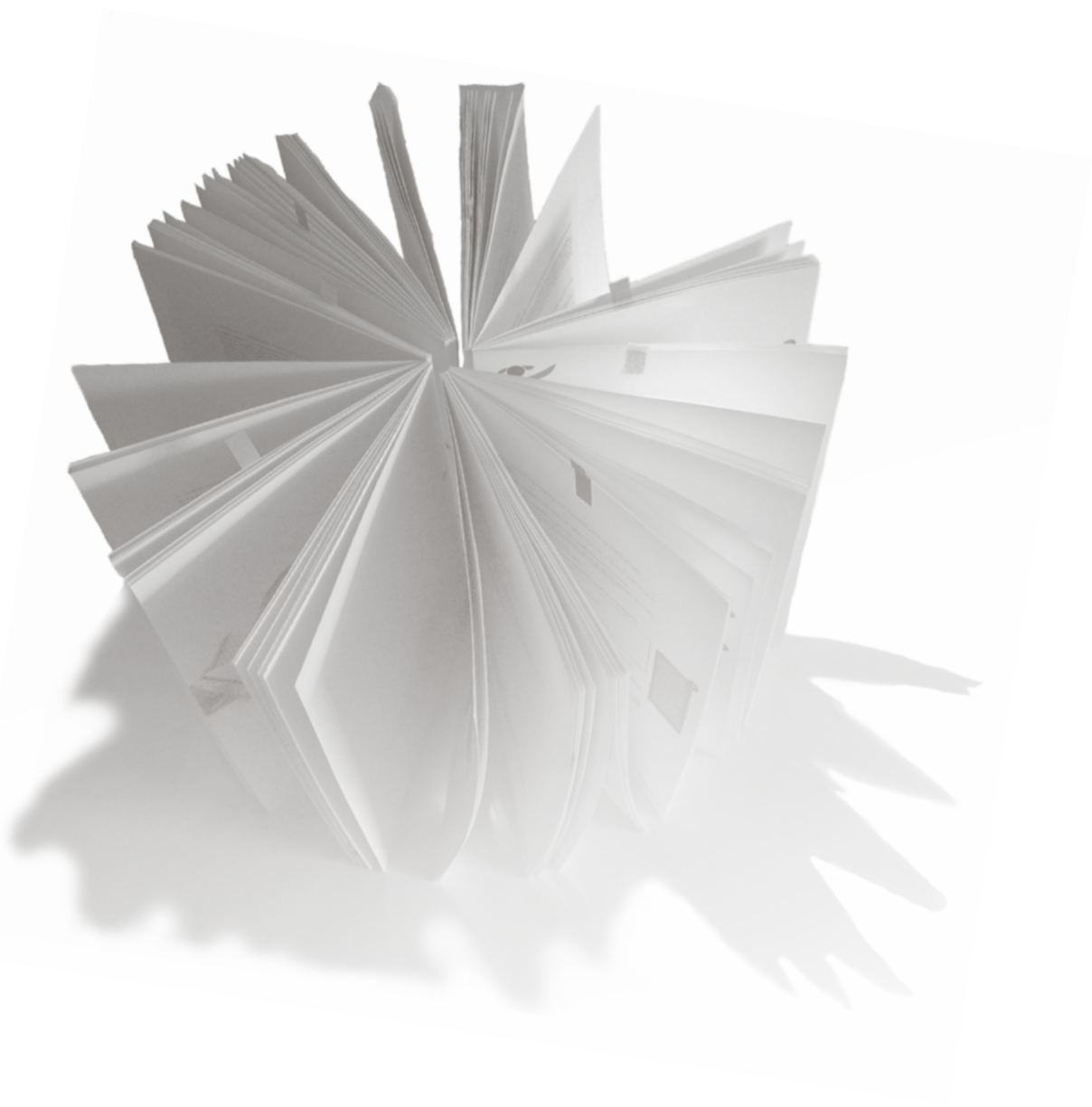


Inhoud

1 ^e	Deel – Studies	153
	De bijdrageverplichting binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging door E. Provoost	154
2 ^e	Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen	163
	1ste trimester 2011	164
3 ^e	Deel - Rechtspraak	173
	Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (1995-2010)	174
	I. Grondwettelijk Hof, arrest nr. 114/2011 van 23 juni 2011 Wet van 06 januari 1989, artikel 2 Wet van 14 juli 1994, artikelen 51 en 73 Akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen – Bevorderen van het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen- Rechtsgrondslag – Gebrek aan belang	193
	II. Arbeidshof van Bergen van 13 juli 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Categorie beroepen – Deskundigenonderzoek – Elementen vreemd aan de gezondheidstoestand – Afwijken van deskundigenverslag	197
	III. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, van 13 januari 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 K.B. van 10 januari 1969, artikel 2, 1 ^o en 6 ^o Bevoegdheid Arbeidsrechtbank – Sanctie verzekerde – Strafrechtelijke procedure – Geen gezag van gewijsde	198
4 ^e	Deel - Parlementaire vragen en antwoorden	203
	I. Uitkeringen Invaliditeit per ziektegroep – Evolutie - Verklaring	204
	II. Geneesmiddelen Uitgaven – Maatregelen ter controle	208
	III. Geneesmiddelen Verbruik – Andere Europese landen – Maatregelen ter controle	210

IV.	Uitkeringen Fraude – Aanpak – Nederlands handhavingsprogramma - Situatie in België	213
V.	Geneesmiddelen Goedkope geneesmiddelen – Verbruik – Eventuele bijwerkingen	219
5 ^e	Deel - Richtlijnen van het RIZIV	221
I.	De personele werksfeer van de Europese regelgeving inzake sociale zekerheid na de inwerkingtreding van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels	222
II.	Sociaal statuut van niet beschermde lokale mandatarissen	225
6 ^e	Deel - Basisgegevens	231
I.	Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex Invoering van een inhaalpremie na één jaar arbeidsonge- schiktheid	232
II.	Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen	249
7 ^e	Deel – Statistieken	251
	Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1ste trimester 2011	252
8 ^e	Deel - Prijzen van publicaties	273
	Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012	274

1^e Deel Studies



De bijdrageverplichting binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging

Door Elke Provoost, attaché, Geneeskundige verzorging.

1. Inleiding

Om gedurende een bepaald jaar prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te genieten moeten twee voorwaarden vervuld zijn met betrekking tot het refertejaar (het tweede daaraan voorafgaande kalenderjaar):¹

- de betrokkene moet een hoedanigheid² van gerechtigde hebben³
- voor het refertejaar moeten bepaalde bijdragevereisten vervuld zijn.

Deze uiteenzetting licht de bijdrageverplichting van de verzekering voor geneeskundige verzorging toe. Ten gevolge van evoluties binnen de verzekering onderging deze de laatste decennia enkele ingrijpende aanvullingen en wijzigingen, en de vraag naar coherentie stelt zich.

2. Overzicht van de bijdrageregeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging

De bijdrageregeling voor de verzekering voor geneeskundige verzorging ligt voor een deel vevat in de algemene regeling met betrekking tot sociale zekerheidsbijdragen, en voor een deel is ze eigen aan de verzekering.

Personen die via hun positie op de arbeidsmarkt sociale bijdragen betalen en sociale rechten kunnen openen zullen -in principe- voldoen aan de bijdrageverplichting voor deze verzekering. Het gaat hier om de werknemers, zelfstandigen en ambtenaren.

Naast deze historisch gegroeide regeling, werd de verzekering in 1998 uitgebreid naar personen waarbij de link met een arbeidssituatie ontbreekt. Deze personen kunnen eveneens begunstigde van de verzekering zijn op voorwaarde dat ze zich inschrijven in een van de hoedanigheden zoals beschreven in artikel 32 van GUV-wet en de daarmee overeenstemmende bijdrageplicht vervullen.

1. Art. 121-123 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S., 27.08.1994, err., B.S., 13.12.1994 (verder GUV-wet) en art. 131 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S., 31.07.1996 (verder K.B. van 03.07.1996).

