en die van de gemeenschappen en gewesten. Om alle ingezetenen van de Europese Unie de nodige inlichtingen te verstrekken moet elke voor volksgezondheid bevoegde entiteit in België inderdaad idealiter aan dit project bijdragen. De discussies verlopen bijzonder constructief, in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Concreet zal een informatieve website de verschillende thema's behandelen die de artikelen 5 en 6 van de richtlijn vragen. De website zal voor elk thema een inleidende toelichting geven en de lezer voor de meer omstandige uitleg via een link naar de bevoegde besturen doorverwijzen. De website wordt momenteel opgemaakt en vertaald.

1. Bulletin nr. 126, Kamer, gewone zitting 2012-2013, p. 62.

Daarnaast zal er een contactcenter worden opgericht om de per e-mail, telefoon en elektronisch formulier (beschikbaar op de website) ontvangen vragen te beantwoorden. Professionele callcentermedewerkers zullen de eerste lijn voor hun rekening nemen, en de deskundigen van de verschillende betrokken besturen van de federale, gemeenschaps- en gewestelijke overheden zullen zich over de tweede lijn ontfemen.

Men zal in de volgende weken starten met het opzetten van het callcenter.

De verschillende nadere regels met betrekking tot de financiering van het callcenter en de samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus zijn in een protocolakkoord gegoten. Dat akkoord werd op de interministeriële conferentie van juni ondertekend.

U zult begrepen hebben dat de Europese richtlijn alle institutionele actoren van de Volksgezondheid een mooie gelegenheid biedt om ons zorgsysteem in al zijn dimensies te laten kennen.

III. Syndroom van Asperger

Opsporing, diagnose en opvolging – Rol referentiecentra voor autismespectrumstoornissen

Vraag nr. 1086, gesteld op 3 juli 2013, aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer SEMINARA, Volksvertegenwoordiger¹

De moeilijkheden die ouders van kinderen met het syndroom van Asperger ondervinden, worden nog altijd vaak onderschat of zelfs miskend.

In tegenstelling tot autisme, dat veel beter bekend is omdat autisme voorkomt bij 25 op 10.000 personen en er zelfs films gemaakt werden over autisten, komt het syndroom van Asperger maar zelden in de belangstelling.

Tegenwoordig gaat men ervan uit dat 2,5 à 3 personen op 10.000 aan Asperger lijden. Mensen met Asperger hebben problemen met communicatie, sociale interactie en cognitieve perceptie.

Meer algemeen functioneren deze mensen moeilijk in een sociale context. Kinderen met Asperger voelen de regels van de sociale omgang niet intuïtief aan, en leren ze ook niet door imitatie; zij kunnen zich niet inleven in een ander.

Deze kinderen houden op een rigide manier vast aan hun gewoonten en aan de regels die ze zichzelf opleggen. Ze zijn overgevoelig voor geluiden en aanrakingen. Aspergers hebben een gemiddelde tot hoge intelligentie, sommigen hebben specifieke vaardigheden; zij denken extreem visueel en het ruimtelijk inzicht in het geheugen zijn vaak zeer sterk ontwikkeld, en ze zijn goed in hoofdrekken. Soms vertonen ze echter ook tekortkomingen, bij het begrijpen van taal en het doorgronden van complexere problemen.

Die kinderen zijn dus anders, en het omgaan met die verschillen zorgt voor problemen voor de omgeving. Voor de ouders is het van het grootste belang dat er zo vroeg mogelijk een diagnose gesteld wordt, zodat ze aangepaste educatieve begeleiding kunnen krijgen.

1. Bulletin nr. 131, Kamer, gewone zitting 2012-2013, p. 190.

Een aspergerdiagnose is echter ook vandaag nog zeer moeilijk te stellen, omdat de symptomen ook bij mensen met anderen psychische stoornissen voorkomen.

1. Werde er vooruitgang geboekt op het stuk van de screening op jonge leeftijd en de onderbouwde diagnose van het syndroom van Asperger bij kinderen?
2. Spelen de referentiecentra een rol bij de begeleiding en coördinatie van de behandeling voor aspergers?

Antwoord

Wij zijn bijzonder bezorgd over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Eind 2012 hebben de beleidsverantwoordelijken voor volksgezondheid van de federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten een gemeenschappelijke verklaring ondertekend voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren.

Vroegtijdige opsporing, een geïntegreerde werking in een multidisciplinair netwerk en een specifieke aanpak van elke patiënt in zijn eigen omgeving zijn een aantal beoogde benaderingen.

Het syndroom van Asperger behoort tot de autismespectrumstoornissen. De kinderen zijn vaak in staat om hun problemen in zekere mate te compenseren. Een reden te meer om te pleiten voor vroegtijdige en professionele opsporing teneinde hen tijdig te helpen.

In 2006 werd door het RIZIV, samen met zeven gespecialiseerde centra, een specifieke overeenkomst opgesteld en gesloten. De overeenkomst voor het "referentiecentrum voor autismespectrumstoornissen" is onder meer gericht op patiënten met het syndroom van Asperger als rechthoudenden. Het geconventioneerde centrum werkt als convergentiepunt voor de medische en sociale netwerken en omvat twee groepen:

- een "diagnosegroep" waarbij men de termijn tussen de eerste klachten van de ouders bij één van de actoren en de diagnosestelling door een referentiecentrum zoveel mogelijk wil beperken
- een "coördinatiegroep": de persoonlijke multidisciplinaire tenlasteneming in samenwerking met de familiale omgeving en de onderwijzers. Informatieverstrekking en psycho-educatie zijn centrale elementen in de opvolging van de patiënten.

In de overeenkomst is bepaald dat het centrum alle nodige stappen moet ondernemen om zijn opdrachten en activiteiten bekend te maken bij een zo groot mogelijk aantal personen en instellingen aan wie de tenlasteneming en de verantwoordelijkheid van personen met dergelijke stoornissen kunnen worden toevertrouwd.

Er werd een akkoordraad van de erkende centra opgericht. Die raad is belast met het toezicht op de coherentie van de praktijk tussen de verschillende centra en de interactie tussen de verschillende actoren van het netwerk van zorgvoorzieningen. De raad evalueert de belangrijkste theoretische en klinische vernieuwingen.

IV. Elektronisch medische voorschriften

Veralgemening

Vraag nr. 1141, gesteld op 12 juli 2013, aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw MUYLLE, Volksvertegenwoordigster¹

Eind 2012 werd, na organisatie van een ronde tafel, “het actieplan e-gezondheid 2013-2018” opgesteld. Zowel zorgverleners van eerste als tweede lijn, als organisaties en administraties van de federale, gewestelijke en gemeenschapsoverheden hebben hieraan bijgedragen.

Voor 2014 en 2015 zijn de vooruitzichten dat op gebied van het elektronisch voorschrijven, geneesmiddelenvoorschriften, voorschriften voor zorg vanwege kiné en verpleegkundigen, labo en medisch beeldvormingsvoorschriften vanuit het elektronisch patiëntendossier in het ziekenhuis automatisch naar recip-e (bij apothekers) zullen verzonden worden.

1. Is deze timing haalbaar, met andere woorden is de ICT/software klaar?
2. Wanneer zal het elektronisch voorschrift (recip-e) gebruikt worden binnen de RVT's (rust- en verzorgingstehuizen) en thuisverpleging?
3. a) Hoe lopen de proefprojecten met huisartsen, die automatisch een voorschrift doorsturen naar de apotheker?
b) Wanneer worden zij geëvalueerd?
c) Wanneer is eventuele veralgemening mogelijk?
4. a) Kadert het elektronisch voorschrijven binnen het eHealth-project, of binnen de mogelijkheden van vitalink?
b) Kunnen beide systemen hiervoor op elkaar afgestemd worden?

Antwoord

1. De criteria voor de registratie van softwarepakketten voor huisartsen in 2013 voorzien het gebruik van de Recip-e functionaliteiten en worden eind 2013 op hun conformiteit getest.

De huisartsen die gebruik maken van een geregistreerd softwarepakket zullen dus begin 2014 de mogelijkheid hebben om geneesmiddelen elektronisch voor te schrijven, conform met de timing voorzien in het actieplan e-Gezondheid.

Het actieplan e-Gezondheid voorziet het gebruik van de voorschriften kinesitherapie, verpleegkunde, labo en medische beeldvorming vanaf januari 2015 en wijst de projectleiding en projectverantwoordelijkheid hiervoor toe aan het eHealth platform en de vzw Recip-e. Deze datum is een richtdatum en is afhankelijk van de sector.

De criteria voor de registratie van softwarepakketten voor kinesitherapeuten in 2013 voorzien het gebruik van de Recip-e functionaliteiten en worden eind 2013 op hun conformiteit getest. Dit betekent dus dat de kinesitherapeuten die gebruik maken van een geregistreerd softwarepakket in de loop van 2014 reeds de mogelijkheid hebben om elektronische voorschriften te ontvangen, dat is dus vroeger dan het actieplan e-Gezondheid voorziet!

1. Bulletin nr. 126, Kamer, gewone zitting 2012-2013, p. 91.

De criteria voor de registratie van softwarepakketten voor verpleegkundigen in 2013 voorzien niet het gebruik van de Recip-e functionaliteiten. Dit criterium zal dus pas kunnen opgenomen worden in de volgende registratiesessie.

2. De timing voor het gebruik van het elektronisch voorschrift binnen de RVT's en thuisverpleging zal nog dit jaar worden vastgelegd.
3. Het pilootproject "Ambulant elektronisch voorschrift" werd gerealiseerd tussen 16 juni 2009 en 28 februari 2013. De resultaten van dit pilootproject zijn samengevat in een eindverslag van 15 maart 2013.

Een van de doelstellingen van het pilootproject was het uitwerken van een generische architectuur voor het verzenden van niet-geadresseerde voorschriften tussen zorgverleners (voorschrijvers uitvoerders). Het pilootproject spitste zich toe op het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift voor ambulante patiënten.

Het rapport vermeldt dat het systeem in de praktijk getest werd bij 11 artsen en 16 apothekers die op regelmatige basis geneesmiddelenvoorschriften verstuurden/ontvingen. In totaal werd de cyclus volledig doorlopen voor 430 voorschriften.

Het rapport stelt dat een veralgemening van het systeem mogelijk is. Een aantal aandachtspunten worden hierbij opgesomd. Ook worden nog technische problemen vermeld: deze zijn nog niet opgelost maar wel geïdentificeerd, zodat dit een veralgemening niet in het gedrang brengt.

