

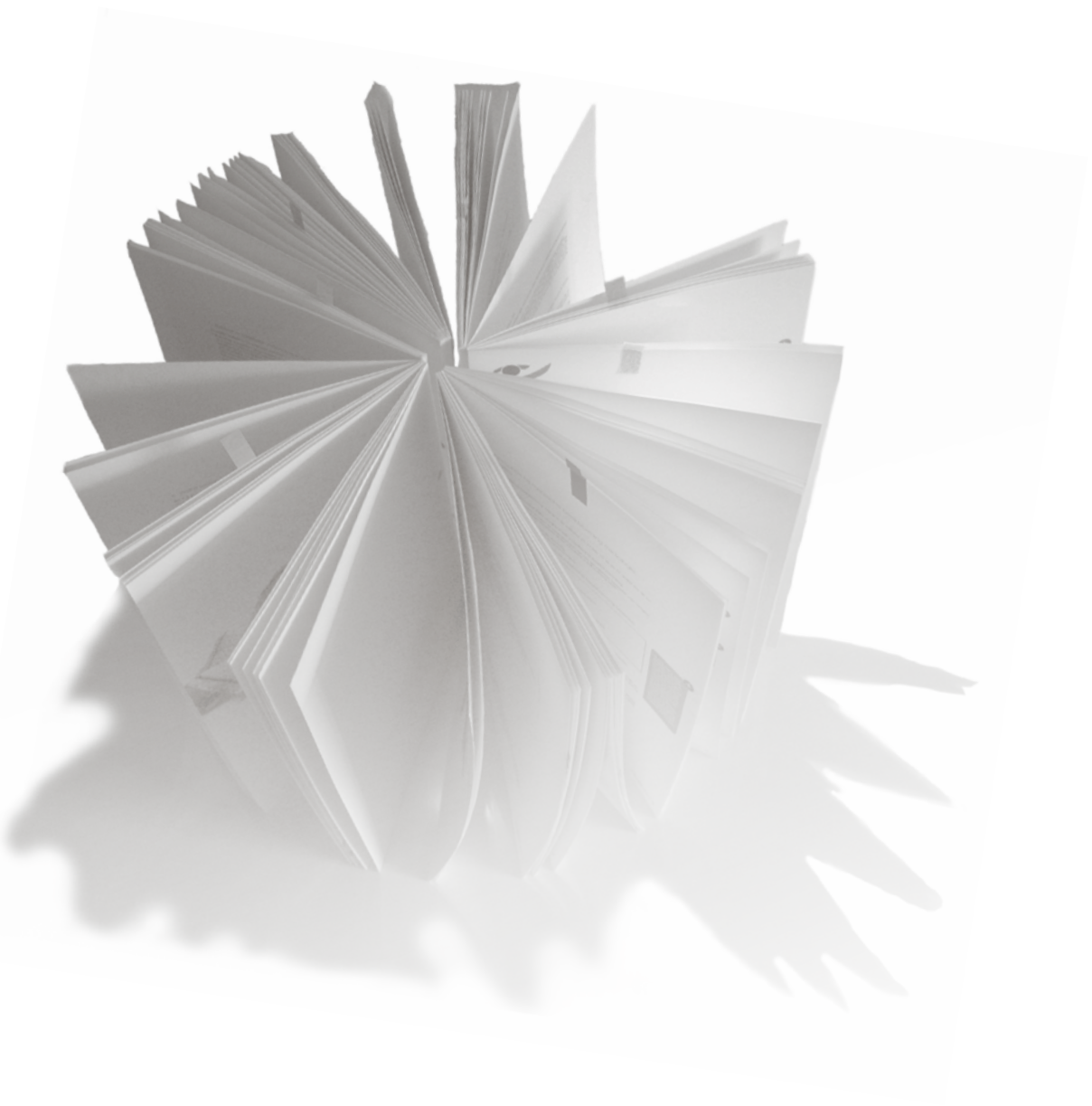
Inhoud

1 ^e Deel - Studiën ¹	383
Opvolging van mutaties door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, door A. Taelemans, J. Demey en D. Marcelis	384
2 ^e Deel - Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	391
3 ^{de} trimester 2013	392
3 ^e Deel - Rechtspraak	409
I. Hof van Cassatie, 16 december 2013 Koninklijk besluit van 20 juli 1971, artikel 6, 1 ^o , 10 §§ 3 en 59 – Regeling voor de zelfstandigen – Begrip arbeidsongeschiktheid - Primaire ongeschiktheid	410
II. Arbeidshof van Brussel, 17 oktober 2013 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikel 327, § 2, 1 ^e lid, b) - Vrijstelling van boeking als administratiekosten – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag door de verzekeringsinstelling	411
III. Arbeidshof van Brussel, 18 december 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 167, 2 ^e lid – Aard van de beroepstermijn Burgerlijk Wetboek, artikels 2244 en 2247 – Stuiting en opschorting van de beroepstermijn Grondwet, artikel 159 – Wettelijkheidsbeginsel	413
IV. Arbeidshof van Brussel, 4 december 2013 Gerechtigd Wetboek, artikel 978, § 1, 2 ^e lid en 991 – Kosten en erelonen deskundig onderzoek - Betwistingstermijn Koninklijk besluit van 14 november 2003, artikel 1, 1 ^e lid, 2 ^o - Kosten en erelonen deskundig onderzoek – Rusthuizen – Afhankelijkheidscategorieën	421
V. Arbeidsrechtbank van Brussel, 6 juni 2013 Verjaring	423

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

4 ^e Deel - Parlementaire vragen en antwoorden	427
I. Pseudo-medische informatie Medische applicaties – Websites – Informatiecampagnes – EBMPracticeNet	428
II. Overeenkomstenstatuut arts Affichering – Wettelijke verplichting – Controle	430
III. Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen Voorwaarden tegemoetkoming – Bepaling patiëntendoelgroepen	432
IV. Cyberaanvallen Informatieveiligheidsbeleid RIZIV – Beveiligingsmaatregelen	433
V. HZIV Leden – Ambtshalve aansluiting	436
5 ^e Deel - Richtlijnen van het RIZIV	439
Het statuut van persoon met een chronische aandoening	440
6 ^e Deel - Basisgegevens	455
I. Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	456
II. Maximumfactuur – Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2014	457
III. Ambulancevervoer – Dringende geneeskundige hulpverlening – Tarieven op 1 januari 2014 – FOD Volksgezondheid	458
IV. Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)	459
7 ^e Deel - Statistieken	463
I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging	464
II. Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december	485
8 ^e Deel - Prijzen van de publicaties	487
Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014	488
Jaarinhoud 2013	493

1^e Deel Studies



Opvolging van mutaties door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV¹

Auteurs²: An Taelmans, Jan Demey en Dirk Marcelis

Inleiding

De ziekenfondsen vervullen een heel belangrijke rol in onze verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als meewerkende instellingen staan de verzekeringsinstellingen met hun ziekenfondsen of gewestelijke diensten in voor de concrete toekenning van de tegemoetkomingen en uitkeringen: zij informeren hun leden over de tegemoetkomingen of uitkeringen waarvoor zij in aanmerking komen, gaan na of de toekenningsvoorwaarden zijn vervuld, berekenen de tegemoetkomingen en uitkeringen in functie van de verzekerbaarheidstoestand van de bij hen aangesloten verzekerde, en betalen ze uit.

Anderzijds vertegenwoordigen zij hun aangesloten leden en verdedigen aldus de belangen van de sociaal verzekerden in de overlegplatformen en beheersorganen van het RIZIV, en hebben een zeer groot aandeel in de sturing van het beleid van onze verzekering.

De ziekenfondsen vullen zelf in hoe ze hun dienstverlening organiseren binnen de reglementaire klijtlijnen en hoe ze hun sociaal verzekerden zo goed mogelijk bijstaan in de correcte toekenning van hun rechten.

In ons systeem van verplichte verzekering heeft de sociaal verzekerde de vrijheid van keuze bij welk ziekenfonds hij zich aansluit. Die keuzevrijheid houdt ook in dat hij op zijn keuze kan terugkomen en dus kan besluiten zich bij een ander ziekenfonds aan te sluiten. Deze verandering van ziekenfonds wordt in onze reglementering “mutatie” genoemd, en is vervat in een reglementair kader dat waarborgt dat de verzekerde geen overhaaste beslissingen neemt en dat alle noodzakelijke gegevens voor de verdere toekenning van rechten mee overgedragen worden. De aanvragen, goedkeuringen en weigeringen van mutatie worden opgevolgd door de Dienst voor administratieve controle (directie toegankelijkheidsgegevens) van het RIZIV, die in probleemgevallen of betwistingen kan tussenkomen.

Deze opvolging, die mee garant moet staan voor de eerbiediging van de keuzevrijheid en voor de vermindering van concurrentievervalsende praktijken, gebeurde tot voor kort enkel op basis van papieren stukken, die door de verzekeringsinstellingen aan de Dienst voor administratieve controle per post werden overgemaakt. Deze manier van werken liet echter niet toe om op efficiënte wijze onregelmatigheden op te sporen en hier relevante gegevens uit te puren voor beleids- en controle-doeleinden.

Daarom werd in de Dienst voor administratieve controle een project opgestart dat tot doel had de papieren gegevenstransmissie tussen de verzekeringsinstellingen en de dienst, te vervangen door een elektronische gegevensoverdracht.

Tegelijk werd de reglementaire omkadering onder de loep genomen, niet enkel om mogelijk te maken dat de gegevenstransmissie elektronisch zou gebeuren, maar ook om de mutatieregels te vereenvoudigen en te actualiseren.

1. De opvolging van mutaties gebeurt door de directie toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor administratieve controle.
2. Jan Demey is jurist bij de Dienst voor administratieve controle (DAC), Dirk Marcelis is adviseur van de directie toegankelijkheidsgegevens van de DAC, An Taelmans was tot januari 2014 projectleider van het project mutaties in DAC maar is sinds februari 2014 werkzaam in de Moderniseringscel van het RIZIV.

1. Optimalisering gegevensuitwisseling tussen verzekeringsinstellingen en Dienst voor administratieve controle

a. Begrip individuele mutatie

Een individuele mutatie bestaat in het overgaan van een gerechtigde naar een andere verzekeringsinstelling (V.I.) dan die waarbij hij was ingeschreven³. Een mutatie moet duidelijk onderscheiden worden van een transfer waar het gaat om een verandering van ziekenfonds binnen dezelfde verzekeringsinstelling.

b. Mutatieprocedure voor 1 januari 2014

Een mutatie kan plaatsvinden op de eerste dag van ieder kwartaal, dus op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober.

De gerechtigde die naar een andere verzekeringsinstelling wenst over te gaan, moet een aanvraag om mutatie (formulier 551) indienen bij de verzekeringsinstelling waarbij hij zich wenst te laten inschrijven. De nieuwe verzekeringsinstelling stuurt dit aanvraagformulier per aangetekende post naar de oude verzekeringsinstelling samen met een borderel waarop naam, voornaam, rijksregisternummer, adres en geboortedatum voorkomen. De nieuwe verzekeringsinstelling stuurt gelijktijdig een afschrift van dit borderel naar de Dienst voor administratieve controle.

De oude verzekeringsinstelling kan binnen een bepaalde termijn de aanvraag om mutatie goedkeuren (formulier 554) of kan deze aanvraag in een aantal gevallen ook weigeren (formulier 552). Ook de goedkeuringen en weigeringen worden per aangetekende post van de oude naar de nieuwe verzekeringsinstelling verzonden, evenals een borderel naar de Dienst voor administratieve controle.

c. Knelpunten

De DAC ontving per trimester ongeveer 8.000 mutatieborderellen (aanvragen, goedkeuringen en weigeringen), dus 32.000 borderellen per jaar. De papieren borderellen maken het voor de dienst uiteraard zeer moeilijk om op een efficiënte manier de wettelijke controle opdrachten in het kader van de mutaties uit te oefenen. Bovendien is het ook heel moeilijk om betrouwbare beleidsinformatie op te maken en te beantwoorden aan de interne en externe behoefte aan cijfermateriaal over mutaties. Om cijfermateriaal te genereren, moeten manuele tellingen uitgevoerd worden. Deze manuele tellingen zijn uiteraard erg arbeidsintensief en hebben een groot risico op fouten.

3. Art. 255 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de Wet GVU.

In Lean termen, kunnen we stellen dat er in de mutatieprocedure verschillende vormen van verspilling of waste kunnen geïdentificeerd worden:

- processing waste door voorbijgestreefde procedures: niet optimaal uitgevoerde taken (bv. klasseren 32.000 mutatieborderellen)
- reliability waste: door gebrek aan standaardisering en informatisering wordt het proces heel onbetrouwbaar en moeilijk te controleren
- standardization waste: er gaat veel tijd en mankracht verloren doordat niet volgens de meest optimale manier gewerkt wordt
- work around waste: Om vragen in verband met statistische informatie te beantwoorden, moet het aantal rechthebbenden op de papieren mutatieborderellen manueel geteld worden. Dit is erg tijdsintensief en heeft een hoog risico op fouten (reliability waste).

d. Mutatieprocedure vanaf 1 januari 2014

In 2009 werd door de Dienst voor administratieve controle een werkgroep opgericht (DACMUT) met vertegenwoordigers van de Dienst voor administratieve controle, de verzekeringsinstelling en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). In deze werkgroep werden de knelpunten met betrekking tot de bestaande gegevensuitwisseling besproken en werd beslist om de papieren gegevensuitwisseling tussen de verzekeringsinstelling en de Dienst voor administratieve controle te vervangen door een elektronische flux.

Na overleg werd overeengekomen om deze nieuwe elektronische flux inzake mutaties te enten op de bestaande technische mutatiestroom tussen verzekeringsinstellingen onderling en die verloopt via het NIC platform. Dit is een stroom die al geruime tijd functioneert en waarvan de kwaliteit gecontroleerd werd. Naast deze technische besprekingen, werd ook de inhoud van de gegevensuitwisseling uitgebreid tegen het licht gehouden in de werkgroep DACMUT. De inhoud en tijdstippen van de gegevensuitwisselingen worden gedetailleerd beschreven in een omzendbrief.

Naar aanleiding van dit project, werden ook een aantal reglementaire aanpassingen voorbereid door de werkgroep. Het gaat hierbij zowel om aanpassingen die in functie staan van de nieuwe elektronische gegevensuitwisseling als aanpassingen die een actualisatie inhouden van de geldende bepalingen inzake mutaties. Deze reglementaire aanpassingen worden in het volgende hoofdstuk besproken.

2. Reglementair luik

a. Modaliteiten van de gegevensuitwisseling


Artikel 274 geeft een algemene bevoegdheid aan de Dienst voor administratieve controle om de modaliteiten van de gegevensuitwisseling te bepalen in verband met mutaties. Op basis van de uitgevaardigde instructies kan op een gedetailleerde wijze de gegevensuitwisseling worden geregeld door middel van een omzendbrief⁴.


4. Zie art. 274 van voormeld K.B. van 03.07.1996 en tevens omzendbrief V.I. 2013/358 van 04.11.2013 inzake 'de Gegevensuitwisselingen tussen de V.I. en het RIZIV inzake individuele mutaties: wijze en tijdstippen', gekend onder rubriek 231/21.

b. Weigeringsgronden

In het nieuwe artikel 259 worden de redenen tot weigering van de mutatie opgenomen door de vroegere verzekeringsinstelling. De redenen (a) tot en met (e) zijn facultatief terwijl de redenen (f) tot en met (h) verplicht zijn⁵. Hierna worden de redenen tot weigering opgesomd.

- (a) het verstrijken van minder dan twaalf maanden sinds de inschrijving of aansluiting bij de vorige verzekeringsinstelling
- (b) een sanctie overeenkomstig artikel 168*quinquies*, paragraaf 2, van de wet van 14 juli 1994 lastens de gerechtigde die nog niet of niet geheel uitgevoerd is
- (c) het ontbreken van cruciale inlichtingen, zoals de benaming van de nieuwe verzekeringsinstelling
- (d) als de aanvraag om mutatie niet binnen de gestelde termijnen is verzonden
- (e) het bestaan van een schuld in hoofde van de gerechtigde in de verplichte ziekteverzekering
- (f) aanvragen tot mutatie bij twee of meerdere verzekeringsinstellingen tegelijkertijd
- (g) de aanvraag om mutatie is niet door de verzekerde ondertekend
- (h) de verzekerde is ingeschreven als persoon ten laste bij de vroegere verzekeringsinstelling.

 De verzekerde is aangesloten bij ziekenfonds X en vraagt tegen 1 oktober 20xx een mutatie aan ten gunste van ziekenfonds Y en tegen dezelfde datum ten gunste van ziekenfonds Z. De aanvragen om mutatie worden geweigerd door ziekenfonds X.

 De verzekerde is aangesloten bij ziekenfonds X en vraagt een mutatie aan tegen 1 oktober 20xx ten gunste van ziekenfonds Y. De aanvraag wordt in eerste instantie geweigerd omdat de verzekerde nog een schuld heeft in de verplichte ziekteverzekering. Wanneer de schuld uiterlijk op de dag van mutatie werd betaald dus 1 oktober 20xx, moet de aanvraag wel aanvaard worden door de oude verzekeringsinstelling. Als de verzekerde de schuld zelf heeft betaald aan zijn vroegere ziekenfonds, kan de mutatie doorgaan. Heeft het nieuwe ziekenfonds de schuld betaald dan moeten zij uiterlijk op 1 oktober 20xx + 20 werkdagen het bewijs van effectieve betaling voorleggen aan de vroegere verzekeringsinstelling.

c. Bescherming van de sociaal verzekerde tegen impulsieve beslissingen

In het nieuwe artikel 257 wordt vastgelegd dat de verzekerde na het ondertekenen van het mutatieformulier, een periode heeft waarin hij de mutatie kan intrekken, een bedenktijd, namelijk uiterlijk tot op de laatste werkdag voor de mutatedatum. Deze termijn is een vervaltermijn. De bedoeling hiervan is om de verzekerde te beschermen tegen eventuele impulsieve beslissingen⁶.

Om te vermijden dat de verzekerde hiervan onwetend zou zijn wordt de mogelijkheid tot intrekking van de aanvraag tot mutatie expliciet vermeld op het mutatieformulier.

De intrekking van de aanvraag om mutatie van de verzekerde wordt binnen de 10 werkdagen door de vroegere verzekeringsinstelling medegedeeld aan de nieuwe verzekeringsinstelling en wordt tevens meegedeeld aan de Dienst voor administratieve controle.

5. Art. 259 van voormeld K.B. van 03.07.1996.

6. Art. 257 van voormeld K.B. van 03.07.1996.

➤ De verzekerde is aangesloten bij ziekenfonds X en vraagt een mutatie aan tegen 1 oktober 20xx ten gunste van ziekenfonds Y. De verzekerde kan zich bedenken tot op de laatste werkdag voor de mutatiedatum. Het ziekenfonds X waarbij de verzekerde aangesloten is deelt uiterlijk 10 werkdagen na 1 oktober 20xx de intrekking mee aan ziekenfonds Y, dat wil zeggen uiterlijk op 1 oktober + 10 werkdagen.

d. Actualisering

In de artikelen 258 en 268 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt verwezen naar de mogelijkheid van een elektronisch aangetekende zending. De Raad van state stelt dat er een wettelijke grondslag moet zijn aangetekende elektronische post mogelijk te maken⁷.

De verzending van elektronisch getekende berichten en elektronisch aangetekende brieven is thans opgenomen in artikel 4/2 van de wet van 24 februari 2003 betreffende de modernisering van het beheer van de sociale zekerheid en betreffende de elektronische communicatie tussen ondernemingen en de federale overheid⁸. Die bepaling is van bijzonder belang om de juridische zekerheid van het elektronisch gegevensverkeer tussen de verschillende actoren binnen het netwerk van de sociale zekerheid en de sociaal verzekerden te garanderen.

De dienst kan eveneens beslissen indien er problemen bestaan omtrent de regelmatigheid van een mutatie⁹.

Het nieuwe artikel 268 bepaalt dat de Dienst voor administratieve controle kan beslissen in geval van onregelmatigheden in de mutatieprocedure. Klachten kunnen ingediend worden zowel door de nieuwe verzekeringsinstelling als door de vroegere verzekeringsinstelling.

7. Zie advies nummer 52.943/2 van de Raad van State gegeven op 27.03.2013, blz. 4, punt 2.

8. Artikel 4/2 van de wet van 24.02.2003 betreffende de modernisering van het beheer van de sociale zekerheid en betreffende de elektronische communicatie tussen ondernemingen en de federale overheid luidt als volgt:
"Art. 4/2. § 1. Er kan een dienst worden aangeboden die het mogelijk maakt een elektronisch ondertekend document aan de hand van informaticatechnieken aangetekend te versturen naar een burger, een werkgever of zijn mandataris, hierna de bestemming genaamd, met tussenkomst van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

De Kruispuntbank van de sociale zekerheid maakt hiertoe gebruik van informaticatechnieken die :

a) de oorsprong en de integriteit van de inhoud van de zending verzekeren door middel van aangepaste beveiligingstechnieken
b) toelaten dat de afzender correct kan worden geïdentificeerd en dat het tijdstip van de verzending correct kan worden vastgesteld
c) ervoor zorgen dat de afzender, in voorkomend geval op zijn verzoek, een bewijs ontvangt van de afgifte of van de aflevering van de zending aan de bestemming.

De afdeling Sociale Zekerheid van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid keurt deze informaticatechnieken goed.

De communicatie tussen de afzender en de bestemming gebeurt via een beveiligde mailbox, die via het netwerk van de sociale zekerheid ter beschikking wordt gesteld van de burger, de werkgever of zijn mandataris. Deze mailbox is het officiële communicatiekanaal voor elektronische berichten tussen de afzender en de bestemming.

§ 2. De communicatie die beantwoordt aan de voorwaarden bedoeld in § 1 heeft dezelfde bewijskracht als een aangetekende brief of een aangetekende brief verstuurd per post."

9. Art. 268 van voormeld K.B. van 03.07.1996.

Besluit

De verwezenlijking van een elektronische, exploitierbare gegevensstroom over de aanvragen, goedkeuringen en weigeringen van de mutaties toont het belang aan van een kritische bevraging van bestaande processen en werkwijzen tegen het licht van de ontwikkeling van het RIZIV als een kennisintensieve organisatie die de gegevens uit de verzekering die zij beheert, maximaal benut, en tegen het licht van een verhoging van efficiëntie van werkprocessen, zowel bij het RIZIV zelf als tussen het RIZIV en haar partners.

Deze verwezenlijking was ook enkel mogelijk door nauw en volgehouden overleg tussen de directie toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor administratieve controle en de verzekeringsinstellingen, en toont het belang aan van luisterbereidheid aan beide zijden in de verdere ontwikkeling en in het beheer van onze verzekering.

En uiteraard is de verwezenlijking van deze elektronische stroom geen eindpunt : het mechanisme zal regelmatig geëvalueerd moeten worden en waar nodig, bijgestuurd. Logischerwijze zal nu ook een kritische bevraging geboden zijn van de gegevensuitwisselingen tussen de verzekeringsinstellingen zelf, en zal ook op dat vlak een project moeten worden opgestart.

2^e Deel

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



3^{de} trimester 2013

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Protocolakkoorden

De lopende programma's die in het protocolakkoord afgesloten tussen de federale overheid en de gemeenschappen zijn opgenomen, krijgen voor 2012 de maximale bedragen van de verzekeringstegemoetkoming toegewezen.¹ Het gaat om:

- het programma van HPV-vaccinatie van de Franse Gemeenschap : 881.920 EUR
- het programma ter opsporing van colorectale kanker van de Franse Gemeenschap : 1.593.480 EUR
- het programma van HPV-vaccinatie van de Vlaamse Gemeenschap : 1.306.200 EUR

2. Budget farmaceutische specialiteiten

Het globaal budget voor de farmaceutische specialiteiten wordt vastgesteld op 3.984,102 miljoen EUR voor het jaar 2013.²

3. Heffingen farmaceutische specialiteiten

a. Weesheffing

De farmaceutische bedrijven dragen via de omzet op het zakencijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bij aan de uitgaven in de sector. Vanaf 2013 geldt deze bijdrage ook voor de omzet op weesgeneesmiddelen, de zogenaamde "weesheffing".³

b. Medische hulpmiddelen

BIJZONDERE BIJDRAGE

De sector van de medische hulpmiddelen krijgt voor het jaar 2013 een uitzonderlijke bijdrage op de omzet opgelegd van 0,20 %.⁴

1. K.B. van 19.06.2013 tot wijziging van het K.B. van 08.04.2011 tot uitvoering van art. 56, § 2, eerste lid, 5^e, van de wet GVU, B.S. van 02.07.2013, p. 41526.
2. K.B. van 17.08.2013 tot vaststelling van het globaal budget in 2013 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, B.S. van 27.08.2013 (Ed. 2), p. 56608.
3. Programmawet van 28.06.2013, B.S. van 01.07.2013 (Ed. 2), art. 26-30.
4. Programmawet van 28.06.2013, B.S. van 01.07.2013 (Ed. 2), art. 31 en 34.

IN-VITRODIAGNOSTIEK

Distributeurs van medische hulpmiddelen voor invitrodiagnostiek worden ook onderworpen aan de heffing waaraan de distributeurs van andere medische hulpmiddelen zijn onderworpen.⁵

Vanaf het jaar 2013 moeten zij hiervoor een register bijhouden op basis waarvan de bijdrage om de omzet kan worden berekend. Voor het jaar 2012, waarop de bijdrage voor 2013 worden berekend, dienen de distributeurs een verklaring op erewoord in te dienen met opgave van het omzetcijfer van het voorafgaande kalenderjaar.

4. Vergoedingsbasis farmaceutische specialiteiten

a. Biologische geneesmiddelen

Op 1 januari en op 1 juli van elk jaar worden, de prijzen en vergoedingsbasissen van de biologische geneesmiddelen voor menselijk gebruik, verminderd met 7,5 %. Het gaat om de farmaceutische specialiteiten, waarvan, in de loop van het voorafgaande semester, elk werkzaam bestanddeel verschijnt in een specialiteit die meer dan achttien jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was of waarvoor in de loop van het voorafgaande semester een farmaceutische specialiteit, die hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen bevat, ingeschreven is op de lijst van artikel 35*bis* van de gecoördineerde wet en niet onbeschikbaar is. Bij Koninklijk besluit kunnen sommige biologische geneesmiddelen worden vrijgesteld van deze vermindering.⁶

b. Generieke geneesmiddelen

De vergoedingsbasis van alle geneesmiddelen waarvoor een generiek geneesmiddel bestaat verlaagt met 2,5 %. De vermindering van de terugbetaling van het origineel wordt bovendien op 32,5 % gebracht, als er een generiek geneesmiddel op de markt komt.⁷

c. Prijsblokkering

De prijsblokkering voor de geneesmiddelen en implantaten wordt met één jaar verlengd, gedurende 2014, om te voorkomen dat die besparingsmaatregelen kunnen worden geannuleerd, behalve wanneer het verantwoorde prijsverhogingen betreft.⁸

5. Experimentele financiering

a. Hadrontherapie

Vanaf 30 september 2017 is er een verzekeringstegemoetkoming voor hadrontherapie in binnen- en buitenland.⁹

5. Programmawet van 28.06.2013, B.S. van 01.07.2013 (Ed. 2), art. 33 en 35.

6. Wet van 30.07.2013 houdende diverse bepalingen, B.S. van 01.08.2013 (Ed. 2), art. 30.

7. Wet van 30.07.2013 houdende diverse bepalingen, B.S. van 01.08.2013 (Ed. 2), art. 31-32.

8. Wet van 30.07.2013 houdende diverse bepalingen, B.S. van 01.08.2013 (Ed. 2), art. 33.

9. K.B. van 18.06.2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 1^o, van de wet GVV, voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie, B.S. van 15.07.2013, p. 44010.

- Er is samenwerking met de bestaande Europese hadroncentra in het buitenland voor wat betreft de tenlasteneming van de tegemoetkoming en voor wat betreft de vervoerskosten voor de patiënten met kanker die beroep doen op de hadrontherapie
- Daarnaast bepaalt het Koninklijk besluit onder welke voorwaarden de ziekenhuizen, kandidaat voor hadrontherapie, een overeenkomst met het verzekeringscomité kunnen sluiten met het oog op verzekeringstegemoetkoming.

b. Contraceptiva voor jongeren

De initiatieven die voorzien in de financiering van contraceptiva voor jongeren worden verlengd voor de eerste 9 maanden van het jaar 2013 in afwachting van een definitieve reglementaire uitwerking om het experiment te bestendigen.¹⁰ Het gaat om een tegemoetkoming van maximum 9.313.000 EUR verdeeld over de verzekeringsinstellingen tijdens de vastgestelde periode.