2. Art. 32 van de GUV-wet.

3. Te vermelden dat een gerechtigde steeds de voor hem voordeligste optie mag kiezen door zich te laten inschrijven in een welbepaalde hoedanigheid (voor zover hij aan de voorwaarden voldoet).

a. Sociale bijdragen: werknemers, zelfstandigen en ambtenaren

SOCIALE BIJDRAGEN – ALGEMEEN

Voor de werknemers legt de wet van 29 juni 1981⁴ de principes met betrekking tot de sociale bijdragen vast: de bijdragen worden geheven op het loon van de werknemer en zijn vastgesteld op een constant percentage ervan (37,86 %). Ze worden opgedeeld in een werkgevers- (24,79 %) en een werknemersbijdrage (13,07 %). De betaling gebeurt aan de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ)

De zelfstandigen betalen een driemaandelijks socialezekerheidsbijdrage aan het sociaal verzekeringsfonds waarbij ze zijn aangesloten. Deze bijdrage wordt uitgedrukt in een percentage van de beroepsinkomsten⁵ van het refertejaar⁶. Voor de zelfstandige is er een minimumbijdrage (621,65 EUR per kwartaal) en een maximumbijdrage (3759,12 EUR per kwartaal) vastgelegd. De bijdragepercentages bedragen 22 % van het netto beroepsinkomen tot 52 378,55 EUR (de eerste schijf) en 14,16 % van het inkomen tussen laatst vermeld bedrag en 77 189,40 EUR (de tweede schijf).⁷

Deze sociale bijdragen omvatten de bijdragen voor meerdere sectoren van sociale zekerheid, waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging. Voor werknemers (met uitzondering van de ambtenaren) betreft dit ook bijdragen voor de sector uitkeringen, werkloosheid, pensioenen, arbeidsongevallen en beroepsziekten, gezinsbijslag en jaarlijkse vakantie.⁸ De zelfstandigen dragen ook bij voor de sector gezinsbijslagen, pensioenen, uitkeringen, de faillissementsverzekering⁹ en de moederschapsverzekering¹⁰

In 1994 werd het globaal beheer ingevoerd. De instellingen worden sinds dan niet meer gefinancierd volgens de financiële inkomsten van hun tak maar volgens hun behoeften.

SOCIALE BIJDRAGEN – SECTOR VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

7,35 % (3,55 % werknemersbijdrage en 3,80 % werkgeversbijdrage) van het loon van de **werknemer** zal de bijdrage voor de verzekering voor geneeskundige verzorging vertegenwoordigen¹¹, waarbij deze bijdrage een minimum van 416,08 EUR¹² moet bereiken teneinde rechten te kunnen openen.

De Directie Actuarieat van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV heeft in 2007 (op basis van gegevens van 2006) nagegaan welk percentage van de bijdragen van een **zelfstandige** die de minimumbijdrage binnen het sociaal statuut betaalde, toegekend werd aan de sector geneeskundige verzorging. Dit was voor de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het ging toen om 5,98 % van het totale bijdragepercentage van 19,65 %. Met de integratie van de "kleine risico's" werden de sociale bijdragen op de eerste inkomensschijf verhoogd van 19,65 % naar 22 %. De bijdrage van 14,16 % op de tweede inkomensschijf bleef behouden.

4. Wet van 29.06.1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, B.S., 02.07.1981

5. Art. 11, § 1, K.B. nr. 38 van 27.07.1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, B.S., 29.07.1967, err. B.S., 02.12.1967 (verder K.B. nr. 38).

6. Dit is het derde kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de bijdrage verschuldigd is.

7. Art. 12 K.B. nr. 38. Zie ook www.rsvz.be, bedragen voor 2011.

8. Art. 21 wet van 29.06.1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, B.S., 02.07.1981.

9. Art. 1 van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, B.S., 29.07.1967.

10. Art. 2 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., 07.08.1971.

11. Art. 38, § 2, 4°, en § 3, 4° wet van 29.06.1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, B.S., 02.07.1981.

12. (7,35 %) op een loon van 5 660,96 EUR omzendbrief V.I. 2011/67 van 14.02.2011 rubriek 271/59 – bijdragebescheiden kalenderjaar 2011.

Wat de **ambtenaren** betreft bestaat er geen eenduidige structuur met betrekking tot de bijdragen.¹³ Alle leden van het overheidspersoneel dragen bij voor de verzekering voor geneeskundige verzorging (het betreft een werknemersbijdrage van 3,55 % en een werkgeversbijdrage van 3,80 %).¹⁴ Voor de andere sectoren van de sociale zekerheid zijn er verschillende regelingen voorzien naargelang het statuut van de ambtenaar (vastbenoemd of niet) en de overheid die tewerkstelt.

- Niet vastbenoemde personeelsleden van plaatselijke of provinciale overheidsdiensten dienen bij te dragen voor de sector uitkeringen, werkloosheid en rust- en overlevingspensioenen
- Er bestaan sociale bijdragen eigen aan de plaatselijke sector: voor de sector gezinsbijslag en beroepsziekten dienen de werkgevers een werkgeversbijdrage te betalen
- De pensioenbijdragen van de plaatselijke besturen hangen af van de aansluiting bij een welbepaald pensioenstelsel.

Door de specificiteit van deze drie regelingen lijken er meer verschilpunten dan gelijkenissen te bestaan op vlak van de bijdragen:

- het verschil tussen de enerzijds proportionele en anderzijds degressieve bijdragepercentages bij de werknemers/ambtenaren en de zelfstandigen wordt versterkt doordat er in de regeling voor werknemers/ambtenaren geen loongrenzen meer van toepassing zijn en in de regeling van de zelfstandigen wel
- een zelfstandige betaalt een minimumbijdrage ongeacht de inkomsten, iets wat in de regeling voor werknemers en ambtenaren niet terug te vinden is
- in tegenstelling tot het stelsel van de zelfstandigen is er in de werknemersregeling geen onderscheid naargelang de bijdragen geheven worden op een activiteit in hoofdberoep of in bijberoep en of het loon verdiend wordt door een actieve of een gepensioneerde.¹⁵

b. Specifieke regelingen binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging

MINIMUMWAARDE/GELIJKGESTELDE PERIODES/AANVULLENDE BIJDRAGE

De waarde van de bijdragen van de gerechtigden van de verzekering moet een vastgesteld minimumbedrag bereiken teneinde recht te geven op prestaties van de verzekering. Wanneer deze waarde niet bereikt wordt, moet de gerechtigde een aanvullende bijdrage betalen.¹⁶

13. Zie hiervoor ook www.rszppo.fgov.be.

14. Art. 9 en art. 10 K.B. van 28.11.1969 tot uitvoering van de wet van 27.06.1969 tot herziening van de besluitwet van 28.12.1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, B.S., 25.07.1969.

15. In de regeling voor ambtenaren geldt tevens een ander loonbegrip dan bij de werknemers: Art. 23 van de wet van 29.06.1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, B.S., 02.07.1981 en art. 30 van het K.B. van 28.11.1969, B.S., 05.12.1969.

16. Art. 121, § 2, van de GVU-wet.

- **Minimumwaarde**

De bijdragebescheiden¹⁷ voor kalenderjaar 2011 moeten de minimumwaarde van 5 660,96 EUR bereiken.¹⁸ Deze minimumwaarde wordt vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43, afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij Koninklijk besluit van 29 juli 1988.^{19 20} De minimumbijdrage voor de verzekering voor geneeskundige verzorging (7,35 % op de minimumwaarde van de bijdragebescheiden) bedraagt dus 416,08 EUR per jaar²¹.

- **Gelijkgestelde periodes**

Het concept 'gelijkstelling' speelt een belangrijke rol binnen de bijdrageverplichting van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het gaat om periodes die geneutraliseerd worden voor de berekening van de aanvullende bijdrage omdat ze geacht worden gedekt te zijn door voldoende bijdragen.

Artikel 290 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996²² somt een 20-tal tijdvakken op welke gelijkgesteld worden, het gaat onder meer om:

- Het tijdvak van gecontroleerde werkloosheid
- Het tijdvak van arbeidsongeschiktheid
- Het tijdvak van wettelijke vakantie
- Het tijdvak waarin een resident²³ de bijdrageverplichting in de voormelde hoedanigheid heeft nagekomen
- Het tijdvak waarin de zelfstandige²⁴ de verplichtingen binnen het sociaal statuut heeft nagekomen
- Het tijdvak waarin de zelfstandige onder de voortgezette verzekering ressorteert²⁵ op voorwaarde dat de bijdrageplicht binnen het sociaal statuut werd nagekomen
- Het tijdvak waarin een gewezen kolonist²⁶ de bijdrageplicht binnen het sociaal statuut heeft nagekomen
- Het tijdvak waarin betrokkene de hoedanigheid van mindervalide²⁷ had
- Het tijdvak waarin betrokkene de hoedanigheid van lid van een kloostergemeenschap²⁸ had, op voorwaarde dat de bijdrageverplichting in de voormelde hoedanigheid werd nagekomen
- enz.