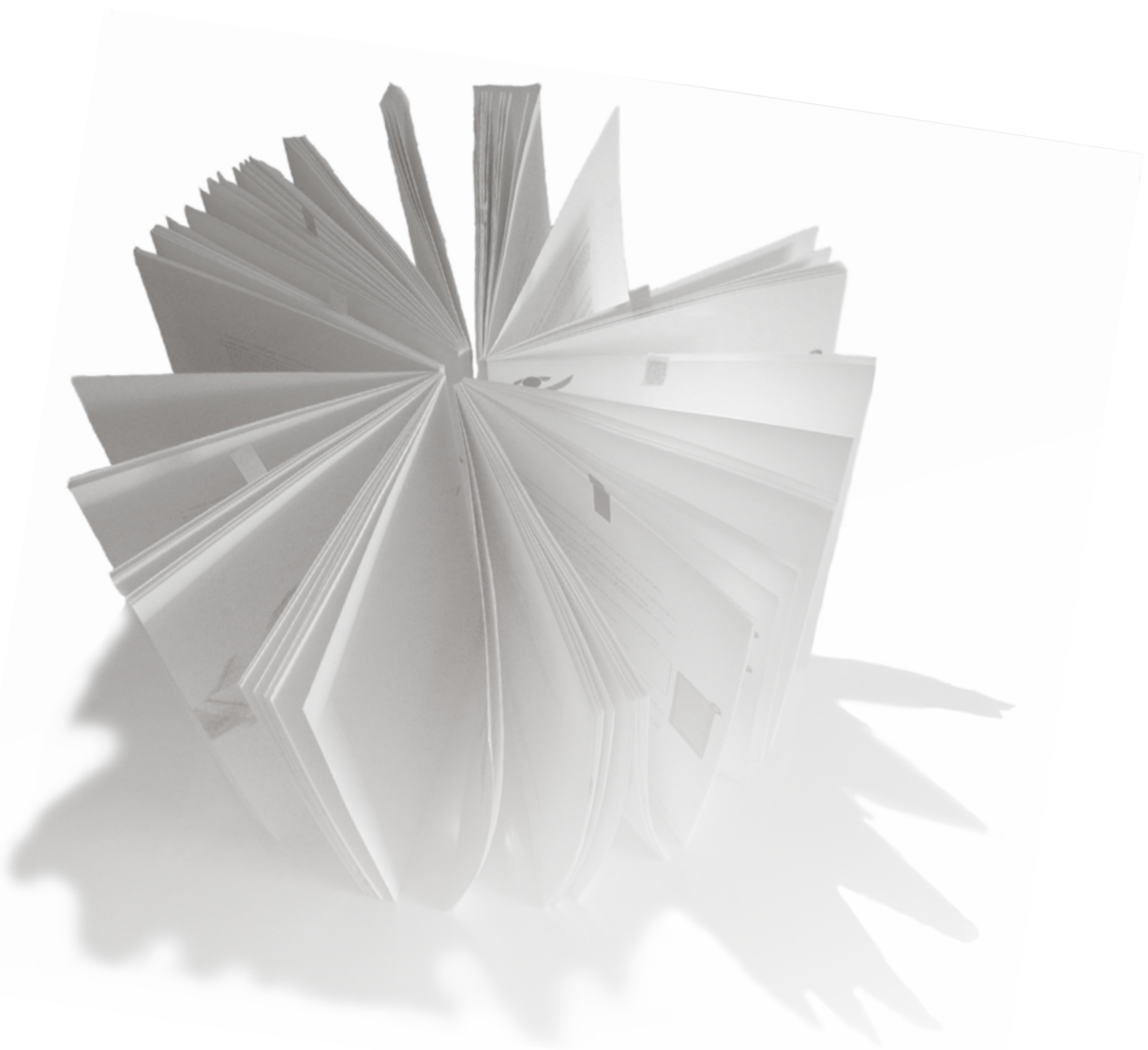
De projectleiding en projectverantwoordelijkheid voor de veralgemening van het systeem wordt in het actieplan e-Gezondheid toegewezen aan het eHealth platform en de vzw Recip-e.

4. Het Recip-e project en het Vitalink project hebben uiteenlopende doelstellingen: bij Recip-e is dat zoals gezegd het elektronisch versturen van geneesmiddelenvoorschriften en bij Vitalink (voorlopig) het elektronisch publiceren van het medicatieschema van een patiënt.

Het medicatieschema is de lijst van geneesmiddelen die de patiënt dagdagelijks inneemt. Een arts beslist in een eerste stap over de geneesmiddelen die een patiënt dient in te nemen (= medicatieschema *strictu sensu*) en beslist vervolgens over welke geneesmiddelen dienen voorgeschreven te worden: zo moet hij voor nieuwe medicatie een eerste voorschrift opstellen en beslissen voor welke van de bestaande medicatie een verlengingsvoorschrift noodzakelijk is.

Tot op heden worden zowel het medicatieschema als het elektronisch voorschrift beheerd in het elektronisch patiëntendossier van de zorgverlener. Het is de bedoeling om dit medicatieschema te publiceren in een beveiligde kluis zodat dit vervolgens door geautoriseerde zorgverleners kan aangepast en/of geraadpleegd worden.

4^e Deel
Richtlijnen van
het RIZIV



I. De verklaring op erewoord van een persoon ten laste



Van toepassing vanaf 19 november 2013

Deze omzendbrief vervangt de bijlage van de omzendbrief V.I. nr. 2000/89 - 248/34 van 6 maart 2000.¹

De verklaring op erewoord in verband met de inkomsten van een persoon ten laste bestaat uit 4 rubrieken.

In de eerste rubriek, in te vullen door de gerechtigde of de verzekeringsinstelling worden de gegevens van zowel de gerechtigde als de persoon ten laste gevraagd.

De gerechtigde kan deze rubriek invullen of ervoor kiezen een klever van het ziekenfonds te kleven.

De band met de persoon ten laste dient aangegeven te worden. Kinderen zijn in deze opsomming niet opgenomen aangezien zij geen verklaring op erewoord met betrekking tot hun inkomsten dienen in te vullen.

Voor de persoon ten laste dient er aangegeven te worden bij welk ziekenfonds hij reeds aangesloten is, voor zover dit het geval is. Dit is voorzien omdat een persoon reeds gerechtigde of een persoon ten laste kan zijn en zich vervolgens als persoon ten laste kan inschrijven/persoon ten laste kan worden bij een andere gerechtigde bij een ander ziekenfonds.

Rubriek twee, de kwartaalinkomsten van de persoon ten laste, dient door de persoon ten laste ingevuld te worden (afgezien van de datum van inschrijving en het grensbedrag, deze elementen dienen door de verzekeringsinstelling ingevuld te worden). De bijlage van de verklaring op erewoord verduidelijkt welke inkomsten in aanmerking genomen dienen te worden. De persoon ten laste (of de gerechtigde) voegt de bewijsstukken toe.

Rubriek drie is de verklaring op erewoord van de gerechtigde (in te vullen door de gerechtigde). Deze verklaring heeft geen betrekking op de inkomsten van de persoon ten laste, wel op de bewijsstukken (zie hiervoor art. 252, al. 8 van het K. B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

Rubriek vier is de verklaring op erewoord van de persoon ten laste (in te vullen door de persoon ten laste). Deze verklaring heeft wel betrekking op de inkomsten van de persoon ten laste.

Vervangt omzendbrief nr. 2013/279 van 23 augustus 2013.

¹ Gepubliceerd in het I.B. nr. 2000/1.

**Persoon ten laste van een gerechtigde op geneeskundige verzorging:
Verklaring op erewoord in verband met de inkomsten²**

Rubriek 1: Gegevens van de gerechtigde en de persoon ten laste

Instructie: Vul de gevraagde gegevens in **of** kleef een klever van het ziekenfonds. Geef **in elk geval ook** de band met de persoon ten laste.

De gerechtigde:

Voornaam:

Naam:

INSZ-nummer: -- (Zie identiteitskaart achteraan
bovenaan links)

of geboortedatum

(Aansluitingsnummer

)

De persoon ten laste:

Voornaam:

Naam:

INSZ-nummer: -- (Zie identiteitskaart achteraan
bovenaan links)

of geboortedatum

Ziekenfondsnummer

(Enkel invullen als de persoon ten laste al aangesloten is bij een ziekenfonds):

(Aansluitingsnummer

)

Band met de gerechtigde (Kruis de optie aan die van toepassing is):

echtgeno(o)t(e) samenwonende ascendent feitelijk gescheiden echtgenoot

Rubriek 2: Kwartaalinkomsten van de persoon ten lasteDatum inschrijving als persoon ten laste: Het grensbedrag bedraagt:

De persoon ten laste heeft (Kruis de optie aan die van toepassing is)

 geen inkomsten (zoals vermeld in de bijlage bij deze verklaring) -> **Ga naar rubriek 3** inkomsten (zoals vermeld in de bijlage bij deze verklaring) -> **Geef meer details in de volgende inkomstentabel**

Aard van de inkomsten	Werkgever of uitbetalingsorgaan	Trimestrieel brutobedrag (in EUR)
1.		<input type="text"/>
2.		<input type="text"/>
3.		<input type="text"/>
4.		<input type="text"/>

Totaal van de inkomsten: EUR

Aan dit formulier wordt toegevoegd (Kruis de optie(s) aan die van toepassing is/zijn):

 een afschrift van het meest recente aanslagbiljet van de personenbelasting (vraag indien nodig een gelijkwaardig document aan de Algemene Administratie van de fiscaliteit)-> Ontvangt de persoon ten laste geen aanslagbiljet? Zet dan hier een kruisje: de bewijsstukken van de inkomsten vermeld in bovenstaande tabel

Rubriek 3: Verklaring op erewoord van de gerechtigde

*Ik verbind mij ertoe onmiddellijk kennis te geven van elke wijziging die zich achteraf zou voordoen in de toestand zoals hierboven beschreven. **Ik bevestig op erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is.***

Datum: / / 20.....

en handtekening:

Rubriek 4: Verklaring op erewoord van de persoon ten laste

“Ik geef het ziekenfonds en de diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, belast met de controle, de toestemming om deze verklaring na te gaan bij de Federale Overheidsdienst Financiën. Ik verbind mij ertoe onmiddellijk kennis te geven van elke wijziging die zich achteraf zou voordoen in de toestand zoals hierboven beschreven. Ik weet dat een onjuiste of onvolledige verklaring of het nalaten van een verplichte verklaring af te leggen of de inlichtingen te verstrekken waartoe ik gehouden ben aanleiding kan geven tot boetes, een administratieve sanctie of gerechtelijke vervolging, onverminderd eventuele terugvorderingen in overeenstemming met de artikelen 230 tot en met 236 van het sociaal strafwetboek en artikel 168quinquies van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.”

Ik bevestig op erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Datum: / / 20.....

en handtekening:

Bijlage bij de verklaring op erewoord

Onder de inkomens moeten de inkomens worden verstaan, voortvloeiend uit een beroepsbezigheid, die al naargelang het geval wordt bedoeld in artikel 23, § 1, 1^o, 2^o of 4^o, of in artikel 228, § 2, 3^o en 4^o van het Wetboek inkomstenbelastingen 1992, zelfs indien ze door een tussenpersoon worden uitgeoefend, en iedere gelijkaardige bezigheid die wordt uitgeoefend in een vreemd land of in dienst van een internationale of supranationale organisatie, alsook pensioenen, renten, tegemoetkomingen of uitkeringen krachtens een Belgische of buitenlandse wetgeving.