6. Administratiekosten

De administratiekosten voor de verzekeringsinstellingen worden jaarlijks vastgelegd. De 5 landsbonden en de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS krijgen een enveloppe toebedeeld rekening houdende met de economische omstandigheden.¹¹

7. Bewijskracht

Vanaf 1 januari 2012 bepaalt artikel 9*bis* van de wet van 14 juli 1994 dat, voor wat betreft de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen, de documenten bedoeld in de wet van 14 juli 1994 in elektronische versie kunnen worden ingediend zodra deze beschikbaar is en zodra deze versie bewijskracht bezit overeenkomstig de bepalingen uit de wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform.¹²

8. Technische raad voor rolstoelen

Het huishoudelijk reglement van de technische raad voor rolstoelen wordt aangepast zodat voortaan (vanaf 01.01.13) voor de vergaderingen enkel nog via elektronische weg wordt opgeroepen.¹³

10. K.B. van 31.07.2013 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 art. 56, § 2, 1^o, van de wet GVVU, om de experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren te verlengen, B.S. van 21.08.2013, p. 55584.

11. Programmawet van 28.06.2013, B.S. van 01.07.2013 (Ed. 2), art. 32.

12. K.B. van 19.07.2013 houdende diverse bepalingen inzake bewijskracht, B.S. van 16.08.2013, p. 54614.

13. K.B. van 30.08.2013 tot goedkeuring van de wijziging van het huishoudelijk reglement van de Technische Raad voor rolstoelen ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, B.S. van 27.09.2013 (Ed. 2), p. 68481.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Maximumfactuur

De programmawet van 28 juni 2013 wijzigt de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen zodat de maximumfactuur voor chronisch zieken ook toegekend kan worden aan het gezin wanneer een lid van dat gezin geniet van het statuut chronische aandoening. Het mechanisme van de daling van het grensbedrag van de persoonlijke aandelen is vanaf 1 januari 2013 ook van toepassing op gezinnen waarvan een lid het statuut chronische aandoening bezit, en dit zowel in het kader van de sociale MAF en de inkomens MAF als in het kader van de MAF voor kinderen.¹⁴

Het gezin dat in aanmerking wordt genomen voor de maximumfactuur wordt samengesteld op basis van de gegevens van het Rijksregister. In bepaalde situaties, met name bij toepassing van internationale rechtsregels, moet het recht op de maximumfactuur worden toegekend aan personen die niet zijn ingeschreven in dit register. Aan de Koning wordt dus de bevoegdheid gegeven, om vast te stellen hoe de gezinssamenstelling in die gevallen wordt bepaald.

b. Overeenkomst AIDS

De overeenkomsten die vanaf 2009 kunnen worden gesloten met de Aids-centra en die de kosten ten laste nemen van de profylactische behandeling van mensen die accidenteel zijn blootgesteld aan het virus en waarvan de kosten niet worden terugbetaald door de arbeidsongevallenverzekering, noch door het Fonds voor beroepsziekten, noch door een andere verzekering in binnen- of buitenland, zijn ten laste van de verzekering voor de geneeskundige verzorging. De financiering ervan wordt verdergezet in 2012.¹⁵

c. Derdebetaler

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komt tegemoet in de kosten van bloedglucosemeters, lancethouders, glucosecontrolestrips en lancetten afgeleverd aan de rechthebbers ingeschreven in het zorgtraject “diabetes” of van het programma voor glycemiecontrole.

Vanaf 1 april 2013 werden deze verstrekkingen overgeheveld van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen naar het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 betreffende medische hulpmiddelen. Tengevolge van deze overdracht wordt het Koninklijk besluit betreffende de derdebetalersregeling aangepast met ingang van dezelfde datum, om de toepassing van de derdebetalersregeling ook na die overdracht mogelijk te maken.¹⁶

14. Programmawet van 28.06.2013, B.S. van 01.07.2013 (Ed. 2), art. 22-25.

15. K.B. van 29.05.2013 tot wijziging van het K.B. van 09.06.2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 2^o, van de wet GVU, voor de profylactische behandeling in geval van niet-professionele blootstelling aan het human immunodeficiency virus of van professionele blootstelling die niet ten laste wordt genomen door de arbeidsongevallenverzekering, noch door het Fonds voor beroepsziekten, noch door een andere verzekering in België of in het buitenland, B.S. van 01.08.2013, p. 48032.

16. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 11.09.2013, p. 64213.

2. Zorgverleners

a. Artsen

LOKALE KWALITEITSGROEPEN

Het Koninklijk besluit van 12 december 2012 voorziet in een tegemoetkoming voor de werkingskosten van de lokale kwaliteitsgroepen.¹⁷ Een van de voorwaarden in verband met de gegevens van de LOK-vergaderingen wordt voor de jaren 2011 en 2012 buiten beschouwing gelaten omdat deze blijkbaar een te groot struikelblok vormde voor de artsen om financiering te bekomen.¹⁸

SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt 4.444,05 EUR voor het jaar 2013. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2.169,60 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend:

- voor wat betreft de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer voor maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens drie vierden van het totaal van de praktijk
- voor wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) voor maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen voor de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2013 vastgelegd op 5.453,55 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4.544,75 EUR.¹⁹

b. Tandheelkundigen

De jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen bedraagt 2.208,61 EUR voor het jaar 2013.²⁰

c. Apothekers

De representatieve beroepsorganisaties van apothekers krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun uitgaven betreffende personeel en werking in het kader van de verplichte verzekering, zoals uitkeringen, bezoldigingen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.²¹

17. Zie I.B. - RIZIV 2013/1, p. 46 - K.B. van 12.12.2012 tot instelling van een financiering voor lokale kwaliteitsgroepen, B.S. van 27.12.2012 (Ed. 2), p. 87933.

18. K.B. van 30.07.2013 tot wijziging van het K.B. van 12.12.2012 tot instelling van een financiering voor lokale kwaliteitsgroepen, B.S. van 09.08.2013 (Ed. 2), p. 52235.

19. K.B. van 30.08.2013 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2013 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het K.B. van 06.03.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, B.S. van 25.09.2013, p. 67933.

20. K.B. van 10.07.2013 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2013, voorzien bij het K.B. van 17.08.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen, B.S. van 14.08.2013 (Ed. 2), p. 54433.

21. K.B. van 30.08.2013 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de apothekers, B.S. van 20.09.2013 (Ed. 2), p. 66882

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

De betaling gebeurt in 2 schijven:

- 75 %, vóór 31 maart van het desbetreffende jaar en voor 2013 in september
- 25 %, binnen de 3 maanden nadat de door de algemene vergadering goedgekeurde jaarrekening voor het desbetreffende jaar aan het RIZIV werd bezorgd.

De Algemene raad kan beslissen de laatste schijf niet te betalen indien wordt vastgesteld dat het bedrag niet volledig werd gebruikt voor de voorziene doeleinden.

d. Kinesitherapeuten

Vanaf 1 augustus 2013 liggen de voorwaarden vast waaronder een financiële tegemoetkoming wordt toegekend voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van kinesitherapeuten.²²

Het aan een representatieve beroepsorganisatie van kinesitherapeuten jaarlijks toegekende bedrag bestaat enerzijds uit een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie (van 92.774,89 EUR) en anderzijds uit een aanvullend bedrag dat afhankelijk is van het aantal leden van de organisatie en van het percentage van geconventioneerde kinesitherapeuten (27,26 EUR per lid of per stem).

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.

De Algemene raad kan beslissen de laatste schijf niet te betalen indien wordt vastgesteld dat het bedrag niet volledig werd gebruikt voor de voorziene doeleinden.

e. Vroedvrouwen

De tekst van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt geactualiseerd door de term “accoucheuse” in het Frans te vervangen door “sage-femme”.²³ De tekstaanpassing was al eerder doorgevoerd in de wet van 14 juli 1994 en was noodzakelijk doordat ook de uitgereikte diploma’s de nieuwe benaming hanteren.

22. K.B. van 22.07.2013 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het RIZIV een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten, B.S. van 12.07.2013 (Ed. 2), p. 43653.

23. K.B. van 06.09.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 24.09.2014 (Ed. 2), p. 67699.

f. Verzorgingsinstellingen en diensten

GEÏNTEGREERDE DIENSTEN VOOR THUISVERZORGING

De GDT's krijgen jaarlijks een structurele financiering van het RIZIV per inwoner van hun zorgzone. Vanaf 21 juli 2013 verduidelijkt en versoepelt de aanvraagprocedure en verhogen de bedragen.²⁴

- De GDT kan nu het jaarlijks aanvraagdossier bij de FOD Volksgezondheid indienen tot 31 maart in plaats van 31 januari vroeger. Als het dossier in orde is dan betaalt het RIZIV de structurele financiering voor 1 juni. De administraties verwerken ook nog de aanvragen die na 31 maart zijn ingediend; de betaling is dan niet gebonden aan een bepaalde datum
- Voor het jaar 2012 bedraagt de financiering nu iets meer, namelijk 0,1911 EUR per inwoner. Door de jaarlijkse indexering vanaf 2013 is dit bedrag voor 2013 0,1964 EUR. Voor 2014 bedraagt het 0,1991 EUR.

RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN

• Geneesmiddelenbeleid

Op 15 augustus 2013 werd een projectoproep gelanceerd met het oog op een nieuwe aanpak van het geneesmiddelenbeleid ten aanzien van ouderen in een rustoord voor bejaarden (ROB) of rust- en verzorgingstehuizen (RVT).²⁵ Het gaat om een project voor gecoördineerde zorgverlening in het kader van de experimentele financiering van artikel 56 van de gecoördineerde wet. Het beleid speelt enerzijds in op de financiële impact van het geneesmiddelengebruik op de uitgaven geneeskundige verzorging en op de betaalbaarheid ervan voor de oudere zelf en anderzijds op de impact van het geneesmiddelengebruik op de levenskwaliteit van de oudere.

De uitvoering vindt plaats onder de vorm van maximum 30 projecten bestaande uit een ROB of RVT, de coördinerend en raadgevend arts van de instelling, de betrokken huisartsen en huisartsen-kringen, en de betrokken apothekers.

De projecten organiseren voor minstens 35 rusthuisbewoners een medisch-farmaceutisch overleg op patiënteniveau. Daarnaast nemen ze deel aan werkgroepen met als doel aanbevelingen en richtlijnen te formuleren rond het gebruik van een geneesmiddelenformularium en het voorschrijven van geneesmiddelen (medicatieschema, doseringsschema), en het volledige geneesmiddelenproces.

Een universitaire onderzoeksequipe van 2 universiteiten (1 in het Nederlandstalig landsgedeelte en 1 in het Franstalig landsgedeelte) begeleidt de projecten.

De totale duurtijd van de studie bedraagt 3 jaar.

24. K.B. van 12.06.2013 tot wijziging van het K.B. van 15.12. 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiering toekent aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, B.S. van 11.07.2013, p. 43198.

25. K.B. van 11.07.2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet GVU, voor het ten laste nemen van de kosten van projecten ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg in het kader van een medisch-farmaceutisch zorgbeleid in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen, B.S. van 31.07.2013, p. 47886.

o Nieuwe zorginitiatieven

In ouderenzorg bestaat al langer consensus om innovatieve vormen van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen te ontwikkelen om de zelfredzaamheid van deze personen te versterken of te handhaven en een eventuele opname in een RVT of ROB zo lang mogelijk uit te stellen.

Een eerste project werd gerealiseerd in 2009.²⁶

Een tweede projectoproep wordt gelanceerd met ingang van 1 september 2013.²⁷

Die projecten worden beoogd die tot doel hebben aan kwetsbare ouderen alternatieve oplossingen voor de RVT's en ROB's aan te bieden die later kunnen bestemd worden via een structurele financiering.

De algemene doelstelling van de projecten is de financiering van een gecoördineerd en overlegd project op het gebied van alternatieve en ondersteunende zorg die op geïntegreerde en multidisciplinaire wijze ondersteund wordt en waarvoor op dit moment geen tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering is voorzien. De doelgroep zijn de "kwetsbare" ouderen of ouderen die complexe en/of langdurige verzorging dreigen nodig te hebben. De projecten hebben oog voor autonomie en zelfstandigheid met de bedoeling de patiënt thuis te houden of naar zijn thuissituatie te laten terugkeren.

De organisaties van zorgverleners die voor die projecten in aanmerking komen zijn alle "diensten, groeperingen of instellingen voor verzorging, hulp- of dienstverlening, inclusief de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) die onontbeerlijk zijn om de innoverende zorg te verlenen in het kader van een project van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen."

Worden in het bijzonder als noodzakelijke partners beschouwd:

- o de diensten voor thuisverpleging
- o de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's)
- o de coördinatiecentra voor thuisverzorging
- o de ROB's of RVT's
- o de huisartsenkringen van de desbetreffende geografische zone.

De deelname van andere organisaties zoals vrijwilligersverenigingen en patiëntenverenigingen, etc. wordt overigens sterk aanbevolen.

De projectoproep is op vier pijlers gebaseerd:

- o de primordialeiteit van het centraal statuut van de patiënt
- o de effectieve deelname van de huisarts
- o het gebruik van een globaal geriatrisch evaluatie-instrument (BelRAI) voor de organisatie van de zorg
- o een reële transmuraliteit/transsectorale samenwerking.

De dossiers konden tot 31 oktober 2013 worden ingediend.

Nadien volgt dan de formele en inhoudelijke evaluatie waarna de voorstellen van projecten worden voorgelegd aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de overeenkomsten worden opgemaakt. Begin september 2014 starten de projecten op.

26. Zie I.B. - RIZIV 2009/3-4, p. 376.

27. K.B. van 17.08.2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen, B.S. van 22.08.2013 (Ed. 2), p. 55932, gewijzigd door het K.B. van 04.11.2013, B.S. van 07.11.2013 (ed. 3), p. 84687.

Hun financiering omvat:

- de verstrekkingen verleend door loontrekkende of statutaire zorgverleners die daartoe bevoegd zijn: verzorging door verpleegkundigen, kinesitherapieverstrekkingen, logopedieverstrekkingen en de handelingen tot reactivering en sociale reïntegratie
- bepaalde farmaceutische verstrekkingen
- de kosten van het overleg en de coördinatie tussen de partners, met inbegrip van de tegemoetkoming voor de huisarts
- bepaalde ontsmettingsmiddelen
- technische hulpmiddelen die specifiek bedoeld zijn om de oudere in zijn thuissituatie te houden
- de opleiding en sensibilisering van het personeel
- de opleiding en sensibilisering van de kwetsbare ouderen en zijn mantelzorg
- een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten voor de registratie, het beheer en de overdracht van gegevens, en de kosten in verband met de verplichtingen van het privacybeleid...
- een tegemoetkoming in de administratiekosten
- een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van het personeel bij de uitvoering van de taken binnen het project
- de verzorgingsgebonden werkingskosten.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

KLINISCHE BIOLOGIE

Vanaf 1 oktober 2013 vervalt de terugbetaling van de bloedtest om prostaatkanker op te sporen.²⁸ Momenteel wordt de PSA-dosering éénmaal om de 2 jaar terugbetaald door de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van screening bij mannen ouder dan 50 jaar.²⁹ De schrapping van deze verstrekking uit de nomenclatuur werd in het kader van de besparingsmaatregelen beslist op basis van evidentie (EBM) op grond van het verslag van het KCE. De motivatie om deze test te schrappen, is gebaseerd op het feit dat routinematige screening bij mannen zonder specifiek risico de sterfte niet beïnvloedt. Prostaatkanker blijft meestal latent.

DRINGENDE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 oktober 2013 kunnen de dringendheidssupplementen van artikel 26 van de nomenclatuur niet meer worden aangerekend door de tandheekkundigen.³⁰ Voor deze zorgverleners is voorzien in aparte nomenclatuurcodes (zie verder).

28. K.B. van 17.03.2013 tot wijziging van de art. 18, § 2, B, e), 19, § 5*quinquies*, en 24, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 11.09.2013, p. 64212.

29. Zie I.B. - RIZIV 2011/1, p. 66.

30. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het art. 26, § 11, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.09.2013 (Ed. 2), p. 66884.

REANIMATIE

Vanaf 1 december 2012 kan voor de verstrekking “nierdialyse op intensieve zorgen” een dringendheids-supplement bij het honorarium worden aangerekend.³¹ Dit was eerder ook al mogelijk, maar door een herschikking van de nomenclatuur dreigde het supplement niet meer te kunnen worden geattesteerd.

DEMENTIE

Na een wijziging van artikel 20 van de nomenclatuur³² zijn een aantal toepassingsregels overbodig geworden. Deze worden met ingang van 1 november 2013 opgeheven.³³

INTERVENTIONELE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 november 2013 bestaat er een nieuwe toepassingsregel bij de verstrekkingen betreffende de endoprothesen.³⁴ Tijdens een ingreep voor het plaatsen van een endoprothese zijn de eventuele bijkomende dilataties in de verstrekking inbegrepen (en worden deze dus niet afzonderlijk gehonoreerd).

MEDISCHE BEELDVORMING

De verstrekkingen met betrekking tot het kleurenduplexonderzoek en de transrectale echografie waren nog niet toegewezen aan een bepaald specialisme. Met ingang van 1 november 2013 gebeurt dit wel.³⁵

- De geneesheer-specialist in de cardiologie, in de inwendige geneeskunde, in de heelkunde en in de geriatrie krijgen toegang tot de verstrekkingen betreffende het kleurenduplexonderzoek
- De dermatoloog krijgt toegang tot de veneuze echografieën
- De gastro-enteroloog krijgt toegang tot de transrectale echografie.

UROLOGIE

Vanaf 1 november 2013 wijzigt artikel 14 van de nomenclatuur.³⁶

- Invoering van een nieuw nomenclatuurnummer voor tumororchidectomie en de plaatsing van erectieprothese
- De plaatsing van de prothesen wordt geherwaardeerd.

31. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het art. 26, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.09.2013 (Ed. 2), p. 67696.

32. Zie I.B. - RIZIV 2012/4, p. 473.

33. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het art. 20, § 1, f), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.09.2013 (Ed. 2), p. 67697.

34. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het art. 34, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.09.2013 (Ed. 2), p. 67698.

35. K.B. van 06.09.2013 tot wijziging van art. 17^{quater}, § 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 24.09.2013 (Ed. 2), p. 67700.

36. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van het art. 14, j), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24.09.2013 (Ed. 2), p. 67695.

b. Tandheekundigen

NOMENCLATUUR

De nomenclatuur van de tandheekkundige verstrekkingen wijzigt als volgt vanaf 1 juli 2013:³⁷

- invoeging van 2 nieuwe verstrekkingen voor de apexificatietechniek. Deze behandeling wordt enkel vergoed indien ze wordt uitgevoerd op de definitieve hoek- of snijtanden, tot de 18^{de} verjaardag. De apexificatie is meestal nodig na trauma en vraagt meestal meerder zittijden. De kanaalbehandeling, vullingen, vullingsmateriaal en peroperatieve hulpmiddelen of radiografieën zijn inbegrepen in het honorarium
- een nieuwe toepassingsregel sluit vergoeding uit voor een verzegeling die in dezelfde zitting op hetzelfde tandvlak wordt uitgevoerd als een conserverende verzorging
- het urgentieforfait wordt gekoppeld aan een tijdregeling en zal enkel nog 's nachts kunnen worden geattesteerd van 21u tot 8u of op zaterdag, zondag of een feestdag van 8u tot 21u of op de goedgekeurde brugdagen.

Vanaf 1 november 2013 wijzigen de gevallen waarin een bijkomend honorarium kan geattesteerd worden:³⁸

- voor een dringende raadpleging op een brugdag tijdens een georganiseerde wachtdienst dient het bijkomend honorarium via de daartoe aangeduide nomenclatuurnummers geattesteerd te worden
- de nomenclatuurnummers voor technische prestaties uitgevoerd tijdens een georganiseerde wachtdienst op een brugdag kunnen 's nachts worden geattesteerd van 21u tot 8u of op zaterdag, zondag of een feestdag van 8u tot 21u.

Deze wijzigingen volgen uit het feit dat de urgentiesupplementen van artikel 26 van de nomenclatuur niet meer door tandartsen kunnen geattesteerd worden en zij dus via andere bepalingen het bijkomend honorarium dienen aan te rekenen.

INTERPRETATIEREGELS

Een nieuwe interpretatieregule voegt met ingang van 1 juni 2007 een definitie van de cofferdam toe in de regelgeving.³⁹ Enkel de zogenaamde "mini-dammen" zijn uitgesloten van de definitie, vermits de randen van het membraan zich nog binnen de mond bevinden. Hierdoor wordt het beoogde doel om de tand te isoleren niet bereikt. De omschrijving is uitgewerkt op basis van de ISO-normen en geeft aan welk materiaal in aanmerking komt voor tegemoetkoming.

37. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging, wat bepaalde tandheekkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.09.2013, p. 64388 en het erratum B.S. 07.10.2013, p. 69633 en het K.B. van 06.09.2013 tot wijziging van het K.B. van 29.02.1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheekkundige verstrekkingen, B.S. van 12.09.2013, p. 64390.

38. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging, wat bepaalde tandheekkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.09.2013 (Ed. 2), p. 66880.

39. Interpretatieregels van 17.06.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.08.2013 (Ed. 2), p. 60191.

c. Logopedisten

Vanaf 1 september 2013 wijzigt de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen.⁴⁰

- De stoornissen die het verder uitoefenen van een beroep belemmeren, beperken zich tot de mondelinge stoornissen. De stoornissen van de geschreven taal zijn onder een ander deel van de nomenclatuur vergoedbaar
- De stoornissen dyslexie, dysorthografie en dyscalculie krijgen een nieuwe definitie
- Ook de stoornissen van de larynx en de stembanden worden opnieuw omschreven
- De inschrijving in het buitengewoon onderwijs type 8 is voortaan geen uitsluitingsgrond meer voor het recht op verzekeringstegemoetkoming. Enkel in het geval de verzekerde lijdt aan een stoornis waaraan in het buitengewoon onderwijs aandacht wordt besteed, blijft de uitsluitingsgrond bestaan. Dit is het geval voor mondelinge taalontwikkelingsstoornissen, dyslexie, dysorthografie, dyscalculie en dysfasie
- De tegemoetkoming voor de behandeling dysfagie in een centrum voor ambulante revalidatie mag niet gecumuleerd worden met de mogelijkheid om voor de behandeling van deze stoornis tegemoetkoming te krijgen in het kader van de nomenclatuur van de monodisciplinaire logopedieverstrekkingen
- De geneesheer-specialist in de pediatrie neurologie vervangt de geneesheer-specialist in de neurologie of neuropsychiatrie als voorschrijver van het aanvangsbilan, het evolutiebilan en de verlening van de logopedische behandeling van dysfasie
- Voor de behandeling van stoornissen van de larynx en de stembanden zijn nog maximaal 80 logopedische zittingen vergoedbaar
- De zorgverlener dient de voorschriften die de overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringstellingen voorschrijft in verband met de kwaliteit van de verstrekkingen na te leven. Het gaat in eerste instantie om richtlijnen in verband met inrichting van het therapielokaal
- De nomenclatuurcodes die overeenstemmen met de verstrekkingen in de centra voor ambulante revalidatie verdwijnen. De overeenkomsten met deze centra sluiten immers elke tegemoetkoming op basis van de nomenclatuur van de monodisciplinaire logopedieverstrekkingen uit.

d. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

De omschrijving voor de verstrekkingen betreffende de schouderprothesen wijzigt vanaf 1 september 2013.⁴¹ Deze maakt duidelijk vanaf welke maat het product moet worden beschouwd als een oppervlakteimplantaat voor een gedeeltelijke vervanging van het gewrichtskraakbeen en niet meer als een cefalische prothese

Vanaf 1 oktober 2013 kan voor een gedeeltelijke vervanging van het gewrichtskraakbeen voor zowel de heupen als voor de schouder en knieën het oppervlakteimplantaat slechts 1 keer aangerekend worden.⁴² Tot voor de datum van inwerkingtreding gold de toepassingsregel enkel voor de verstrekking van de heupen.

40. K.B. van 04.07.2013 tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van art. 36 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 16.07.2013, p. 44267.

41. K.B. van 24.06.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 31.07.2013, p. 47885.

42. K.B. van 24.06.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.08.2013, p. 48660.

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Vanaf 1 oktober 2013 wijzigen de terugbetalingen in het hoofdstuk heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel zodat ze overeenstemmen met de realiteit van het terrein en de evolutie van het materiaal.⁴³ De tegemoetkoming wordt geherwaardeerd volgens het nieuwe gebruikte materiaal, sommige verstrekkingen werden geschrapt en andere werden opgesteld om een terugbetaling te voorzien.

In de verstrekking “voorgevormd netje voor herstel van liesbreuk of van abdominaal wanddefect” wordt met ingang van 1 oktober 2013 een taalfout rechtgezet.⁴⁴

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

Vanaf 1 oktober 2013 wijzigt de omschrijving van de verstrekking “geheel van materiaal gebruikt tijdens de percutane behandeling van nierstenen en ureterobstructie”, om deze duidelijker te maken.⁴⁵

e. Orthopedisten

Een nieuwe interpretatieregel verduidelijkt de hernieuwingstermijn voor orthopedische schoenen wanneer tussen 2 afleveringen een schoen voor een voet met atone wonden afgeleverd wordt.⁴⁶

f. Farmaceutische verstrekkingen

GENEESMIDDELEN

Bij een voorschrift op stofnaam dient de apotheker verplicht het goedkoopste geneesmiddel af te leveren.

In het geval de duur van de behandeling gepreciseerd wordt, mag de apotheker vanaf 15 juli 2013 bij de keuze van de verpakkingsgrootte die met het voorschrift overeenstemt de beschikbare verpakkingen als volgt groeperen:⁴⁷

- 28-30 gebruikseenheden
- 31-60 gebruikseenheden
- 61-79 gebruikseenheden
- 80-90 gebruikseenheden
- 91-120 gebruikseenheden.

Verpakkingen die minder dan 28 gebruikseenheden of meer dan 120 gebruikseenheden bevatten, mogen niet gegroepeerd worden.

43. K.B. van 24.06.2013 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 26.08.2013, p. 56291 en K.B. van 24.06.2013 tot wijziging van het K.B. van 06.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 26.08.2013, p. 56294.

44. K.B. van 24.06.2013 tot wijziging van art. 35 en 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.08.2013, p. 48661.

45. Idem.

46. Interpretatieregels van 08.07.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 31.07.2013, p. 47957.

47. K.B. van 11.07.2013 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 15.07.2013, p. 44012.

Deze groepering mag niet toegepast worden voor:

- verdovende middelen
- psychotrope stoffen
- geneesmiddelen behorend tot de ATC klasse J01 (antibiotica).

MEDISCHE HULPMIDDELEN

Vanaf 1 oktober 2013 treedt een Koninklijk besluit in werking dat voorziet in een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen jonger dan 21 jaar.⁴⁸ De bepalingen zijn de volgende:

- een tussenkomst voor dezelfde contraceptiva als voor de experimentele overeenkomst, namelijk : orale combinatiepillen met oestrogeen en progestageen, prikpillen en minipillen, contra-ceptieve pleisters, hormoonhoudende en koperhoudende spiraaltjes, intravaginale ringen, hormoonhoudende staafjes of implantaten, morning-afterpillen, met uitzondering van het condoom
- de gegevens die in de lijst van de contraceptiva dienen te worden vermeld en de procedure tot wijziging van deze lijst
- de tegemoetkoming bedraagt van 3 EUR per behandelingsmaand, die wordt omgerekend naar de verpakkingsgrootte en de tarifieringseenheid van het contraceptivum dat voorkomt op de lijst
- tot slot worden de vereiste documenten die de vrouw moet voorleggen vastgelegd, alsook de manier waarop de tarifiering door de apothekers dient te gebeuren.

De maatregel wordt tweejaarlijks geëvalueerd door de werkgroep “Financiering van contraceptie voor jongeren” opgericht binnen het Comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging.

VRUCHTBAARHEIDSSTOORNISSEN BIJ VROUWEN

Vanaf 1 oktober 2013 daalt de tussenkomst van de ziekteverzekering voor 3 forfaitaire tegemoetkomingen voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen met 15 %.⁴⁹ Het gaat om :

- de kost van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij in vitro fertilisatie toegekend per volledige cyclus, met inbegrip van ICSI
- de kosten bij een ontvanger van (een) ovocyt(en) (kunstmatige cyclus) in het kader van een eicel(len)donatie
- de kosten bij de behandeling voor de stimulatie van de follikelgroei of een behandeling met intra-uteriene inseminatie.

48. K.B. van 16.09.2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar, B.S. van 20.09.2013 (Ed. 2), p. 66886.

49. K.B. van 16.09.2013 tot wijziging van het K.B. van 06.10.2008 houdende de invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen, B.S. van 20.09.2013 (Ed. 2), p. 66885.