17. Bijdragebescheiden zijn documenten aan de hand waarvan de hoedanigheid van gerechtigde wordt vastgesteld; deze vermelden de bijdragen die betaald werden.

18. Voor gerechtigden van 21 jaar en ouder, voor personen onder 21 jaar is dit minder.

19. Omzendbrief V.I. 2011/67 van 14.02.2011 rubriek 271/59 .

20. Art. 286 van het K.B. van 03.07.1996.

21. Voor het jaar 2011.

22. Art. 290, A van het K.B. van 03.07.1996.

23. Art. 32, 15° van de G.V.U.-wet.

24. Art. 32, 1° *bis* van de G.V.U.-wet.

25. Art. 32, 6° *bis* van de G.V.U.-wet.

26. Art. 32, 11° *quater* van de G.V.U.-wet.

27. Art. 32, 13° van de G.V.U.-wet.

28. Art. 32, 21° van de G.V.U.-wet.

- **Aanvullende bijdrage**
- De aanvullende bijdrage voor werknemers wordt als volgt berekend:²⁹
 - Men vertrekt van het voorziene minimum jaarloon (zie Minimumwaarde)
 - vervolgens trekt men de waarde van de bijdragebescheiden alsook de waarde die de gelijkgestelde periodes vertegenwoordigen in het jaarloon hiervan af (deze waarde wordt bekomen door het minimumjaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt)
 - en op het overblijvende bedrag wordt de aanvullende bijdrage van 7,35 % berekend.³⁰

Bijgevolg zal de aanvullende bijdrage voor de sector geneeskundige verzorging tussen de 0,07 EUR en 416,08 EUR liggen³¹.

Aangezien men voor de berekening van de aanvullende bijdrage van de werknemer vertrekt van de bijdragebescheiden (en dus de hoogte van de bijdragen die reeds betaald werden) houdt men rekening met hetgeen hij reeds betaalde.

Voor een zelfstandige in hoofdberoep wordt de periode (het kwartaal) waarin hij de verplichtingen binnen het sociaal statuut nakwam, gelijkgesteld. Voor de niet gelijkgestelde periodes moet hij een aanvullende bijdrage betalen, *a ratio* van $\frac{1}{4}$ van de totale aanvullende bijdrage van de werknemer, per niet gelijkgesteld kwartaal.

PERSOONLIJKE BIJDRAGEN

Bepaalde gerechtigden hebben recht op geneeskundige verzorging mits betaling van een persoonlijke bijdrage. Het zijn gerechtigden die geen sociale bijdragen betalen in het kader van een arbeidsinkomen. Deze persoonlijke bijdragen variëren sterk. Ze worden vastgesteld per maand, kwartaal of jaar en zijn forfaitair of inkomensgerelateerd. Het zijn de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) die deze bijdragen innen bij hun leden.

Het bedrag van de persoonlijke bijdragen bedraagt vanaf 01 januari 2011:

- voor studenten: 54,48 EUR per kwartaal³²
- voor gewezen personeel van de openbare sector in Afrika: 37,06 EUR per kwartaal³³
- voor leden van kloostergemeenschappen: 82,29 EUR per kwartaal, verlaagd tot 23,53 EUR voor gerechtigden die de leeftijd van 65 jaar bereikt hebben (vrijstelling is mogelijk)³⁴
- voor werknemers in de voortgezette verzekering: 1,57 EUR per werkdag of 39,25 EUR per maand³⁵
- voor residenten (dit zijn personen die zijn ingeschreven in het rijksregister van natuurlijke personen): 642,60 EUR, 321,29 EUR, 54,48 EUR of 0 EUR per kwartaal, afhankelijk van het gezinsinkomen.³⁶

29. Art. 290, B van het K.B. van 03.07.1996.

30. Omzendbrief V.I. 2011/67 van 14.02.2011 rubriek 271/59. Dit percentage heeft enkel betrekking op de verzekering voor geneeskundige verzorging.

31. Tabel aanvullende bijdragen zie <http://www.riziv.fgov.be/insurer/nl/circulars/administrative-control/contribution/index.htm>.

32. Art. 32, 14^e G.V.U.-wet; art. 133 van het K.B. van 03.07.1996.

33. Art. 32, 12^e van de G.V.U.-wet, art. 135 van het K.B. van 03.07.1996.

34. Art. 32, 21^e van de G.V.U.-wet, art. 136 *bis* van het K.B. van 03.07.1996.

35. Art. 32, 6^e van de G.V.U.-wet, art. 250 van het K.B. van 03.07.1996 – gerechtigden van 21 jaar en ouder.

36. Art. 32, 15^e van de G.V.U.-wet, art. 134 van het K.B. van 03.07.1996. De bijdrage wordt verminderd wanneer de totaal jaarlijkse inkomsten van het gezin onder een bepaald plafond liggen of wanneer hij een bepaald voordeel (zoals bijvoorbeeld het leefloon) geniet.

Bij de hervorming van de verzekeraarbaarheid in 1998 voerde men de hoedanigheid “resident”³⁷ in. De wetgever besliste de persoonlijke bijdrage voor deze personen afhankelijk te maken van het bruto belastbaar gezinsinkomen van de betrokkene, omdat de hoedanigheid “resident” zeer ruim is en zowel personen in een moeilijk sociaal economische situatie als renteniers zou kunnen omvatten. Hij koos voor een systeem waarbij de bijdrage in principe redelijk hoog ligt, maar waarbij verschillende inkomensschijven uitmonden in verschillende bijdragen. De gezinsinkomens worden vastgesteld overeenkomstig de regels die gelden voor het vaststellen van het inkomen voor verhoogde tegemoetkoming,³⁸ en omvatten dus meer dan het inkomen uit arbeid.

Deze bedragen zijn ook terug te vinden op de website van het RIZIV, www.riziv.be, rubriek Burger > Medische kosten > Persoonlijke bijdragen.

GRATIS RECHT

Voor verschillende van de in artikel 32 van de GvU-wet opgesomde hoedanigheden is een gratis recht op geneeskundige verzorging voorzien:

- gepensioneerden dienen in principe geen bijdrage meer te betalen
- weduwen, weduwnaars
- personen ten laste, wezen
- niet begeleide minderjarige vreemdelingen beschikken over een gratis recht.³⁹

Tot 1 januari 2008 betaalden de gepensioneerden (met een loopbaan die overeenkomt met minder dan 1/3 van een volledige loopbaan), weduwen en weduwnaars een persoonlijke bijdrage.⁴⁰ De hervorming die de integratie van de kleine risico's voor de zelfstandigen in de verzekering voor geneeskundige verzorging doorvoerde, schafte deze bijdrage af⁴¹ om volgende redenen:

- het betrof een lage bijdrage met weinig budgettaire impact,
- discriminatie wegwerken ten opzichte van de nieuwe wijze van pensioenberekening, het is moeilijk de totale loopbaan van betrokkene vast te stellen,
- deze personen kunnen de hoedanigheid van resident laten gelden,
- aangezien mensen langer werken is dit een groep die steeds kleiner wordt.

37. Art 32, 15° van de GvU-wet : personen die zijn ingeschreven in het rijksregister van de natuurlijke personen.

38. De verhoogde tegemoetkoming zorgt ervoor dat bepaalde categorieën van rechthebbenden een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld) betalen bij een ziekenhuisverblijf, voor een raadpleging van een arts, voor geneesmiddelen, enz. Een andere naam voor verhoogde tegemoetkoming is “voorkeurregeling”.

39. Art. 32, 16°-20°, 22° (+ art. 136 van het K.B. van 03.07.1996), 23° van de GvU-wet. Voor 01.01.2008 betaalden weduwnaars en weduwen wel een persoonlijke bijdrage (art. 132 van het K.B. van 03.07.1996 opgeheven bij K.B. 01.07.2008, B.S., 23.07.2008 – art. 12)

40. De toenmalige bijdragen voor deze hoedanigheden verschilden naargelang het feit of men al dan niet personen ten laste had. Zo diende er een bijdrage van 27,71 EUR per kwartaal betaald te worden indien betrokken gepensioneerde, weduwe of weduwnaar personen ten laste had, en 18,44 EUR indien er geen personen ten laste waren. Ook sommige personen ten laste betaalden vroeger een persoonlijke bijdrage.