Hieronder vallen:

- winst van nijverheids- handels- of landbouwbedrijven
- de verschillende bezoldigingen van werknemers, beheerders, commissarissen, vereffenaars en werkende vennoten, alsook van bedrijfsleiders
- de baten van vrije beroepen, ambten of posten, en van elke winstgevende bezigheid die niet in het voorgaande is bedoeld, dus met inbegrip van politieke mandatarissen, en van de voorzitters van een ocmw
- de winsten en baten uit werkzaamheden in België uitgeoefend door natuurlijke personen die er niet verblijven of door vennootschappen die hun maatschappelijke zetel niet in België hebben
- de inkomsten die voortvloeien uit het actief beheer van immobiëlen, dat wil zeggen de inkomsten uit een als hoofdberoep of als bijkomstige werkzaamheid uitgeoefende beroepsactiviteit die voornamelijk bestaat in het verkopen of herverkopen van onroerende goederen
- inkomsten uit het actieve beheer van een verzekeringsportefeuille
- inkomsten verkregen door de aanwending van sommige roerende activa (effecten en aandelen) voor de uitoefening van een beroepsactiviteit (bijvoorbeeld de dividenden van de aandelen door een wisselagent geïnvesteerd in zijn bedrijf)
- de inkomsten uit de verhuur van woningen, kamers, gemeubelde appartementen, als het verhuur gepaard gaat met een aantal verwante verstrekkingen, zoals het schoonmaken, het opmaken van de bedden, enz.
- de productiviteitspremie
- alle pensioenen: elk overlevings-, ouderdoms-, anciënniteits- of rustpensioen, of eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, dat wordt toegekend hetzij door een sociale zekerheidsinstelling, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling voor openbaar nut
- de inkomensgarantie voor ouderen
- alle renten: arbeidsongevallenrenten of renten wegens beroepsziekte
- alle tegemoetkomingen: werkloosheid, personen met een handicap (uitgezonderd tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden), leefloon, ...
- alle uitkeringen: wegens arbeidsongeschiktheid of krachtens het gemeen recht als schadeloosstelling wegens een lichamelijke schade, ongeacht of ze krachtens een Belgische of een buitenlandse wetgeving wordt toegestaan
- het vakantiegeld en de andere voordelen die worden toegekend aan de trekkers van een rustpensioen en die moeten worden gevoegd bij het bedrag van dat pensioen
- de bijslag die wegens verergering van zijn toestand aan de betrokkene door het fonds voor arbeidsongevallen wordt gestort
- de bijkomende uitkeringen van het fonds voor bestaanszekerheid

- de bijslag die bovenop de jaarlijkse uitkering voor andermans hulp wordt verleend krachtens de arbeidsongevallenwetgeving en de wetgeving op beroepsziekten
- de sommen betaald ingevolge een wettelijke verplichting tot het betalen van onderhoudsgeld, maar niet het onderhoudsgeld dat wordt betaald aan de feitelijk of de van tafel en bed gescheiden echtgenoot, die voor de geneeskundige verzorging, verder persoon ten laste van de gerechtigde is
- de stagevergoeding die aan de stagiair in het kader van de permanente educatie van de middenstand wordt toegekend door het ondernemingshoofd
- de vergoeding die de kinesitherapeuten in het kader van het sociaal plan ontvangen.

Er wordt evenwel geen rekening gehouden met:

- de anciënniteitstoeslag voor oudere werklozen
- de vergoeding ter aanvulling van de werkloosheidsuitkeringen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 46, die is gesloten in de nationale arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij koninklijk besluit van 10 mei 1990
- de forfaitaire uitkeringstoeslag toegekend aan een werkloze die in het kader van een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap tewerkgesteld is krachtens artikel 79 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering
- een tegemoetkoming die wordt toegekend om het verlies of vermindering van zelfredzaamheid op te vangen
- het beroepsinkomen uit de zelfstandige activiteit van de echtgenote van wie de meewerkende echtgenoot, in plaats van voornoemde echtgenote, aan het sociaal statuut van de zelfstandigen is onderworpen, met toepassing van artikel 12 van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen
- het deel van het beroepsinkomen dat met toepassing van artikel 86 van het wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 wordt toegekend aan de meewerkende echtgenoot van de gerechtigde zelfstandige, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^obis van de gecoördineerde wet
- de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid die worden toegekend aan de meewerkende echtgenoot van de gerechtigde zelfstandige die enkel onderworpen is aan de sectoren der uitkerings- en moederschapsverzekering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, overeenkomstig artikel 7bis, §§ 2 en 3, van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen
- het deel van het rustpensioen dat wettelijk aan de echtgenoot wordt toegekend in geval van feitelijke scheiding ten gevolge van een beschermingsmaatregel voorzien in artikel 2 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke
- de oorlogspensioenen of zogenaamde vrijgestelde pensioenen, dat wil zeggen de vergoedbare pensioenen als schadeloosstelling voor een lichamelijke schade die terdege is vastgesteld en die men ten gevolge van de oorlog heeft opgelopen bij de uitoefening van zijn militaire of burgerplicht.


Van toepassing vanaf 19 september 2013.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/305 – 248/57 van 24 september 2013.

II. Artikel 294, § 1, 14°, tweede lid, onder a), 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

Lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is

 Van toepassing vanaf 25 oktober 2013

1. Inleiding

Artikel 294, § 1, 14°, derde lid, 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, bepaalt dat de door artikel 294, § 1, 14°, tweede lid, onder a), van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bedoelde geneeskundige verstrekkingen worden :

- vastgesteld bij ministerieel besluit, en
- bekendgemaakt op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Met het oog op een correcte toepassing van de nieuwe reglementering – die op 25 oktober 2013 in werking is getreden – door de verzekeringsinstellingen, enerzijds, en teneinde de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te informeren om hen in staat te stellen gebruik te maken van hun rechten op grensoverschrijdende gezondheidszorg, anderzijds, is het aangewezen om – in afwachting van de publicatie van het ministerieel besluit – deze lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is nu reeds publiekelijk bekend te maken.

2. Lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is

De geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is, zijn :

(i) zoals bedoeld in artikel 294, § 1, 14°, tweede lid, onder a) (i), van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, de geneeskundige verstrekkingen die ten minste één overnachting in een verplegingsinrichting vereisen

(ii) zoals bedoeld in artikel 294, § 1, 14^o, tweede lid, onder a) (ii), van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, de geneeskundige verstrekkingen die in één van de volgende diensten worden verstrekt, ongeacht of deze zich al dan niet in een erkende verplegingsinrichting bevinden :

- dienst voor medische beeldvorming en het gebruik van een transversale axiale tomograaf of magnetische resonantie tomograaf vereisen
- dienst radiotherapie
- dienst nucleaire geneeskunde en het gebruik van een PET-scanner vereisen
- dienst hartcatheterisatie en het gebruik van een cathlab vereisen.

Deze lijst van geneeskundige verstrekkingen vervangt de lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is, die in bijlage gaat bij Omzendbrief V.I. nr. 2011/272 van 30 juni 2011.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/352 – 80/106 – 83/434 van 30 oktober 2013.

III. Addendum bij Omzendbrief V.I. nr. 2011/24 - 406/8 van 17 januari 2011¹ betreffende de regularisatieprocedure in geval van een niet toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde



Van toepassing vanaf 1 oktober 2013

Artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft als bedoeling om de gevallen van werkhervatting te regulariseren waarvoor de adviserend geneesheer zijn toelating zou gegeven hebben indien de sociaal verzekerde erom gevraagd zou hebben.

De regularisatie van een normale werkhervatting (die in principe had moeten worden aangegeven bij het ziekenfonds door middel van het bewijs van arbeidshervatting) valt dus niet onder het toepassingsgebied van artikel 101.

De afschaffing van de medische regularisatie voor het verleden (die impliceerde dat moest worden nagegaan of de sociaal verzekerde een graad van ongeschiktheid had behouden op medisch vlak van ten minste 50 % voor het tijdvak waarin de niet toegelaten activiteit werd uitgeoefend), heeft tot gevolg dat voortaan de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling of de Dienst voor administratieve controle moeten beoordelen of een regularisatie voor het verleden (wat neerkomt op een terugvordering van de uitkeringen uitsluitend voor de gewerkte dagen) kan worden toegepast.

Het is niet altijd eenvoudig om te bepalen of de activiteit die zonder toelating werd uitgeoefend al dan niet in aanmerking komt voor de toepassing van artikel 101.

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2010/4.

Dit addendum bij de Omzendbrief V.I. nr. 2011/24 - 406/8 heeft als doel om enerzijds disproportionele sancties te vermijden in verhouding tot de begane fout of vergissing, anderzijds om een uniforme toepassing van de nieuwe procedure van artikel 101 te garanderen. Er zijn namelijk verschillen vastgesteld in de concrete toepassing van de nieuwe bepalingen door de verzekeringsinstellingen.

Deze nota beoogt richtlijnen mee te delen voor de toepassing van de nieuwe bepalingen. Een grondig onderzoek van het dossier is echter steeds noodzakelijk. Bij twijfel kan er steeds contact worden opgenomen met de Dienst voor uitkeringen.

1. In aanmerking te nemen criteria voor de toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

1.1. Aard – volume – rendement – loon

Om uit te maken of een regularisatie overeenkomstig artikel 101 mogelijk is, is het in ieder geval aangewezen om de aard en het volume of het rendement van de activiteit die werd uitgeoefend vóór het optreden van de arbeidsongeschiktheid te vergelijken met dezelfde karakteristieken van de activiteit die werd uitgeoefend zonder de toelating van de adviserend geneesheer. Ook de hoogte van het loon kan bij deze vergelijking in aanmerking worden genomen.

Het *criterium met betrekking tot de aard van de activiteit* is op zich geen sluitend criterium en moet steeds gepaard gaan met een controle van het volume of van het rendement van de vroeger uitgeoefende beroepsactiviteit. Indien de betrokkene bijvoorbeeld vóór de arbeidsongeschiktheid een voltijdse activiteit uitoefende in het normale arbeidscircuit en hij tijdens de arbeidsongeschiktheid een voltijdse activiteit heeft hervat in een beschermde werkomgeving (bijv. een beschutte werkplaats), is artikel 101 van toepassing. Ook al is het contractueel vastgelegde aantal arbeidsuren per week hetzelfde, toch ligt het arbeidsrendement in het kader van de niet toegelaten activiteit in principe lager.

Indien de betrokkene daarentegen vóór de arbeidsongeschiktheid ook reeds tewerkgesteld was in een beschermde werkomgeving, dan kan artikel 101 enkel worden toegepast indien het volume van de niet toegelaten activiteit beduidend lager ligt dan dat van de vroegere activiteit.

Het *criterium met betrekking tot het loon uit de aangepaste activiteit* is op zich evenmin een sluitend criterium om te beoordelen of artikel 101 al dan niet van toepassing is. Er gelden namelijk verschillende loonbarema's per sector; in sommige bedrijfssectoren zijn de lonen veel lager dan in andere sectoren voor dezelfde soort van activiteit.

Ook hier dient tegelijkertijd een controle te gebeuren van de aard en het volume van de aangepaste activiteit in vergelijking met deze van de vroeger uitgeoefende beroepsactiviteit.