III. Uitkeringen

1. Werknemers

a. Verhoging van de inhaalpremie (buiten index)

De inhaalpremie voor de verzekerden die op 31 december van het voorgaande jaar minstens 1 jaar arbeidsongeschikt erkend zijn en samen met de invaliditeitsuitkeringen van de maand mei wordt betaald, wordt verhoogd en bedraagt in 2013 274,09 EUR.⁵⁰

b. Herwaardering van de uitkeringen

Artikel 237^{quater} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 voorziet in een recurrente herwaardering van de uitkeringen met 2 % vanaf 1 september voor de gerechtigden die uiterlijk op 31 augustus van het desbetreffende jaar gedurende 15 jaar arbeidsongeschikt zijn.

De toepassing van deze maatregel, die op 1 september 2009 in voege diende te treden, wordt vanaf genoemde datum tot en met 2014 opgeschort.⁵¹ Het doorvoeren ervan zou immers tot gevolg hebben gehad dat de invaliden die in 2009 een ziektejaar van 15 jaar hadden bereikt, een hogere geherwaardeerde invaliditeitsuitkering zouden ontvangen dan zij die 16 jaar of langer arbeidsongeschikt waren in 2009. Omdat dit indruist tegen de gelijke behandeling van alle langdurig arbeidsongeschikten, werd besloten de toepassing van artikel 237^{quater} op te schorten.

2. Zelfstandigen

De uitkering tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid en de daaraan gekoppelde uitkering voor invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet (gerechtigden met gezinslast, alleenstaanden en samenwonenden) wordt geherwaardeerd op 1 september 2013.⁵²

Ingevolge de verhoging van het minimumpensioen voor zelfstandigen worden de daaraan gekoppelde forfaitaire bedragen voor de gerechtigden met gezinslast en de gerechtigden zonder gezinslast-alleenstaande enerzijds in primaire arbeidsongeschiktheid en anderzijds in invaliditeit “zonder stopzetting van de onderneming” verhoogd met 1,25 %.

Op dezelfde datum wordt het forfait voor de gerechtigden zonder gezinslast-samenwonende enerzijds in primaire arbeidsongeschiktheid en anderzijds in invaliditeit “zonder stopzetting van de onderneming” (geen koppeling aan de sector pensioenen) eveneens verhoogd met 1,25 %. Het basisbedrag is gelijk aan 25,1116 EUR.

⁵⁰ Aanpassing buiten index van de inhaalpremie, B.S. van 04.07.2013, p. 42145.

⁵¹ K.B. van 18.07.2013 tot wijziging van het K.B. van 12.02.2009 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVJ, B.S. van 06.08.2013 (Ed. 2), p. 49069.

⁵² K.B. van 30.08.2013 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. van 12.09.2013, p. 64389.

IV. Administratieve controle

1. Individuele mutaties

Vanaf 1 januari 2014 vindt er een operationele en administratieve vereenvoudiging plaats door de vervanging van de papieren gegevensuitwisseling door de elektronische.⁵³

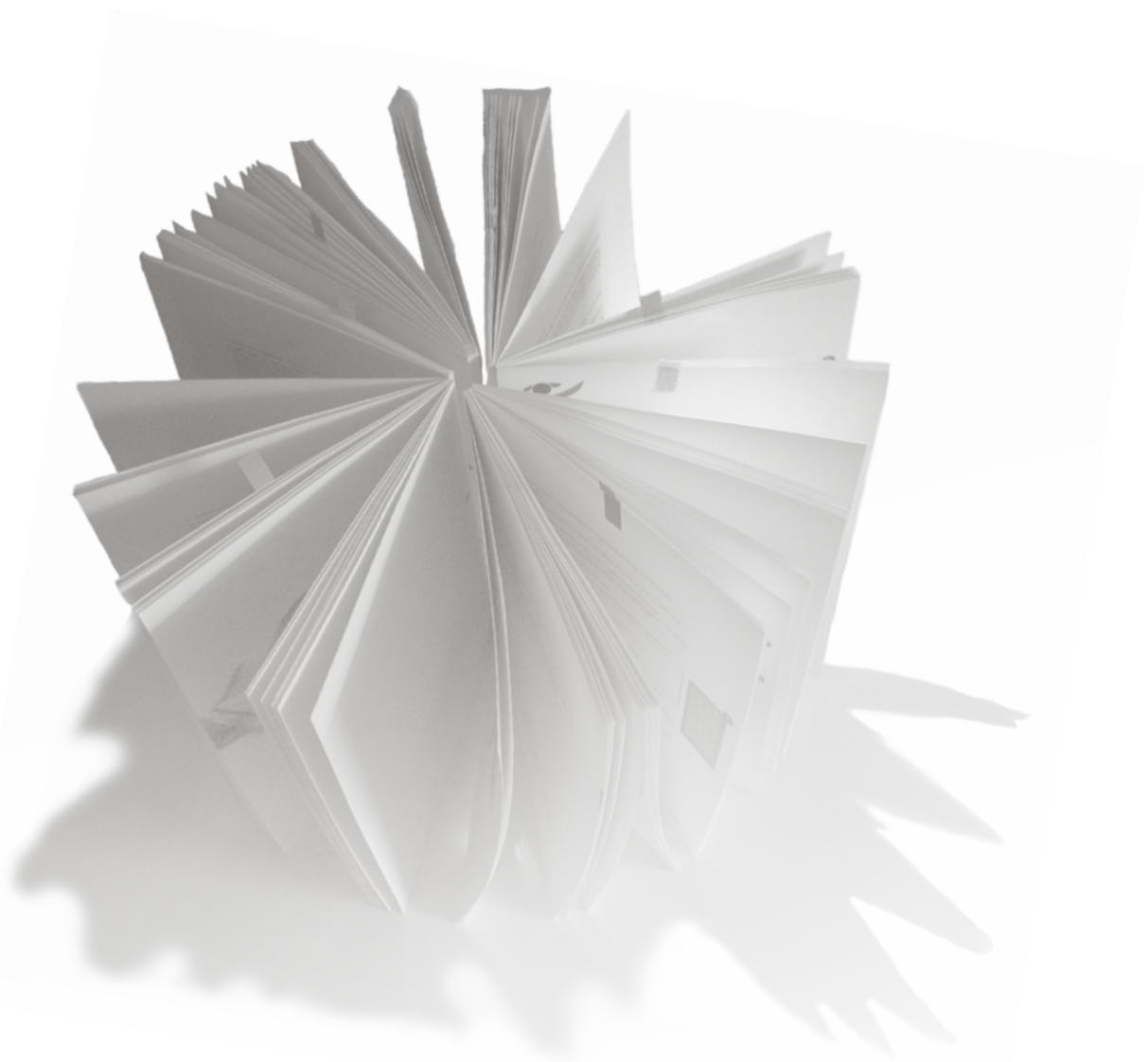
De mutatiestroom tussen de dienst voor administratieve controle van het RIZIV (DAC) en de verzekeringsinstellingen verliep vroeger op papier. De papieren formulieren maken het voor de Dienst voor administratieve controle (DAC) zeer moeilijk de wettelijke opdrachten in het kader van de mutaties uit te oefenen. Bovendien bestaat zowel intern als extern een permanente behoefte aan kwaliteitsvol cijfermateriaal over mutaties.

De bedoeling van de huidige wijzigingen is de papieren stroom te vervangen door een elektronische. Deze elektronische stroom moet zorgen voor een efficiënter beheer van de mutatiegegevens waardoor statistische verwerking en controle mogelijk wordt.

Het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wijzigt met het oog op deze elektronische gegevensoverdracht. De artikelen met betrekking tot de weigeringsgronden tot mutatie en de bescherming van de sociaal verzekerde tegen impulsieve beslissingen worden eveneens aangepast aan de nieuwe procedures.

53. K.B. van 19.07.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 14.08.2014 (Ed. 2), p. 54433.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Hof van Cassatie, 16 december 2013

Koninklijk besluit van 20 juli 1971, artikel 6, 1^o, 10 §§ 3 en 59 – Regeling voor de zelfstandigen – Begrip “arbeidsongeschiktheid” – “Primaire ongeschiktheid”

Volgens artikel 10, § 3 van het Koninklijk besluit leidt een onderbreking van minstens drie maanden van de staat van arbeidsongeschiktheid tot de sluiting van het tijdvak van invaliditeit. Daaruit volgt dat een nieuwe arbeidsongeschiktheid die na die termijn optreedt een nieuw tijdvak van primaire ongeschiktheid, zoals bedoeld in artikel 6, 1^o, van het Koninklijk besluit, opent.

Volgens artikel 59 van het Koninklijk besluit is alleen de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bevoegd om een beslissing over de staat van primaire ongeschiktheid te nemen.

Arrest S.12.0032.F/1
RIZIV t./G.C.

...

III. La décision de la Cour

L'arrêt confirme la décision du conseil médical de l'invalidité suivant laquelle, à partir du 26 septembre 1994, le défendeur n'était pas en incapacité de travail suivant les critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Conformément à l'avis de l'expert judiciaire, l'arrêt décide à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} janvier 2001, le défendeur était en état d'incapacité de travail suivant les mêmes critères.

Aux termes de l'article 10, § 3, de l'arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui atteint trois mois au moins interrompt le cours de la période d'invalidité.

Il s'ensuit qu'une nouvelle incapacité de travail survenant après ce délai ouvre une nouvelle période d'incapacité primaire au sens de l'article 6, 1^o, de l'arrêté royal.

Il ressort des dispositions de l'article 59 de l'arrêté royal que, à l'exception du cas prévu à l'article 48, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, non applicable en l'espèce, la décision concernant l'état d'incapacité primaire appartient au médecin-conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant, de sorte que le demandeur n'a pas le droit de reconnaître cet état et d'en fixer la durée.

En décidant à l'égard du demandeur, qu'à partir du 1^{er} janvier 2001, le défendeur, dont l'état d'invalidité a pris fin le 26 septembre 1994, a été en état d'incapacité de travail au sens de l'article 20 de l'arrêté royal, l'arrêt viole les dispositions légales citées au moyen.

Celui-ci est fondé.

Par ces motifs,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué ;

...

II. Arbeidshof van Brussel, 17 oktober 2013

Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikel 327, § 2, 1^e lid, b) – Vrijstelling van boeking als administratiekosten – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag door de verzekeringsinstelling

Om te worden vrijgesteld van de boeking als administratiekosten moeten de verzekeringsinstellingen alle hun ter beschikking staande middelen aanwenden op voorwaarde dat die in verhouding zijn tot het terug te vorderen bedrag.

De verzekeringsinstelling heeft aan die verplichting niet voldaan wanneer zij in geval van overlijden van de sociaal verzekerde niet kosteloos de Procureur des Konings heeft geïnformeerd en hem evenmin heeft gevraagd de aanduiding van een curator voor de onbeheerde nalatenschap te vorderen.

A.R. nr. 2011/AB/57
LLM t./RIZIV

...

I. Les faits et la procédure antérieure

1. Monsieur W. est affilié à l'Union Il décède le 15 septembre 2004.

L'Union continue à servir des indemnités d'incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2004. Les indemnités sont donc indues pour la période du 16 au 30 octobre 2004, ce qui représente un montant indu de 1 057,09 EUR.

L'Union demande à l'INAMI la dispense d'inscription à charge de ses frais d'administration de ce montant sur la base de l'article 194 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courrier du 11 septembre 2007, l'INAMI refuse la dispense d'inscription au motif que les conditions prévues à l'article 327, § 2, alinéa 1^{er}, a) et b) ne sont pas remplies :

- le montant de 695,82 EUR a été payé alors que l'Union connaissait le décès de Monsieur W.
- le recouvrement des indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR, n'a pas été poursuivi par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire.

2. Par citation du 10 octobre 2007, l'Union poursuit l'annulation de la décision du 11 septembre 2007 en ce qui concerne les indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR.

3. Par jugement du 5 novembre 2010, le Tribunal du travail de Bruxelles déclare la demande non fondée.

II. Objet de l'appel

Par requête reçue au greffe le 20 janvier 2011, l'Union interjette appel du jugement du Tribunal du travail de Bruxelles.

Elle demande la réformation de ce jugement et la mise à néant partielle de la décision de l'INAMI du 11 mars 2007 en ce qui concerne les indemnités de septembre 2004, soit 361,27 EUR.

III. Discussion

A. La thèse des parties

À ce stade de la procédure, les parties reconnaissent que le paiement qui reste litigieux a été effectué avant que l'Union ait eu connaissance du décès de Monsieur W. Il ne peut lui être reproché d'avoir commis une faute.

Il reste donc à examiner si la condition prévue à l'article 327, § 2, alinéa 1^{er}, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été respectée et donc si l'Union a poursuivi le recouvrement du solde, soit 361,27 EUR, par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire.

1. L'Union expose qu'elle apporte la preuve de ce que la succession de Monsieur W. a été refusée par tous les héritiers et que dès lors il aurait fallu obtenir la désignation d'un curateur à succession vacante, ce qu'elle n'a pas fait compte tenu des frais engendrés par une telle procédure qui seraient supérieurs au montant à recouvrer.

2. L'INAMI plaide que, en l'absence de désignation d'un curateur à succession vacante, l'Union n'a pas épuisé toutes les voies de droit lui permettant de récupérer sa créance et que, en tout cas, elle ne démontre pas que les frais à engager dépassent les montants en cause. L'INAMI souligne le fait qu'une plainte pénale peut être déposée sans frais de même qu'une requête en désignation d'un curateur à succession vacante lorsque celle-ci est adressée au Procureur du Roi.

B. La position de la Cour

Pour être dispensés de l'inscription en frais d'administration, les organismes assureurs sont tenus de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition et proportionnés à leur créance.

La Cour ne voit en tout cas pas pour quels motifs l'Union aurait dû déposer une plainte pénale, à défaut d'infraction.

Par ailleurs, la Cour estime que les frais à engager par l'Union pour obtenir à son initiative la désignation d'un curateur à succession vacante seraient disproportionnés eu égard aux montants en cause. La seule mise au rôle suppose un droit de requête de 60,00 EUR, sans aucune garantie que, après le paiement des frais et honoraires privilégiés du curateur, il subsistera un solde à distribuer entre les créanciers et sans compter les coûts liés au suivi de la procédure, que ce soit par avocat ou par les services internes de l'Union.

Contrairement à ce que soutient l'INAMI, un créancier ne peut pas déposer une requête de ce type dans les mains du Procureur du Roi.

Par contre, le créancier peut informer, sans frais, le Procureur du Roi en lui demandant de requérir la désignation d'un curateur à succession vacante (art. 1228 du C. jud.). Même s'il n'y a aucune obligation pour le Procureur du Roi de donner suite à la demande, il s'agit d'un moyen simple pour tenter au moins sa chance.

N'ayant pas recouru à ce moyen, sans démontrer qu'il était nécessairement inutile (par ex. parce que la succession était tellement déficitaire que la créance n'aurait pas pu être honorée), l'Union n'a pas satisfait à cette obligation.

C'est donc à bon droit que l'INAMI a refusé la dispense d'inscription.

L'appel n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare non fondé l'appel...

...

III. Arbeidshof van Brussel, 18 december 2013

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 167, 2e lid – Aard van de beroepstermijn

De termijn voor een rechtsvordering, zelfs bestempeld als vervaltermijn, wordt gestuit door de inleiding van de procedure: indien de handeling binnen die termijn wordt gesteld, heeft die zijn rol gespeeld en heeft hij geen weerslag meer op het vervolg van de procedure.

Het doel van een vorderingstermijn is met name bereikt als de partij die onder die termijn valt, zelfs op onregelmatige wijze, de zaak bij de rechter aanhangig maakt alvorens zij vervalt, tenzij de rechter die de onregelmatigheid van de vraag wegens een vormfout vaststelt, laat verstaan dat de vraag niet op regelmatige wijze opnieuw zal kunnen worden ingeleid.

Burgerlijk Wetboek, artikel 2244 en 2247 – Stuiting en opschorting van de beroepstermijn

De termijn voor een rechtsvordering wordt dus in zekere mate onder de in artikel 2244 van het Burgerlijk Wetboek vastgestelde voorwaarden gestuit. Ingeval de inleidende akte niet regelmatig is, lijkt niets dus te beletten dat artikel 2247 van het Burgerlijk Wetboek in zijn geheel genomen aangewezen is om de weerslag van die onregelmatigheid op het stuitende effect van de akte te regelen.

Grondwet, artikel 159 – Wettelijkheidsbeginsel

Het wettelijkheidsbeginsel zoals dat voortvloeit uit artikel 159 van de Grondwet belet dat de rechter een ministerieel besluit toepast waarvan hij de onwettelijkheid heeft vastgesteld. In de rechtspraak moet dan worden verwezen naar de vooraf bestaande reglementering die in dat geval om gelijkaardige redenen zou moeten worden verwijderd. Gelet op de afwezigheid van vormelijke regelmatigheid van de ministeriële besluiten heeft de aanvraag tot toekenning dus geen enkele wettelijke basis.

A.R. nr. 2011/AB/484

N.V. RSW t./RIZIV

...

II. Reprise de la discussion

§ 1. En ce qui concerne la recevabilité du recours

A. Objet de la discussion

6. La Cour du travail a, dans son arrêt du 20 mars 2013, décidé que l'action introduite par la citation signifiée le 24 juin 2005 ne contrevient pas à l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005.

L'INAMI invoquant également l'irrecevabilité du recours sur la base de 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"*, la Cour du travail a décidé qu'il ne peut être fait application en l'espèce du nouvel article 700, alinéa 2 du Code judiciaire.

7. Pour justifier l'interruption et la suspension du délai d'un mois prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la (...) invoque aussi les articles 2244 et 2247 du Code civil.

Dans son avis écrit le Ministère public, a fait valoir que le délai prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, est un délai de forclusion qui n'est pas susceptible d'être interrompu ou suspendu.

La Cour a ordonné la réouverture des débats à propos de la nature de ce délai et sur l'applicabilité à ce délai des articles 2244 et 2247 du Code civil.

B. Application des articles 2244 et 2247 du Code civil

8. Dans le Titre du Code civil consacré à la prescription, les articles 2244 et 2247 précisent qu'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 et que *"si l'assignation est nulle par défaut de forme, si le 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.

En ce qui concerne l'article 2247, il est précisé :

"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).

9. Traditionnellement, on distingue la prescription, qui peut être interrompue, et la forclusion, qui ne pourrait jamais être suspendue ou interrompue.

Ainsi, selon DE PAGE,

"la prescription est une institution universelle, qui a pour but de protéger et de consolider les patrimoines et qui frappe également et indistinctement tous les droits subjectifs ; alors que la déchéance est une sanction civile particulière, qui ne tend qu'à hâter l'accomplissement de certains actes. Le délai de prescription est en quelque sorte négatif, casuel, extrinsèque par rapport aux droits qu'il atteint ; il ne fait partie d'aucune institution déterminée ; le délai préfix, au contraire, est positif, essentiel ; il fait partie d'une institution spéciale, et circonscrit les droits dont il entraîne la déchéance" (H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, t. VII, Bruxelles, Bruylant, 1957, p. 1032).

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, *"Exception de nullité, fin de non-recevoir et violation des règles touchant à l'organisation judiciaire"*, R.C.J.B., 1995, 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.

10. La doctrine actuelle s'interroge sur la pertinence de la distinction entre les délais de prescription et les délais de forclusion³.

Constatant que certains délais, qualifiés de délais de forclusion, sont considérés comme pouvant être interrompus ou suspendus (voy. M. DUPONT, *"Prescription et forclusion. Aspects, procéduraux"* in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier 2010, p. 226-227)⁴, cette doctrine considère que le critère de distinction traditionnel ne permet pas, sur le plan des effets, de rendre compte des régimes applicables à tous les délais :

"S'il est certain que le régime général de la suspension et de l'interruption de la prescription ne s'applique pas, comme tel, aux délais de forclusion, il n'est pas exact de dire que les délais de forclusion ne peuvent pas être allongés par l'effet d'une cause de suspension ou d'interruption. Le régime applicable à ces délais varie au cas par cas" (voy. M. DUPONT, *"Prescription et forclusion. Aspects procéduraux"*, in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier, 2010, p. 226-227).

11. Le délai pour agir en justice, même qualifié de délai de forclusion, est interrompu par l'introduction de la procédure : si l'acte est posé dans le délai, ce dernier a joué son rôle et n'a plus d'impact sur la suite de la procédure.

3. Pour une discussion des "contours incertains" et des "régimes juridiques variables" des délais préfix en droit français, voy. Sénat (France), Rapport d'information n° 338 (2006-2007) de MM. Jean-Jacques HYEST, Hugues PORTELLI et Richard YUNG, fait au nom de la commission des lois et de la mission d'information de la commission des lois, déposé le 20.06.2007, version PDF, p. 63 à 66, accessible via <http://www.senat.fr/rap/r06-338/r06-33824.html>.

4. Cette auteure se réfère aux art. 1423, 1648 et 1649 *quater* du Code civil.

Le délai pour agir en justice est donc, dans une certaine mesure, interrompu dans les conditions prévues par l'article 2244 du Code civil.

Il ne paraît donc pas y avoir d'obstacle à ce que dans l'hypothèse où l'acte introductif n'est pas régulier, l'article 2247 du Code civil, pris dans son ensemble, ait vocation à régir l'incidence de cette irrégularité sur l'effet interruptif de l'acte (en ce sens, M. DUPONT, *"Prescription et forclusion. Aspects procéduraux"*, in *Les défenses en droit judiciaire*, Larcier, 2010, p. 226).

Il faut ainsi avoir égard au fait que si l'acte irrégulier n'a, en principe, pas d'effet interruptif, il faut néanmoins voir 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.

12. L'application de l'article 2247 du Code civil a un délai traditionnellement considéré comme étant un délai de forclusion, peut être rapprochée de ce qu'a décidé la Cour de cassation de France à propos de l'article 2246 du Code civil.

Modifiant sa jurisprudence, elle a décidé :

"qu'aux termes de l'article 2246 du Code civil, la citation en justice donnée même devant un juge incompétent interrompt la prescription ; que les dispositions générales de ce texte sont applicables à tous les délais pour agir et à tous les cas d'incompétence ; qu'ayant relevé que l'instance avait été engagée par la saisine du tribunal d'instance dans le délai prévu par l'article 46 de la loi du 10 juillet 1965, la Cour d'appel en a exactement déduit que l'action était recevable" (Cass. (F), Chambre mixte, 24.11.2006, 04-18610).

13. Il s'impose donc de considérer qu'à moins que le juge qui constate l'irrégularité de la demande pour défaut de forme laisse entendre que la demande ne pourra être ré-introduite d'une manière régulière, l'acte introductif d'instance interrompt le délai de forclusion, même si cet acte est formellement irrégulier.

L'objectif d'un délai pour agir est, en effet, atteint si la partie tenue par ce délai, saisit le juge, fut-ce de manière irrégulière, avant qu'il ne soit échu.

En l'espèce, l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005, n'a tranché que la question de la régularité de l'acte introductif d'instance pour en déduire que compte tenu de l'irrégularité constatée, l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002 était irrecevable.

La Cour du travail ne s'est pas prononcée sur le fondement de la demande mais a 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"*⁵.

Il résulte de ces précisions que la Cour du travail n'a pas entendu rejeter définitivement la demande et a donc admis, fut-ce implicitement⁶, que la (...) 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 (...) n'aurait pas introduit la présente procédure.

14. En conséquence, le délai prévu par l'article 197, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 a été interrompu par la requête déposée le 14 novembre 2002.

La procédure n'a pas été introduite hors délai.

5. La Cour se référerait à l'A.M. du 05.04.1995 ayant été annulé par un arrêt du Conseil d'État du 29.06.2004 (arrêt n° 133.270).

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

§ 2. En ce qui concerne le fondement du recours

A. Rappel de l'objet de la contestation

15. Le litige ne concerne plus les interventions sollicitées le 9 octobre 2002, sur la base de l'article 34, 12°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Il n'est pas contesté que suite à l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté ministériel du 5 avril 1995 relatif aux interventions prévues en faveur des maisons de repos pour personnes âgées, les forfaits relatifs à la période du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002, ont pu être facturés et payés à la (...).

Le litige concerne encore les interventions prévues sur base de l'article 34, 11°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos et de soins.

L'arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, en faveur des maisons de repos et de soins (MRS), prévoit en son article 2, § 9, que *"sous peine d'extinction du droit à l'intervention forfaitaire, le document visé au § 7 ainsi que les pièces justificatives (...), doivent parvenir au Service des soins de santé de l'INAMI, (...) au plus tard le 30 septembre lorsqu'il s'agit de l'octroi des intervention forfaitaires du 1^{er} juillet au 31 décembre..."*.

Il n'est pas contesté qu'en l'espèce, la demande d'intervention date du 9 octobre 2002 : elle a donc été introduite hors délai.

16. La (...) développe trois moyens pour considérer qu'elle a droit aux interventions nonobstant l'introduction tardive de la demande d'intervention.

En ce qui concerne la décision litigieuse du 18 octobre 2002, elle soutient qu'il appartient à l'INAMI de prendre une nouvelle décision concernant les interventions MRS (voir ses conclusions p. 15).

Elle évoque ensuite l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992, soit parce que la consultation préalable de la section de législation du Conseil d'État n'a pas été régulière, soit parce que le Ministre a excédé ses compétences en sanctionnant le délai d'introduction des formulaires de demandes d'intervention par une déchéance du droit.

À titre subsidiaire, elle développe que c'est par suite d'un cas de force majeure que les formulaires n'ont pas été introduits dans le délai prescrit de sorte que les interventions sont dues même si elles ont été sollicitées le 9 octobre 2002.

B. Examen des moyens développés par la (...)

En ce qui concerne la nécessité d'une nouvelle décision

17. C'est vainement que la (...) relève que la décision du 18 octobre 2002 ayant constaté l'introduction tardive du questionnaire relatif au nombre de journées facturées, ne visait expressément que les prestations prévues à l'article 32, 14° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, pour en déduire qu'une nouvelle décision de l'INAMI doit intervenir pour les forfaits MRS.

Même s'il fallait suivre cet argument et considérer qu'une décision complémentaire, portant sur les interventions MRS, est nécessaire, cette nouvelle décision ne pourrait que constater que le questionnaire a été rentré tardivement.

La Cour du travail ne pourrait alors faire droit à la demande : en tout état de cause, elle devrait constater que le questionnaire a été rentré tardivement.

Il apparaît dès lors sans intérêt de savoir si la décision du 18 octobre 2002 est formellement irrégulière et/ou ne concernait pas les interventions MRS.

En d'autres termes, le manque de précision et l'absence de motivation de la décision du 18 octobre 2002 ne pourraient avoir pour conséquence que les forfaits MRS sont dus.

En ce qui concerne l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992

18. C'est à tort que la (...) soutient que le Ministre ne disposait pas des habilitations nécessaires pour fixer le délai d'introduction du questionnaire et pour préciser que ce délai doit être respecté "sous peine d'extinction du droit à l'intervention forfaitaire".

L'article 37, § 12 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, a été modifié par l'article 5 de la loi du 20 décembre 1995, en vue de "créer une base légale pour les arrêtés ministériels relatifs à la fixation des conditions d'octroi des montants forfaitaires journaliers aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins" (Doc. Parl., Chambre, sess. 95/96, n° 207/4, p. 16).

Cet article précise, dorénavant, que "le ministre fixe, (...), l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11°, 12° et 13°, ainsi que les conditions de cette intervention" (souligné par la Cour du travail).

C'est à tort que la (...) soutient que la déchéance du droit constitue une sanction disproportionnée. En réalité, il ne s'agit pas d'une sanction, mais de la conséquence du non-respect d'une condition d'octroi des prestations.

Surabondamment, l'intention du législateur était également d'habiliter le Ministre à prévoir des sanctions. Il a en effet été précisé dans les travaux préparatoires de la modification de l'article 37, § 12 que cette habilitation "doit également permettre d'infliger des sanctions si des maisons de repos ne respectent pas les conditions..." (Doc. Parl., Chambre, sess. 95/96, n° 207/4, p. 16).

De manière encore plus accessoire, l'INAMI relève à juste titre qu'il ne pourrait être question de sanction disproportionnée alors que :

- d'une part, les renseignements à fournir étaient connus depuis la fin du 1^{er} trimestre 2002, la (...) était en possession du questionnaire depuis avril 2002 et le 5 septembre 2002, l'INAMI avait expressément rappelé (pièce 1^{er} du dossier de l'INAMI) les conséquences d'un éventuel dépôt tardif
- d'autre part, la réception des questionnaires dans un délai strict est nécessaire pour permettre à l'INAMI d'assurer le suivi des dépenses et de prendre les mesures nécessaires pour éviter les éventuels dépassements.

Enfin, l'article 174 de la loi coordonnée qui ne concerne pas les conditions d'octroi des prestations, mais seulement la prescription de l'action en paiement desdites prestations, n'a pas pour effet de soustraire de la compétence du Ministre, le pouvoir d'édicter un délai d'introduction de la demande de prestations et une sanction en cas de non respect de ce délai.