41. Art. 132 van het K.B. van 03.07.1996 opgeheven bij K.B. 01.07.2008, B.S., 23.07.2008 – art. 12.

3. Uitdagingen

Een overzicht van de huidige bijdrageverplichting laat blijken dat deze regeling aan herziening toe is. Niet alleen is ze niet meer transparant, maar tevens vertoont ze enkele incoherenties. Naar de toekomst toe moeten dan ook enkele aspecten ervan onder de loep genomen worden.

a. Band tussen arbeid en financiering

Een eerste grote uitdaging, is een onderzoek naar de band tussen arbeid en financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de uitkeringsverzekering staat de verzekering voor geneeskundige verzorging niet enkel open voor personen met een arbeidsinkomen.

Hierbij stellen zich vragen als:

- Is een basisbescherming tegen ziekte bijgevolg niet eerder een taak van de overheid dan van de sociale zekerheid?
- Is het aangewezen een overheidsfinanciering te voorzien zodat de financiële last over de hele maatschappij verdeeld kan worden?

In de huidige regeling varieert de basis voor de bijdrageberekening (inkomen uit arbeid, gezinsinkomen, forfaitaire basis) naargelang de hoedanigheid van de rechthebbende, de bijdragepercentages zijn verschillend vastgesteld (proportioneel of degressief). De huidige financiering drukt voor een groot deel op de arbeidsinkomens, terwijl voor veel mensen het inkomen niet noodzakelijk (hoofdzakelijk) uit arbeid komt. Het aftoetsen van de solidariteit en het 'bijdragen naar vermogen' is moeilijk te bepalen in deze context. Wil men alle bijdragen koppelen aan een bredere inkomensnotie, zoals nu reeds gebeurt voor de residenten? In welke mate is het gewenst om de bijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging uit de sociale zekerheid (en de sociale zekerheidsbijdragen) te halen?

Hieraan gekoppeld kan men binnen de bijdrageregeling voor werknemers het aspect "werkgeversbijdrage" toetsen aan de veranderde maatschappelijke context. Deze verschilt immers sterk van de 19^e-eeuwse maatschappij waarin deze regeling tot stand kwam.

Men kan ook de minimumbijdrage en de maximumbijdrage aan een analyse onderwerpen, alsook de opportuniteit van vrijstelling van bijdragen voor bepaalde hoedanigheden, die gelden ongeacht de inkomenssituatie van betrokkenen. Wat is de bestaansreden voor het vastleggen van minimumbijdragen en maximumbijdragen? Is deze nog steeds (politiek) gewenst? In welke mate versterkt het vrijstellen van bijdragen van een begoede mindervalide de solidariteit?

Hieraan gekoppeld kunnen de modaliteiten van het innen van de bijdragen eveneens herbekeken worden. Behoudt men een inning via de RSZ, sociale verzekeringsfondsen en de verzekeringsinstellingen, of vraagt een nieuw model ook vernieuwingen op dit vlak?

b. Minimumwaarde en aanvullende bijdragen

Een tweede problematiek die aandacht verdient is deze van de minimumwaarde en de aanvullende bijdragen.

De aanvullende bijdragen voor werknemers worden enkel gevorderd wanneer de bijdragen op het loon niet voldoende blijken. De betrokken werknemer moet dan een extra bijdrage betalen, vastgesteld op 7,35 % (het werknemers- én het werkgeversdeel van de bijdragen) van het verschil tussen het loon waarop bijdragen betaald werden en het voorziene minimumloon. De werknemer zal uiteindelijk, in verhouding tot het loon dat hij ontving dat jaar, meer bijdragen betaald hebben dan wanneer hij de minimumwaarde net bereikt zou hebben en geen aanvullende bijdrage moest betalen.

Binnen de regeling van de zelfstandigen speelt deze minimumwaarde anders aangezien de reglementering de periodes waarin de zelfstandige in hoofdberoep aan de bijdrageverplichting binnen het sociaal statuut voldeed, gelijk stelt voor de berekening van de aanvullende bijdrage. Wanneer er voor één trimester geen gelijkstelling bestaat, moet de zelfstandige een aanvullende bijdrage betalen die 1/4 van de minimumwaarde voorzien voor de werknemers zal bedragen. In tegenstelling tot in de werknemersregeling, zal de hoogte van de reeds betaalde bijdragen niet in rekening gebracht worden.

Vaak wordt aangegeven dat de kost en de administratieve last die gepaard gaat met het innen van de aanvullende bijdrage niet opweegt tegen de bescheiden inkomsten ervan.

c. Diversiteit aan persoonlijke bijdragen

Binnen de regeling van de persoonlijke bijdragen vinden we:

- bijdragen die per inkomenscategorie worden vastgesteld (residenten)
- forfaitair (bijvoorbeeld studenten, leden van de kloostergemeenschappen)
- via een procentuele berekening (bijvoorbeeld de bijdragen binnen het sociaal statuut bij de voortgezette verzekering van zelfstandigen).

De afstemming van de persoonlijke bijdragen op de andere principes van de bijdrageregeling kan de toekomstige discussies ook voeren. Zo bestaat er een gratis recht voor gepensioneerden, maar voor bepaalde groepen 65-plussers is dit niet voorzien. Leden van kloostergemeenschappen van 65 jaar en ouder moeten een persoonlijke forfaitaire bijdrage betalen en residenten betalen op basis van hun (gezins)inkomen, ongeacht hun leeftijd.

d. Individualisering van de rechten

De huidige verzekering voor geneeskundige verzorging is gebaseerd op de maatschappelijke situatie van enkele decennia terug. De gerechtigde opent rechten voor zichzelf, en kan tevens voor zijn partner, kinderen en ascendenten afgeleide rechten openen.

Intussen neemt het traditionele gezin niet meer zo een centrale plaats in in de maatschappij. Ook eenoudergezinnen, alleenstaanden, ... zijn sterk vertegenwoordigd.

Is, zonder het belang van de relationele en familiale context te miskennen, de familiale situatie nog steeds de manier bij uitstek om rechten binnen deze verzekering toe te kennen?

Hieraan gekoppeld kan de hoedanigheid “persoon ten laste” van naderbij bekeken worden. Aangezien dit een grote groep gerechtigden van de verzekering betreft, is de financiële impact van een bijdrageverplichting (of een vrijstelling zoals die nu bestaat) op de draagkracht van de verzekering niet te onderschatten. Een onderzoek kan gebeuren naar de opportuniteit van het toekennen van afgeleide rechten eerder dan eigen rechten aan deze groep. Het recht op geneeskundige verzorging komt iedereen immers toe op basis van de grondwet en internationale verdragen.

De analyse van bepaalde privacyproblemen die in de praktijk voorkomen (zoals bijvoorbeeld een gynaecologisch onderzoek bij een vrouw/persoon ten laste die niet wil dat de gerechtigde hiervan op de hoogte is) kunnen hierin betrokken worden.

Een hervorming van de reglementering over het zich kunnen laten inschrijven als persoon ten laste van een bepaalde gerechtigde is ook een optie: hoe kan men een verlaten kind waarvoor geen gerechtigde voorhanden is, inschrijven in de verzekering?

e. Samenhang met de huidige financiële context

De bijdrageregeling staat in voor ongeveer 66 % van de financiering van de sociale zekerheid. Een aanpassing ervan kan de financiële draagkracht van de verzekering aanzienlijk verhogen of beperken.

Meer info over de financiering van de sociale zekerheid is terug te vinden op de website www.socialsecurity.be.

4. Besluit

De bijdrageregeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging is complex. Door vele ontwikkelingen door de jaren heen, lijkt de regeling aan coherentie en transparantie in te moeten boeten. Gezien de moeilijke evenwichtsoefening binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging tussen toegankelijkheid en responsabilisering, solidariteit en financiering, dringt een nieuwe analyse zich op.

Deze analyse zal naast het blootleggen van een aantal pijnpunten, ook kiemen voor verandering bevatten:

- Zo kan, wanneer blijkt dat men de band tussen arbeid en financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging wil loslaten, gedacht worden aan een bijdrage op basis van het globale inkomen, en dit voor alle gerechtigden van de verzekering. Bepaalde vrijstellingen kunnen dit principe verder verfijnen zodat het financiële draagvlak van elke verzekerde niet overschreden wordt.
- Wanneer men kiest voor een financiering die sterk verbonden blijft met de arbeidssituatie van bepaalde verzekerden, kan men, wanneer dit zowel financieel als politiek haalbaar blijkt, de regeling van de aanvullende bijdrage verlaten.
- Onder dezelfde voorwaarden en in het licht van de grondwet en enkele internationale verdragen kan voorzien worden dat aan elke verzekerde een eigen recht op geneeskundige verzorging toekomt.
- Het stroomlijnen van de verschillende regelingen (werknemers, zelfstandigen en ambtenaren) met betrekking tot de sociale bijdragen overschrijdt de verzekering voor geneeskundige verzorging en wordt bemoeilijkt door de eigenheid van de verschillende regelingen. De verzekering voor geneeskundige verzorging kan hieraan toch zo veel mogelijk proberen tegemoet te komen. Een voorbeeld is om de bijdragen die een zelfstandige in de loop van een jaar reeds betaalde, in rekening te brengen bij het bepalen van zijn nog te vervullen bijdrageplicht.