Indien de activiteit die betrokkene heeft uitgeoefend zonder toelating qua arbeidsvolume en aard dezelfde is als de voorheen uitgeoefende activiteit (bv. betrokkene werkte voordien gedurende 30u/week als een verkoopster in een speciaalzaak van schoenen en ze hervat tijdens haar arbeidsongeschiktheid dezelfde activiteit aan hetzelfde arbeidsvolume maar in een grootwarenhuis waar zij een lager loon ontvangt), zijn wij van oordeel dat het hier om een normale werkhervatting gaat en er dus geen regularisatie mogelijk is overeenkomstig artikel 101.

Het *criterium met betrekking tot het arbeidsvolume* waarbij het aantal uren uit de toegelaten activiteit wordt vergeleken met het aantal uren uit de tewerkstelling vóór de arbeidsongeschiktheid is op zich evenmin determinerend.

Hier kan ondermeer verwezen worden naar de situatie van een verzekerde die vóór zijn arbeidsongeschiktheid voltijds werkt *a rato* van 38 uren per week en die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid eveneens een voltijdse activiteit hervat *a rato* van 36 uren per week bij een nieuwe werkgever. In deze situatie is artikel 101 in principe niet van toepassing omdat dit artikel geenszins de regularisatie van een voltijdse werkhervatting beoogt.

De factor S (met name het gemiddeld aantal uren dat een werknemer normaal per week dient te presteren om als voltijds werknemer te kunnen worden beschouwd) is verschillend per sector. In sommige bedrijfssectoren staat een gemiddelde wekelijkse arbeidsduur van 36 u gelijk met een voltijdse tewerkstelling.

Enkel indien er elementen zijn die erop wijzen dat de uitoefening van de voltijdse activiteit bij de nieuwe werkgever een activiteit betreft met een verminderd arbeidsrendement (bijv. een activiteit in een beschermde werkomgeving), zou artikel 101 kunnen worden toegepast.

Een andere situatie is deze van een werknemer met twee deeltijdse tewerkstellingen die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid slechts één van de deeltijdse tewerkstellingen hervat. In deze situatie dient niet systematisch artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te worden toegepast.

Het betreft bijvoorbeeld een verzekerde die vóór zijn arbeidsongeschiktheid twee activiteiten uitoefende, waaronder een hoofdactiviteit en een activiteit van beperkte omvang. Wanneer de betrokkene tijdens zijn arbeidsongeschiktheid uitsluitend zijn hoofdactiviteit hervat (zonder toelating), dan dient er te worden onderzocht om welke redenen de betrokkene de andere deeltijdse activiteit (van beperkte omvang) niet opnieuw heeft uitgeoefend. Er kunnen namelijk ook andere dan gezondheidsredenen aan de oorsprong liggen van het niet hervatten van voornoemde activiteit.

Dit kan bijvoorbeeld te wijten zijn aan het feit dat het een contract betrof van bepaalde duur dat inmiddels is verstreken of omwille van het feit dat de betrokkene voor die “beperkte” tewerkstelling in loopbaanonderbreking is.

Indien het niet hervatten van de activiteit van beperkte omvang niet het gevolg is van de gezondheidstoestand, dan menen we dat er wel degelijk sprake kan zijn van een “normale” werkhervatting, die de toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet uitsluit.

Artikel 101 zou daarentegen wel kunnen worden toegepast wanneer de verzekerde kan aantonen dat hij de beperkte activiteit niet (onmiddellijk) heeft hervat omwille van gezondheidsredenen.

Dit kan bijvoorbeeld blijken uit het feit dat de betrokkene, na gedurende een beperkte periode uitsluitend zijn hoofdactiviteit te hebben uitgeoefend (zonder toelating), vervolgens opnieuw zijn andere activiteit heeft hervat (waardoor hij een einde stelt aan zijn arbeidsongeschiktheid).

Bij wijze van conclusie kan dus worden gesteld dat om te beoordelen of een regularisatie overeenkomstig artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 mogelijk is, de drie voormelde criteria (aard van de activiteit, volume of rendement van de activiteit en desgevallend het loon voortvloeiend uit de activiteit) steeds gezamenlijk moeten bekeken worden. Het ziekenfonds moet dus steeds overgaan tot een vergelijking van de verschillende karakteristieken (aard – volume/rendement – loon) van de activiteit die zonder toelating van de adviserend geneesheer werd hervat met deze van de voorheen uitgeoefende beroepsactiviteit, om te beoordelen of artikel 101 kan worden toegepast.

1.2. Aandachtspunt bij de beoordeling

Voor arbeidsovereenkomsten van *minder dan één week* (zoals bij uitzendarbeid of seizoensarbeid) moet, indien de vaststelling van de niet toegelaten activiteit gebeurt op basis van de gegevens van de Dmfa, er rekening worden gehouden met de toepasselijke regels voor de aangifte van de tewerkstellingsgegevens. De gegevens (het aantal gewerkte dagen per week en het gemiddeld aantal uren per week) *worden in dat geval geëxtrapoleerd per week*. Bijvoorbeeld, voor de werknemer die (voltijds) werkt op basis van een contract van 3 dagen per week en 7,6 uur per dag, zullen de gegevens Dmfa een arbeidsregime vermelden van 5 dagen/week en een gemiddeld aantal uren/week van 38 uur.

In deze gevallen is het aangewezen om op basis van de andere tewerkstellingsgegevens (datum begin en einde van de tewerkstelling) te verifiëren over welke periode de niet toegelaten activiteit daadwerkelijk werd uitgeoefend.

1.3. Beoordeling van de al dan niet toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 in een aantal zeer specifieke situaties

1^o HERVATTING VAN EEN UITZENDACTIVITEIT

Als het om een werknemer gaat die vóór zijn arbeidsongeschiktheid reeds als uitzendkracht werkte en die een uitzendactiviteit heeft hervat waarvan de aard en het volume gelijk zijn aan die van vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, dan kan worden aangenomen dat het om een normale werkhervatting gaat. De hervatting van een uitzendactiviteit houdt niet noodzakelijk in dat de duur en het volume van de prestaties beperkt zijn; het komt immers niet zelden voor dat de overeenkomsten voor uitzendarbeid, ook al zijn ze kort van duur (soms beperkt tot één dag), elkaar ononderbroken gedurende vrij lange periodes opvolgen. Er moet ook worden nagegaan of de betrokkene al dan niet werkloosheidsuitkeringen geniet tussen de tijdvakken van uitzendarbeid.

Om de activiteit uitgeoefend vóór de arbeidsongeschiktheid te kunnen vergelijken met de tijdens de arbeidsongeschiktheid uitgeoefende activiteit, moet men *een voldoende representatieve periode in aanmerking nemen, met name een termijn van één maand*.

2^o HERVATTING VAN EEN ACTIVITEIT DIE MET DIENSTENCHEQUES WORDT BETAALD

De activiteiten die met dienstencheques worden betaald, kunnen heel uiteenlopend zijn (huishoudhulp, strijken aan huis, maaltijden bereiden, boodschappen doen,...) en kunnen voltijds op permanente basis worden uitgeoefend (bijv. voor meerdere klanten). In geval van dienstencheques is het dus ook belangrijk om na te gaan wat de aard en het volume is van het werk dat vóór en na de arbeidsongeschiktheid is verricht, om uit te maken of de hervatte activiteit als een normale en volledige werkhervatting kan worden beschouwd.

3^o HERVATTING VAN SEIZOENARBEID (FRUIT- EN GROENTEPLUK)

Het gaat om activiteiten die gedurende sommige periodes van het jaar worden uitgeoefend. Om na te gaan of de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van toepassing zijn, moet opnieuw de aard van de gebruikelijke activiteit van de betrokkene alsook het volume van de vóór de arbeidsongeschiktheid gepresteerde arbeid gekend zijn (als seizoensarbeider en/of in een andere hoedanigheid) en moeten beiden worden vergeleken met de kenmerken van de seizoensarbeid.

Indien de seizoensarbeid slechts gedurende enkele dagen of uren per week wordt uitgeoefend, moet worden onderzocht of de betrokkene werkloosheidsuitkeringen ontvangt voor de niet-gepresteerde uren of dagen en of hij een bijkomende activiteit uitoefent. Die controles moeten worden uitgevoerd voor de periode die voorafgaat aan de arbeidsongeschiktheid en voor de periode van de werkhervatting.

Om de activiteit uitgeoefend vóór de arbeidsongeschiktheid te kunnen vergelijken met de tijdens de arbeidsongeschiktheid uitgeoefende activiteit, moet men *een voldoende representatieve periode* in aanmerking nemen, met name *een termijn van één maand*.

4° HERVATTING VAN EEN ACTIVITEIT IN DE HORECA (BEPAAALDE DAGEN, WEEKENDS EN FEESTDAGEN)

Hier moet ook de aard en het volume van de activiteit of de activiteiten die vóór de aanvang van het risico en tijdens de werkhervatting is/zijn uitgeoefend, worden onderzocht. Het antwoord dat onder het hierboven vermelde punt 3 is gegeven, geldt ook voor de in de HORECA hervatte activiteiten.

5° HERVATTING VAN EEN ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT IN HOOFDBEROEP

Krachtens artikel 28, § 6, b) van het Koninklijk besluit van 22 december 1967 houdende algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen neemt de gelijkstelling in geval van hervatting van een beroepsbezigheid een einde bij de aanvang van het kwartaal van onderwerping waarin deze bezigheid wordt hervat, behalve wanneer deze hervatting plaatsvindt in de loop van de derde maand van het kwartaal van onderwerping, in welk geval de gelijkstelling op het einde van dat kwartaal een einde neemt.

De verzekerde die zijn zelfstandige activiteit in hoofdberoep herneemt na de arbeidsongeschiktheid is dus in principe gehouden socialezekerheidsbijdragen te betalen voor het kwartaal waarin hij zijn activiteit hervat, zelfs indien hij opnieuw zijn activiteit moet stopzetten na enkele dagen omwille van gezondheidsredenen.

De beoordeling van deze situaties dient dus met de nodige omzichtigheid te gebeuren. Bij twijfel dient een onderzoek te gebeuren door een sociaal controleur of door de inspectiedienst van het RSVZ.

6° HERVATTING VAN EEN ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT IN BIJBEROEP OF VAN EEN BIJKOMSTIGE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT

- **Hervatting van een zelfstandige activiteit in bijberoep**

Om als zelfstandige in bijberoep te kunnen worden beschouwd, moet de gerechtigde naast zijn zelfstandige activiteit, gewoonlijk en in hoofdberoep een activiteit als werknemer uitoefenen (met andere woorden, een activiteit in een arbeidsregime waarin het aantal werkuren dat maandelijks wordt gepresteerd minstens gelijk is aan de helft van het aantal uren dat maandelijks wordt gepresteerd door een referentiewerknemer die voltijds tewerkgesteld is in dezelfde onderneming of in dezelfde sector). De gerechtigde die zijn activiteit als werknemer heeft stopgezet en die een uitkering ontvangt voor een arbeidsongeschiktheid van ten minste 66 %, behoudt de hoedanigheid van zelfstandige in bijberoep.

De beoogde situatie kan deze zijn van een zelfstandige gerechtigde in bijberoep die door zijn arbeidsongeschiktheid de uitoefening van zijn twee activiteiten (als werknemer en als zelfstandige) heeft stopgezet en enkel zijn zelfstandige activiteit in bijberoep heeft hervat zonder de toestemming van de adviserend geneesheer; deze situatie kan in principe worden geregulariseerd op basis van de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet.