19. La (...) fait également valoir que l'arrêté ministériel est illégal en raison d'une absence de consultation régulière de la section de législation du Conseil d'État.

À propos des conséquences d'une éventuelle illégalité, l'INAMI relève, toutefois à juste titre, que lorsqu'elle écarte un arrêté sur pied de l'article 159 de la Constitution, la juridiction doit se référer à la réglementation préexistante, soit en l'espèce, à un arrêté ministériel du 10 avril 1991 qui présente le même vice que l'arrêté royal du 19 mai 1992, puisque l'urgence y est alléguée de la même manière.

Dans le cadre de la réouverture des débats, la Cour du travail a donc invité la (...) à clarifier la base légale des interventions MRS sollicitées au cas où l'illégalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 devrait être retenue pour cause de consultation irrégulière du Conseil d'État :

a) La (...) estime, tout d'abord, que le droit aux prestations MRS pourrait, en tout état de cause, être reconstitué, sur la base de l'article 34, 11° de la loi coordonnée et de l'arrêté ministériel soit du 19 mai 1992, soit du 10 avril 1991.

La Cour ne partage pas ce point de vue.

L'article 34, 11° de la loi coordonnée ne permet pas de connaître les montants qui pourraient être dus.

Par ailleurs, l'allégation que l'INAMI a fait application, au profit d'autres institutions, de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 ou de celui du 10 avril 1991, ne permet pas de faire droit à la demande de versement des interventions sollicitées par la (...).

Le principe de légalité tel qu'il découle de l'article 179 de la Constitution, fait obstacle à ce que le juge fasse application d'un arrêté (ministériel) dont il a constaté l'illégalité (voy. Cass. 10.10.2011, S.10.0112.F).

La circonstance qu'une autorité administrative, à qui il n'appartient pas d'écarter une norme sur pied de l'article 159 de la Constitution, a fait application d'un arrêté ministériel dont l'illégalité est reconnue à l'occasion d'une procédure particulière, n'autorise pas le juge à faire application de cet arrêté ministériel à l'occasion de ladite procédure.

b) Complémentairement, la (...) soutient que s'il fallait ne pas faire application des arrêts ministériels du 19 mai 1992 ou du 10 avril 1991, il y aurait lieu d'accorder les interventions prévues par l'arrêté du 28 décembre 1982 qui, à son estime, ne présente pas un vice de forme comparable aux arrêtés ultérieurs.

La Cour ne partage pas ce point de vue.

Il résulte des lois coordonnées sur le Conseil d'État du 12 janvier 1973, tel qu'en vigueur en 1982, que hors les cas d'urgence, le texte de tous avant-projets de loi ou d'arrêtés réglementaires doit être soumis à l'avis motivé de la section de législation du Conseil d'État.

Sur cette base, la Cour de cassation a pu décider :

"En règle, il appartient aux Ministres d'apprécier, sous réserve de leur responsabilité politique, l'urgence qui, en vertu de l'article 2, alinéa 2 de la loi du 23 décembre 1946 portant création d'un Conseil d'État, les dispense de soumettre à l'avis motivé du Conseil d'État, section de législation, le texte des avant-projets d'arrêtés réglementaires. Cependant, les cours et tribunaux ont, aux termes de l'article 107 (actuellement 159) de la Constitution, le pouvoir et l'obligation de contrôler la légalité des arrêtés qu'ils appliquent ; portant, ils doivent vérifier si le Ministre n'a pas, en se dispensant de solliciter l'avis du Conseil d'État, excédé, voire détourné son pouvoir par une méconnaissance de la notion légale de l'urgence" (Cass. 18.06.1976, Pas. 1976, p. 1135 ; Cass. 12.10.1976, Pas. 1977, I, p. 179 ; Cass. 05.05.1981, Pas. 1981, I, p. 1004 ; Cass. 24.11.1982, Pas. 1983, I, p. 383 ; Cass. 07.06.1983, J.T. 1984, p. 567).

La non-observation de la formalité substantielle que constitue la demande d'avis au Conseil d'État, sans que soit justifiée l'urgence invoquée, entraîne l'illégalité de l'arrêté (voir Cass. 09.09.2002, J.T.T. 2002, p. 437).

Le contrôle de l'urgence porte à la fois sur "les événements qui ont précédé et ceux qui ont suivi la déclaration d'urgence"⁷. La jurisprudence retient ainsi que :

- la motivation ne peut être manifestement tautologique et ne peut se réduire à des formules stéréotypées : "constitue par exemple une motivation tautologique, la motivation qui se borne à dire qu'il est urgent d'informer les destinataires des normes de leur existence ou qu'il est urgent d'élaborer ladite réglementation"⁸
- la motivation doit être pertinente. Il est donc requis que les motifs fassent apparaître la nécessité que "les mesures concernées entrent en vigueur sans délai à peine d'hypothéquer l'efficacité de la réglementation ou la réalisation du but poursuivi. La condition de la pertinence implique dès lors que la motivation se réfère à la garantie de l'efficacité des mesures concernées"⁹.

En l'espèce, l'urgence a, en ce qui concerne l'arrêté ministériel du 28 décembre 1982, été motivée, par le fait "qu'en vue de la conversion nécessaire des services hospitaliers en maisons de soins, il s'impose d'établir d'urgence le règlement assurance-maladie en matière de maisons de soins...".

Cette motivation qui n'indique pas en quoi consiste l'urgence, ne pouvait dispenser le Ministre de consulter le Conseil d'État.

L'arrêté du 28 décembre 1982 présente un vice comparable aux arrêtés ultérieurs.

c) L'absence de régularité formelle des arrêts ministériels devrait ainsi avoir comme conséquence que l'octroi des forfaits MRS manque de toute base légale.

20. En conséquence, les arguments développés par la (...) à propos de la légalité de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992, ne permettent pas de faire droit à sa demande d'octroi des interventions forfaitaires MRS pour la période du 1^{er} juillet 1992 au 31 décembre 2002.

En ce qui concerne la force majeure

21. Enfin, la (...) fait savoir que c'est en raison d'un cas de force majeure que le questionnaire destiné à permettre l'octroi des interventions forfaitaires a été introduit hors délai (soit après le 30.09.2002).

La circonstance qu'à l'époque des faits, la directrice, Madame Q souffrait d'un syndrome dépressif et de surmenage et était suivie médicalement depuis mai 2002, ne constitue pas un cas de force majeure.

Il appartenait à la (...), - à qui l'INAMI avait rappelé les graves conséquences qu'aurait un envoi tardif -, de veiller à ce qu'indépendamment de la situation médicale de sa préposée, le questionnaire soit effectivement envoyé en temps utile. Le manque de prévoyance, notamment, de la (...) exclut qu'elle puisse se prévaloir d'un cas de force majeure.

C. Conséquences

22. L'appel de la (...) n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

...

Dit le surplus non fondé.

...

7. R. Andersen, "L'urgence et la section de Législation du Conseil d'État", T.P.B., 2000, p. 8.

8. Avocat-général Th. Werquin, concl. précédant Cass. 17.11.2001, Pas. 2001, I, p. 1403.

9. Avocat-général Th. Werquin, concl. précédant Cass. 17.11.2001, Pas. 2001, I, p. 1403.

IV. Arbeidshof van Brussel, 4 december 2013

Gerechtigd Wetboek, artikel 978, § 1, 2^e lid en 991 – Kosten en erelonen deskundig onderzoek - Betwistingstermijn

De partijen verliezen niet het recht om de kosten en erelonen van de deskundige te betwisten wanneer het verslag van het deskundig onderzoek met die staat van kosten en erelonen niet per aangetekende zending aan de partijen ter kennis is gegeven. De termijn van 30 dagen waarin de opmerkingen konden worden geformuleerd, heeft immers nog geen aanvang genomen.

Koninklijk besluit van 14 november 2003, artikel 1, 1^e lid, 2^o - Kosten en erelonen deskundig onderzoek – Rusthuizen – Afhankelijkheidscategorieën

De deskundige onderzoeken waarbij de afhankelijkheidsgraad van meerdere, weliswaar aparte patiënten wordt bepaald, hebben tezelfdertijd plaats. De kosten worden dus herleid tot de helft van de kosten die voor elk van die deskundige onderzoeken in het Koninklijk besluit van 14 november 2013 zijn vastgesteld.

A.R. 2012/AB/336
RIZIV t./PVBA V.P. – D.D.

...

LA PROCÉDURE

1. Par jugement du 24 juin 2011, le Tribunal du travail de Nivelles a, avant dire droit au fond, désigné le Docteur D. en qualité d'expert. La mission d'expertise, consistait à dire quel était le degré de dépendance de 11 pensionnaires¹ de la résidence V. à la date du 2 février 2011, en se basant sur la grille KATZ.

2. L'expert a déposé un rapport d'expertise, pour chacun des pensionnaires le 26 décembre 2011.

Il a joint à son rapport un état d'honoraire correspondant pour chaque pensionnaire, aux montants prévus à titre d'honoraires et à titre de frais, par l'arrêté royal du 14 novembre 2003.

Par ordonnance du 3 février 2012, le Tribunal du travail a, dans un des 11 dossiers, taxé les frais et honoraires demandés.

Dix ordonnances complémentaires ont été établies le 2 mars 2012 et ont été notifiées le 10 mars 2012.

3. L'INAMI a fait appel de ces ordonnances, par une requête d'appel du 6 avril 2012, sur pied de l'article 963 du Code judiciaire.

Des conclusions ont été déposées pour l'expert le 2 mai 2013 et pour l'INAMI le 11 juillet 2013.

Les conseils des parties ont été entendus en chambre du conseil, à l'audience du 27 novembre 2011.

1. Référence 698/11 - la présente procédure concerne l'expertise de Monsieur S.

RECEVABILITÉ DE LA CONTESTATION

4. Selon l'article 978, § 1^{er}, alinéa 2 du Code judiciaire, "le jour du dépôt du rapport, l'expert envoie, par lettre recommandée à la poste, une copie du rapport et un état de frais et honoraires détaillé aux parties, et, par lettre missive, à leurs conseils".

En l'espèce, il n'est pas allégué que les parties auraient dispensé l'expert de faire usage d'un envoi recommandé.

5. L'article 991 du Code judiciaire précise,

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

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

En l'espèce, il n'est pas contesté que les rapports d'expertise contenant les états de frais et honoraires, n'ont pas été notifiés par lettre recommandée aux parties: dans ces conditions, le délai de 30 jours dans lequel des observations pouvaient être formulées par les parties sur l'état d'honoraires, n'a pas commencé à courir.

6. On ne pourrait donc opposer à l'INAMI qu'il est déchu du droit de contester les frais et honoraires demandés par l'expert et ayant été confirmés par les ordonnances dont appel.

Partant, la contestation est recevable.

AU FOND

7. L'INAMI ne conteste pas les honoraires mais considère, au vu de la similitude des dossiers, que les frais administratifs doivent être réduits : il demande donc que l'ordonnance de taxation soit revue de manière à ce que le montant forfaitaire pour les frais ne soit accordé qu'une seule fois pour tous les dossiers.

L'expert lui oppose que selon le jugement de désignation d'expert, la mission consistait à exécuter 11 expertises distinctes de sorte qu'il n'y a pas lieu de réduire les frais.

À tort, l'expert soutient que la demande de réduction des frais s'apparenterait à une sanction de l'INAMI prise à son égard : la question est, en effet, uniquement de vérifier si, au regard des frais tels qu'ils se sont présentés, le montant réclamé est justifié.

8. La Cour estime que la situation ne correspond pas entièrement à l'hypothèse dans laquelle 11 expertises entièrement différentes auraient été accomplies.

L'expert a pu économiser différents frais (de dactylographie, d'envoi de convocation, de déplacement), du fait que bien que distinctes, les expertises se sont déroulées en même temps.

Il paraît toutefois excessif de considérer que les frais des 11 expertises se réduisent à ce qui habituellement correspond aux frais d'un seul dossier (c'est ainsi qu'il a fallu établir un rapport dans chaque dossier).

Dans ces conditions, il paraît raisonnable de considérer que les frais de l'expert correspondent à la moitié des frais prévus par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 (voir en ce sens, C. trav. Bruxelles, 05.12.2012, R.G. n° 2009/AB/51.959).

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Confirme l'ordonnance de taxation des frais et honoraires du 2 mars 2012, sous la réserve que les frais sont ramenés de 106,18 EUR à 53,09 EUR.

...

V. Arbeidsrechtbank van Brussel, 6 juni 2013

Verjaring

Wanneer een nieuwe vordering wordt ingeleid via aanvullende conclusies dient deze virtueel begrepen te zijn in de originele vordering. Indien dit niet het geval is, stuit het eerste verzoekschrift de verjaring van de nieuwe vordering niet (Cass. 07.05.2001, RW 2001-02, 992; A. VAN OEVELEN, "Krachtlijnen van de bevrijdende verjaring in het burgerlijk recht" in A. VAN REGENMORTEL, R. JANVIER en V. VERVLIET (eds.), Verjaring en sociale zekerheid, reeks Actuele problemen van het sociaalzekerheidsrecht, nr. 15, Brugge, Die Keure, 2011, nr. 48; S. MOSSELMANS, Tussenvorderingen, in APR, Gent, Story-Scientia, 2007, nrs. 121, 237-239).

A.R. nr. 642/08

L.C. t./RIZIV

...

DE FEITEN

De heer C. geboren op 11 september 1952, heeft gewerkt in Nederland van 1974 tot 1979, in België als bediende van 1979 tot midden 1991 (formulier E 205 B), en in Luxemburg als bediende vanaf 1991.

Van november 2001 tot 14 november 2004 werkte de heer C. als meewerkende echtgenoot (zelfstandigenstatuut) in het bedrijf van zijn echtgenote te Luxemburg (formulier E 205 L).

Ingevolge zijn arbeidsongeschiktheid van 15 november 2004 heeft de heer C. zijn beroepsactiviteit als meewerkende echtgenoot in Luxemburg stopgezet (punt 7.5 van het formulier E 204 L).

De heer C. heeft op 14 juli 2005 een aanvraag tot het bekomen van een invaliditeitspensioen ingediend bij de CPACI te Luxemburg.

Op 20 juni 2006 kreeg het RIZIV van het CPACI een verzoek toegestuurd om een onderzoek te verrichten naar het recht van de heer C. op invaliditeitsuitkeringen ten laste van België.

Bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid was de heer C. aangesloten bij de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen in Luxemburg, had hij de hoedanigheid van zelfstandige en kan hij aanspraak maken op het *pro rata* dagbedrag dat wordt toegekend aan een invalide zelfstandige gerechtigde (punt 7.11 van het formulier E 204 L).

In toepassing van artikel 40, § 3, punt b van de EEG Verordening 1408/71 kan de heer C. ten laste van België aanspraak maken op een geproratiseerde uitkering vanaf zijn intrede in invaliditeit, namelijk vanaf het tweede jaar van zijn arbeidsongeschiktheid, *in casu* vanaf 15 november 2005.

Het feit dat hij voordien zowel in België als in Luxemburg gedurende verscheidene jaren gewerkt heeft als loontrekkende doet hieraan geen afbreuk.

In toepassing van de Europese Verordening 1408/71 en de Belgische uitkeringsverzekering dient voor het berekenen van het bedrag van de uitkeringen ten laste van België rekening te worden gehouden met de hoedanigheid van gerechtigde bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

Bij beslissing van het RIZIV van 16 februari 2007 door de CPACI aan de heer C., betekend op 12 oktober 2007, werd aan de heer C. een *pro rata* invaliditeitsuitkering toegekend.

Er wordt hem meegedeeld dat hij vanaf 15 november 2005 ten laste van België aanspraak kan maken op het *pro rata* dagbedrag voor een invalide zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast en zonder stopzetting van het bedrijf.

Bij verzoekschrift aangetekend verzonden naar de griffie op 11 januari 2008 betwist eisende partij de beslissing van 16 februari 2007 van het RIZIV.

Op 26 februari 2007 werd het RIZIV ervan in kennis gesteld dat de echtgenote van de heer C. haar bedrijf heeft stopgezet op 10 februari 2006, sedert 11 februari 2006 tevens arbeidsongeschikt erkend is en dat ze eveneens aanspraak kan maken op een *pro rata* invaliditeitspensioen ten laste van België vanaf 11 februari 2007.

In functie van deze gegevens heeft het RIZIV de beslissing van 16 februari 2007 gedeeltelijk herzien in die zin dat de beslissing geldig blijft voor de periode van 15 november 2005 tot en met 9 februari 2006 en dat vanaf 10 februari 2006 de heer C. aanspraak kan maken op het *pro rata* dagbedrag voor een invalide zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast en met stopzetting van het bedrijf.

Deze beslissing werd door het RIZIV aan de CPACI te Luxemburg overgemaakt op 22 oktober 2007.

VERJARING

Het RIZIV roept overeenkomstig artikel 174, 1^o Gecoördineerde Wet 14 juli 1994 de verjaring in van de vordering van eisende partij met betrekking tot vergoeding voor de invaliditeitsperiode van 15 november 2004 – 14 november 2005.

In zijn verzoekschrift van 11 januari 2008 vordert de heer C. een herziening van de beslissing van 16 februari 2007 van het RIZIV en vordert een *pro rata*-uitkering onder het werknemersstelsel, gelet op zijn verzekeringsjaren als werknemer in België, ongeacht het feit dat hij in laatste instantie als zelfstandige was verzekerd in Luxemburg.

In zijn aanvullende conclusies neergelegd ter griffie op 21 augustus 2012 breidt eisende partij zijn vordering uit en vordert Belgische invaliditeitsuitkeringen voor het eerste jaar arbeidsongeschiktheid van 15 november 2004 tot en met 14 november 2005.

Overeenkomstig artikel 174 Gecoördineerde Wet 14 juli 1994 verjaart de vordering van het recht op uitkeringen 2 jaar na de maand waarop de uitkeringen betrekking hebben.

Eisende partij heeft zijn aanvraag om invaliditeitsuitkeringen te verkrijgen gedaan in Luxemburg op 17 mei 2005. De verjaring van het recht op uitkeringen wordt op algemene wijze geschorst vanaf de datum van aanvraag tot aan de datum van beslissing (art. 2257 B.W.).

In casu werd een beslissing genomen op 16 februari 2007 en door de Luxemburgse instelling betekend op 12 oktober 2007, datum vanaf wanneer de verjaring weer begint te lopen.

Eisende partij verzendt per aangetekend schrijven van 11 januari 2008 een verzoekschrift naar de griffie tot herberekening van zijn vergoeding onder het werknemersstelsel, waardoor de verjaring tot eind procedure wordt gestuit (art. 2244 B.W.).

Eisende partij heeft zijn vordering uitgebreid overeenkomstig artikel 807 Gerechtelijk Wetboek in aanvullende conclusies neergelegd ter griffie op 21 augustus 2012 en vordert invaliditeitsuitkeringen tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid.

Deze nieuwe vordering is niet virtueel begrepen in de originele vordering met als gevolg dat de verjaring niet wordt gestuit door het verzoekschrift aangetekend verzonden naar de griffie op 11 januari 2008 (Cass. 07.05.2001, RW 2001-02, 992; A. VAN OEVELEN, "Krachtlijnen van de bevrijdende verjaring in het burgerlijk recht" in A. VAN REGENMORTEL, R. JANVIER en V. VERVLIEET (eds.), *Verjaring en sociale zekerheid*, reeks Actuele problemen van het sociaizekerheidsrecht, nr. 15, Brugge, Die Keure, 2011, nr. 48; S. MOSSELMANS, *Tussenvorderingen*, in APR, Gent, Story-Scientia, 2007, nrs. 121, 237-239).

Het recht op invaliditeitsuitkeringen tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid is verjaard.

OM DEZE REDENEN

De Rechtbank

Gelezen mevrouw B. S., Substituut-Arbeidsauditeur, in haar schriftelijk advies.

Rechtsprekend op tegenspraak.

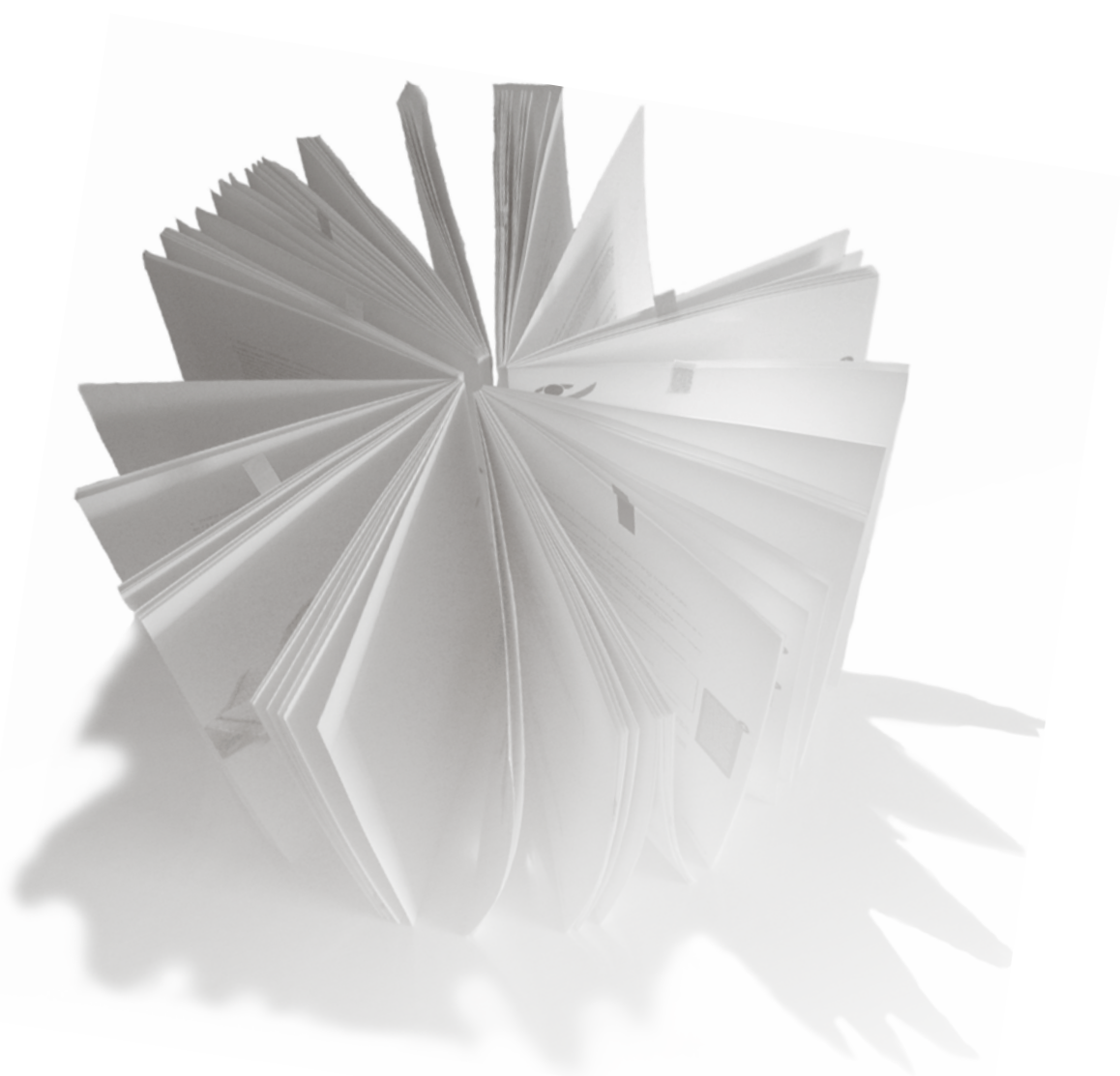
Verklaart de vorderingen ontvankelijk.

Verklaart de bijkomende vordering van de heer C. ongegrond wegens verjaring.

Verklaart de oorspronkelijke vordering ongegrond.

Veroordeelt de heer C. tot de kosten begroot op 1.320 EUR rechtsplegingsvergoeding.

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Pseudo-medische informatie

Medische applicaties – Websites – Informatiecampagnes – EBMPPracticeNet

Vraag nr. 5-6239, gesteld op 11 mei 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Noem een ziekte of een symptoom en er bestaat wel ergens een applicatie met suggesties voor diagnoses op een smartphone of op een website. Deze evolutie kan een zege of een vloek betekenen voor de gezondheidszorg.

Zulke applicaties kunnen voor een vroegtijdige diagnose zorgen waardoor men, indien nodig, sneller medische hulp zoekt. Ze draagt ook bij aan de kennis van de gezondheidstoestand en de geneeskunde in het algemeen en maakt de patiënt mondiger in zijn interactie met de geneesheer. Deze voordelen gelden echter alleen indien de applicaties op een wetenschappelijk verantwoorde wijze worden ontwikkeld en bij een verantwoordelijk gebruik.

Momenteel stelt men een enorme wildgroei van deze applicaties vast, zonder een enkele vorm van controle op de wetenschappelijkheid ervan. Zo worden er bijvoorbeeld applicaties ontwikkeld en gesponsord door farmaceutische bedrijven die zodoende meer medicijnen willen verkopen. Het gebruik van deze apps kan ook het hypochondrische gedrag van mensen aanwakkeren en het gebruik van onze medische diensten de hoogte injagen, met alle financiële en logistieke gevolgen van dien.

Omgekeerd en nog erger is dat mensen er niet meer voor zouden kiezen een huisarts te raadplegen, maar dat ze volledig zouden vertrouwen op het oordeel van de applicatie.

Hierover volgende vragen:

- 1) Is de minister zich bewust van deze problematiek? Hoe schat ze dit fenomeen in? Zijn de gevolgen al merkbaar op het gebied van volksgezondheid?
- 2) Bestaat er in de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid een dienst die dit fenomeen observeert en die (eventueel) optreedt tegen applicaties die de gezondheidszorg bedreigen?
- 3) Welke maatregelen plant de minister om deze wildgroei aan medische applicaties te reguleren en zodoende om te buigen in een positief instrument voor de gezondheidszorg?
- 4) Dit is uiteraard een grensoverschrijdend probleem en vraagt wellicht een Europese aanpak. Vormt dit fenomeen een onderwerp op het overleg met de Europese Commissie en de andere landen van de Europese Unie? Bestaan er of plant men hieromtrent Europese acties? Krijgt deze problematiek ook gestalte in andere internationale verbanden? Zo ja, welke en wat zijn de effecten ervan?

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Antwoord

1) Toepassingen die diagnoses via een smartphone of een website voorstellen kunnen niet worden los gezien van de problematiek van de pseudo-medische informatie op het internet. Ik heb in dat verband al dikwijls mijn ongerustheid uitgedrukt over de verspreiding van twijfelachtige informatie en praktijken op internet. De informaties, reclames en diverse te koop aangeboden gezondheidsproducten tieren welig op het internet, en men moet absoluut bijzonder goed opletten. Zo zijn sommige toepassingen die u in uw vraag vermeldt bijvoorbeeld gekoppeld aan spams die de internet-surfers over het algemeen naar illegale websites sturen die geneesmiddelen te koop aanbieden, die meestal namaak of vervalsingen zijn. We moeten de burger dus waarschuwen voor de risico's voor zijn gezondheid wanneer hij via het internet buiten het wettelijke circuit geneesmiddelen of andere gezondheidsproducten koopt. Het is bovendien onmogelijk om precies te beantwoorden hoeveel websites zogezegd medische toepassingen aanbieden. De Belgische burger kan oneindig veel en verschillende websites bezoeken. Het is vandaag dus zeer moeilijk om de gevolgen daarvan op de volksgezondheid in te schatten.

2) In de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid bestaat er geen dienst die dat fenomeen van toepassingen die een diagnose suggereren in de gaten houdt. Door de huidige budgettaire context kan een dergelijke dienst niet worden opgericht, maar we moeten blijven nadenken over de toegankelijkheid tot toepassingen die de volksgezondheid bedreigen, en we moeten de verspreiding via internet van informatie van medische aard blijven volgen.

3) Mijn inzet om de patiënten via internet kwaliteitsvolle informatie aan te bieden vertaalt zich bijvoorbeeld in de steun die ik aan de twee grote informatiecampagnes van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) heb gegeven.

De eerste campagne, onder de noemer "Geneesmiddelen via internet? Surf niet met uw gezondheid!" werd op 19 oktober 2009 gestart. Het FAGG sensibiliseerde het grote publiek voor de risico's voor zijn gezondheid wanneer het via het internet buiten het wettelijke circuit geneesmiddelen of andere gezondheidsproducten koopt. Het was de bedoeling om de burger te waarschuwen voor en te informeren over de risico's die hij loopt, zodat hij vervolgens kan handelen zonder zijn gezondheid in gevaar te brengen. Het was daarnaast belangrijk om het grote publiek op de essentiële rol te wijzen die de artsen en apothekers spelen om geneesmiddelen en gezondheidsproducten juist te gebruiken. Deze campagne met nationale reikwijdte draaide rond de website <http://www.geneesmiddelen-via-internet.be> die vandaag nog altijd actief is. De website waarschuwt de internetsurfer ook voor de door sommige websites aangeboden "medische" raadplegingen.