Gezien de invloed van de bijdrageregeling op de toegankelijkheid en de solidariteit, is deze analyse sterk verbonden met het hart van de verzekering.

2^e Deel

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



1^e trimester 2011

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Farmanet

Sinds 2004 worden de farmanetgegevens ingezameld via het “Farmanet – uniek spoor”. Die gegevens, die in de apotheken worden verzameld, worden door de tarifieringsdiensten aan de verzekeringsinstellingen overgemaakt.¹ Deze sturen de gegevens op hun beurt door naar het RIZIV.² De ingezamelde gegevens breiden zich vanaf januari 2010 uit met:

- de actieve verbandmiddelen
- de analgetica
- de contraceptiva voor jongeren
- de voorgeschreven en afgeleverde niet-vergoedbare vergunde geneesmiddelen.

2. Farmaceutische specialiteiten

In uitvoering van de wet houdende diverse bepalingen van 29 december 2010³ krijgen volgende maatregelen uitwerking vanaf 31 januari 2011:⁴

a. Referentieprijzensysteem

De bepalingen in verband met de uitvoering van het referentieprijzensysteem worden aangepast.

- voortaan wordt de vergoedingsbasis bij het instellen van het referentierugbetalingssysteem met 31 % verminderd (i.p.v. met 30 %); een specifieke (eenmalige) procedure wordt voorzien om bedrijven de mogelijkheid te bieden de prijzen van hun geneesmiddelen aan te passen in functie van de nieuwe vergoedingsbasis (en de toepassing van de veiligheidsmarge) die op 1 april 2011 vastgesteld wordt omwille van de aanpassing van het dalingspercentage (bijkomende daling met 1 %);
- de bepalingen in verband met de verdere uitdieping van het referentierugbetalingssysteem na 2 en na 4 jaar (tot respectievelijk 35,14 % en 38,71 %) worden aangepast:
 - de daling na 2 jaar wordt 6 % (i.p.v. 4 %),
 - de daling na 4 jaar wordt 5,5 % (i.p.v. 3,5 %).

1. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 15.06.2001 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de tarifieringsdiensten aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken, B.S. van 24.01.2011, blz. 6883.

2. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 22.01.2004 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten overmaken, B.S. van 26.01.2011, blz. 7370.

3. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen, B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 108-117.

4. K.B. van 26.01.2011 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 31.01.2011 (Ed. 3), blz. 8518.

b. Vergoedingsbasis generische specialiteit

De bepalingen in verband met het niveau van de vergoedingsbasis van een generische specialiteit bij de initiële opname op de lijst worden aangepast:

- de vergoedingsbasis van een generische specialiteit moet voortaan bij de initiële opname op de lijst minstens 31 % lager liggen (niveau buiten bedrijf) dan de vergoedingsbasis van de referentiespecialiteit (in plaats van 30 %).

c. Oude geneesmiddelen

De bepalingen in verband met de prijsdalingen voor “oude geneesmiddelen” worden aangepast:

- de prijsdaling na 12 jaar wordt 17 % (in plaats van 15 %), de prijsdaling na 15 jaar wordt 19 % (in plaats van 17 %)
- naar analogie worden de dalingspercentages bij de simultane toepassing van het referentie-prijzensysteem en de prijsdaling voor “oude geneesmiddelen” aangepast
- een nieuwe procedure wordt voorzien om bedrijven de mogelijkheid te bieden een uitzonderingsaanvraag in te dienen voor de toepassing van de 2,41 %-daling na 15 jaar vergoedbaarheid (passage van het prijsniveau -17 % naar het prijsniveau -19 %) voor de farmaceutische specialiteiten waarvan de aanvrager heeft beduid dat op het ogenblik van de toepassing van de verlaging, de prijs en de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) reeds minstens 65 % lager is ten opzichte van de prijs en de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) van de eerste farmaceutische specialiteit die werd ingeschreven in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten en die hetzelfde of dezelfde werkzame bestanddelen bevat, rekening houdend met de toedieningsvorm en de dosering
- deze nieuwe uitzondering kan aangevraagd worden in alle situaties waarin sprake is van een passage van het prijsniveau -17 % naar het prijsniveau -19 % (o.a. bij de simultane toepassing van het referentie-prijzensysteem en de prijsdaling voor “oude geneesmiddelen”, bij de eenmalige aanpassing op 1 april 2011 van de specialiteiten die reeds 15 jaar vergoedbaar zijn en reeds een prijsdaling van 17 % ondergaan hebben).

3. Financiering huisartsenkringen

De financieringsbijdragen voor de huisartsenkringen, die sinds 15 oktober 2002 zijn vastgelegd, worden vanaf 2009 geïndexeerd.⁵

5. K.B. van 21.02.2011 tot wijziging van het K.B. van 04.06.2003 tot vaststelling van de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van art. 9 van het K.B. nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, B.S. van 07.03.2011, blz. 15316

4. Rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen

De financiering van nieuwe instellingen ROB of RVT werd geregulariseerd sinds 1 oktober 2008.⁶ De financiering gedurende een jaar X van de ROB's en RVT's gebeurt op basis van hun situatie gedurende een referentieperiode die ingaat op 1 juli van het jaar X-2 en eindigt op 30 juni van het jaar X-1. Tijdens het trimester van hun erkenning en de twee trimesters die daarop volgen, ontvangen de nieuwe instellingen een forfaitaire tegemoetkoming van 16,14 EUR, die overeenstemt met een nationaal gemiddelde. In de meeste gevallen is dat forfait echter lager dan de reële kosten van hun verzorgingspersoneel. Het gebeurt ook dat dit forfait lager is dan de reële lasten van de instelling, wat al even onrechtvaardig is. Vandaar dat er thans een financiële regularisatie bestaat voor de periode van de erkenningsdatum tot en met het tweede kwartaal volgend op het kwartaal van de erkenning.

5. Psychiatrische verzorgingstehuizen

In uitvoering van sociale akkoorden wordt het ministerieel besluit van de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) gewijzigd:⁷

- Vanaf 1 oktober 2010 verhoogt de norm van de psychiatrische verzorgingstehuizen met ½ VTE gekwalificeerd personeel A1
- Vanaf 1 juli 2010 is voorzien in een vergoeding voor de zogenaamde “ongemakkelijke prestaties”. Het gaat om de vergoeding van de uren van onregelmatige prestaties door verpleegkundigen, zorgkundigen en/of opvoeders gepresteerd 's avonds tussen 19u en 20u of die gepresteerd worden tot na middernacht, ongeacht het uur waarop de prestatie is begonnen.

II. Geneeskundige verzorging

1. De verzekerden

a. Chronische nierinsufficiëntie bij kinderen

Het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming voor medische voeding voor kinderen met chronische nierinsufficiëntie wordt vanaf 21 maart 2011 per maand uitgedrukt en niet meer per dag.⁸

6. M.B. van 12.01.2011 tot wijziging van het ministerieel besluit van 06.11.2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, B.S. van 02.03.2011, blz. 14493.