- **Hervatting van een bijkomstige zelfstandige activiteit**

Het kan ook gaan om een werkloze gerechtigde die een bijkomstige zelfstandige activiteit uitoefent. Als hij zijn bijkomstige zelfstandige activiteit hervat en tegelijk werkloosheidsuitkeringen ontvangt, moet worden aangenomen dat het een normale werkhervatting betreft.

7° HERVATTING VAN EEN ACTIVITEIT NA EEN PERIODE VAN GECONTROLEERDE WERKLOOSHEID

De betrokkene was vóór zijn arbeidsongeschiktheid:

◦ Werkloos op basis van een voltijdse activiteit

Indien de betrokkene een voltijdse activiteit hervat, mag worden aangenomen dat het om een normale werkhervatting gaat. Indien hij een deeltijdse activiteit hervat, moet worden nagegaan of hij het statuut van deeltijdse werknemer met behoud van rechten heeft gekregen (in dat geval blijft hij voltijds werkzoekende en geniet hij in principe een inkomensgarantie-uitkering voor de niet gewerkte uren). Indien hij het statuut van deeltijdse werknemer met behoud van rechten heeft gekregen, moet dus worden aangenomen dat de betrokkene zijn werk volledig heeft hervat.

Indien de gerechtigde een deeltijdse activiteit heeft hervat zonder het genot van het statuut van deeltijdse werknemer met behoud van rechten te hebben gevraagd, kunnen de bepalingen van artikel 101 worden toegepast.

◦ Werkloos op basis van een deeltijdse activiteit

Als het gaat om een werkloze die uitkeringen krijgt als vrijwillig deeltijdse werknemer en die, na zijn arbeidsongeschiktheid, een voltijdse activiteit hervat, dan gaat het om een normale werkhervatting. Indien de betrokkene een deeltijdse activiteit heeft hervat, dan moeten de aard en het volume van de activiteiten die hij vóór de werkloosheid heeft uitgeoefend, worden vergeleken met de kenmerken van de activiteit die hij na de arbeidsongeschiktheid heeft hervat.

◦ Werkloos op basis van geen enkele activiteit (inschakelingsuitkeringen)

Er moet worden onderzocht of de betrokkene een voltijdse dan wel een deeltijdse activiteit hervat. Indien hij een deeltijdse activiteit uitoefent, mag men er vanuit gaan dat de bepalingen van artikel 101 kunnen worden toegepast. Indien hij een voltijdse activiteit hervat, moet de aard van die activiteit worden geanalyseerd.

2. Vaststelling van een al dan niet normale werkhervatting

2.1 Vaststelling normale werkhervatting

Indien door de vergelijking op basis van de karakteristieke aard-volume/rendement-loon van de activiteit die zonder toelating werd hervat met de uitgeoefende activiteit vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid, wordt vastgesteld dat het gaat om een *normale werkhervatting* (d.i. een hervatting van de voorheen uitgeoefende activiteit onder dezelfde voorwaarden, dan wel een uitoefening van een gelijkaardige activiteit, hetzij voltijds hetzij deeltijds) gelden de volgende richtlijnen:

Beoordeling van de duur van de normale werkhervatting:

- Indien het een normale werkhervatting betreft van *maximum 10 dagen* (arbeidsdagen en geen kalenderdagen), kan artikel 101 van de gecoördineerde wet worden toegepast. Het gaat over de hypothese waarin een werknemer zijn activiteit niet langer dan voormelde periode heeft voortgezet (omwille van een verergering van zijn gezondheidstoestand) en deze werkhervatting niet heeft aangegeven en waarvoor hetzij door de verzekeringsinstelling hetzij door de Dienst voor administratieve controle een vaststelling werd gedaan van een niet toegelaten activiteit

- Indien het een normale werkhervatting betreft van meer dan 10 arbeidsdagen, moet dit beschouwd worden als een normale werkhervatting waarop de bepalingen van artikel 100 van de gecoördineerde wet van toepassing zijn (zelfs indien de gerechtigde daarna dezelfde activiteit sporadisch verder zet).

2.2. Vaststelling geen normale werkhervatting

Indien door de vergelijking wordt vastgesteld dat het *niet gaat over een normale werkhervatting*, zijn de bepalingen van artikel 101 van toepassing, zelfs indien de werkhervatting een periode van langer dan tien dagen betreft. Dit is het geval bij:

- een volledige werkhervatting van de vroegere activiteit, of een gelijkaardige activiteit, maar op onderbroken, zelfs sporadische wijze; bijvoorbeeld één dag op drie, enkele dagen voltijdse hervatting per maand, ...
- werkhervatting met een lager* volume/rendement dan het volume/rendement van de activiteit die werd uitgeoefend vóór de arbeidsongeschiktheid.

Een activiteit met een verminderd rendement is moeilijk vast te stellen bij een identiek loon.

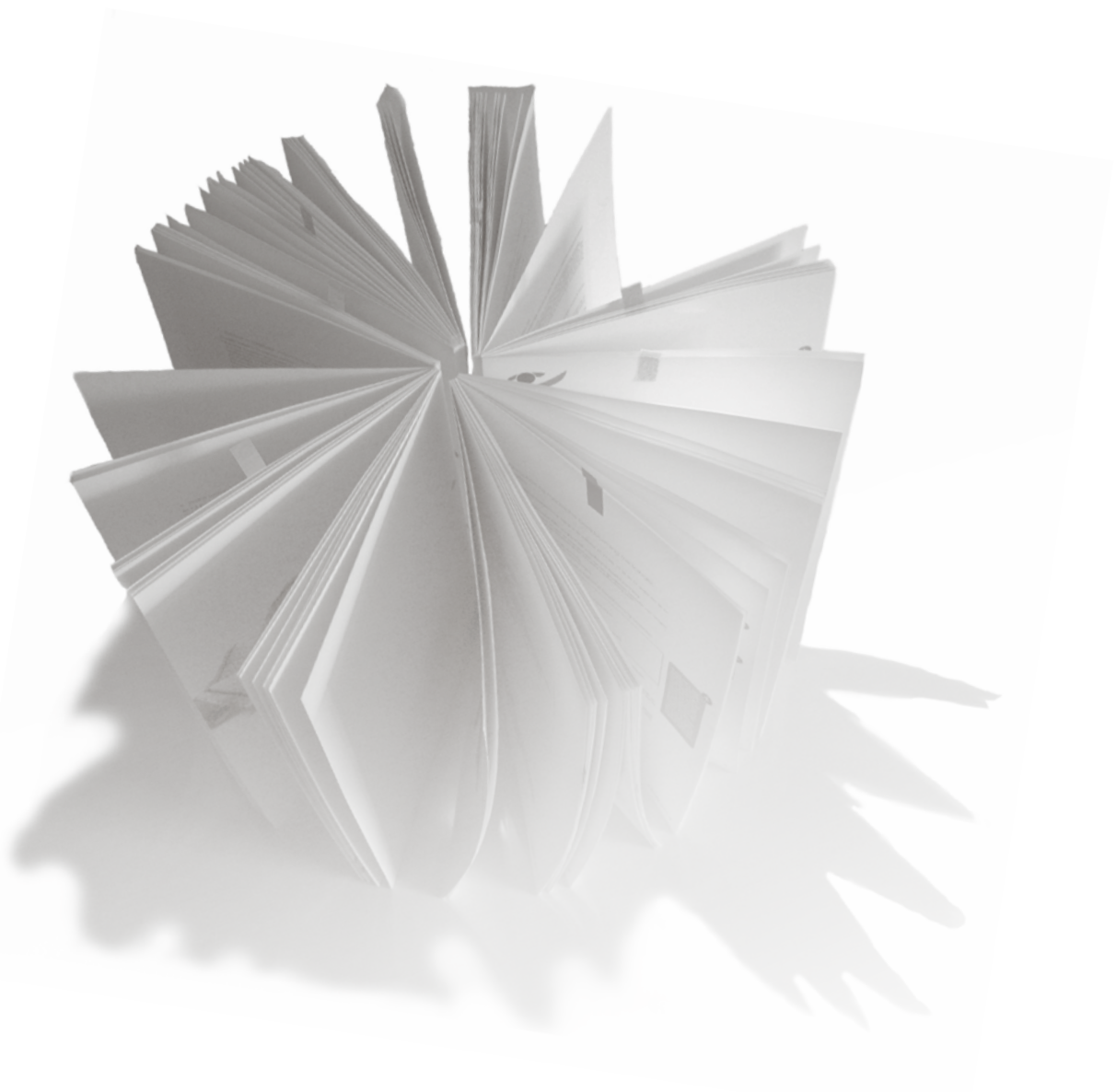
De activiteit met een verminderd rendement en een identiek loon is waarschijnlijk zeer zeldzaam en zou, in het merendeel van de gevallen, moeten betrekking hebben op een korte duur. Deze gevallen komen daarom in aanmerking voor een normale werkhervatting van tien dagen waarbij artikel 101 van de gecoördineerde wet kan worden toegepast.

De werkhervatting met een verminderd rendement heeft eveneens betrekking op de werkhervatting in een onderneming voor aangepast werk voor een werknemer die vóór zijn arbeidsongeschiktheid in het normale arbeidscircuit werkte.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/312 – 406/12 van 30 september 2013.

5^e Deel
Basisgegevens



I. Herwaardering van prestaties op 1 september 2013

...

1. Basiselementen

Wettelijke basis

Artikel 6 van het Koninklijk besluit van 5 juni 2007 tot wijziging 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 (B.S. van 29.06.2007 ed.3).

Artikel 2 van het Koninklijk besluit van 21 mei 2013 tot wijziging 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 (B.S. van 12.06.2013).

Artikel 3 van het Koninklijk besluit van 24 juni 2013 tot aanpassing aan de welvaart van bepaalde pensioenen in de regeling voor werknemers (B.S. van 03.07.2013).

ALGEMENE REGELING

1) Herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007 (recurrentie van 6 jaar) (conjuncturele maatregel)

Met ingang van 1 september 2013 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2007 tot 31 december 2007, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

2) Herwaardering van de uitkeringen "minimum regelmatig werknemer" voor gerechtigden met last en alleenstaanden tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor loontrekkenden (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor loontrekkenden worden als volgt aangepast op 1 september 2013 (basis 103,14):

- het bedrag "met gezinslast" verhoogt van 12.608,39 EUR naar 12.765,99 EUR
- het bedrag "alleenstaande" verhoogt van 10.089,89 EUR naar 10.216,01 EUR.

Vanaf 1 september 2013 worden de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden "regelmatic werknemers" als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 53,9895 EUR, afgerond 53,99 EUR
- alleenstaanden: 43,2052 EUR, afgerond 43,21 EUR.

3) Herwaardering van de uitkering "minimum regelmatig werknemer" voor samenwonenden (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag "minimum regelmatige werknemer" voor samenwonende gerechtigden stijgt op 1 september 2013 van 27,7287 EUR naar 28,0753 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2013 wordt de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkering voor samenwonende gerechtigden “regelmatige werknemers” als volgt vastgesteld: 37,0454 EUR, afgerond op 37,05 EUR.