De tweede mediacampagne van het FAGG, "Een geneesmiddel is geen snoepje!" werd op 12 september 2011 aan de pers voorgesteld en nam andere vormen aan, onder andere via banners op verschillende websites. De campagne beklemtoont het belang om het advies en de aanbevelingen van de arts en de apotheker te volgen. De onlineaankoop van geneesmiddelen vormt de rode draad van de boodschap, maar het publiek wordt ook attent gemaakt op de risico's en op de te nemen voorzorgen met betrekking tot de informatie over gezondheid en de vele gezondheidsproducten die gewoonlijk op internet te koop worden aangeboden.

Twee jaar geleden werd de door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) gefinancierde vzw EBMPPracticeNet opgericht. Haar belangrijkste doel is alle Belgische zorgverleners (en bij uitbreiding patiënten) een kwaliteitsvolle, uitgebreide, eenvormige en door praktijkrichtlijnen en voorschriften (en bij uitbreiding informatie voor de patiënten) bijgewerkte databank gratis online ter beschikking te stellen teneinde de kwaliteit en de doeltreffendheid van de zorgverlening in de gezondheidszorgsector te optimaliseren. Die aanbevelingen van goede praktijken zijn via een elektronisch platform beschikbaar. De acties van het EBMPPracticeNet zullen zich in een eerste fase op de huisartsen richten. Het is de bedoeling dat ze de aanbevelingen rechtstreeks via hun elektronisch medisch dossier kunnen raadplegen.

In een tweede fase zal de informatie ook voor de andere categorieën gezondheidszorgwerkers beschikbaar zijn. In een tweede fase zal de informatie ook voor de andere categorieën gezondheidszorgwerkers beschikbaar zijn. Dit initiatief zal er zeker en vast toe bijdragen om het aanbod van kwaliteitsvolle informatie op het internet te verhogen.

4) De Belgische overheden zijn bevoegd voor de websites die op Belgische servers worden gehost. Voor de in Europa gehoste websites is een optreden mogelijk maar ingewikkeld. De Europese Commissie en de andere Europese Unie (EU)-Lidstaten moeten voor deze problematiek meer samenwerken. Wanneer de toepassing uit een derde land komt, met een hosting op een website in derde landen, is de situatie uiteraard nog veel ingewikkelder.

II. Overeenkomstenstatuut arts

Affichering – Wettelijke verplichting – Controle

Vraag nr. 5-6368, gesteld op 31 mei 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Test-Aankoop controleerde of artsen de wettelijke verplichting nakomen om hun statuut duidelijk bekend te maken, bijvoorbeeld in de wachtzaal, en meteen ook of ze zich al dan niet aan de conventies houden. Vastgesteld werd dat gemiddeld slechts 20 % van de artsen die verplichting nakomt.

Hierbij de volgende vragen:

- 1) Hoe evalueert en apprecieert de geachte minister de vaststelling van Test-Aankoop dat amper 20 % van de artsen zich houdt aan de verplichting om hun statuut publiek bekend te maken, bijvoorbeeld in de wachtzaal?
- 2) Controleert de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid of een andere officiële instantie die verplichting? Kan de geachte minister de conclusies van Test-Aankoop bevestigen?
- 3) Werden er al artsen die de wettelijke verplichting niet naleven, bestraft? Zo ja, hoeveel en met welke straffen? Zo niet, hoe verklaart de geachte minister de inertie van de overheid?
- 4) Over welke instrumenten beschikt de minister om artsen te verplichten in alle gevallen die wettelijke verplichting na te leven? Voorziet zij in een specifieke beleidsvoering?

Antwoord

In antwoord op uw vraag en naast een verwijzing naar de geldende wetgeving houd ik eraan u in te lichten over de recente ontwikkeling van bepaalde wetsontwerpen die ik eind 2013 in de Ministeraad heb verdedigd.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Met betrekking tot het overeenkomstenstatuut bepaalt artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen thans dat de artsen die informatie op een duidelijke en leesbare manier in de wachtkamer van de medische praktijk moeten uithangen. Ze moeten preciseren of ze al dan niet of gedeeltelijk tot de overeenkomst zijn toegetreden. In geval van gedeeltelijke toetreding moeten ze de dagen en de uren vermelden tijdens welke ze niet tot de overeenkomst zijn toegetreden.

Vóór 2010 moesten alleen de artsen die volledig of gedeeltelijk tot de overeenkomst waren toegetreden in de wachtkamer of de onthaalruimte een document uithangen dat de dagen en uren vermeldt waarop ze de overeenkomst toepassen. Die verplichting gold niet voor de artsen die niet tot de overeenkomst waren toegetreden.

De reglementaire procedure met betrekking tot de sancties, bedoeld in artikel 168, vijfde lid van de voornoemde wet, is tot op heden inderdaad niet georganiseerd, maar men moet vaststellen dat noch de Nationale Commissie Geneesheren – Ziekenfondsen, bevoegd voor de bemiddeling van de geschillen die zich eventueel kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten, noch de dienst Geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) zelden of nooit een klacht met betrekking tot die affichering ontvangen.

Die dienst ontving de voorbije 10 jaar gemiddeld 1 klacht per jaar met betrekking tot een betwisting van het bedrag van het honorarium. In dat geval gaat de dienst na of de affichering wel degelijk is gebeurd. Wanneer dat niet het geval is, krijgt de zorgverlener een waarschuwing en wordt hij herinnerd aan de aanbevelingen uit het nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen in verband met de informatie en de duidelijke en aangepaste affichering daarvan met betrekking tot het statuut van de arts en of die geheel, gedeeltelijk of niet tot de overeenkomst is toegetreden, evenals de periodes van de overeenkomst of van de gedeeltelijke overeenkomst.

Ik wil u ook meegeven dat het RIZIV de algemene problematiek inzake de transparantie van de medische honoraria tegenover patiënten in een ad hoc werkgroep heeft besproken, teneinde aan de Europese regels (2011/24/Europese Unie (EU)) inzake patiëntenrechten te voldoen. De werkgroep werkte zo een voorstel tot wetswijziging uit dat de richtlijn toepast en extra regels in het belang van de patiënt opstelt.

In rechtstreeks verband met het voorwerp van uw vraag, vormt het door de Ministerraad van 20 september 2013 goedgekeurde wetsontwerp een eerste concrete stap in die richting. Het ontwerp voorziet er met name in dat de website van het RIZIV een zoekmotor ter beschikking zou stellen waardoor men het overeenkomstenstatuut van de zorgverleners zal kunnen nagaan. Patiënten zouden het zo kunnen weten vóór ze op consultatie gaan. Dit wetsontwerp was het onderwerp van een gunstige stemming in de commissie Volksgezondheid van de Kamer van volksvertegenwoordigers op 15 januari 2014.

De andere besluiten van de werkzaamheden van de werkgroep werden overigens in de bevoegde organen van het RIZIV uitvoerig met de sector besproken. Ze werden in een voorontwerp van wet betreffende de financiële transparantie vertaald waaraan de regering in een eerste lezing op 19 december 2013 haar goedkeuring heeft gehecht.

Het ontwerp voorziet er onder andere in dat de overeenkomsten en akkoorden in de toekomst clausules zullen moeten bevatten met betrekking tot de wijze van toezicht op de naleving van de verbintenissen door de zorgverstrekkers die tot de akkoorden en overeenkomsten zijn toegetreden. Dat zal ertoe leiden dat de overeenkomstencommissies bij het Verzekeringscomité zullen verslag uitbrengen. Daardoor zullen de conclusies die Test-Aankoop of, recenter, sommige ziekenfondsen trekken op termijn kunnen worden geobjectiveerd.

III. Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen

Voorwaarden tegemoetkoming – Bepaling patiëntendoelgroepen

Vraag nr. 5-7114, gesteld op 4 oktober 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Pharma.be, de belangenverdediger van de farmaceutische industrie, stelt vast dat België de patiëntengroepen die in aanmerking komen voor de terugbetaling van specifieke medicatie, systematisch enger aflijnt dan in de buurlanden.

- 1) Weet u aan welke patiëntengroepen en welke medicatie Pharma.be refereert?
- 2) Hoe beantwoordt u de kritiek van Pharma.be dat België de patiëntengroepen die in aanmerking komen voor de terugbetaling van specifieke medicatie, systematisch enger aflijnt dan in de buurlanden? Zit er waarheid in deze bewering? Zo ja, met welke motivering? Zo niet, kan de minister het tegendeel bewijzen?

Antwoord

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen steunt voor de bepaling van de patiëntendoelgroep in de eerste plaats op de vergunde indicaties. Omdat de registratie door het European Medicines Agency (EMA) niet automatisch betekent dat er een indicatie is om het geneesmiddel in België voor te schrijven en te vergoeden, zijn er criteria opgesteld die toegepast worden om al dan niet een verzekeringstegemoetkoming toe te kennen. Belangrijke criteria vooral voor dure oncologische geneesmiddelen zijn de werkzaamheid, de specifieke bijwerkingen, de kwaliteit van het klinisch onderzoek en de kosten. In een wetenschappelijke bijsluiter kunnen de indicaties soms in meer algemene bewoordingen opgenomen zijn. De begrippen die opgenomen zijn in de voorwaarden voor een tegemoetkoming worden dikwijls preciezer omschreven dan wat in de wetenschappelijke bijsluiter staat, zodat de indruk gewekt wordt dat een beperktere tegemoetkoming toegekend wordt. Om farmaco-economische redenen, omwille van sociale prioriteiten en om waarborgen te hebben voor oordeelkundig en goed gebruik kunnen de indicaties worden beperkt tot specifieke doelgroepen en gespecialiseerde zorgverstrekkers of ziekenhuizen.

Deze voorwaardelijke terugbetaling, waarbij de vergoedbaarheid afhankelijk is van een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer, de zogenaamde *a priori* controle, is een bijzonder bruikbaar middel dat toelaat een zinvol geneesmiddelenbeleid te kunnen ontwikkelen en te voeren. Deze machtigingen zijn echter niet nodig indien de rechthebbende opgenomen is in een ziekenhuis en enkel voor die geneesmiddelen die opgenomen zijn in een forfait. Dure geneesmiddelen met welbepaalde indicaties komen voor op een afzonderlijke lijst en vallen buiten het toegekende forfait.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Deze conditionele tegemoetkoming komt in andere landen minder voor omdat zij een ander budgetteringmechanisme hanteren. In Nederland bijvoorbeeld wordt aan het ziekenhuis een algemeen budget toegekend dat ook dient om de kosten van de geneesmiddelen te betalen. Daar bovenop is er een specifiek aanvullend budget voor dure geneesmiddelen zoals oncolytica. De verantwoordelijkheid voor het omgaan met dure geneesmiddelen ligt bij het ziekenhuisbeheer. Nederlandse ziekenhuizen schrijven dan ook veelvuldig aanbestedingen uit voor geneesmiddelen. In Frankrijk wordt een gelijkaardig systeem toegepast. Ook in Engeland kent de National Health Service via zijn regionale trusts een vooraf vastgelegd budget toe aan de ziekenhuizen waarmee ze de kosten van de medicatie betalen.

IV. Cyberaanvallen

Informatieveiligheidsbeleid RIZIV – Beveiligingsmaatregelen

Vraag nr. 1239, gesteld op 2 oktober 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer DE CLERCQ, Volksvertegenwoordiger¹

Terecht stelt de Belgische Cyber Security Strategy dat onze samenleving zeer afhankelijk is geworden van informatie- en communicatietechnologie (ICT). Temeer omdat er vaak geen alternatieve oplossingen meer bestaan buiten cyberspace. De beschikbaarheid en werking van al deze systemen zijn inderdaad cruciaal. Ze vormen de basis voor de werking van vitale sectoren zoals energie- en watervoorziening, vervoer, de financiële sector, gezondheidszorg, maar ook de overheid.

Als de ICT-infrastructuur van deze sectoren of delen ervan worden verstoord of buiten werking gesteld, kan dit enorme schade veroorzaken. De continuïteit van de maatschappelijke activiteiten komt dan in het gedrang. Diverse incidenten, zelf heel recent, hebben aangetoond dat gerichte besmetting met kwaadaardige software de basis vormt van economische en politieke spionage. Door de grote databanken met persoonsgegevens komt ook de privacy van de burgers in het gedrang.

Met haar cyberstrategie streeft ons land terecht naar een optimale beveiliging en bescherming van kritieke infrastructuren en overheidssystemen tegen de cyberdreiging. Verstoring of onderbreking van hun werking moet worden vermeden. ICT-systemen en netwerken van de overheid moeten worden bewaakt, beschermd en gecontroleerd. Pogingen tot indringing of verstoring dienen centraal te worden gemeld en opgevolgd om er lessen uit te kunnen trekken.

1. Bulletin nr. 146, Kamer, gewone zitting 2013-2014, blz. 43.

In de eerste plaats zullen voor de verschillende soorten systemen standaard veiligheidsnormen en -richtlijnen worden opgesteld. De overheid gaat ook eigen computer- en netwerksystemen evalueren en goedkeuren. Voor netwerken waarmee geclassificeerde en gevoelige informatie wordt verwerkt, zullen veiligheidsaudits zorgen voor controle. Voor de kritieke infrastructures zal er regelmatig een evaluatie worden uitgevoerd van het door de uitbaters voorziene veiligheidsbeleid.

Om beter te kunnen reageren op ernstige cyberincidenten zal in eerste instantie een inventaris worden gemaakt van de bestaande capaciteiten inzake cyber security in de verschillende overheidsdiensten. Per departement zullen de gepaste middelen en voldoende technische experts en onderzoekers worden ter beschikking gesteld om de cyber security taken en verantwoordelijkheden effectief te kunnen uitvoeren en opnemen.

1. a) Beschikt u over de jaarlijkse cijfergegevens voor de periode 2009 - 2013 betreffende het aantal cyberincidenten, de aard en het succes ervan tegen de overheidsdiensten onder uw bevoegdheid?
 - b) Werd daarbij bepaalde overheidsinformatie gestolen?
 - c) Welke procedure werd er gevolgd?
2. Kan u een overzicht geven voor de voornoemde periode van de genomen maatregelen tegen de cyberdreiging door de overheidsdiensten onder uw bevoegdheid?
3. a) Hoe schat u het risico op aanvallen in en hoe schat u de bescherming van uw diensten daartegen in?
 - b) Kan u het antwoord verduidelijken met enkele voorbeelden?
4. a) Welke maatregelen heeft u genomen en overweegt u te nemen om aan de doelstellingen van de Belgische cybersecurity strategie tegemoet te komen?
 - b) Hoeveel middelen denkt u daarvoor nodig te hebben?
 - c) Hoeveel middelen wenst u daarvoor ter beschikking te stellen?

Antwoord

I. FOD Volksgezondheid

...

III. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

1. a) Het RIZIV heeft tot nog toe nog nooit een gerichte aanval op zijn netwerk kunnen vaststellen.
 - b) Er werd geen diefstal vastgesteld of gemeld.
 - c) Cyberaanvallen worden op twee niveaus opgespoord en gedetecteerd. Intrusion Prevention Systemen (IPS) op het extranet worden beheerd door de Smals en alerts aangaande het RIZIV worden doorgestuurd naar het RIZIV voor onderzoek. De eigen IPS-systemen detecteren eveneens alerts en blokkeren in een aantal gevallen de communicatie. Het Rijksinstituut heeft geen cijfers van cyberaanvallen omdat al de alerts tot nu toe "vals positieven" waren (alerts die na analyse geen kwaadwillige oorzaak blijken te hebben).

De instelling is in het verleden reeds een aantal malen op de hoogte gebracht door de beheerders van het extranet van het circuleren van gevaarlijke nieuwe virussen of van pogingen tot cyberaanval op het netwerk van de sociale zekerheid. Afhankelijk van de waarschuwing wordt een gepaste actie ondernomen (bijvoorbeeld extra controle op logfiles IPS, waarschuwing naar eindgebruikers, en zo voort).

2. In het RIZIV loopt een project dat de voortdurende verbetering van informatieveiligheid bestendigt, gebaseerd op de ISO norm 27001. Het informatieveiligheidsbeleid is hoofdzakelijk gebaseerd op een continu proces voor risicobeheersing dat aanleiding geeft tot verbeteringsacties waaronder concrete beveiligingsmaatregelen voor processen en systemen, maar ook bewustmaking van de medewerkers per specifieke doelgroep.

Op alle componenten van het netwerk is beveiliging ingebouwd. Enerzijds is zijn netwerk geïntegreerd in het extranet van de Sociale Zekerheid, beheerd door KSZ-Smals. Het extranet gebruikt een gelaagd security model en schermt de netwerken van de ISZ af via firewalls, IPS (Intrusion Prevention System), DMZ, proxy servers, anti-malware, etc. Anderzijds is het netwerk van het RIZIV op een gelijkwaardige wijze afgeschermd van het extranet door een gelaagd security model (gebruik van twee niveaus van firewalls, IPS, DMZ, proxy servers, anti-malware, etc.).

Anderzijds is het netwerk van het RIZIV op een gelijkwaardige wijze afgeschermd van het extranet door een gelaagd security model (gebruik van twee niveaus van firewalls, IPS, DMZ, proxy servers, anti-malware, etc.).

Het RIZIV is vandaag een nieuwe netwerkkarchitectuur aan het implementeren die een nog hogere beveiliging moet bieden en het RIZIV moet klaar maken voor nieuwe technologieën en trends zoals BYOD en Cloud. Dit beveiligingsmodel is een “trusted zone” model waarbij alle communicatie tussen de servers punt-tot-punt wordt beveiligd via firewall. Bovendien worden alle servers “gehardened” (verwijderen van functionaliteit die niet nodig is maar eventueel wel misbruikt zou kunnen worden door hackers of malware).

Op de PC's en laptops zijn tal van beveiligingsfeatures geïnstalleerd zoals: anti-malware, een software firewall, anti-diefstalbeveiliging, toegangsbeveiliging op niveau van BIOS, harde schijf en besturingsysteem, beveiliging tegen aansluiten van extern USB-geheugen, versleuteling van informatie op de harde schijf, machine- en gebruikerscertificaat, en Active Directory Group policies.

Het RIZIV werkt momenteel aan een strategie voor het organiseren van audits op de inkomende stromen van zijn netwerk en van intrusietesten op zijn systemen.

3. a) Er is zeker een risico. Het RIZIV is een instelling van de Sociale Zekerheid die persoonsgegevens, en ook medische gegevens verwerkt.

b) Zowel in het extranet als in het netwerk van het RIZIV zijn er barrières geïmplementeerd die complementair zijn zoals de firewalls, intrusie preventiesystemen, anti-malware software, webfilters, etc.

4. a) Het RIZIV is momenteel niet rechtstreeks betrokken en heeft nog geen kennis van de Belgische cybersecurity strategie.

b) en c) zonder voorwerp gelet op het antwoord op punt a van de vraag.

IV. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)

...

V. HZIV

Leden – Ambtshalve aansluiting

Vraag nr. 1279, gesteld op 4 november 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw SMINATE, Volksvertegenwoordigster¹

In ons land is een aansluiting bij een ziekenfonds verplicht.

Eenieder die zich niet vrijwillig aansluit bij een ziekenfonds wordt ambtshalve aangesloten bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV).

1. Kan u een overzicht geven voor de periode van 2009 tot en met het derde kwartaal van 2013 (per jaar) van:
 - a) het totaal aantal aansluitingen bij de HZIV
 - b) het totaal aantal ambtshalve aansluitingen bij de HZIV?
2. Zowel voor 1. a) als voor 1. b) graag een opsplitsing:
 - a) per Gewest (naar woonplaats van de gerechtigde)
 - b) per nationaliteit van de gerechtigde.

Antwoord

In antwoord op uw vraag, kan ik u meedelen dat - in tegenstelling tot wat in de vraag wordt gesuggereerd - er in België geen ambtshalve aansluiting bestaat wanneer een persoon zich niet vrijwillig aansluit bij een ziekenfonds van zijn keuze.

Wel kan, met het principiële akkoord van het RIZIV, een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn een persoon die op hun steun beroep doet en niet aangesloten blijkt te zijn, ambtshalve laten inschrijven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV).

Het loutere feit van de inschrijving betekent nog niet dat de persoon automatisch verzekerd is, daarvoor moet eerst worden nagegaan of alle voorwaarden van verzekerbareid zijn vervuld.

1. De HZIV heeft een redelijk stabiel ledenaantal. Op 31 december 2012 telde de HZIV 83.757 leden, waarvan 57.176 titularissen. Daarvan behoorden er 6.520 tot de categorie “verblijvenden in België”. Het betreft hier vooral OCMW-steuntrekkers. In die categorie wonen de meeste leden in de grote steden (Brussel, Antwerpen, Gent, Luik, Charleroi).

1. Bulletin nr. 144, Kamer, gewone zitting 2013-2014, blz. 226.

In de hierna volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal leden per jaar. Voor 2009 zijn er geen cijfers beschikbaar. In het totaal aantal leden worden opgenomen: de Belgische verzekerden (ongeacht hun woonplaats) en de buitenlandse verzekerden die in België wonen.

Periode	Totaal aantal leden HZIV
31 december 2010	81 135
31 december 2011	81 967
31 december 2012	83 957
30 september 2013	86 218

De wijze van inschrijving bij de HZIV (spontaan of ambtshalve via een OCMW) wordt niet als zodanig geregistreerd. De ervaring leert dat het om een zeer klein aantal uitzonderingen gaat.

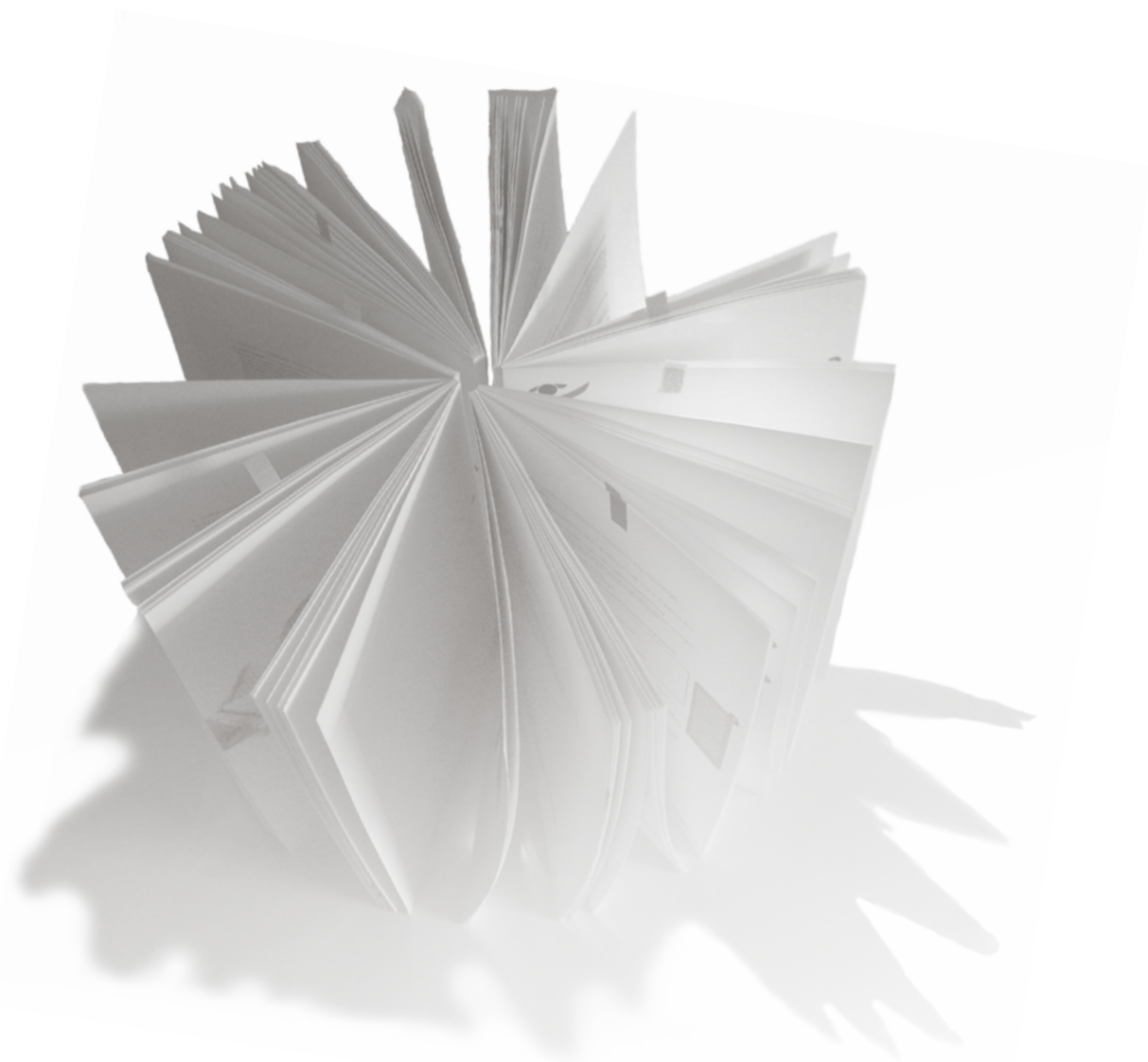
2. a) In de hierna volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal leden per gewest. Hierbij moet worden opgemerkt dat de Belgische verzekerden die in het buitenland wonen, hier niet worden vermeld, waardoor het aantal leden beduidend lager is dan het totaal aantal leden zoals vermeld in de vorige tabel.

Gewest	Aantal leden (woonplaats in België)
Brussels	14 249
Vlaams	28 723
Waals	33 454

b) In de hierna volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal leden per nationaliteit. Om het overzichtelijk te houden, worden enkel de 10 meest voorkomende nationaliteiten vermeld.

Nationaliteit	31 december 2010	31 december 2011	31 december 2012	30 september 2013
Belg	51 497	50 862	52 007	53 234
Frans	4 886	5 516	6 248	6 780
Italiaans	3 499	3 297	3 147	3 075
Marokkaans	2 960	2 735	2 494	2 401
Spaans	1 818	1 790	1 756	1 771
Turks	1 228	1 173	1 086	1 043
Duits	994	1 053	1 133	1 197
Nederlands	990	1 024	1 059	1 109
Slovaaks	862	906	889	902
Kameroens	734	794	864	930

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



Het statuut van persoon met een chronische aandoening

Van toepassing vanaf 1 januari 2013

1. Inleiding

In het kader van het programma “Prioriteit aan de chronisch zieken” heeft de minister voorgesteld om een statuut te creëren voor personen met een chronische aandoening.

Het Koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 *vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet), is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 23 december 2013.

Om elke verwarring te vermijden wordt er gesproken van het statuut van “persoon met een chronische aandoening” en niet van het statuut van “chronisch zieke”, want deze laatste term wordt in de wet al vermeld met betrekking tot andere situaties (bepalingen betreffende de rechthebbenden met een chronische ziekte (art. 37, § 16*bis* van de GVU-wet) en de chronisch zieke kinderen (art. 25*quinquies* van de GVU-wet) die hun rechten behouden).

Dit statuut voorziet in een erkenning van de persoon met een chronische aandoening en heeft tot doel de personen die aan een ernstige chronische ziekte lijden, toe te laten het hoofd te bieden aan hun kosten voor gezondheidszorg. Het zorgt ervoor dat zij automatisch bepaalde specifieke rechten genieten die binnen of buiten het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geleidelijk zullen worden uitgewerkt.

Het statuut persoon met een chronische aandoening wordt geopend:

- ofwel automatisch door het ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven: op basis van een financieel criterium (hoofdstuk II van het K.B.) of op basis van het genot van de forfaitaire toelage (hoofdstuk III van het K.B.)
- ofwel op basis van een medisch getuigschrift opgesteld door een geneesheer-specialist, dat bevestigt dat de rechthebbende lijdt aan een zeldzame ziekte of een weesziekte (hoofdstuk IV van het K.B.).

2. Criteria op basis waarvan het statuut wordt toegekend

Het Koninklijk besluit bevat verschillende criteria waarmee men de rechthebbenden kan identificeren die herhaaldelijk of voortdurend en dus langdurig een beroep doen op verschillende, al dan niet specifieke, soorten van verzorging, wat tot herhaalde kosten leidt, ongeacht de specifieke chronische aandoening waaraan ze lijden.

2.1. Eerste criterium: financieel criterium

Het eerste gekozen criterium is een financieel criterium, namelijk de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor minimaal 300 EUR per kalenderkwartaal, gedurende minstens acht opeenvolgende kwartalen, waarvan de acht betrokken kalenderkwartalen twee opeenvolgende kalenderjaren vormen.

2.1.1. UITGAVEN VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

Het gaat om de uitgaven voor de verstrekkingen die volledig of gedeeltelijk door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gedekt, dat wil zeggen met inbegrip van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging **en** het persoonlijk aandeel bedoeld in de artikelen 37 en volgende van de GVU-wet.