7. M.B. van 28.03.2011 tot wijziging van het ministerieel besluit van 10.07.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de psychiatrische verzorgingstehuizen, B.S. van 31.03.2011, blz. 21331

8. K.B. van 27.02.2011 tot wijziging van de bijlage van het K.B. van 04.05.2009 tot uitvoering van het art. 37, § 16 *bis*, eerste lid, 3^o, en vierde lid, van de wet GVU, wat de kinderen die lijden aan chronische nierinsufficiëntie betreft, B.S. van 11.03.2011, blz. 16006

b. Verpleegdagprijs

Voor het tijdvak van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011 is de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis om dringende redenen in een land dat niet met België is verbonden door een multilateraal of bilateraal verdrag dat deze kwestie regelt, vastgesteld op 392,99 EUR.⁹

2. De zorgverleners

a. Artsen

BESCHIKBAARHEIDSHONORARIA

De nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) moedigt initiatieven aan van de huisartsenkringen die de dienstverlening in het kader van de wachtdiensten wensen te garanderen. De wijze waarop het RIZIV de beschikbaarheidshonoraria betaalt aan de huisartsenkring en de duur van de periode waarover de betalingswijze mag worden toegepast, worden bepaald door de NCGZ.¹⁰

De NCGZ zal de beslissing kring per kring nemen, op basis van een gemotiveerd advies van de Federale raad voor de huisartsenkringen.

b. Tandheekkundigen

In 2011 worden opnieuw verkiezingen georganiseerd voor de vertegenwoordigers van de tandheekkundigen in de organen van het RIZIV.¹¹

Voor het eerst is deze procedure geïnformatiseerd, net zoals dit bij de medische verkiezingen van 2010 het geval was.

c. Apothekers

Vanaf 4 februari 2011 komt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in de registratie en het doorgeven van de gegevens van niet-vergoedbare, vergunde geneesmiddelen.¹² De bedoeling is een beter inzicht te krijgen in de kost voor de chronisch zieken van voorgeschreven maar niet-vergoedbare analgetica, laxantia en calciumpreparaten. De tegemoetkoming voor de apothekers bedraagt 800 EUR per jaar.

9. M.B. van 20.12.2010 tot wijziging van het ministerieel besluit van 05.06.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, B.S. van 12.01.2011, blz. 842..

10. K.B. van 22.12.2010 tot wijziging van het K.B. van 25.11.2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten, B.S. van 19.01.2011 (Ed. 2), blz. 6209.

11. M.B. van 23.02.2011 tot vaststelling van de praktische organisatie van de verkiezingen van de vertegenwoordigers van de tandartsen zoals bedoeld in art. 211, § 2, en 212 van de wet GVU, B.S. van 02.03.2011, blz. 14494, K.B. van 21.02.2011 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van tandartsen moeten voldoen om als representatief te worden erkend evenals van de nadere regelen betreffende de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in sommige beheersorganen van het RIZIV, B.S. van 02.03.2011, blz. 14489 en K.B. van 21.02.2011 houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2011 wordt vastgesteld door het RIZIV, B.S. van 02.03.2011, blz. 14492.

12. K.B. van 19.01.2011 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels volgens dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de apotheker-titularis van een apotheek open voor het publiek of aan de vennootschap waarvoor deze werkt, een tegemoetkoming verleent voor het gebruik van een software bij afleveren van een geneesmiddel en voor de registratie van voorgeschreven niet-vergoedbare farmaceutische producten, B.S. van 25.01.2011, blz. 6990.

d. Laboratoria voor klinische biologie

In het kader van de experimentele financiering (artikel 56 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994) kan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid overeenkomsten afsluiten met laboratoria voor klinische biologie als referentiecentra voor verstrekkingen inzake microbiologie buiten de nomenclatuur. De reglementering treedt in werking op 1 januari 2010 en bepaalt het volgende:¹³

- De opdrachten van de referentiecentra voor humane microbiologie
- De criteria en procedure voor de aanwijzing van deze referentiecentra
- Anderzijds: de taken en verantwoordelijkheden van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- En tot slot, de voorwaarden in verband met de overeenkomsten en de financiering ervan, die gemeenschappelijk zijn aan alle overeenkomsten met de referentiecentra

e. Rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen

Vanaf 1 april 2011 geldt er een nieuw model van individuele kostennota die door de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen en de centra voor dagverzorging aan de patiënt en aan diens verzekeringsinstelling wordt bezorgd.¹⁴

3. De verstrekkingen

a. Artsen

BESCHIKBAARHEIDSHONORARIUM

Naar aanleiding van een arrest van de Raad van State¹⁵ wijzigt het Koninklijk besluit in verband met de beschikbaarheidshonoraria waarin werd opgesomd welke bijzondere specialismen in aanmerking kwamen voor dit honorarium “extra muros”.¹⁶

In de nieuwe versie van het besluit wordt in plaats van de opsomming verwezen naar het Koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van geneeskunde, met inbegrip van de tandheekunde.¹⁷

DEMENTIECONSULTATIE

Sinds 1 april 2011 bestaat er een nieuwe verstrekking voor het opmaken van een diagnostisch bilan bij een patiënt waarbij men een beginnende dementie vermoedt.¹⁸ Deze raadpleging is enkel aanrekenbaar na het doorverwijzen van de huisarts of geneesheer-specialist en er is tevens tegemoetkoming voorzien voor de evaluatie van het neuro-psychologisch onderzoek.

13. K.B. van 09.02.2011 tot vaststelling van de financieringsvoorwaarden van de referentiecentra voor humane microbiologie, B.S. van 01.03.2011, blz. 14133.

14. Verordening van 21.03.2011 tot wijziging van de verordening van 28.03.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 29.03.2011, blz. 20980.

15. Raad van State, arrest nr. 198.983 van 16.12.2009.

16. Zie I.B. 2008/3, blz. 392.

17. K.B. van 03.02.2011 tot wijziging van het K.B. van 29.04.2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten, B.S. van 11.02.2011, blz. 10713.

18. K.B. van 24.01.2011 tot wijziging van de art. 2, A, en 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 16.02.2011, blz. 11499.

Het persoonlijk aandeel bedraagt 10 % voor het diagnostisch bilan en er is geen remgeld verschuldigd voor het neuropsychologisch onderzoek.¹⁹

HERWAARDERING PEDIATRIE

Vanaf 1 juli 2010 vergoedt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de forfaitaire honoraria voor de geneesheren-specialisten in de pediatrie, die de permanente fysieke aanwezigheid verzekeren in een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor kinderen.²⁰

NOMENCLATUUR

• Integratie van de preventiemodule in het globaal medisch dossier

Vanaf 1 april 2011 is er een preventiemodule voor de huisarts die is geïntegreerd in het globaal medisch dossier.²¹

Vermits de prestaties rond het globaal medisch dossier kunnen worden aangerekend voor alle rechthebbenden, ongeacht hun leeftijd, betekent dit dat de preventieve opdracht van de huisarts steeds integraal deel uitmaakt van het beheer van het globaal medisch dossier.

De preventiemodule bestaat uit een checklist die de verschillende items ervan bevat. De thema's van de preventiemodule worden opgesomd in de toepassingsregels, maar worden door het Verzekeringscomité geconcretiseerd afhankelijk van de internationale aanbevelingen en in functie van de leeftijd en het geslacht

Complementair aan het bestaande honorarium wordt een nieuw honorarium gecreëerd. Dit bijkomend honorarium vergoedt het overlopen met de patiënt van de checklist van de preventiemodule en het bespreken van de acties die ondernomen moeten worden op basis van deze bespreking. Het honorarium kan enkel worden aangerekend door de huisarts die het globaal medisch dossier beheert.

• Anesthesie bij cataractoperatie

Vanaf 1 april 2011 bestaat er een nieuwe verstrekking voor de tegemoetkoming in het toezicht en in elke vorm van anesthesie of sedatie bij een cataractoperatie door een specialist anesthesist.²²

• Heelkunde op de thorax

Vanaf 1 april 2011 zijn er wijzigingen opgetreden inzake de oncologische heelkunde van hoofd en hals.²³ In artikel 14 van de nomenclatuur bestaat er een nieuwe verstrekking met betrekking tot de ingreep met klierevidement. Andere verstrekkingen inzake oesofagusheelkunde en complexe chirurgie van hals en hoofd werden geherwaardeerd.

19. K.B. van 24.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 16.02.2011, blz. 11501..

20. K.B. van 03.02.2011 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen forfaitaire honoraria betaalt aan de geneesheren-specialisten in de pediatrie die een aanwezigheid in het ziekenhuis verzekeren, B.S. van 01.03.2011, blz. 14132.

21. K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van art. 2, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 03.03.2011, blz. 14652, K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 03.03.2011, blz. 14651, K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van art. 37 bis van de wet G.V.U., B.S. van 03.03.2011, blz. 14650, K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet G.V.U., B.S. van 03.03.2011, blz. 14649, K.B. van 09.02.2011 tot wijziging van art. 2, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 03.03.2011, blz. 14648 en tot slot de verordening van 21.03.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet G.V.U., B.S. van 29.03.2011, blz. 20979, die het model van de checklist vastlegt.

22. K.B. van 25.01.2011 tot wijziging van het art. 12, §§ 1, a), en 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 14.02.2001 (Ed. 2), blz. 11088.