4) Herwaardering van de uitkeringen “minimum niet regelmatig werknemer” tengevolge van de verhoging van de bedragen van het leefloon (+ 2 %) (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het leefloon worden als volgt toegepast op 1 september 2013 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 9.716,87 EUR naar 9.911,21 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 7.287,65 EUR naar 7.433,40 EUR.

Vanaf 1 september 2013 worden de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “niet regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 41,9162 EUR, afgerond op 41,92 EUR
- gerechtigden zonder gezinslast: 31,4371 EUR, afgerond op 31,44 EUR.

REGELING DER ZELFSTANDIGEN

a) Herwaardering van de forfait “met gezinslast” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden tengevolge van de verhoging van de uitkeringen “minimum regelmatig werknemer” van de algemene regeling en van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

Het forfait “met gezinslast” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden wordt verhoogd op 1 september 2013, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling en van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Deze forfait wordt als volgt vastgelegd op 1 september 2013 (spilindex 119,62): 53,9895 EUR, afgerond 53,99 EUR.

b) Herwaardering van de forfait “alleenstaande” toegekend aan de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

Het forfait “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet wordt verhoogd op 1 september 2013, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen toegekend aan alleenstaande gerechtigden verhoogt van 9.529,45 EUR naar 9.648,57 EUR op 1 september 2013 (basis 103,14)

Het forfait toegekend aan de alleenstaanden in primaire ongeschiktheid alsook aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, wordt vanaf 1 september 2013 (aangepast aan de spilindex 119,62) als volgt vastgesteld: 40,8054 EUR, afgerond 40,81 EUR.

c) Herwaardering van het forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag van het forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet verhoogt van 24,8016 EUR naar 25,1116 EUR op 1 september 2013 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2013 wordt het, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet op 33,1348 EUR vastgelegd, afgerond 33,13 EUR.

d) Herwaardering van de forfaits “alleenstaande” en “samenwonende” voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet tengevolge van de verhoging van de uitkeringen “minimum regelmatig werknemer” van de algemene regeling (+ 1,25 %) (conjuncturele maatregel)

Forfaits “alleenstaande” en “samenwonende” voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2013, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling. Deze forfaits worden als volgt vastgelegd op 1 september 2013 (spilindex 119,62):

- forfait alleenstaande: 43,2052 EUR, afgerond 43,21 EUR.
- forfait samenwonende: 37,0454 EUR, afgerond 37,05 EUR.

e) Herwaardering van het plafond van toegelaten jaarlijks beroepsinkomen in geval van de hervatting van een bezoldigde activiteit voor de inkomsten vanaf 2013 (conjuncturele maatregel)

Het bedrag van het plafond van het jaarlijks beroepsinkomen dat van toepassing is in geval van een toegelaten hervatting van een bezoldigde activiteit (art. 28 *bis*) wordt verhoogd van 17.149,19 EUR naar 17.492,17 EUR voor de inkomsten vanaf 2013.

2. Toepassingsdatum

1 september 2013

De tabel D in bijlage vervangt de tabel D die opgenomen is in de omzendbrief nr. 2013/179 – 45/242 – 482/119 van 3 april 2013¹.

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2013/1.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer

Vanaf - Tot en met		01-04-2013	30-04-2013	01-05-2013	31-08-2013	vanaf 01-09-2013		Volgende indexatie			
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459		
I. LOONTREKKENDEN											
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens											
Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/01/2005	123,3821		123,3821		123,3821		125,8507			
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	125,8497		125,8497		125,8497		128,3676			
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	127,1082		127,1082		127,1082		129,6514			
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	128,1250		128,1250		128,1250		130,6885			
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	129,0219		129,0219		129,0219		131,6033			
	vanaf 01/04/2013	131,6023		131,6023		131,6023		134,2354			
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)											
Maximum	Begin arbeidsongeschiktheid	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41	
		vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96	
		vanaf 01/04/2013	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54	
Minimum	Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer									
		met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
		alleenstaanden	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696	44,07	
		samenwonende	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865	37,79	
		niet-regelmatige werknemer									
		met gezinslast	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9162	41,92	42,7548	42,75	
		zonder gezinslast	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4371	31,44	32,0661	32,07	
3 - Invaliditeit											
Daguitkering	Maximum	Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
			met gezinslast	53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859	54,19
			zonder gezinslast	35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632	36,26
			vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
			invalide voor 1/01/2005								
			met gezinslast	82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065	84,11
			alleenstaande	69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670	71,17
			samenwonende	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578	51,76
			invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
			invalide voor 01/01/2007								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			invalide vanaf 01/01/2007 tot 31/12/2008								
			met gezinslast	84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
			alleenstaande	71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
			samenwonende	52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
			vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2007								
			invalide vanaf 01/01/2009								
			met gezinslast	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9469	84,95	86,6465	86,65
			alleenstaande	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8782	71,88	73,3163	73,32
			samenwonende	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2750	52,28	53,3209	53,32
			invalide vanaf 01/01/2009 ¹								
			met gezinslast	83,9475	83,95	83,9475	83,95	85,6265	85,63	87,3397	87,34
			alleenstaande	71,0325	71,03	71,0325	71,03	72,4532	72,45	73,9028	73,90
			samenwonende	51,6600	51,66	51,6600	51,66	52,6932	52,69	53,7475	53,75
			vanaf 01/01/2008								
			invalide voor 01/01/2009 ²								
			met gezinslast	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734	84,27
			alleenstaande	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082	71,31
			samenwonende	50,8433	50,84	50,8433	50,84	50,8433	50,84	51,8605	51,86
			invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010								
			met gezinslast	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95
			alleenstaande	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88
			samenwonende	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28
			invalide vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013								
			met gezinslast	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422	85,54
			alleenstaande	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818	72,38
			samenwonende	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413	52,64
invalide vanaf 01/04/2013											
met gezinslast	85,5415	85,54	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530	87,25			
alleenstaande	72,3813	72,38	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294	73,83			
samenwonende	52,6409	52,64	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941	53,69			
Minimum		Regelmatige werknemer									
		met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
		alleenstaande	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696	44,07	
		samenwonende	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865	37,79	
		Niet-regelmatige werknemer									
		met gezinslast	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9162	41,92	42,7548	42,75	
		zonder gezinslast	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4371	31,44	32,0661	32,07	

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		01-04-2013	30-04-2013	01-05-2013	01-08-2013	vanaf 01-09-2013		Volgende indexatie			
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,31952	122,01	1,3459		
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)											
4 - Moederschap, geboorteverlof & adoptie											
Daguitkering	Maximum	vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010									
		Geboort. & adopt.	82,0 %	105,0625	105,06	105,0625	105,06	105,0625	105,06	107,1646	107,16
		Moederschap	79,5 %	101,8594	101,86	101,8594	101,86	101,8594	101,86	103,8974	103,90
			75,0 %	96,0938	96,09	96,0938	96,09	96,0938	96,09	98,0164	98,02
		Werkverwijdering	60,0 %	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41
			78,237 %	100,2412	100,24	100,2412	100,24	100,2412	100,24	102,2468	102,25
	Begin moederschap, geboorteverlof, adoptie en werkverwijdering	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013									
		Geboort. & adopt.	82,0 %	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91
		Moederschap	79,5 %	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62
			75,0 %	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70
		Werkverwijdering	60,0 %	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96
			78,237 %	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96
	vanaf 01/04/2013										
	Geboort. & adopt.	82,0 %	107,9139	107,91	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07	
	Moederschap	79,5 %	104,6238	104,62	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72	
	Werkverwijdering	60,0 %	98,7017	98,70	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68	
	78,237 %	102,9617	102,96	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02		
5 - Diversen											
	Onthaalmoeder (maandelijks)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93		
	Onthaalmoeder (dagelijks)	57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92		
	Onthaalmoeder (uurloon)	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30		
	1ste schijf toegelaten arbeid	15,6068		15,6068		15,6068		15,9190			
	Volgende schijven toegelaten arbeid	9,3641		9,3641		9,3641		9,5514			
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01-10-1974)		123,95		123,95		123,95		123,95		
II. ZELFSTANDIGEN											
1 - Primaire ongeschiktheid											
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	samenwonende	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
2 - Invaliditeit											
	Zonder stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	samenwonende	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
	Met stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	samenwonende	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
3 - Moederschapsuitkering & adoptie											
	Wekelijkse uitkering		440,50		440,50		440,50		449,32		
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28bis											
	Beroepsinkomen vanaf 2008 tot en met 2012		17.149,19		17.149,19		17.149,19		17.149,19		
	Beroepsinkomen vanaf 2013		17.492,17		17.492,17		17.492,17		17.492,17		
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE											
	plafond statuut met last	932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65		
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35		
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93		
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN											
		20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40		
V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN											
1 - Minimum dagdrempel											
	met gezinslast		57,37		57,37		57,37		58,52		
	zonder gezinslast		47,63		47,63		47,63		48,58		
2 - Gedeeltelijke inhouding											
	met gezinslast tussen		57,38		57,38		57,38		58,53		
	en		59,44		59,44		59,44		60,63		
	zonder gezinslast tussen		47,64		47,64		47,64		48,59		
	en		49,35		49,35		49,35		50,33		
3 - Volledige inhouding vanaf											
	met gezinslast		59,45		59,45		59,45		60,64		
	zonder gezinslast		49,36		49,36		49,36		50,34		
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK											
	Dagelijks bedrag	32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36		
	Jaarlijks bedrag	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55		
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)											
	Loontrekkenden	208,0902	208,09	274,0901	274,09	274,0901	274,09	279,5740	279,57		
	Zelfstandigen	208,0902	208,09	208,0902	208,09	208,0902	208,09	212,2535	212,25		



II. Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3).

1. Basiselementen

Vanaf 1 januari 2014 dienen de refertebedragen van het gemiddelde dagloon vereist om de hoedanigheid van regelmatig werknemer te verkrijgen geherwaardeerd te worden.