Verduidelijkingen betreffende het begrip “uitgaven voor geneeskundige verzorging”:

- **Alle verstrekkingen die volledig of gedeeltelijk ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging** worden in aanmerking genomen, meer bepaald alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de GVU-wet (bezoeken en raadplegingen van geneesheren, kosten voor verpleegkundige hulp, kinesitherapie, geneesmiddelen, enz.).


Er wordt dan ook in het kader van de teller statuut rekening gehouden met verstrekkingen die worden uitgesloten van de maximumfactuur, bedoeld in artikel 37^{sexies}, achtste lid van de GVU-wet.


Het betreft:

- de geneesmiddelen Cs en Cx
- de opnames in een psychiatrisch ziekenhuis vanaf de 366^e hospitalisatiedag.
- Er wordt zowel met **de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging als met het persoonlijk aandeel** rekening gehouden – kortom, de conventionele honoraria – om de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming voor wie het persoonlijk aandeel lager is, niet te straffen (het statuut heeft dus geen enkele weerslag op de reglementering van de verhoogde tegemoetkoming).

Er wordt rekening gehouden met de werkelijke zorgconsumptie.

Als de rechthebbende niet effectief een persoonlijk aandeel betaalt (bijvoorbeeld: een zorgverlener eist het persoonlijk aandeel niet), moet daarmee geen rekening worden gehouden in de teller statuut. Alleen de gefactureerde bedragen worden in aanmerking genomen, ongeacht of ze nu aan de rechthebbende, dan wel aan de verzekeringsinstelling (V.I.) zijn gefactureerd.

 Een verstrekking met een conventioneel honorarium van 100 EUR: een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van 75 EUR en een persoonlijk aandeel van 25 EUR.

 Met welke bedragen moet er rekening worden gehouden?

1. De rechthebbende heeft geen recht op de MAF. Hij betaalt 100 EUR, krijgt 75 EUR terugbetaald en de teller wordt met 100 EUR verhoogd.

2. De rechthebbende heeft recht op de MAF. Hij betaalt 100 EUR en krijgt 75 EUR terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, alsook de overblijvende 25 EUR, omdat die rechthebbende recht heeft op de MAF => de teller wordt verhoogd met 100 EUR.

3. De rechthebbende heeft recht op de MAF. De rechthebbende wordt opgenomen in het ziekenhuis. Het recht op de Maf wordt aan het ziekenhuis meegedeeld => de 100 EUR wordt rechtstreeks aan de V.I. gefactureerd => de teller wordt met 100 EUR verhoogd.

4. De zorgverlener eist alleen de 75 EUR die ten laste is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en niet het persoonlijk aandeel van 25 EUR => de teller wordt met 75 EUR verhoogd.

- Zoals uit de memorie van toelichting van het wetsontwerp¹ blijkt, **wordt geen rekening gehouden met de kosten die niet door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gedekt**, omdat die niet worden geregistreerd en dus moeilijk identificeerbaar of meetbaar zijn. Momenteel worden er maatregelen uitgevoerd om de kosten van geneesmiddelen die niet worden terugbetaald, te registreren, teneinde de consumptie daarvan te ramen en daarna eventueel maatregelen te nemen om tegemoet te komen in die kosten.

Door hun registratie zonder terugbetaling worden ze momenteel echter niet in de teller statuut opgenomen.

Verduidelijkingen met betrekking tot bepaalde verstrekkingen:

- Wanneer het een **ziekenhuisopname** betreft:

De tegemoetkoming in de verpleegdagprijs en het persoonlijk aandeel worden in aanmerking genomen in het kader van de teller statuut. De kamersupplementen niet.

De tegemoetkoming in de honoraria en het persoonlijk aandeel worden in aanmerking genomen, de reloonsupplementen niet.

De tegemoetkoming in de geneesmiddelen wordt in aanmerking genomen, alsook het forfait ten laste van de patiënt.

De niet terugbetaalde geneesmiddelen worden niet in aanmerking genomen (zie evenwel onderstaand punt "andere forfaits").

De "diverse kosten" worden niet in aanmerking genomen.

- Wat de **implantaten** betreft, moet rekening worden gehouden met de veiligheids- en afleveringsmarge.

Ter herinnering, de afleveringsmarge, bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, is een geplafonneerd bedrag van 10 % van de verkoopprijs van het implantaat dat aan de rechthebbende wordt gefactureerd en dat dient om de kosten van de ziekenhuisapotheke voor de aankoop, het stockbeheer en de steriliteit te dekken.

De veiligheidsgrens is een percentage dat wordt toegevoegd aan de vergoedingsbasis. Als de aankoopprijs van het implantaat dat bedrag overschrijdt (terugbetaling + %), wordt het implantaat niet in aanmerking genomen voor de terugbetaling. Dus moet er rekening worden gehouden met het gedeelte van de veiligheidsmarge (bedoeld in art. 35, § 4 en 35bis, § 4 van de nomenclatuur), dat als supplement ten laste wordt gelegd van de rechthebbende voor zover de verplichte verzekering effectief tegemoetkomt voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsmarge in aanmerking is genomen.²

1. "Wat de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging aangaat, wordt beoogd om zowel rekening te houden met het bedrag dat wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, als met het persoonlijk aandeel dat ten laste blijft van de sociaal verzekerde. In het huidige ontwerp worden de supplementen van de sociaal verzekerden niet in aanmerking genomen. In dit kader zouden in elk geval de kosten, zoals ze hierboven zijn gedefinieerd, van de verstrekkingen die worden ten laste genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, worden bijgehouden. De wettelijke bepaling is zodanig opgesteld dat het statuut kan evolueren afhankelijk van de te bereiken doeleinden en de evolutie van de situatie van patiënten met een chronische ziekte. Het is dus niet ondenkbaar dat geneeskundige verstrekkingen die nog niet ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, in aanmerking worden genomen wanneer ze min of meer zwaar wegen op het budget van de chronisch zieke."

2. Als het implantaat niet werd genotificeerd, terwijl dat wel het geval had moeten zijn, mag het niet ten laste worden gelegd van de GUV-verzekering, noch van de patiënt (art. 35septies, § 1 van de GUV-wet). In dat geval zal het dus niet worden opgenomen in de teller statuut (bovendien wordt de V.I. niet in kennis gesteld van het bedrag van het implantaat).

Aangezien het hier gaat om het percentage van een vastgesteld tarief, een bedrag dat bekend is bij de verzekeringsinstellingen, moet daarmee in de teller statuut rekening worden gehouden (in tegenstelling tot een “klassiek” supplement, dat niet kan worden nagegaan door de V.I.'s).

- Wat betreft de verzorging die aan een geabonneerde van een **medisch huis** wordt verstrekt: het forfait dat de V.I. aan het medisch huis betaalt per geabonneerde, wordt in aanmerking genomen (alsook alle verzorging waarvoor “op de gewone manier” wordt tegemoetgekomen). De verzorging waarvoor de V.I. niet tegemoetkomt, wordt niet in aanmerking genomen.
- In de teller statuut moet rekening worden gehouden met de **dagvergoeding**, de zogenaamde tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, vastgesteld overeenkomstig artikel 37, § 12 van de GVVU-wet en het ministerieel besluit van 6 november 2003 en toegekend door de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de bewoners die in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) verblijven of in een rustoord voor bejaarden (ROB), en zelfs voor de bewoners die in categorie 0³ zijn ondergebracht.
- Wat de andere **forfaits betreft**:
 - wanneer een forfait een tegemoetkoming per verstrekking vervangt, wordt deze in aanmerking genomen. Het gaat immers om verstrekkingen die worden terugbetaald door de verplichte verzekering.
 - wanneer een forfait wordt toegekend met oog op een bepaalde verzorging die normaal niet ten laste van de verplichte verzekering komt:
 - de tegemoetkoming, bedoeld in het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3^o en vierde lid, van de GVVU-wet, wat de **actieve verbandmiddelen** betreft, wordt in aanmerking genomen
 - de tegemoetkoming, bedoeld in het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3^o en vierde lid, van de GVVU-wet, wat de **analgetica** betreft, wordt in aanmerking genomen.
 - de forfaitaire toelage, bedoeld in het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3^o en vierde lid, van de GVVU-wet, wat betreft de patiënten die lijden aan het **syndroom van Sjögren**, wordt in aanmerking genomen
 - het Koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het **incontinentiemateriaal**, bedoeld in artikel 34, 14^o van de GVVU-wet, stelt twee types van jaarlijkse forfaitaire toelagen vast. Deze twee types van toelagen worden in aanmerking genomen
 - de tegemoetkoming, bedoeld in het Koninklijk besluit van 8 november 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 artikel 34, 14^o van de GVVU-wet, namelijk voor bepaalde producten voor bijzondere voeding, wordt in de uitgaven voor geneeskundige verzorging in aanmerking genomen

3. Die tegemoetkoming wordt meer bepaald vastgesteld op basis van de afhankelijkheidscategorie waartoe de bewoners behoren (verschillende afhankelijkheidsgraden aangeduid met de letter A, B, C, Cd – in de categorie 0 zijn de rechthebbenden gerangschikt die fysiek volledig onafhankelijk zijn en niet dement zijn).

- o het forfait, bedoeld in het Koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de GVVU-wet (het zogenaamde **zorgforfait, verder 'forfaitaire toelage'**), wordt eveneens in aanmerking genomen voor het jaar waarvoor de forfaitaire toelage wordt toegekend. Een forfaitaire toelage die wordt toegekend voor 2014 is een indicator voor uitgaven voor geneeskundige verzorging in 2014 en zal dan ook in de teller van 2014 in aanmerking genomen worden (zelfs als ze wordt betaald in 2015).

Als de voor een bepaald jaar toegekende forfaitaire toelage betaald wordt gedurende dat zelfde jaar, wordt ze in rekening gebracht in het trimester gedurende hetwelke ze betaald werd.

Als de forfaitaire toelage, toegekend voor een bepaald jaar, pas in het volgende jaar betaald wordt, moet ze in aanmerking genomen worden in het laatste trimester van het jaar waarvoor ze werd toegekend (het trimester dat het dichtst bij het uitbetalingsmoment ligt). Deze regel geldt **voor alle jaarlijkse forfaits**.

- o Wat betreft de **vervoerskosten**:

In principe worden alleen de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking genomen en niet het werkelijk betaalde bedrag, dat is immers afhankelijk van het gekozen vervoermiddel en is niet steeds bekend bij de V.I.

- o In het kader van de **dringende geneeskundige hulpverlening** is er in een terugbetaling voorzien van een deel van de kosten voor vervoer door ambulancediensten, bedoeld in het Koninklijk besluit van 26 april 2009 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 28°, van de GVVU-wet. Die tegemoetkoming wordt in aanmerking genomen. Het deel dat niet wordt terugbetaald, wordt door de V.I.'s als een supplement beschouwd en wordt niet geregistreerd. Dit wordt dus niet in aanmerking genomen
- o Het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 27°, van de GVVU-wet, voorziet in een tegemoetkoming in de **verplaatsingskosten van de ouders (of voogd) van kankerpatiënten onder de 18 jaar**. Die tegemoetkoming wordt in aanmerking genomen in de teller van het kind
- o Er is eveneens in een terugbetaling voorzien voor het **vervoer van kankerpatiënten**: ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Die tegemoetkoming wordt in aanmerking genomen
- o De verplichte verzekering komt tegemoet in de kosten voor het **vervoer van prematuren**; dit vindt men terug in het Koninklijk besluit van 8 januari 1992 houdende uitbreiding van het toepassingsgebied van artikel 34, 10° van de GVVU-wet, tot de vervoerkosten van de prematuren en pasgeborenen wier leven wordt bedreigd of die een risico op blijvende neurologische sequelen lopen.
De tegemoetkoming van de verplichte verzekering wordt ten laste genomen in de teller van de rechthebbende aan wie die tegemoetkoming is toegekend
- o Ook voor **dialysepatiënten** bestaat er een terugbetaling, namelijk via het ministerieel besluit van 24 januari 1985 betreffende de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden. Die tegemoetkoming wordt in aanmerking genomen
- o Wat de **revalidatie** betreft, vindt men de regeling terug in het ministerieel besluit van 14 december 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten in verband met revalidatie. Die tegemoetkoming wordt in aanmerking genomen

- Het Koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de **reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, die gevolgd worden in een revalidatiecentrum** waarmee het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging een type-revalidatieovereenkomst heeft gesloten op 28 april 2011, voorziet in een tegemoetkoming. Die kosten worden in aanmerking genomen
- **Revalidatie:** Ook de tegemoetkomingen die in het kader van de revalidatie worden verleend aan rechthebbenden en die aan de V.I's worden gefactureerd, worden in aanmerking genomen in het kader van het statuut
- Wat de **zuurstoftherapie** betreft: de tussenkomsten die worden toegekend aan de rechthebbenden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, alsook de persoonlijke aandelen worden in aanmerking genomen, of de zuurstoftherapie nu wordt afgeleverd door de apotheker of door het ziekenhuis
- Voor de rechthebbenden die behandeld worden in het kader van een overeenkomst met een ziekenhuis (overeenkomst zuurstoftherapie van lange duur), moet de tussenkomst duidelijk bepaald worden opdat deze gekend is door de V.I en in aanmerking genomen kan worden
- Wat betreft de tegemoetkomingen van het **Bijzonder Solidariteitsfonds** bedoeld in de artikelen 25 en volgende van de GVU-wet: zelfs als het gaat om een uitzonderlijke tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, moet daarmee rekening worden gehouden in de teller statuut.
- **Tegemoetkomingen in het kader van de “overeenkomsten artikel 56 van de GVU-wet”:**

Voor een groot deel van die overeenkomsten zijn de kosten die gemaakt worden, niet individualiseerbaar (het is m.a.w. voor de V.I. niet mogelijk uit te maken hoeveel er voor een welbepaalde rechthebbende aan tegemoetkomingen is uitbetaald). Aangezien het statuut op basis van het eerste criterium automatisch zou moeten worden toegekend, kunnen die kosten dan ook niet in aanmerking worden genomen in het kader van het statuut.

In het kader van een aantal van die overeenkomsten is het wel mogelijk om per rechthebbende te bepalen welke tegemoetkoming er voor hem is uitbetaald. Die tegemoetkomingen worden wel in aanmerking genomen in het kader van het statuut.

Wat betreft de gedetineerden en de geïnterneerden wordt dezelfde redenering gevolgd: alleen als de verstrekkingen niet individualiseerbaar zijn, wordt daarmee geen rekening gehouden in de teller van het statuut.

2.1.2. INDEXERING

Het bedrag van 300 EUR wordt elk jaar geïndexeerd.

Dit bedrag dat is vastgesteld voor het jaar 2013, wordt op 1 januari van elk jaar aangepast, afhankelijk van de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer, bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar.

De eerste indexering wordt toegekend voor het referentiejaar 2014.

Dat betekent dat om het statuut te verkrijgen:

- in 2013, minimaal 300 EUR vereist is aan uitgaven voor geneeskundige verzorging elk kwartaal van de jaren 2011 en 2012
- in 2014, minimaal 300 EUR vereist is aan uitgaven voor geneeskundige verzorging elk kwartaal van de jaren 2012 en 2013
- in 2015, minimaal 300 EUR vereist is aan uitgaven voor geneeskundige verzorging elk kwartaal van het jaar 2013 en een geïndexeerd bedrag van 300 EUR elk kwartaal van het jaar 2014 (index 2014)
- in 2016, er minimaal een geïndexeerd bedrag van 300 EUR vereist is aan uitgaven voor geneeskundige verzorging elk kwartaal van het jaar 2014 (index 2014) en een geïndexeerd bedrag van 300 EUR elk kwartaal van het jaar 2015 (index 2015),

2.1.3. PERIODICITEIT

De trimestriële basis werd gekozen om het chronisch karakter te onderstrepen en om beter rekening te houden met de reële kosten.

- verpakkingen van 3 maanden voor de geneesmiddelen, paramedische behandelingen gefactureerd per “groep” van zittingen,

De kalenderkwartalen worden beoogd. Men werkt per kalenderjaar opdat de maatregel administratief eenvoudiger kan worden toegepast. De acht betreffende kalenderkwartalen vormen dus *twee opeenvolgende kalenderjaren*.

Wat de duur betreft, werd gekozen voor de acht opeenvolgende kwartalen om de “plotse ernstige gezondheidsproblemen”, met andere woorden, om de personen die herhaaldelijk hoge kosten hebben over een beperkte periode in de tijd, zonder daarom aan een chronische ziekte te lijden, uit te sluiten.

- een persoon heeft een ongeval gehad, moet een heelkundige ingreep ondergaan en wordt een of meerdere malen in het ziekenhuis opgenomen, heeft revalidatie nodig, ..., maar er zijn daarna geen verdere gevolgen meer.

2.2. Tweede criterium: criterium gebaseerd op het effectieve genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2^o van de GVVU-wet en haar uitvoeringsbesluit van 2 juni 1998

Het **tweede criterium** is gebaseerd op het genot van de forfaitaire toelage, bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2^o van de GVVU-wet en in het Koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van dat artikel.

Ter herinnering: de rechthebbenden moeten de twee volgende cumulatieve voorwaarden vervullen om de forfaitaire toelage te genieten:

- alle persoonlijke aandelen die effectief door de rechthebbende (*grensbedrag remgelden*) ten laste zijn genomen voor de verstrekkingen die werden verricht tijdens het betrokken kalenderjaar en in de loop van het vorige kalenderjaar, moeten voor de gewone rechthebbenden 450 EUR per jaar bedragen en voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming 365 EUR per jaar
- in de loop van het betrokken kalenderjaar moet men zich in een van de situaties bevinden, die in artikel 2 van het voornoemde Koninklijk besluit worden opgesomd (*afhankelijkheidssituaties*).

Om het statuut van persoon met een chronische aandoening op basis van dat tweede criterium te genieten, moeten de rechthebbenden de forfaitaire toelage daadwerkelijk genieten en niet alleen voldoen aan de voorwaarden.

2.3. Derde criterium: toekenning op basis van een zeldzame ziekte of weesziekte

Het derde criterium op basis waarvan het statuut wordt toegekend is de zeldzame ziekte of weesziekte. Opdat het statuut geopend wordt op basis van dit criterium moeten aan volgende twee voorwaarden voldaan worden:

- de rechthebbende moet een totaal van minimum 300 EUR uitgaven voor geneeskundige verzorging gehad hebben per kalendertrimester, gedurende acht opeenvolgende trimesters, welke twee kalenderjaren uitmaken (cf. het eerste criterium)
- de rechthebbende moet getroffen zijn door een zeldzame ziekte of weesziekte, wat blijkt uit een medisch getuigschrift opgesteld door een geneesheer-specialist.

Het getuigschrift wordt overhandigd aan de adviserend geneesheer van de V.I. en wordt opgesteld conform het model bijgevoegd aan het Koninklijk besluit.

3. Toekenning van het statuut en duur van de eerste toekenning


Er wordt gewerkt met jaarrechten. Het statuut wordt telkens toegekend vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin men aan de voorwaarden voldeed, behalve in het kader van de toekenning van het statuut op basis van een zeldzame ziekte of weesziekte. Het recht wordt toegekend tot 31 december x+1.

Wanneer het derde criterium toepassing vindt spelen andere regels: het statuut wordt toegekend voor een langere periode.

3.1. Op basis van het financiële criterium

Wat betreft de rechthebbenden die het statuut kunnen verwerven op basis van het eerste criterium (de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging), zal het statuut automatisch worden toegekend.

De V.I.'s zullen in een "teller" bijhouden hoeveel de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging per persoon bedragen en bij het bereiken van een minimum van 300 EUR gedurende 8 opeenvolgende kwartalen in de twee voorbije kalenderjaren zal het statuut worden toegekend.

 In 2014 (ongeacht op welk moment dit gebeurt in 2014) gaat de V.I. na of het statuut voor een rechthebbende kan worden toegekend op basis van de twee voorafgaande kalenderjaren. Wanneer de rechthebbende gedurende de 8 opeenvolgende kwartalen telkens 300 EUR aan uitgaven voor geneeskundige verzorging had, wordt het statuut toegekend vanaf 1 januari 2014 en dit tot 31 december 2015.

In 2012 : 300 EUR gedurende de 4 kwartalen

In 2013: 300 EUR gedurende de 4 kwartalen

Statuut: wordt toegekend vanaf 1 januari 2014 tot 31 december 2015

Verlengen? Op 1 januari 2016: quid 2014? OK: tot 31 december 2016.

3.2. Op basis van het effectieve genot van de forfaitaire toelage, bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2^o van de GVVU-wet en haar uitvoeringsbesluit van 2 juni 1998

Ook voor de personen die het statuut kunnen genieten op basis van het genot van de forfaitaire toelage zal het statuut automatisch worden toegekend (de forfaitaire toelage zelf wordt automatisch of op verzoek toegekend, art. 7 K.B. van 02.06.1998).

Het statuut wordt op basis van het tweede criterium toegekend voor het jaar na het jaar waarvoor de forfaitaire toelage wordt toegekend (dus vanaf 01.01.x – wanneer men voor x-1 de forfaitaire toelage genoot). Het statuut wordt toegekend tot 31 december x+1.

➤ Een rechthebbende betaalt daadwerkelijk 450 EUR aan persoonlijke aandelen in 2013. In de loop van 2014 bevindt hij zich in een van de afhankelijkheidssituaties, beschreven in het Koninklijk besluit van 2 juni 1998, en betaalt hij terug 450 EUR aan persoonlijke aandelen. Voor die persoon zal voor het jaar 2014 de forfaitaire toelage worden toegekend (mogelijk gebeurt dat in 2014, mogelijk pas in 2015). Het statuut zal bijgevolg worden toegekend, en dit vanaf 1 januari 2015 tot 31 december 2016.

In 2013: 450 EUR aan persoonlijke aandelen

In 2014: idem + afhankelijkheidssituatie (forfaitaire toelage wordt toegekend)

Statuut: wordt toegekend vanaf 1 januari 2015 tot 31 december 2016

Verlengen? Op 1 januari 2017: quid 2015? OK: tot 31 december 2017

3.3. Op basis van het criterium zeldzame ziekte of weesziekte

Het statuut wordt (op basis van het derde criterium) toegekend aan een rechthebbende voor een periode van vijf kalenderjaren, te tellen vanaf de 1e januari van het jaar waarin het medisch getuigschrift werd overhandigd, voor zover hij aan de voorwaarden voldoet met betrekking tot de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor de twee kalenderjaren die het jaar van de toekenning voorafgaan.

Deze uitgaven voor geneeskundige verzorging (300 EUR per trimester) moeten dus gedragen worden gedurende de twee kalenderjaren die voorafgaan aan de toekenning van het statuut.

Het medisch getuigschrift wordt overhandigd door de rechthebbende of de geneesheer-specialist in de loop van het eerste jaar van de opening van het statuut. Het wordt opgesteld gedurende hetzelfde kalenderjaar als dat waarin het wordt overhandigd, om te vermijden dat een rechthebbende bijvoorbeeld in 2016 een getuigschrift van 2014 overhandigt.

Praktisch: wanneer een rechthebbende het eerste criterium vervult (als hij voldoende uitgaven voor geneeskundige verzorging heeft), zal de V.I. automatisch het statuut toekennen op basis van het eerste criterium. Het statuut wordt dan geopend vanaf de 1e januari van het jaar x, tot en met 31 december x+1. Vervolgens worden de “normale” regels van de verlenging van het statuut toegepast.

Evenwel zal, wanneer de rechthebbende of de geneesheer-specialist een getuigschrift overhandigt aan de adviserend geneesheer in de loop van een jaar x, de periode van opening van het statuut verlengd worden opdat de totale duur van de opening van het recht 5 kalenderjaren zal bedragen (tot 31.12.x+4).

➤ In 2012 en 2013 heeft een rechthebbende gedurende 8 opeenvolgende trimesters uitgaven voor gezondheid van 300 EUR. Begin 2014 zal het statuut automatisch geopend worden, aangezien de betrokkene voldoet aan de voorwaarden van het eerste criterium. Indien de betrokken rechthebbende in de loop van 2014 een medisch getuigschrift overhandigt aan de adviserend geneesheer, zal de periode van opening van recht lopen tot 31 december 2018.


4. Verlengen van het statuut

Na het onderzoek van de regels met betrekking tot de opening van het statuut en de duur van de eerste toekenning, worden nieuwe regels toegepast voor de verlenging.


Ongeacht op welke wijze het statuut geopend werd, kan het verlengd worden op 1 januari van een jaar x op drie manieren.

De rechthebbende moet:

- ofwel gedurende het jaar $x-2$ 1.200 EUR uitgaven voor geneeskundige verzorging gedragen hebben : het statuut wordt verlengd voor een kalenderjaar, tot 31.12. x
- ofwel voor het jaar $x-2$ de forfaitaire toelage genoten hebben: het statuut wordt dan verlengd voor een kalenderjaar, tot 31.12. x
- ofwel een nieuw medisch getuigschrift overhandigd hebben aan de adviserend geneesheer waarin de zeldzame ziekte of weesziekte vermeld wordt, conform aan het model dat als bijlage van het besluit gaat, opgesteld door een geneesheer-specialist gedurende het jaar $x-1$ (kalenderjaar dat voorafgaat aan de verlenging van het statuut): het statuut wordt dan verlengd voor vijf kalenderjaren, tot 31.12. $x+4$.

 Het statuut wordt geopend en toegekend voor een rechthebbende van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2018. Teneinde het statuut te kunnen verlengen op 1 januari 2019 moet hij:

- ofwel gedurende het jaar 2017 1.200 EUR uitgaven voor geneeskundige verzorging gedragen hebben : het statuut wordt verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2019
- ofwel voor het jaar 2017 de forfaitaire toelage genoten hebben: het statuut wordt verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2019
- ofwel een medisch getuigschrift overhandigd hebben aan de adviserend geneesheer gedurende 2018 (of dit hernieuwd hebben indien het statuut reeds werd toegekend op basis van het 3e criterium); het statuut wordt dan verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2023
Indien het getuigschrift in de loop van een ander jaar wordt overhandigd (vb. het 3e jaar van de verlenging van de opening van het statuut of het 3e jaar van de verlenging van het statuut), is dit niet geldig en kan het recht niet verlengd worden.

 Het statuut wordt geopend in 2013 tot 31 december 2017. De rechthebbende overhandigt een medisch getuigschrift in 2015: dit kan niet als basis dienen voor een verlenging in 2018, ook niet voor een verlenging van twee jaar.

 Het statuut wordt geopend en toegekend voor een rechthebbende van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2018. Er is geen verlenging mogelijk voor 2019. Teneinde het statuut te kunnen verlengen op 1 januari 2020 moet hij:


- ofwel gedurende het jaar 2018 1.200 EUR uitgaven voor geneeskundige verzorging gedragen hebben : het statuut wordt verlengd van 1 januari 2020 tot 31 december 2020
- ofwel voor het jaar 2018 de forfaitaire toelage genoten hebben: het statuut wordt verlengd van 1 januari 2020 tot 31 december 2020
- ofwel een nieuw medisch getuigschrift overhandigd hebben aan de adviserend geneesheer gedurende 2019

Er wordt dus aanvaard dat, in de situatie waarin de regels voor verlenging van het statuut gelden (zie punt 5), het medisch getuigschrift niet in de loop van het laatste jaar waarvoor het statuut bestaat dient overhandigd te worden, maar dat dit ook kan gebeuren in de loop van een jaar waarvoor er geen statuut bestaat (voor zover er nog geen twee jaren zonder statuut geweest zijn – zie verder). Het medisch getuigschrift dient wel overhandigd te worden in hetzelfde jaar als dat waarin het is opgesteld.

Het statuut wordt niet meer verlengd wanneer de rechthebbende niet langer aan de voorwaarden voor een verlenging voldoet.

De rechthebbende zal zijn statuut opnieuw verlengd zien voor een kalenderjaar wanneer hij een totaal van minimum 1.200 EUR gezondheidsuitgaven (geïndexeerd) heeft gedurende x-2, de forfaitaire toelage effectief geniet voor het jaar x-2 of een medisch getuigschrift overhandigt en, ongeacht op basis van welk criterium zijn statuut initieel geopend werd, voor zover hij niet meer dan twee opeenvolgende jaren zonder het genot van het statuut gebleven is.

Daarna moet hij terug beantwoorden aan de voorwaarden voor een opening van het statuut, strikter dan de voorwaarden voor een verlenging (zie punt 6).