23. K.B. van 08.12.2011 tot wijziging van het art. 14, e), 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 01.02.2011 (Ed. 2), blz. 8859.

- **Toezicht hoog-risico-transfusie**

De verstrekking «toezicht hoog-risico transfusie» bestaat voor de gehospitaliseerde patiënten niet meer vanaf 1 april 2011.²⁴ De verstrekking blijft wel bestaan voor de ambulante patiënten, maar de waarde ervan daalt.

- **Allergologie**

Een onvolkomenheid in de nomenclatuur van het opzoeken van allergenen (“patch testen”) wordt rechtgezet.²⁵ De termen voor een complementaire testreeks voor allergische dermatitis wordt toegevoegd.

- **Fotodynamische therapie**

De verstrekking voor de behandeling van preneoplastische of neoplastische huid en slijmvlieesstelsels via fotodynamische therapie krijgt vanaf 1 mei 2011 een hogere vergoeding, maar ook een bijkomend cumulverbod in de toepassingsregels.²⁶

- **Geneesheer-specialist in de geriatrie**

In artikel 25, § 1 bestaat er sinds 1 maart 2011 een nieuwe verstrekking die een honorarium invoert voor de geneesheer-specialist voor geriatrie voor deelname en leiding van een multidisciplinair teamoverleg door de geneesheer-specialist in de geriatrie voor een op een andere dienst dan G (300) opgenomen rechthebbende.²⁷

De patiënt is hiervoor geen persoonlijk aandeel verschuldigd.²⁸

- **Pediatrie**

De toezichtshonoraria van de geaccrediteerde pediater op de NIC dienst (= dienst voor intensieve neonatologie) verhogen met een kwart vanaf 1 april 2011.²⁹

- **Genetisch onderzoek**

Op 1 mei 2011 treedt een nieuwe verstrekking in werking die verband houdt met het opsporen van een verworven afwijking van het K-RASgen.³⁰ Deze test heeft tot doel patiënten te onderscheiden die verondersteld worden te reageren op een specifieke behandeling van colorectale kanker en is voorbehouden voor geneesheren-specialisten in de pathologische anatomie, in de klinische biologie en de “genitici” (erkend door de FOD Volksgezondheid).

24. K.B. van 25.01.2011 tot wijziging van het art. 20, § 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 14.02.2011 (Ed. 2), blz. 11089.

25. K.B. van 14.03.2011 tot wijziging van het art. 21, § 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 28.03.2011, blz. 20795.

26. K.B. van 14.03.2011 tot wijziging van het art. 21, § 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 28.03.2011, blz. 20796.

27. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging van het art. 25, §§ 1 en 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.01.2011 (Ed. 2), blz. 7296.

28. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging van art. 37 *bis* van de wet GVU, B.S. van 25.01.2011, blz. 6987.

29. K.B. van 03.02.2011 tot wijziging van het art. 25, § 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 22.02.2011 (Ed. 2), blz. 12735.

30. K.B. van 18.03.2011 tot wijziging van het art. 33 *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 30.03.2011, blz. 21193.

b. Tandheekkundigen

NOMENCLATUUR

Sinds 1 maart 2011 is er een nieuwe verstrekking ingevoegd in artikel 5, § 2 van de nomenclatuur. Het betreft een verstrekking ter vergoeding van het parodontaal mondonderzoek bij rechthebbenden van de 18de tot de 45ste verjaardag.³¹ Deze verstrekking is toegankelijk voor de algemeen tandartsen, de tandarts-specialisten in de parodontologie en de geneesheer-tandartsen, en kan éénmaal per kalenderjaar worden geattesteerd op voorwaarde dat in hetzelfde of vorige kalenderjaar een verstrekking profylactisch reinigen, tandsteenverwijdering of verwijderen van subgingivaal tandsteen werd terugbetaald en een DPSI score van minstens 3+ werd opgemeten. Het remgeld is vastgelegd op 25 % voor rechthebbenden zonder recht op verhoogde tegemoetkoming.³²

GETUIGSCHRIFTEN EN ATTESTEERMODALITEITEN

Vanaf 1 maart 2011 gaan er 2 wijzigingen in werking inzake het attesteren van tandverzorging:³³

- De nieuwe verstrekking van parodontaal mondonderzoek zoals die hierboven wordt beschreven, vereist het invullen en bijhouden van een gestandaardiseerd verslag. Dit nieuw model van verslag wordt verspreid onder alle algemeen tandartsen en parodontologen en informeert hen over de correcte meting en notering van de verschillende parodontale parameters. Het model van verslag wordt als bijlage 62*bis* in de Verordening van 28 juli 2003 ingevoegd.
- Bij het uitvoeren van een nomenclatuurverstrekking, dient de tandheekkundige op het getuigschrift voor verstrekte hulp aan te geven op welke tand er is gewerkt. Hiervoor beschikt hij over een wetenschappelijk aanvaard tandschema, dat thans wordt uitgebreid met het oog op het aanduiden van eventuele surnumeraire of extra-aanwezige tanden in het gebit.

c. Verpleegkundigen

Een nieuwe verstrekking voor de zeer afhankelijke patiënten (inclusief de palliatieve patiënten) wordt terugbetaald vanaf 1 januari 2010.³⁴ Het gaat om een forfaitaire vergoeding voor het 3de, 4de en 5de bezoek van de verpleegkundige aan dezelfde patiënt op dezelfde dag, ongeacht de verstrekking die dan geleverd wordt. Er is bovendien geen persoonlijk aandeel voor verschuldigd.³⁵

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal ("Katz-schaal") worden vanaf 1 april 2011 aangepast bij het criterium "transfer en verplaatsingen" wanneer de patiënt beschikt over een elektronische rolwagen. Hiermee worden misverstanden en betwistingen in het veld vermeden.

d. Bandagisten

Vanaf 1 april 2011 is er een nieuw formulier van aflevering bestemd voor bandagisten en orthopedisten geldig.³⁶ Het document bevat een zeer duidelijke vermelding van het bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) dat ten laste van de verzekerde valt.

31. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging, wat bepaalde tandheekkundige verstrekkingen betreft, 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 25.01.2011, blz. 6988.

32. K.B. van 09.01.2011 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 25.01.2011, blz. 6989.

33. Verordening van 07.02.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 01.03.2011, blz. 14141.

34. K.B. van 19.01.2011 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.02.2011, blz. 9531.

35. K.B. van 19.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 07.02.2011.

36. Verordening van 20.12.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 28.01.2011 (Ed. 2), blz. 7831.

e. Implantaten

NOTIFICATIEPROCEDURE

De notificatieprocedure voor implantaten voorziet dat bepaalde implantaten uitgesloten worden van de notificatieprocedure. Dit is het geval voor alle hechtings- en ligatuurmateriaal en alle implantaten gebruikt in de tandheelkunde. De maatregel gaat in vanaf 1 mei 2010 om aan te sluiten op de overgangsregeling.³⁷

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Artikel 35 *bis* van de nomenclatuur kent sinds 1 april 2011 een tegemoetkoming op forfaitaire basis voor endoscopisch- en viscerosynthesemateriaal.³⁸

BLOEDVATENHEELKUNDE

- Vanaf 1 april 2011 wijzigt de terugbetaling van de coronaire stents.³⁹
- De U-waarden van artikel 35 en 35bis wordt verlaagd
- Er worden 2 nieuwe verstrekkingen ingevoegd: een verstrekking voor het plaatsen van 1 of meer DES (= drug eluting stent) en een verstrekking voor het plaatsen van 2 of meer stents. Deze nieuwe verstrekkingen zijn forfaits.
- De toepassingsregels zijn overeenkomstig aangepast.

Bij dezelfde verstrekkingen hoort een interpretatieregel.⁴⁰

Vanaf 1 mei 2007 treedt met terugwerkende kracht de interpretatieregel in werking die bepaalt dat de voerdraden, de introductiehuls en het inflatie kunnen worden aangerekend onder de verstrekking 685355-685366.⁴¹

III. Uitkeringen

1. Adoptie-uitkering voor zelfstandigen

In uitvoering van het generatiepact, wordt het basisbedrag van de adoptieuitkering ten gunste van zelfstandigen, opgetrokken naar 308,22 EUR per week tijdens de periode van adoptieverlof. Dit komt neer op een herwaardering met 2 %. Deze maatregel geldt vanaf 1 augustus 2009.⁴²

37. K.B. van 09.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 01.03.2009 tot uitvoering van art. 35 *septies*, § 1, van de wet GVU, met betrekking tot de notificatie van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurend gebruik, B.S. van 04.02.2011, blz. 9340.