Deze herwaardering gebeurt door de bedragen vermeld in omzendbrief V.I. nr. 2012/450 - 424/42¹ te vermenigvuldigen met 1,0405, de coëfficiënt die de verhouding uitdrukt tussen de minimum invaliditeitsuitkering met gezinslast op 1 januari 2013 en 1 januari 2012 (53,3230 EUR : 51,2499 EUR = 1,0405)

Het resultaat van deze vermenigvuldiging geeft

57,1592 EUR voor de gerechtigden van 21 jaar of ouder
42,8564 EUR voor de gerechtigden van 18 tot 20 jaar en
28,5796 EUR voor de gerechtigden van minder dan 18 jaar.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2014

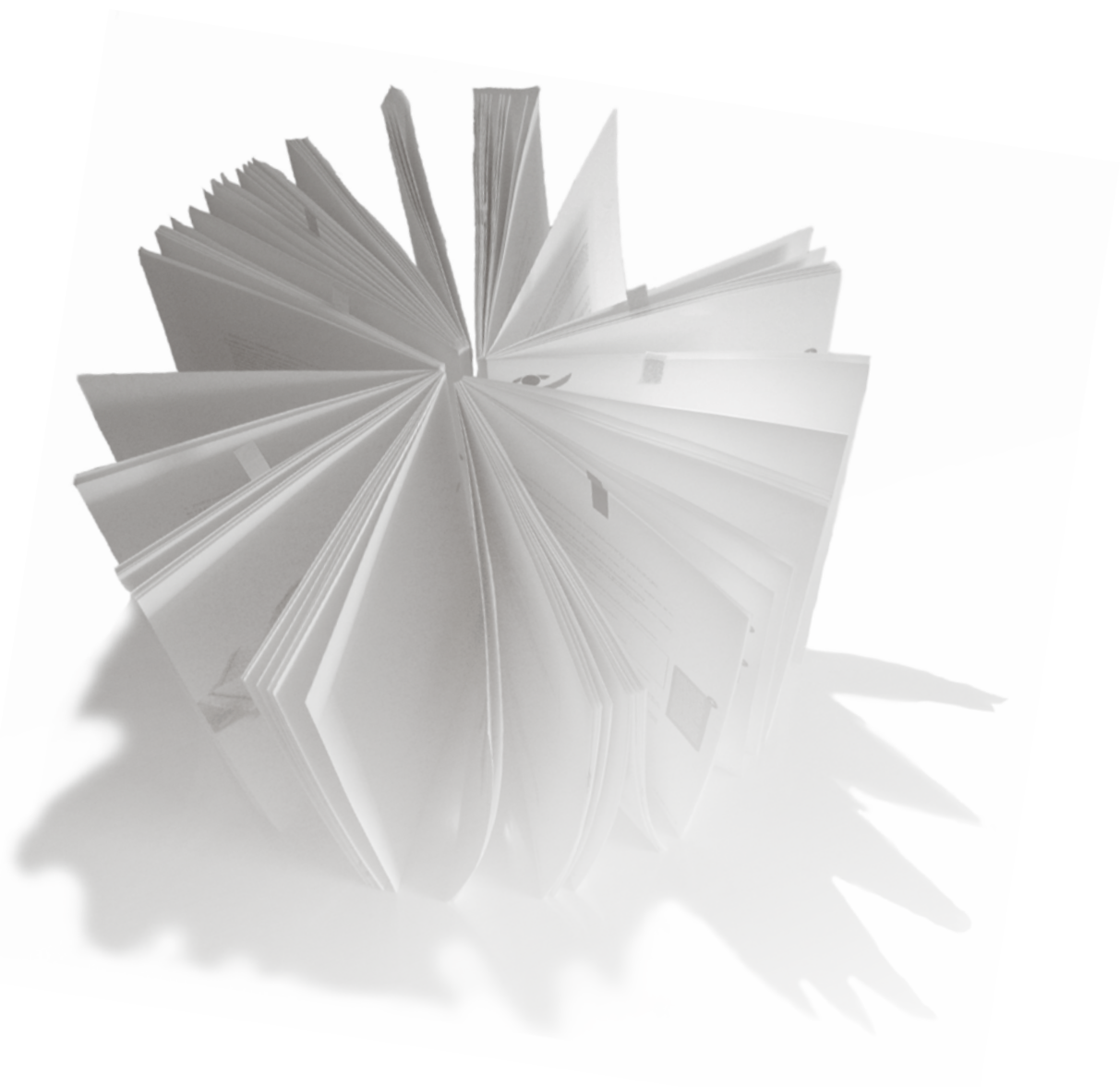
Deze omzendbrief vervangt omzendbrief V.I. nr. 2012/450 - 424/42 van 19 november 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/345 – 424/43 van 24 oktober 2013.

1. Gepubliceerd in het I.B. 2012/4.

6^e Deel
Statistieken



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

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.830	1.802.427	
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	10.617	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.547	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	6.908	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.912	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	0	0	0	0	
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	0	0	0	0	
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.955.943	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.287	13.198
Totaal tandheekkundigen	198.161	388.851	579.468	775.562	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door 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

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	396.291
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) 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	500.031	561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Medisch-pediatrische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397	535	526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Therapeutische projecten	134	263	407	521	1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	735	1.098	1.424	2.686

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)

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

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)

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

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)

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

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

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

Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	305.530	635.092			
b) Medische beeldvorming	281.702	581.964			
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	523.660	1.014.034			
d) Speciale verstrekkingen	308.588	629.042			
e) Heelkunde	282.989	588.528			
f) Gynaecologie	22.401	45.755			
g) Toezicht	101.673	209.990			
h) Forfait accreditering geneesheren	5	8.502			
i) Forfait medisch dossier	0	0			
j) Forfait Telematica	19	2.339			
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0			
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	19.886	33.644			
m) Impulsfonds	7.057	14.640			
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	473	593			
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	240	240			
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	538	626			
Totaal geneesheren	1.854.223	3.764.989			7.544.861
2. a) Honoraria van tandheekundigen	211.948	419.956			826.934
b) Forfait accreditering	29	29			14.523
Totaal tandheekundigen	211.977	419.985			841.457
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.060.095	2.160.451			4.248.545
4. Honoraria van verpleegkundigen	298.775	619.416			1.282.420
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.916	12.485			22.307
6. Verzorging door kinesitherapeuten	169.320	331.221			657.250
7. Verzorging door bandagisten	65.271	131.966			290.265
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	164.573	335.461			700.552
10. Verzorging door opticiens	7.163	14.061			32.687
11. Verzorging door audiciens	12.766	25.540			57.624
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4.288	8.420			17.638
13. Verpleegdagprijs	1.319.992	2.640.460			5.510.542
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.265	122.036			260.151
Vervoer	0	0			235
Totaal	1.378.257	2.762.496			5.770.928
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.694	4.386			8.098
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.652	77.024			157.208
b) Forfait nierdialyse	36.614	73.390			156.119
c) Thuis, in een centrum	28.359	55.131			120.947
d) Nachtdialyse	0	0			0
Totaal dialyse	103.625	205.545			434.274

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	325.303	656.489			
b) Rustoorden voor bejaarden	233.360	470.657			
c) Dagverzorgingscentra	5.346	10.703			
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.702	159.897			
e) Syndicale premie	2.578	4.096			
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	3.163			
g) Palliatieve dagcentra	0	0			
Totaal	650.289	1.305.005			2.633.895
17. Einde loopbaan	43.748	70.734			130.216
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	24.960	49.593			107.357
b) Initiatieven van beschut wonen	11.361	21.817			44.123
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	768	1.488			3.548
Totaal	37.089	72.898			155.028
19. Revalidatie en herscholing	134.091	278.394			620.727
20. Bijzonder Fonds	313	811			14.166
21. Logopedie	21.854	43.694			83.691
22. Medisch-pediatische centra	0	0			0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	8.312	15.746			32.209
24. Regularisaties + Herfacturatie	-30.248	-52.546			-93.680
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.243	150.106			372.949
b) Fiscale MAF	0	0			0
Totale Maximumfactuur	111.243	150.106			372.949
26. Chronische zieken	22.249	40.986			98.806
27. Palliatieve zorgen	3.850	8.034			13.387
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.878	7.624			20.589
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.881	3.655			7.325
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	174	345			847
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	120	224			329
b) COMA	99	210			555
c) Therapeutische projecten	113	213			4.828
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	332	647			5.712
32. Geïnterneerden	11.243	11.243			34.522
33. Tabaksontwenning	233	466			1.233
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	0			0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0	0			0
36. Fonds verslaving	3.000	3.000			3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0			0
38. Medische huizen	24.290	52.646			115.607
39. MS/ALS/Huntington	2.003	4.138			9.056
40. Chronische zieken extra	0	0			6.029
41. Zorgtrajecten	0	0			0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0			0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0			12.310
44. Zeldzame ziekten	0	0			2.071
45. Sociaal akkoord	1.316	27.712			27.137
46. Diversen	1.102	1.936			24.413
- Vermindering alternatieve financiering					346.132
- Vermindering alternatieve financiering conclaaf maart 2013					38.745
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					51.448
Totaal	0	0			436.325
Algemeen totaal	6.393.683	12.843.696			26.676.586

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

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

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

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

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

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in %				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-4,5	-2,1		
b) Medische beeldvorming	-7,0	-5,1		
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,6	-5,4		
d) Speciale verstrekkingen	-4,2	-2,8		
e) Heelkunde	-2,5	1,9		
f) Gynaecologie	-5,1	-3,6		
g) Toezicht	0,9	4,4		
h) Forfait accreditering geneesheren	-99,9	-23,7		
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-13,6	-62,5		
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	15,4	18,4		
m) Impulsfonds	395,6	808,2		
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	9,5	-6,9		
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
Totaal geneesheren	-1,7	0,5		
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	4,4		
b) Forfait accreditering	93,3	11,5		
Totaal tandheelkundigen	3,9	4,4		
3. Farmaceutische verstrekkingen	-6,9	-4,2		
4. Honoraria van verpleegkundigen	3,6	4,9		
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,4	3,4		
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,2	3,5		
7. Verzorging door bandagisten	4,4	1,7		
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	3,0	5,5		
10. Verzorging door opticiens	8,5	10,8		
11. Verzorging door audiciens	13,2	10,6		
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	5,1		
13. Verpleegdagprijs	3,8	2,9		
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	-0,8	1,8		
Vervoer	-100,0	-100,0		
Totaal	3,6	2,9		

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	470,8	71,3		
15. Dialyse				
a) Geneesheren	1,4	1,2		
b) Forfait nierdialyse	3,4	3,3		
c) Thuis, in een centrum	6,1	2,3		
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,3	2,2		
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	4,0	5,9		
b) Rustoorden voor bejaarden	5,0	6,5		
c) Dagverzorgingscentra	15,6	16,2		
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,8	2,6		
e) Syndicale premie	8,0	63,6		
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	-27,1		
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	3,5	5,8		
17. Einde loopbaan	16,4	15,1		
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	6,7	7,9		
b) Initiatieven van beschut wonen	7,9	5,1		
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	11,6	4,9		
Totaal	7,2	7,0		
19. Revalidatie en herscholing	5,2	4,7		
20. Bijzonder Fonds	-69,9	-66,8		
21. Logopedie	7,0	5,9		
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	5,3	4,8		
24. Regularisaties + Herfacturatie	-10,6	-10,9		
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	0,1	1,1		
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	0,1	1,1		
26. Chronische ziekten	7,7	7,9		
27. Palliatieve zorgen	-1,9	-1,8		

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	7,0	9,2		
29. Menselijk lichaamsmateriaal	16,6	15,6		
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	1,8	1,8		
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	11,1	17,3		
b) COMA	-26,1	-19,8		
c) Therapeutische projecten	7,6	6,0		
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-4,3	-1,1		
32. Geïnterneerden	181,0	-36,1		
33. Tabaksontwenning	-0,4	1,5		
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-100,0		
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0		
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	10,3	16,4		
39. MS/ALS/Huntington	21,1	11,7		
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord		42.533,8		
46. Diversen	-29,7	-3,3		
Algemeen totaal	0,5	1,8		