 Een rechthebbende geniet het statuut tot 31 december 2018. Omdat zijn statuut verlengd wordt vanaf 1 januari 2019 moet hij voldoen aan de voorwaarden beschreven in het besproken voorbeeld hieronder, te weten:


- ofwel gedurende het jaar 2017 1.200 EUR uitgaven voor geneeskundige verzorging gedragen hebben : het statuut wordt verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2019
- ofwel voor het jaar 2017 de forfaitaire toelage genoten hebben: het statuut wordt verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2019
- ofwel een medisch getuigschrift vernieuwd en overhandigd hebben (indien het statuut werd toegekend op basis van het 3e criterium) aan de adviserend geneesheer gedurende 2019 of dit enkel overhandigd hebben (indien het medisch getuigschrift voor de eerste keer werd bekomen) in het jaar 2018, het statuut wordt dan verlengd van 1 januari 2019 tot 31 december 2023.

Indien hij niet meer aan deze voorwaarden voor een verlenging voldoet, wordt het statuut niet verlengd voor 2019.

Indien hij, voor 1 januari 2021 opnieuw aan de voorwaarden voor een verlenging voldoet, zal zijn statuut verlengd worden (ofwel voor een kalenderjaar indien hij voldoet aan een van de eerste twee voorwaarden, ofwel voor vijf kalenderjaren indien hij voldoet aan het derde).

5. Retroactieve opening van het statuut

Hoe wordt een opening van het statuut met een retroactief effect behandeld indien de rechthebbende reeds een statuut geniet voor een voorgaand jaar ?

 Opening van het “statuut 2013” op 10 januari 2015, terwijl de rechthebbende reeds “statuut 2015” geniet.

Op 20 april 2015 stelt de V.I. vast dat een rechthebbende de voorwaarden vervult om het statuut te genieten, maar deze persoon geniet reeds het “statuut 2015” sinds 5 januari 2015.

Deze situatie kan zich voordoen tot einde 2015, de rechthebbenden kunnen nog tot eind 2012 getuigschriften voor verstrekte hulp indienen (verjaring van 2 jaar); het is dus mogelijk dat de uitgaven voor geneeskundige verzorging ontvangen eind 2014, welke determinerend kunnen zijn voor de toekenning van het statuut (plafond bereikt of toekenning van de forfaitaire toelage), worden behandeld en in aanmerking worden genomen in het begin van het jaar 2015.

- Op 5 januari 2015 wordt het “statuut 2015” geopend van 1 januari 2015 tot 31 december 2016
- Op 20 april 2015 moet het “statuut 2013” geopend worden voor de periode van 1 januari 2013 tot 31 december 2014.

Er kan slechts een statuut geopend worden voor een verzekerde => logischerwijs wordt dus het recht geopend op basis van het eerst mogelijke statuut, het “statuut 2013” dus van 1 januari 2013 tot 31 december 2014.

Wat doen voor de jaren 2015 en 2016?

De regels voor de verlening van het “statuut 2013” spelen hier, ook al werd er een “statuut 2015” geopend.

In dat geval:

Indien op 5 januari 2015 het “statuut 2015” werd geopend op basis van het eerste criterium dan zullen de jaren 2015 en 2016 systematisch beschouwd worden als jaren waarvoor aan de voorwaarden voor een verlenging van het “statuut 2013” voldaan werd. De jaren 2013 en 2014 hebben immers gediend als referentiejaar voor een opening van het “statuut 2015”, dus zijn er voor deze jaren minimum 300 EUR aan uitgaven voor geneeskundige verzorging geweest voor elk trimester => men weet dat er minimum 1.200 EUR aan uitgaven voor geneeskundige verzorging geweest is voor het hele jaar.

- Het statuut wordt geopend voor de periode 1 januari 2013 tot 31 december 2014
- 2015 is een verlenging van het statuut op basis van 2013
- 2016 is een verlenging van het statuut op basis van 2014.

Indien, op 5 januari 2015 het “statuut 2015” werd geopend op basis van het tweede criterium kan men daarentegen het jaar 2015 niet systematisch beschouwen als een jaar waarvoor aan de voorwaarden voor een verlenging van het “statuut 2013” voldaan wordt (in tegenstelling tot 2016).

2014 heeft gediend als referentiejaar voor de opening van het statuut 2015, dus men weet dat de rechthebbende de forfaitaire toelage genoten heeft in 2014.

- Het recht wordt geopend voor de periode 1 januari 2013 tot 31 december 2014
- 2016 is een verlenging van het statuut op basis van 2014 (het jaar waarvoor de forfaitaire toelage genoten wordt)
- De verlenging voor het jaar 2015 moet normaal gezien geanalyseerd worden op basis van het referentiejaar 2013, maar in deze specifieke situatie wordt aanvaard dat het statuut verlengd wordt voor het jaar 2015. De rechthebbende geniet immers het statuut voor 2013 en 2014, én men weet dat ook voor 2016 het statuut zal genoten worden aangezien er, voordat het statuut 2013-2014 geopend werd, een statuut 2015-2016 was toegekend op basis van het tweede criterium.

Hetzelfde geldt voor de situatie waarin een statuut retroactief geopend wordt voor het jaar X, waarbij de rechthebbende reeds van het statuut voor het jaar x+1 geniet:

- Opening van het “statuut 2013” op 10 januari 2015, terwijl de rechthebbende reeds “statuut 2014” geniet

In 2014 wordt het “statuut 2014” geopend voor de periode 1 januari 2014 tot 31 december 2015.

Op 20 april 2015 stelt de V.I. vast dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden om het “statuut 2013” te genieten, deze persoon geniet reeds het “statuut 2014”.

Op 20 april 2015 dient bijgevolg het “statuut 2013” geopend te worden voor de periode 1 januari 2013 tot 31 december 2014.

Wat doen voor het jaar 2015 ?

De regels voor de verlening van het “statuut 2013” spelen hier, ook al werd er ook in 2014 een “statuut 2014” geopend.

Het jaar 2015 dat aanvankelijk een jaar was dat viel in de periode van de opening van het recht, wordt nu (eventueel) een jaar waarin het statuut verlengd dient te worden.

In dat geval:

Indien het “statuut 2014” werd geopend op basis van het eerste criterium: het jaar 2015 kan dan beschouwd worden als een jaar waarvoor aan de voorwaarden voor een verlenging van het “statuut 2013” voldaan werd. De jaren 2012 en 2013 hebben immers gediend als referentiejaren voor een opening van het “statuut 2014”, dus zijn er voor deze jaren minimum 300 EUR aan uitgaven voor geneeskundige verzorging geweest voor elk trimester, waardoor men weet dat er minimum 1.200 EUR aan uitgaven voor geneeskundige verzorging geweest zijn voor het hele jaar.

- Het recht wordt geopend voor de periode 1 januari 2013 tot 31 december 2014
- 2015 is een verlenging van het statuut op basis van 2013.

Indien het “statuut 2014” werd geopend op basis van het **tweede** criterium: men weet dat de rechthebbende de forfaitaire toelage genoot in 2013.

- Het statuut wordt geopend voor de periode 1 januari 2013 tot 31 december 2014
- 2015 is een verlenging van het statuut op basis van 2013.

6. Einde van het statuut en regels voor de heropening

Het recht op het statuut wordt niet verlengd als de rechthebbende niet meer voldoet aan de verlengingsvoorwaarden.

Wanneer het statuut beëindigd werd, moet de rechthebbende, om zijn statuut heropend te zien, opnieuw beantwoorden aan de voorwaarden voor een opening van het statuut, die strikter zijn dan de voorwaarden voor een verlenging.

- Een rechthebbende geniet het statuut tot 31 december 2018. Zijn statuut wordt noch in 2019, noch in 2020 verlengd. Vanaf 1 januari 2021, moet hij, opdat zijn statuut weer heropend zou worden, niet beantwoorden aan de voorwaarden van een verlenging van het statuut maar aan de voorwaarden voor een opening van het statuut, welke strikter zijn.

7. Kennisgeving van de beslissingen door de verzekeringsinstelling

Het Handvest van de Sociaal Verzekerde is niet van toepassing op de reglementering betreffende het statuut, aangezien dat statuut zelf geen bijzondere tegemoetkoming toekent (het handvest kan enkel worden toegepast op de rechten die er aan verbonden zijn).


De V.I. brengt de rechthebbende er met een gewone brief van op de hoogte dat hij voldoet aan de voorwaarden om het statuut toegekend te krijgen.

De V.I. moet de datum met betrekking tot de duur van de eerste erkenning van het statuut echter niet opgeven, omdat zij dan verplicht zou zijn voor elk jaar van verlenging een brief te sturen aan de rechthebbende. De naam van de rechthebbende en het Rijksregisternummer worden wel vermeld, alsook het feit dat op basis van dit schrijven de derdebetalersregeling kan worden toegepast. De V.I. kan ervoor opteren om in dit schrijven aan de rechthebbende mee te delen dat het van belang kan zijn, met oog op de continuïteit van het statuut, om de getuigschriften voor verstrekte hulp spoedig in te dienen.

De rechthebbende moet er echter door zijn V.I. per brief van op de hoogte worden gebracht wanneer zijn recht wordt stopgezet.

Men kan pas zeker zijn dat het statuut niet verlengd kan worden wanneer de verjaringstermijn van 2 jaar die van toepassing is voor het indienen van de getuigschriften geneeskundige verzorging verlopen is. Het is dus vanaf het begin van 1 januari x+1 dat men met zekerheid kan vaststellen dat de rechthebbende geen recht heeft op het statuut voor het jaar x en dus dient ten laatste op 1 januari x+1 meegedeeld te worden aan de rechthebbende dat het statuut niet verlengd werd.

Het is evenwel aan te raden zo snel mogelijk mee te delen aan de rechthebbende dat het statuut op een bepaald moment (nog) niet verlengd wordt (vb reeds in januari van het jaar x), aangezien het niet verlengen van het statuut een invloed heeft op bepaalde rechten van de rechthebbende (vb. de toepassing van de derdebetalersregeling).

 Ter herinnering : om na te gaan of het statuut verlengd wordt gedurende een jaar x, moet de rechthebbende uitgaven voor geneeskundige verzorging van minimum 1.200 EUR geïndexeerd gedragen hebben, of effectief genoten hebben van de forfaitaire toelage gedurende het jaar x-2 en dat, ongeacht op basis van welk criterium zijn recht origineel geopend werd.

De laatste dag waarin getuigschriften voor verstrekte hulp van het jaar x-2 kunnen worden ingediend is 31 december x (we veronderstellen dat de rechthebbende een of enkele getuigschrift(en) die dateren van december x-2 bijhoudt). Het is dus vanaf 1 januari x+1 dat men met zekerheid kan vaststellen dat de rechthebbende geen recht meer heeft op het statuut.

De brief moet ook de beroepsmiddelen verduidelijken in geval de beslissing wordt betwist (3 maanden vanaf de kennisgeving van de beslissing of vanaf de kennisneming van de beslissing door de sociaal verzekerde in geval van afwezigheid van kennisgeving) en de bevoegde rechtbank (Arbeidsrechtbank overeenkomstig art. 581, 1^o en 2^o van het G.W.).

De rechthebbende behoudt ook de mogelijkheid om het genot van het statuut te weigeren met een gewone brief aan zijn verzekeringsinstelling, die dat dan in zijn dossier zal vermelden. Het statuut zal dan niet meer automatisch worden toegekend, maar kan nog altijd opnieuw worden toegekend op eenvoudig verzoek, voor zover natuurlijk de rechthebbende nog steeds de voorwaarden vervult.

8. Inwerkingtreding

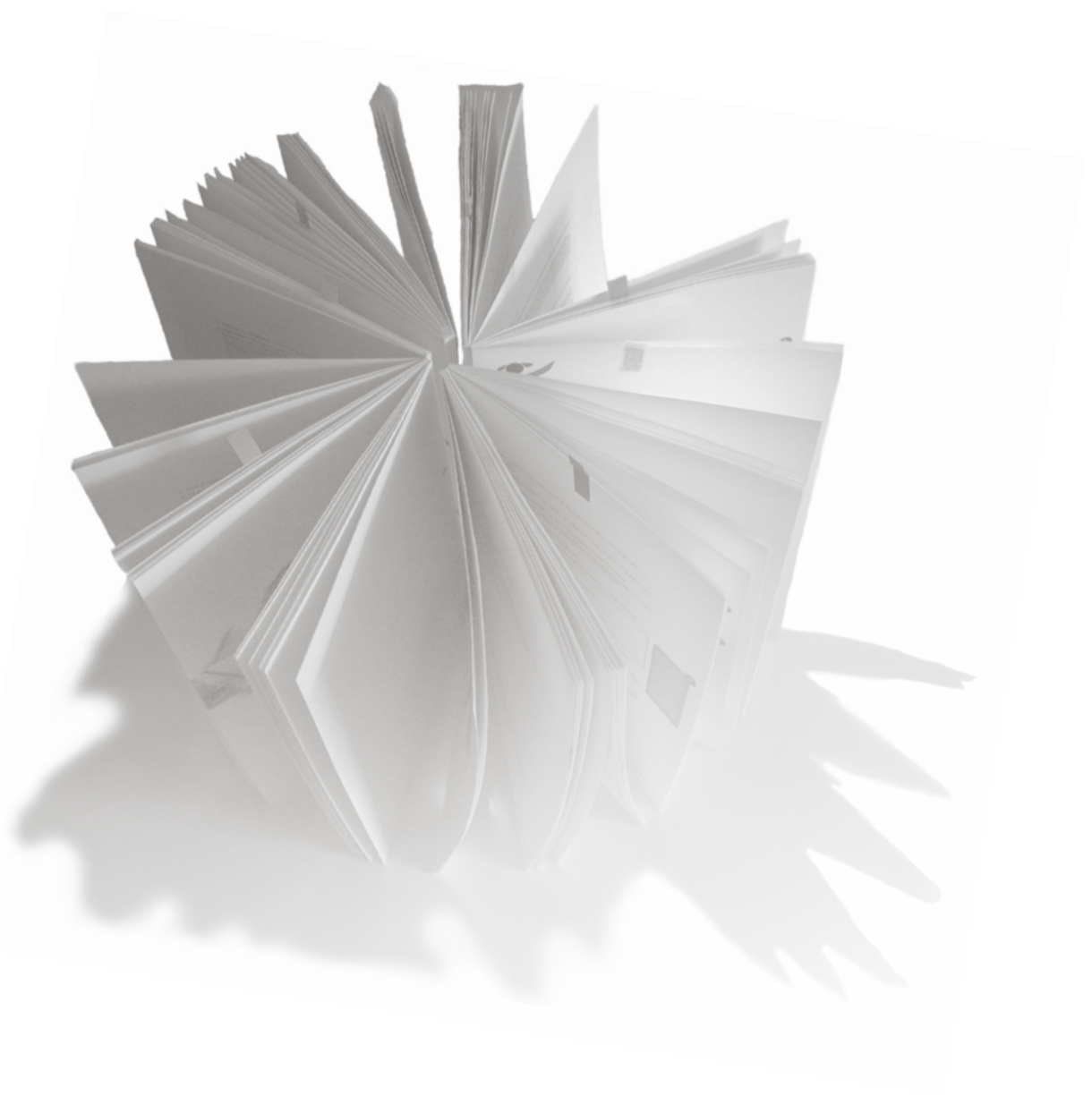
Het Koninklijk besluit treedt in werking op 1 januari 2013.

Voor de effectieve toekenning van het statuut in 2013 moeten de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor de twee jaren die daaraan voorafgaan, kunnen worden bijgehouden (ter herinnering acht opeenvolgende kwartalen van uitgaven – voorwaarden tot opening op basis van het eerste criterium), dus vanaf het jaar 2011 of genieten van de forfaitaire toelage (voorwaarde tot opening op basis van het tweede criterium) gedurende het jaar 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/474 – 3995/8 van 24 december 2013.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1^o, eerste lid van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (gewijzigd bij art. 2, van het K.B. van 29.12.1997 (B.S. 31.12.1997, 2^{de} ed.)), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering die **HOGER** is dan het trimestrieel grensbedrag.

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Dat geeft voor de *openbare sector* en de *privé-sector*:

1 september 2008 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 10 = 2.148,87 EUR

1 september 2010 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 11 = 2.191,85 EUR

1 mei 2011 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2.235,68 EUR

1 februari 2012 indexering

1.762,82 (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 13 = 2.280,40 EUR

1 december 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 14 = 2.326,00 EUR

Waarde per trimester (bedrag in EUR)		
1ste trimester 2008	$2.065,42 \cdot 3/3$	2.065,42
2de trimester 2008	$2.065,42 \cdot 1/3 + 2.106,73 \cdot 2/3$	2.092,96
3de trimester 2008	$2.106,73 \cdot 2/3 + 2.148,87 \cdot 1/3$	2.102,78
4de trimester 2008	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1ste trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2de trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3de trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
4de trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1ste trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2de trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3de trimester 2010	$2.148,87 \cdot 2/3 + 2.191,85 \cdot 1/3$	2.163,20
4de trimester 2010	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
1ste trimester 2011	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
2de trimester 2011	$2.191,85 \cdot 2/3 + 2.235,68 \cdot 1/3$	2.221,07
3de trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
4de trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
1ste trimester 2012	$2.235,68 \cdot 1/3 + 2.280,40 \cdot 2/3$	2.265,49
2de trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
3de trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
4de trimester 2012	$2.280,40 \cdot 2/3 + 2.326,00 \cdot 1/3$	2.295,60
1ste trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00
2de trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00
3de trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00

Van toepassing vanaf 23 december 2013.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/470 – 248/58 van 24 december 2013.

II. Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2014


a) Berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2013	122,40	
-----	=	-----
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2012	121,05	= 1,0112

b) Inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2014

van	0,00	tot	17.719,92
van	17.719,93	tot	27.241,07
van	27.241,08	tot	36.762,25
van	36.762,26	tot	45.886,69
vanaf	45.886,70		


Van toepassing vanaf 1 januari 2014.

 Omzendbrief V.I. nr. 2014/25 – 3998/300 van 17 januari 2014.

III. Ambulancevervoer – Dringende geneeskundige hulpverlening + Tarieven op 1 januari 2014 – FOD Volksgezondheid

Hierna worden de tarieven meegedeeld van het ambulancevervoer in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening zoals die werden gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid (K.B. 07.04.1995):

forfait bedrag voor de eerste 10 km	61,46 EUR
vanaf de 11 ^{de} km tem de 20 ^{ste} km	6,14 EUR
vanaf de 21 ^{ste} km	4,70 EUR
bedrag per paar elektroden (defibrillator)	58,34 EUR

 Omzendbrief V.I. nr. 2014/24 – 3910/1348 van 17 januari 2014.

IV. Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)

1. Basiselementen

Tabel III in bijlage, vervangt de tabel III die opgegeven werd in omzendbrief V.I. nr. 2013/186 – 45/243 van 6 mei 2013 en is van toepassing vanaf 1 januari 2014 voor de gerechtigden die vanaf deze datum arbeidsongeschikt werden.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2014.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/1 – 45/246 van 6 januari 2014.

Tabel III - Periode vanaf 01 januari 2014

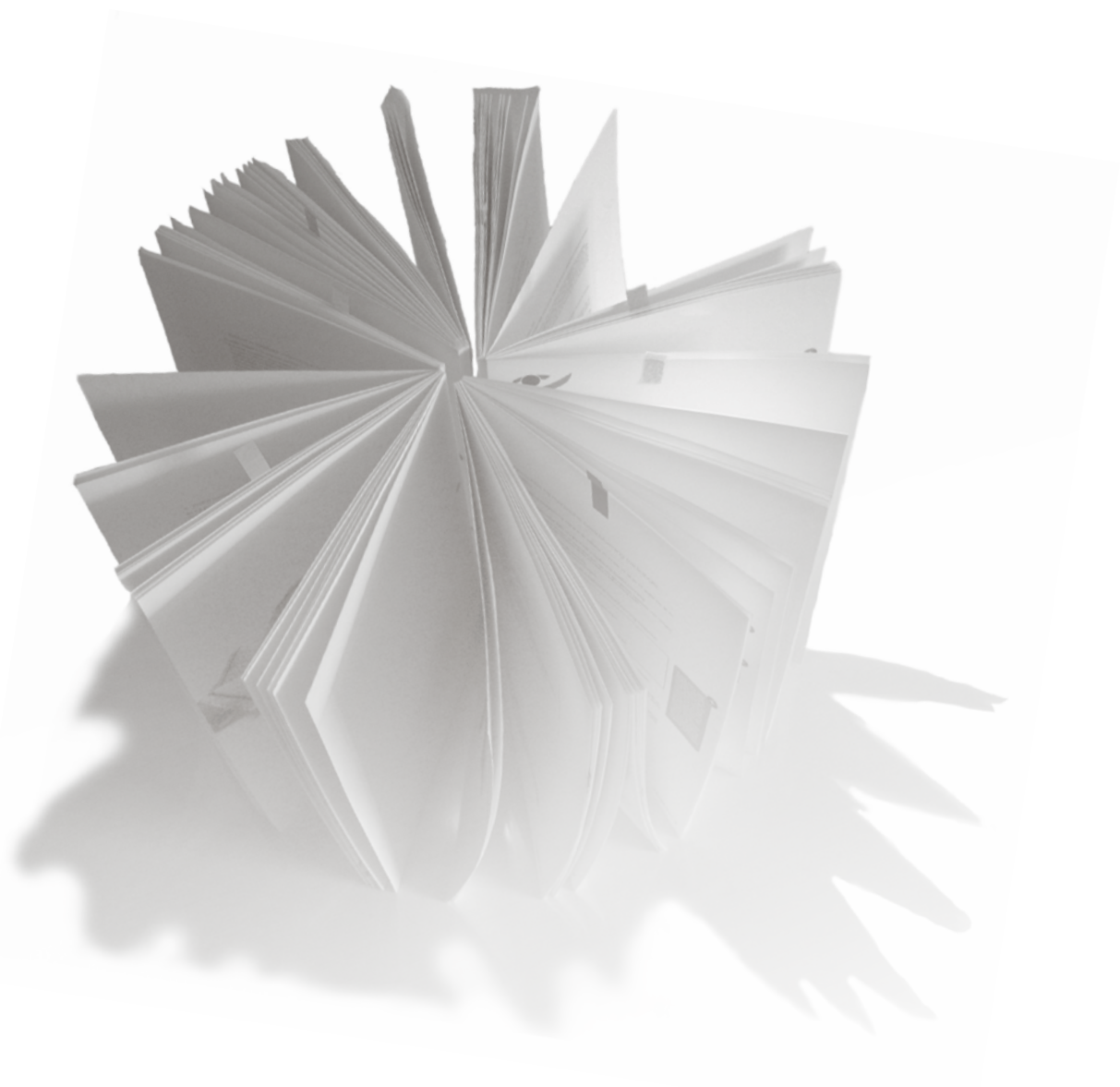
Primaire ongeschiktheid Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	60 % van het loon	150 % van de uitkering op 60 %	125 % van de uitkering op 60 %	170 % van de uitkering op 60 %	145 % van de uitkering op 60 %
0 jaar ervaring: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jonge werkloze die een overbruggingsuitkering ontvangt. ◦ Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt. ◦ Werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet. ◦ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt. 	63,2300	37,9380	56,9070	47,4225	64,4946	55,0101
9 jaar ervaring: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Gerechtigde die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekende heeft (voortgezette verzekering). 	65,2881	39,1729	58,7594	48,9661	66,5939	56,8007

Tabel III - Periode vanaf 01 januari 2014 (vervolg)

Invaliditeit Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	65 % van het loon	55 % van het loon	40 % van het loon	150 % van de uitkering op 65 %	125 % van de uitkering op 65 %	170 % van de uitkering op 65 %	145 % van de uitkering op 65 %
0 jaar ervaring: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jonge werkloze die een overbruggingsuitkering ontvangt. ◦ Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt. ◦ Werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet. ◦ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt. 	63,2300	41,0995	34,7765	25,2920	61,6493	51,3744	69,8692	59,5943
9 jaar ervaring: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Gerechtigde die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekende heeft (voortgezette verzekering). 	65,2881	42,4373	35,9085	26,1152	63,6560	53,0466	72,1434	61,5341

Deze bedragen houden geen rekening met de toepassing van de minima's.

7^e Deel
Statistieken



I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 3^{de} trimester 2013

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.830	1.802.427	
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 tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.287	13.198
Totaal tandheelkundigen	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 ziekten 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	930.408		
b) Medische beeldvorming	281.702	581.964	856.725		
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	523.660	1.014.034	1.492.545		
d) Speciale verstrekkingen	308.588	629.042	923.746		
e) Heelkunde	282.989	588.528	865.848		
f) Gynaecologie	22.401	45.755	68.263		
g) Toezicht	101.673	209.990	309.423		
h) Forfait accreditering geneesheren	6	8.497	12.291		
i) Forfait medisch dossier	0	0	0		
j) Forfait Telematica	19	2.339	4.459		
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0		
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	19.886	33.644	46.740		
m) Impulsfonds	7.057	14.640	19.110		
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	473	593	641		
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	240	240	240		
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	538	626	694		
Totaal geneesheren	1.854.762	3.764.984	5.531.133		7.544.861
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	211.948	419.956	613.738		826.934
b) Forfait accreditering	29	34	14.928		14.523
Totaal tandheelkundigen	211.977	419.990	628.666		841.457
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.060.095	2.160.451	3.180.912		4.248.545
4. Honoraria van verpleegkundigen	298.775	619.416	946.392		1.282.530
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.916	12.485	24.292		22.307
6. Verzorging door kinesitherapeuten	169.315	331.226	489.487		657.250
7. Verzorging door bandagisten	65.271	131.966	200.316		290.265
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	164.573	335.461	488.586		700.552
10. Verzorging door opticiens	7.163	14.061	20.531		32.687
11. Verzorging door audiciens	12.766	25.540	39.865		57.624
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4.288	8.420	12.797		17.638
13. Verpleegdagprijs	1.319.992	2.640.460	3.963.354		5.510.542
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.265	122.036	182.498		260.151
Vervoer	0	0	0		235
Totaal	1.378.257	2.762.496	4.145.852		5.770.928
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.694	4.386	6.377		8.098
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.652	77.024	115.267		157.208
b) Forfait nierdialyse	36.614	73.390	109.697		156.119
c) Thuis, in een centrum	28.359	55.131	82.934		120.947
d) Nachtdialyse	0	0			0
Totaal dialyse	103.625	205.545	307.898		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	993.009		
b) Rustoorden voor bejaarden	233.360	470.657	712.288		
c) Dagverzorgingscentra	5.346	10.703	16.228		
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.702	159.897	234.842		
e) Syndicale premie	2.578	4.096	4.096		
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	3.163	3.163		
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0		
Totaal	650.289	1.305.005	1.963.626		2.633.895
17. Einde loopbaan	43.748	70.734	97.667		130.216
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	24.960	49.593	74.352		107.357
b) Initiatieven van beschut wonen	11.361	21.817	32.692		44.123
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	768	1.488	2.171		3.548
Totaal	37.089	72.898	109.215		155.028
19. Revalidatie en herscholing	134.091	278.394	419.639		620.727
20. Bijzonder Fonds	313	811	1.118		14.166
21. Logopedie	21.854	43.694	60.745		83.691
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0		0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	8.312	15.746	23.750		32.209
24. Regularisaties + Herfacturatie	-30.248	-52.546	-68.907		-93.680
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.243	150.106	214.554		372.949
b) Fiscale MAF	0	0	0		0
Totale Maximumfactuur	111.243	150.106	214.554		372.949
26. Chronische zieken	22.249	40.986	67.620		98.806
27. Palliatieve zorgen	3.850	8.034	11.553		13.387
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.878	7.624	11.252		20.589
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.881	3.655	5.178		7.325
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	174	345	542		847
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	120	224	331		329
b) COMA	99	210	321		555
c) Therapeutische projecten	113	213	348		4.828
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	332	647	1.000		5.712
32. Geïnterneerden	11.243	11.243	24.132		34.522
33. Tabaksontwenning	233	466	670		1.233
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	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		0
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000		3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0		0
38. Medische huizen	24.290	52.646	84.403		115.607
39. MS/ALS/Huntington	2.003	4.138	6.528		9.056
40. Chronische zieken extra	0	0	0		6.029
41. Zorgtrajecten	0	0	0		0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0		0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0		12.310
44. Zeldzame ziekten	0	0	0		2.071
45. Sociaal akkoord	1.316	27.712	28.430		27.137
46. Diversen	1.102	1.936	2.428		24.413
- Vermindering alternatieve financiering					346.132
- Vermindering alternatieve financiering conclaaft maart 2013					38.745
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					51.448
Totaal	0	0	0		436.325
Algemeen totaal	6.396.699	12.843.701	19.091.247		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	-1,7	
b) Medische beeldvorming	-7,0	-5,1	-3,6	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,6	5,4	5,8	
d) Speciale verstrekkingen	-4,2	-2,8	-2,8	
e) Heelkunde	-2,5	1,9	3,5	
f) Gynaecologie	-5,1	-3,6	-3,2	
g) Toezicht	0,9	4,4	5,0	
h) Forfait accreditering geneesheren	-99,9	-23,8	-20,6	
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-13,6	-62,5	-33,8	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	15,4	18,4	13,6	
m) Impulsfonds	395,6	808,2	631,3	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	9,5	-6,9	-6,4	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
Totaal geneesheren	-1,7	0,5	1,2	
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	4,4	4,8	
b) Forfait accreditering	93,3	30,8	7,4	
Totaal tandheelkundigen	3,9	4,4	4,9	
3. Farmaceutische verstrekkingen	-6,7	-4,2	-3,5	
4. Honoraria van verpleegkundigen	3,6	4,9	6,5	
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,4	3,4	6,7	
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,2	3,5	4,3	
7. Verzorging door bandagisten	4,4	1,7	2,5	
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	3,0	5,5	5,2	
10. Verzorging door opticiens	8,5	10,8	12,4	
11. Verzorging door audiciens	13,2	10,6	12,5	
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	5,1	6,0	
13. Verpleegdagprijs	3,8	2,9	2,7	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	-0,8	1,8	2,8	
Vervoer	-100,0	-100,0	-100,0	
Totaal	3,6	2,9	2,7	

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	146,6	
15. Dialyse				
a) Geneesheren	1,4	1,2	1,0	
b) Forfait nierdialyse	3,4	3,3	2,7	
c) Thuis, in een centrum	6,1	2,3	1,8	
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,3	2,2	1,8	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	4,0	5,9	6,1	
b) Rustoorden voor bejaarden	5,0	6,5	6,5	
c) Dagverzorgingscentra	15,6	16,2	16,5	
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,8	2,6	2,3	
e) Syndicale premie	8,0	63,6	63,6	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	
g) Palliatieve dagcentra			-100,0	
Totaal	3,5	5,8	5,9	
17. Einde loopbaan	16,4	15,1	14,6	
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	6,7	7,9	6,3	
b) Initiatieven van beschut wonen	7,9	5,1	4,8	
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	11,6	4,9	4,4	
Totaal	7,2	7,0	5,8	
19. Revalidatie en herscholing	5,2	4,7	5,6	
20. Bijzonder Fonds	-69,9	-66,8	-64,2	
21. Logopedie	7,0	5,9	6,0	
22. Medisch-pediatrische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	5,3	4,8	7,1	
24. Regularisaties + Herfacturatie	-10,6	-10,9	-6,0	
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	0,1	1,1	0,2	
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	0,1	1,1	0,2	
26. Chronische zieken	7,7	7,9	4,9	
27. Palliatieve zorgen	-1,9	-1,8	2,8	

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	7,7	
29. Menselijk lichaamsmateriaal	16,6	15,6	5,6	
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	1,8	1,8	7,5	
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	
c) Therapeutische projecten	7,6	6,0	46,8	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-4,3	-1,1	9,2	
32. Geïnterneerden	181,0	-36,1	36,3	
33. Tabaksontwenning	-0,4	1,5	3,9	
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-100,0	-100,0	
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	10,3	16,4	20,5	
39. MS/ALS/Huntington	21,1	11,7	14,9	
40. Chronische ziekten extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord		42.533,8	3.354,4	
46. Diversen	-29,7	-3,3	-9,5	
Algemeen totaal	0,5	1,8	2,3	

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	73,3	
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,6	50,8	74,2	
b) Forfait accreditering	0,2	0,2	102,8	
Totaal tandheelkundigen	25,2	49,9	74,7	
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,0	50,9	74,9	
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,3	48,3	73,8	
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	48,9	56,0	108,9	
6. Verzorging door kinesitherapeuten	25,8	50,4	74,5	
7. Verzorging door bandagisten	22,5	45,5	69,0	
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	23,5	47,9	69,7	
10. Verzorging door opticiens	21,9	43,0	62,8	
11. Verzorging door audiciens	22,2	44,3	69,2	
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,3	47,7	72,6	
13. Verpleegdagprijs	24,0	47,9	71,9	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	22,4	46,9	70,2	
Vervoer	0,0	0,0	0,0	
Totaal	23,9	47,9	71,8	

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	78,7	
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,0	73,3	
b) Forfait nierdialyse	23,5	47,0	70,3	
c) Thuis, in een centrum	23,4	45,6	68,6	
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	23,9	47,3	70,9	
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	74,6	
17. Einde loopbaan	33,6	54,3	75,0	
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23,2	46,2	69,3	
b) Initiatieven van beschut wonen	25,7	49,4	74,1	
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	21,6	41,9	61,2	
Totaal	23,9	47,0	70,4	
19. Revalidatie en herscholing	21,6	44,8	67,6	
20. Bijzonder Fonds	2,2	5,7	7,9	
21. Logopedie	26,1	52,2	72,6	
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,8	48,9	73,7	
24. Regularisaties + Herfacturatie	32,3	56,1	73,6	
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,8	40,2	57,5	
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	29,8	40,2	57,5	
26. Chronische zieken	22,5	41,5	68,4	
27. Palliatieve zorgen	28,8	60,0	86,3	
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,8	37,0	54,7	
29. Menselijk lichaamsmateriaal	25,7	49,9	70,7	

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,5	40,7	64,0	
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	36,5	68,1	100,6	
b) COMA	17,8	37,8	57,8	
c) Therapeutische projecten	2,3	4,4	7,2	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	5,8	11,3	17,5	
32. Geïnterneerden	32,6	32,6	69,9	
33. Tabaksontwenning	18,9	37,8	54,3	
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	21,0	45,5	73,0	
39. MS/ALS/Huntington	22,1	45,7	72,1	
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	
45. Sociaal akkoord	4,8	102,1	104,8	
46. Diversen	4,4	7,9	9,9	
Algemeen totaal	24,0	48,1	71,6	

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

Omschrijving	December 2012 (1)	Maart 2013 (2)	Juni 2013 (3)	September 2013 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	6,27	1,76	-0,76	-1,45
b) Medische beeldvorming	4,28	-0,87	-4,08	-4,20
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	3,82	3,96	4,34	4,34
d) Speciale verstrekkingen	4,92	1,52	-0,50	-1,90
e) Heelkunde	4,12	1,26	1,53	3,05
f) Gynaecologie	1,00	-1,10	-2,57	-2,63
g) Toezicht	6,57	4,11	4,36	5,18
h) Forfait accreditering geneesheren	55,00	-28,69	-25,72	-22,07
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	3,89	4,23	-56,06	-33,52
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	-61,70	-61,70	-61,70	-61,70
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-14,40	-24,68	2,39	14,00
m) Impulsfonds	-35,21	36,13	217,33	450,18
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	7,42	7,67	6,51	12,13
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
Totaal geneesheren	4,45	1,50	0,67	0,77
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	3,71	3,94	4,24	4,74
b) Forfait accreditering	5,94	5,98	5,89	7,48
Totaal tandheekkundigen	3,74	3,98	4,26	4,79
3. Farmaceutische verstrekkingen	-0,64	-3,31	-4,13	-3,99
4. Honoraria van verpleegkundigen	6,77	5,75	4,70	6,25
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	15,48	15,20	4,57	6,71
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,99	2,55	4,22	4,28
7. Verzorging door bandagisten	6,93	4,70	3,20	4,39
8. Verzorging door orthopedisten	4,43	5,38	4,04	2,08
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	13,78	10,17	8,20	6,57
10. Verzorging door opticiens	2,14	4,50	6,62	9,45
11. Verzorging door audiiciens	8,01	12,82	15,61	17,54
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4,17	5,34	3,64	4,99
13. Verpleegdagprijs	4,12	3,95	3,55	3,20
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,24	4,76	3,25	3,23
Vervoer				
Totaal	4,30	3,98	3,54	3,20

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

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

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

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

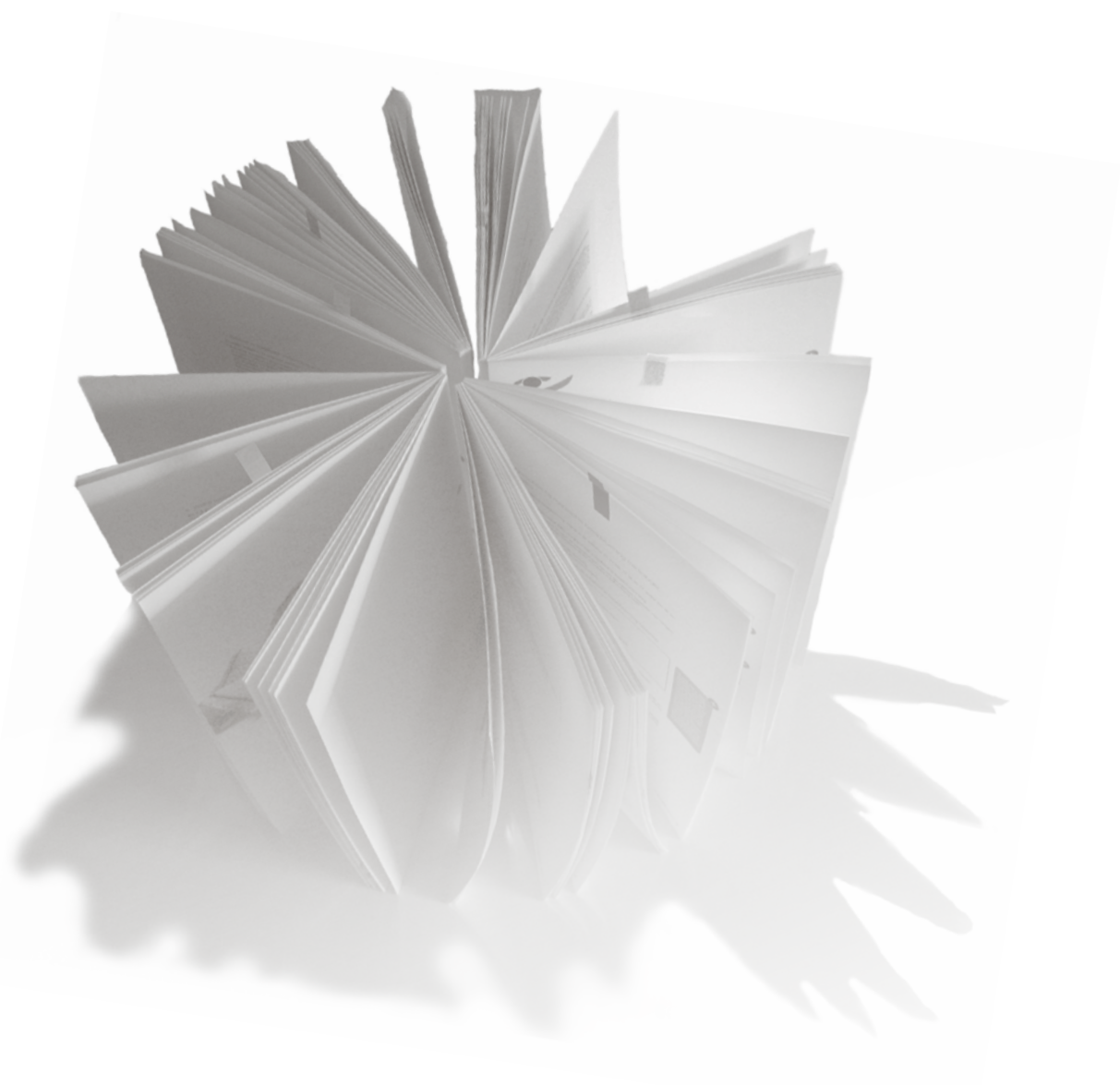
Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	December 2012 (1)	Maart 2013 (2)	Juni 2013 (3)	September 2013 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-24,01	23,16	32,56	148,19
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,43	2,05	0,83	0,46
b) Forfait nierdialyse	4,10	2,92	1,82	1,64
c) Thuis, in een centrum	1,77	2,42	0,63	0,86
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,21	2,46	1,13	0,99
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,44	5,02	5,04	5,46
b) Rustoorden voor bejaarden	4,37	5,48	5,88	6,29
c) Dagverzorgingscentra	15,66	14,14	14,08	14,40
d) Loonharmonisering personeel RVT	6,62	4,36	3,86	3,43
e) Syndicale premie	-41,70	-37,95	-8,06	63,60
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-30,54	-49,71	-22,08	11,15
g) Palliatieve dagcentra	58,12	58,12	58,12	-25,18
Totaal	4,98	4,83	5,13	5,65
17. Einde loopbaan	11,28	13,97	14,02	14,19
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	-2,52	-1,35	1,85	4,49
b) Initiatieven van beschut wonen	8,61	7,23	4,76	3,71
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	5,44	4,56	1,83	2,56
Totaal	0,76	1,22	2,71	4,21
19. Revalidatie en herscholing	6,77	5,54	4,57	4,22
20. Bijzonder Fonds	-65,92	-56,34	-58,97	-59,88
21. Logopedie	4,21	4,97	5,12	5,53
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,28	3,66	3,23	6,46
24. Regularisaties + Herfacturatie	-14,51	-12,42	-15,21	-8,56
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-0,50	4,03	3,83	2,50
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	-0,50	4,03	3,83	2,50
(1) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				
(2) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(3) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				
(4) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	December 2012 (1)	Maart 2013 (2)	Juni 2013 (3)	September 2013 (4)
26. Chronische zieken	5,49	7,47	6,12	-1,23
27. Palliatieve zorgen	7,10	3,22	1,29	3,96
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	10,57	9,37	10,13	8,72
29. Menselijk lichaamsmateriaal	20,73	16,99	17,36	8,94
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	30,84	20,17	10,49	14,95
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-8,68	-1,04	8,67	2,06
b) COMA	-2,80	-12,43	-15,73	-14,31
c) Therapeutische projecten	-35,32	-29,88	-23,97	27,64
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-16,36	-15,46	-11,84	2,66
32. Geïnterneerden	-5,39	28,51	-45,33	9,59
33. Tabaksontwenning	2,63	1,30	0,00	3,63
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-93,24	-96,56	-100,00	-100,00
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	9,18	8,65	12,33	16,22
39. MS/ALS/Huntington	18,45	19,32	16,79	17,18
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord	-51,94	-44,66	100,29	231,92
46. Diversen	-61,44	-67,75	-64,40	-64,18
Algemeen totaal	3,77	2,33	1,81	2,02
(1) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				
(2) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(3) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				
(4) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)				

II. Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Geneesheren										
- Algemeen geneeskundigen	18.378	18.217	18.028	17.934	17.909	17.986	18.027	18.070	18.214	18.352
- Geneesheren-specialisten	19.836	20.372	20.801	21.459	22.020	22.406	22.768	23.170	23.500	23.734
Apothekers	11.618	11.882	12.109	12.305	12.602	12.892	13.201	13.546	13.880	14.321
Tandheelkundigen	8.660	8.655	8.714	8.643	8.668	8.681	8.822	8.880	8.996	9.148
Vroedvrouwen	5.083	5.299	5.466	5.504	5.592	5.640	5.897	6.203	6.518	6.873
Verpleegkundigen	62.190	64.190	65.946	62.701	64.744	67.373	68.160	70.828	73.750	77.044
Kinesitherapeuten	28.252	24.935	25.406	25.683	26.123	26.514	27.059	27.672	28.423	29.386
Logopedisten	3.922	4.252	4.148	4.465	4.856	5.225	5.671	6.140	6.692	7.136
Orthoptisten	86	89	94	93	100	104	107	109	109	112
Orthopedisten	559	434	454	475	482	504	517	553	576	585
Bandagisten	8.653	7.533	7.786	7.918	8.089	8.278	8.416	8.511	8.683	8.877
Bandagisten (implantaten)	836	888	906	920	930	961	1.008	1.020	1.022	1.054
Opticiens	3.306	3.326	3.255	3.263	3.320	3.374	3.457	3.530	3.563	3.616
Audiciens	1.039	1.085	1.107	1.137	1.177	692	773	847	951	1.137
Apothekers-biologen	583	593	598	595	603	609	616	623	628	640

8^e Deel
Publicatieprijzen



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

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 5,00

Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 5,00

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

Bijwerkingen 2014 25,00

Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Bijwerkingen 2014 5,00

Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 12,00

Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Bijwerkingen 2014 6,00

Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 18,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 13,00

Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 58,00

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

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

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

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



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

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

4. Technische informatie

Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

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

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

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

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

Brochure gratis

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

Folder gratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder, zolang de voorraad strekt gratis

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

Uitgave juni 2014.....gratis

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.

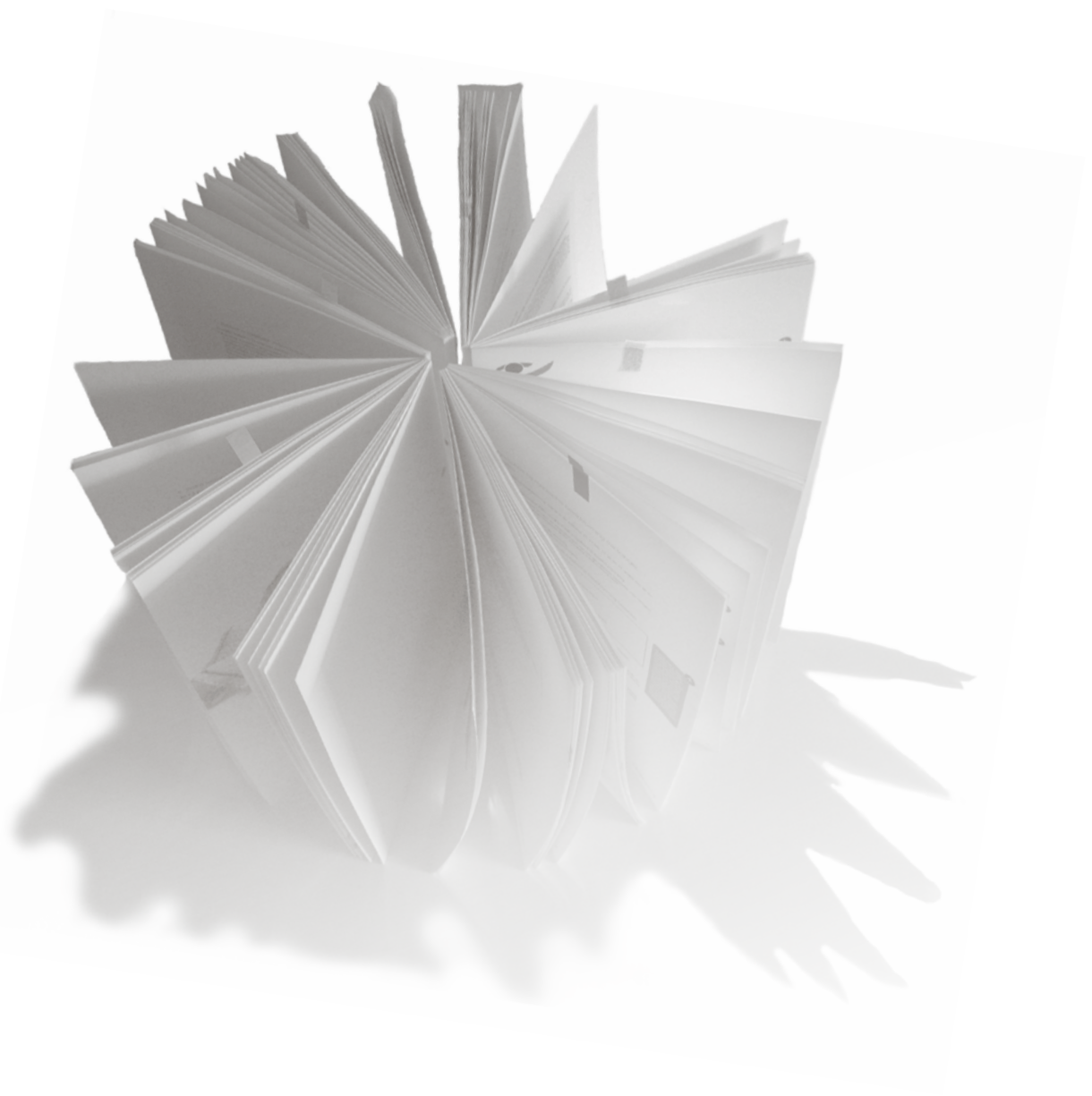
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2014.

 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 78 77, 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.

Inhoud jaar 2013



Jaarinhoud - Jaar 2013

1^e Deel - Studiën¹

Hoger beroep van topics voor een efficiënt geschillenbeheer binnen het RIZIV, door S. Stevens	6
Organisatie en financiering van huisartsenwachtposten in België Ontwikkeling van een financieringsmodel, door C. Van Loon	152
Opvolging van mutaties door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, door: A. Taelmans, J. Demey en D. Marcelis	384

2^e Deel - Evolutie van de wetgeving

Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 4^e trimester 2012 ◦ 1^{ste} trimester 2013 ◦ 2^e trimester 2013 ◦ 3^e trimester 2013 	40 196 276 392

3^e Deel - Rechtspraak

Raad van State

Raad van State, 2 oktober 2013 Niet-uitgevoerde verstrekking – Dubbele facturering van een zelfde verstrekking – Materiële overtreding – Afwezigheid van rechtvaardigings- of verschoningsgronden	288
--	-----

Hof van Cassatie

Hof van Cassatie, 8 april 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 191, 1 ^e lid, 15 ^o Financiering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – Bijdragen op het omzetcijfer van de farmaceutische bedrijven – Berekening	67
--	----

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

Hof van Cassatie, 16 december 2013 Koninklijk besluit van 20 juli 1971, artikels 6, 1°, 10, § 3 en 59 – Regeling voor de zelfstandigen – Begrip arbeidsongeschiktheid – Primaire ongeschiktheid	410
Arbeidshof	
Arbeidshof van Brussel, 19 januari 2012 Verordening van 17 maart 1999 – artikels 6, 7 en 8 Verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Begrip gezin	74
Arbeidshof Gent, afdeling Brugge, 12 oktober 2012 Het feit dat een verzekerde aan CVS lijdt, betekent niet noodzakelijk dat zij hierdoor beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het is de functionele weerslag van de klachten op het verdienvermogen die zal bepalen of betrokkene verder arbeidsongeschikt kan worden erkend. De loutere bewering van verzekerde dat personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, is niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd. Het gegeven dat de deskundige in zijn verzoek aan het Arbeidshof heeft vermeld dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens “ziekte” (tussen aanhalingstekens) van verzekerde, leidt er niet toe dat tot vooringenomenheid of de niet objectiviteit van de deskundige dient te worden besloten	223
Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Antwerpen, 11 december 2012 Gerechtigd wetboek, artikel 978 – Expertise – Besluiten expert	226
Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 20 december 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – arbeidsongeschiktheid <i>ad futurum</i>	227
Arbeidshof van Brussel, 11 januari 2013 Na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid moet de zelfstandige werknemer worden erkend als ongeschikt voor het uitoefenen van om het even welke beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd (rekening houdende met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding)	78
Arbeidshof van Brussel, 7 maart 2013 Gerechtigd wetboek, artikelen 2, 52, 53 en 867 Wet van 14 juli 1994, artikel 23, § 3 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikels 138, 139 en 142 Aard van de termijn voor het indienen van de aanvraag – Geen verlenging	312
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
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

Arbeidshof van Brussel, 20 juni 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Hervatting van een niet toegestane activiteit Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, alinea 4 – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Verjaring na vijf jaar – Bedrieglijk opzet	216
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
Arbeidshof van Antwerpen, 10 september 2013 Artikels 100, § 1 en 168 <i>quinquies</i> , § 2, 3° en § 3, eerste lid, 1° 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
Arbeidshof van Brussel, 17 oktober 2013 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, artikel 327, § 2, 1° lid, b) – Vrijstelling van boekingskosten als administratiekosten – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag door de verzekeringsinstelling	411
Arbeidshof van Brussel, 4 december 2013 Gerechtelijk Wetboek, artikels 978, § 1, 2° lid en 991 – Kosten en erelonen deskundig onderzoek - Betwistingstermijn Koninklijk besluit van 14 november 2003, artikel 1, 1° lid, 2° - Kosten en erelonen deskundig onderzoek – Rusthuizen – Afhankelijkheidscategorieën	421
Arbeidshof van Brussel, 18 december 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 167, 2° lid – Aard van de beroepstermijn Burgerlijk Wetboek, artikel 2244 en 2247 – Stuiting en opschorting van de beroepstermijn Grondwet, artikel 159 – Wettelijkheidsbeginsel	413
Arbeidsrechtbank	
Arbeidsrechtbank van Brugge, 19 december 2012 Vervanging van de gerechtsdeskundige is mogelijk wanneer de gerechts- deskundige via briefwisseling laat weten dat hij de expertise niet kan verderzetten aangezien hij mogelijkerwijze de neiging zal hebben om zijn vroegere toekenning van punten voor de vermindering van zelfredzaamheid voor betrokkene te volgen	225
Arbeidsrechtbank van Brussel, 14 maart 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikels 34, 2 en 73 Experimenteel karakter – medisch risico	62
Arbeidsrechtbank Brugge, 24 april 2013 Gerechtelijk Wetboek, artikel 1022 Rechtsplegingsvergoeding – Vakbondsafgevaardigde	81
Arbeidsrechtbank van Brussel, 6 juni 2013 Verjaring	423

Arbeidsrechtbank van Kortrijk, afdeling Kortrijk, 4 september 2013 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – CVS – Fysieke meerinspanning – Halftijdse betrekking – Categorie beroepen	299
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
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

4^e Deel - Parlementaire vragen en antwoorden

Federaal Plan Armoedebestrijding Automatische toekenning van sociale rechten – Plannen en maatregelen om de toekenning van sociale rechten te vereenvoudigen	84
Evidence based medicine Follow-up en evaluatie van klinische studies – Farmaceutische industrie – Impact op het voorschrijven – Beleid inzake psychotropen – Gebruik bij kinderen	87
Eerste kankerplan Strategie – Maatregelen en proefprojecten – Financiering	89
Biosimilaire geneesmiddelen Inspanningen om het gebruik te stimuleren – Financiële impact voor ziekenhuizen – Terugbetaling in categorie F van EPO-biosimulans	92
Observatorium voor chronische ziekten Samenstelling – Opdrachten	94
Tabacologen Cijfers van beroepsmensen uit de gezondheidszorgsector die tabacoloog zijn – Spreiding per gewest	96
Niet-geconventioneerde zorgverleners Erelonen – Getuigschriften voor verstrekte hulp aan patiënten – Inlichtingen die een arts op het doktersattest moet vermelden	97
Sociale fraude Centraal contactpunt	230
Generische geneesmiddelen Gebruik in ziekenhuizen	231
Project “Back to work” Gerealiseerde besparingen	318

Belgisch Nationaal contactpunt “Info Grensoverschrijdende Gezondheidszorg.be”	321
Syndroom van Asperger Opsporing, diagnose en opvolging – Rol referentiecentra voor autismespectrumstoornissen	322
Elektronisch medische voorschriften Veralgemening	324
Pseudo-medische informatie Medische applicaties – Websites – Informatiecampagnes – EBMPPracticeNet	428
Overeenkomstenstatuut arts Affichering – Wettelijke verplichting – Controle	430
Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen Voorwaarden tegemoetkoming – Bepaling patiëntendoelgroepen	432
Cyberaanvallen Informatieveiligheidsbeleid RIZIV – Beveiligingsmaatregelen	433
HZIV Leden – Ambtshalve aansluiting	436

5^e Deel - Richtlijnen van het RIZIV

Artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – Hervatting van een aangepaste werkzaamheid – Opheffing van het voorafgaande karakter van de toelating van de adviserend geneesheer	100
De verklaring op erewoord van een persoon ten laste	328
Artikel 294, § 1, 14 ^o , 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
Addendum bij Omzendbrief V.I. nr. 2011/24 – 406/8 van 17 januari 2011 betreffende de regularisatieprocedure ingeval van een niet toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde	335
Het statuut van persoon met een chronische aandoening	440

6^e Deel - Basisgegevens

Herwaardering van uitkeringen - Aanpassing	114
Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB) – Corrigendum	118 en 459

OMNIO-statuum - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	234
VT-statuum - Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5° en 6°) voor 2013	235
VT-statuum - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5° en 6°) vanaf 1 september 2013	236
Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten - (art. 134, 3 ^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde	237
Herwaardering van prestaties op 1 september 2013	344
Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3)	349
Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	456
Maximumfactuur – Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2014	457
Ambulancevervoer – Dringende geneeskundige hulpverlening – Tarieven op 1 januari 2014 – FOD Volksgezondheid	458

7^e Deel - Statistieken

Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging	
• Jaar 2012	122
• 1 ^{ste} trimester 2013	240
• 1 ^{ste} semester 2013	352
• 3 ^{de} trimester 2013	464
Evolutie van het aantal zorgverleners	485

8^e Deel - Bibliografie

Gezondheidszorg: meer dan geneeskunde	262
The European Yearbook of Disability law Volume 4	262

9^e Deel - Prijzen van de publicaties

Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 en 2014	144, 266, 374 en 488
--	----------------------

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
Mevr. Marie de Ghellinck
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Florence Garet
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Muriel Marcq
Mevr. Liesbeth Verbruggen
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 30 EUR
P.R. 679-0262153-59
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponibile en français

ISSN 0046-9726