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

Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
Totaal geneesheren	24,6	49,9		
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,6	50,8		
b) Forfait accreditering	0,2	0,2		
Totaal tandheelkundigen	25,2	49,9		
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,0	50,9		
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,3	48,3		
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	48,9	56,0		
6. Verzorging door kinesitherapeuten	25,8	50,4		
7. Verzorging door bandagisten	22,5	45,5		
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	23,5	47,9		
10. Verzorging door opticiens	21,9	43,0		
11. Verzorging door audiciens	22,2	44,3		
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,3	47,7		
13. Verpleegdagprijs	24,0	47,9		
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	22,4	46,9		
Vervoer	0,0	0,0		
Totaal	23,9	47,9		

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	33,3	54,2		
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,0		
b) Forfait nierdialyse	23,5	47,0		
c) Thuis, in een centrum	23,4	45,6		
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	23,9	47,3		
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoordelen voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	24,7	49,5		
17. Einde loopbaan	33,6	54,3		
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23,2	46,2		
b) Initiatieven van beschut wonen	25,7	49,4		
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	21,6	41,9		
Totaal	23,9	47,0		
19. Revalidatie en herscholing	21,6	44,8		
20. Bijzonder Fonds	2,2	5,7		
21. Logopedie	26,1	52,2		
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,8	48,9		
24. Regularisaties + Herfacturatie	32,3	56,1		
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,8	40,2		
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	29,8	40,2		
26. Chronische zieken	22,5	41,5		
27. Palliatieve zorgen	28,8	60,0		
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,8	37,0		
29. Menselijk lichaamsmateriaal	25,7	49,9		

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,5	40,7		
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	36,5	68,1		
b) COMA	17,8	37,8		
c) Therapeutische projecten	2,3	4,4		
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	5,8	11,3		
32. Geïnterneerden	32,6	32,6		
33. Tabaksontwenning	18,9	37,8		
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0		
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	21,0	45,5		
39. MS/ALS/Huntington	22,1	45,7		
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0		
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0		
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0		
45. Sociaal akkoord	4,8	102,1		
46. Diversen	4,5	7,9		
Algemeen totaal	24,0	48,1		

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

Omschrijving	September 2012 (1)	December 2012 (2)	Maart 2013 (3)	Juni 2013 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	8,77	6,27	1,76	-0,76
b) Medische beeldvorming	8,73	4,28	-0,87	-4,08
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,57	3,82	3,96	4,34
d) Speciale verstrekkingen	5,41	4,92	1,52	-0,50
e) Heelkunde	4,44	4,12	1,26	1,53
f) Gynaecologie	1,61	1,00	-1,10	-2,57
g) Toezicht	5,76	6,57	4,11	4,36
h) Forfait accreditering geneesheren	17,82	55,00	-28,70	-25,69
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	4,54	3,89	4,23	-56,06
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie		-61,70	-61,70	-61,70
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-10,67	-14,40	-24,68	2,39
m) Impulsfonds	-52,80	-35,21	36,13	217,33
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	30,27	7,42	7,67	6,51
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
Totaal geneesheren	6,62	4,45	1,50	0,67
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,39	3,71	3,94	4,24
b) Forfait accreditering	5,95	5,94	5,98	5,85
Totaal tandheelkundigen	3,44	3,74	3,98	4,26
3. Farmaceutische verstrekkingen	1,34	-0,64	-3,31	-4,13
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,07	6,77	5,75	4,70
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	15,12	15,48	15,20	4,57
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,84	2,99	2,55	4,22
7. Verzorging door bandagisten	7,61	6,93	4,70	3,20
8. Verzorging door orthopedisten	4,47	4,43	5,38	4,04
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	13,04	13,78	10,17	8,20
10. Verzorging door opticiens	3,48	2,14	4,50	6,62
11. Verzorging door audiciens	1,21	8,01	12,82	15,61
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4,65	4,17	5,34	3,64
13. Verpleegdagprijs	4,23	4,12	3,95	3,55
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,68	8,24	4,76	3,25
Vervoer				
Totaal	4,41	4,30	3,98	3,54

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

(2) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)

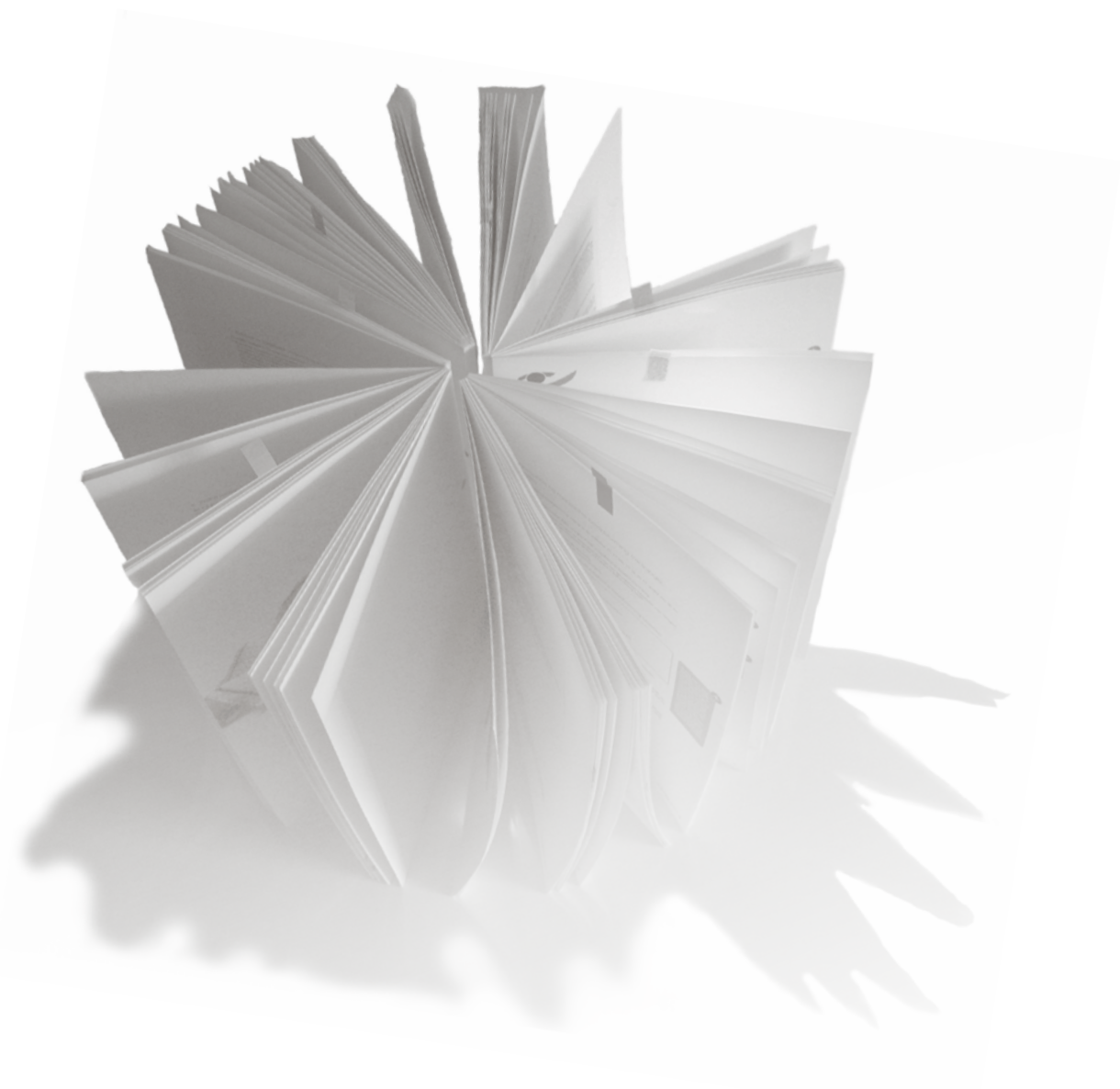
(3) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)

(4) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	September 2012 (1)	December 2012 (2)	Maart 2013 (3)	Juni 2013 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-51,33	-24,01	23,16	32,56
15. Dialyse				
a) Geneesheren	4,26	3,43	2,05	0,83
b) Forfait nierdialyse	5,80	4,10	2,92	1,82
c) Thuis, in een centrum	1,41	1,77	2,42	0,63
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	4,01	3,21	2,46	1,13
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	8,00	5,44	5,02	5,04
b) Rustoorden voor bejaarden	2,75	4,37	5,48	5,88
c) Dagverzorgingscentra	21,21	15,66	14,14	14,08
d) Loonharmonisering personeel RVT	5,84	6,62	4,36	3,86
e) Syndicale premie	-41,70	-41,70	-37,95	-8,06
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-40,99	-30,54	-49,71	-22,08
g) Palliatieve dagcentra		58,12	58,12	58,12
Totaal	5,54	4,98	4,83	5,13
17. Einde loopbaan	11,01	11,28	13,97	14,02
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	-1,31	-2,52	-1,35	1,85
b) Initiatieven van beschut wonen	12,57	8,61	7,23	4,76
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	9,92	5,44	4,56	1,83
Totaal	2,73	0,76	1,22	2,71
19. Revalidatie en herscholing	8,62	6,77	5,54	4,57
20. Bijzonder Fonds	-71,83	-65,92	-56,34	-58,97
21. Logopedie	4,25	4,21	4,97	5,12
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	0,57	3,28	3,66	3,23
24. Regularisaties + Herfacturatie	-19,16	-14,51	-12,42	-15,21
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-1,89	-0,50	4,03	3,83
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	-1,89	-0,50	4,03	3,83
(1) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				
(2) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				
(3) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(4) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	September 2012 (1)	December 2012 (2)	Maart 2013 (3)	Juni 2013 (4)
26. Chronische zieken	11,33	5,49	7,47	6,12
27. Palliatieve zorgen	8,89	7,10	3,22	1,29
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	9,15	10,57	9,37	10,13
29. Menselijk lichaamsmateriaal	22,33	20,73	16,99	17,36
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,68	30,84	20,17	10,49
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-5,83	-8,68	-1,04	8,67
b) COMA	3,50	-2,80	-12,43	-15,73
c) Therapeutische projecten	-38,96	-35,32	-29,88	-23,97
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-15,68	-16,36	-15,46	-11,84
32. Geïnterneerden	-0,58	-5,39	28,51	-45,33
33. Tabaksontwenning	4,92	2,63	1,30	0,00
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-89,74	-93,24	-96,56	-100,00
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	14,24	9,18	8,65	12,33
39. MS/ALS/Huntington	16,01	18,45	19,32	16,79
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord	37,31	-51,94	-44,66	100,29
46. Diversen	-18,33	-61,44	-67,75	-64,40
Algemeen totaal	4,95	3,77	2,32	1,81
(1) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				
(2) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				
(3) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(4) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				

7^e Deel
Publicatieprijzen



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

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

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

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

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

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

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

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

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

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

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

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

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

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

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



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

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

4. Technische informatie

Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

Per blad	0,12
Abonnement ²	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012	CD-Rom 6,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV, enkel beschikbaar via de website van het RIZIV
(printbare versie)

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure gratis

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder gratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder, zolang de voorraad strekt gratis

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de
ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de
ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten gratis

g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

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.

2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2014.



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

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



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

Redactiecomité

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

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

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

Disponible en français

ISSN 0046-9726