38. K.B. van 08.12.2010 tot wijziging 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 01.02.2011 (Ed. 2), blz. 8857.

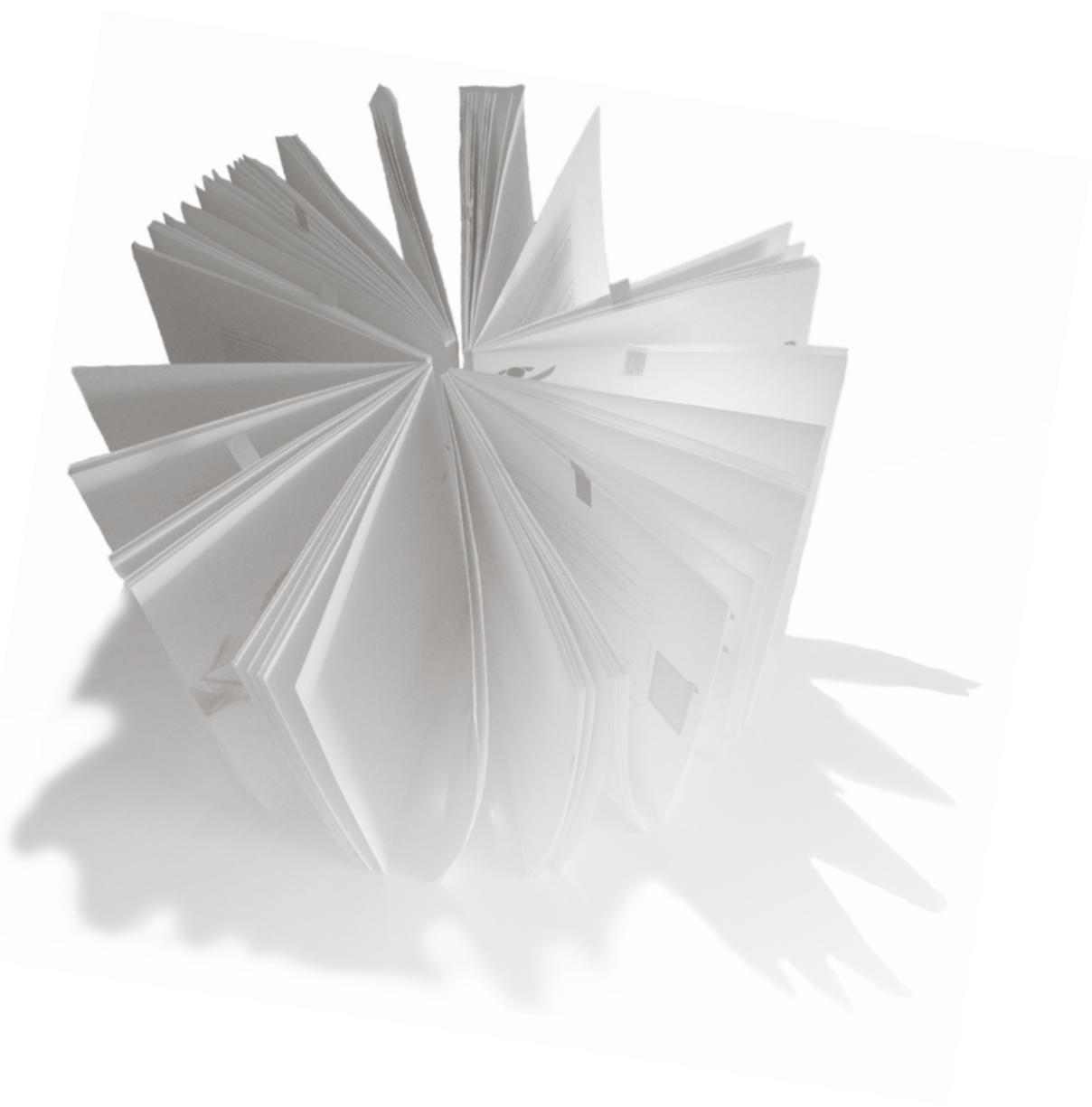
39. K.B. van 23.12.2010 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.02.2011 (Ed. 3), blz. 13801.

40. Interpretatieregels van 17.01.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 25.03.2011 (Ed. 3), blz. 20678.

41. Interpretatieregels van 20.12.2010 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 25.03.2011 (Ed. 3), blz. 20678.

42. K.B. van 16.01.2011 tot wijziging van het K.B. van 20.12.2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie-uitkering ten gunste van de zelfstandigen, B.S. van 31.01.2011 (Ed. 2), blz. 8421.

3^e Deel
Rechtspraak



Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (1995-2010)

Deze niet-exhaustieve kroniek heeft tot doel de Franstalige rechtspraak van de Raad van State (1995-2010) met betrekking tot de geschillen tussen de zorgverleners en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle weer te geven.

Bepaalde arresten zijn in het Nederlands vertaald door de diensten van de Raad van State.

Het gaat om de volgende arresten: C.E., 31.01.1996, K.L., n^o. 57.967, C.E., 31.01.1996, Etat Belge c. R.C., n^o. 57.963, C.E., 25.02.1998, R.E., n^o. 72.044, C.E., 17.03.1999, V.M., n^o. 79.312, C.E., 14.11.2001, W.R., n^o. 100.814 en C.E., 12.12.2001, J.V., n^o. 101.771. Die vertalingen zijn beschikbaar op de *website* van de Raad van State.

In een volgende editie van het informatieblad zullen de arresten uitgesproken door de Nederlandstalige kamer van de Raad van State onderzocht worden voor dezelfde periode.

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

Raad van State (3^e k.), L.P.-Y, arrest nr. 56.395¹ van 22 november 1995

Samenstelling van de zetel – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – “*Justice should not only be done but should also be seen to be done*” / Artikel 2, 2^{de} lid van het strafwetboek – Draagwijdte

De zorgverlener roept het recht in dat zijn zaak zou aanhoord worden door een onafhankelijke en onpartijdige rechtbank.

Aangezien hij de leiding op zich neemt van een instelling voor professioneel verweer, brengt hij naar voor dat de stellingen van deze instelling in directe tegenstelling staan tot die van de organisaties die vertegenwoordigd zijn binnen de commissie van tandheelkundigen en ziekenfondsen, het comité van de Dienst voor geneeskundige controle, de beperkte kamer en de commissie van beroep en dat deze organisaties ten aanzien van hem een “*zekere animositeit*” getoond hebben. Hij voert ook aan dat de commissie van beroep, ten onrechte, beslist heeft dat er voor haar geen sprake van kon zijn om slechts te zetelen met magistraten.

De Raad van State benadrukt dat de commissie van beroep samengesteld is uit drie magistraten van de gerechtelijke orde, waaraan drie vertegenwoordigers van de verschillende groepen zorgverleners werden toegevoegd die echter enkel zetelen met een raadgevende stem.

1. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 18.05.1993.

Met die samenstelling heeft de wetgever de bedoeling gehad zowel de belangen van de betrokken partijen als de onpartijdigheid van de commissie te garanderen. Het is terecht dat de commissie van beroep beslist heeft dat er geen sprake van kon zijn dat ze zou zetelen enkel samengesteld uit magistraten, ze zou dat enkel kunnen doen door de wet te negeren.

De onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de commissie kunnen niet in twijfel getrokken worden enkel omwille van het feit dat de vertegenwoordigers van een groep belanghebbenden de mening van de magistraten zouden kunnen beïnvloeden.

Uit geen enkel stuk van het dossier blijkt bovendien dat de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van beoefenaars van de tandheelkunde blij gegeven hebben van enige bijzondere animositeit ten aanzien van de zorgverlener.

Die laatste voert ook aan dat de feiten (gepleegd van 1986 tot 1988) ten gevolge van het Koninklijk besluit van 7 juni 1991 elk karakter van inbreuk zouden verloren hebben op het moment dat de beperkte kamer en de commissie van beroep uitspraak gedaan hebben. Volgens hem kan op basis van artikel 2, 2^{de} lid van het Strafwetboek geen enkele sanctie worden toegepast, omdat dit artikel het algemene rechtsbeginsel uitdrukt dat voorziet in “de toepassing van de meest gunstige wet”.

Voor de Raad van State drukt artikel 2, 2^{de} lid van het Strafwetboek dat beginsel niet uit, ook al is het zo dat de algemene beginselen van het strafrecht toepasbaar zijn op sancties die een repressief karakter hebben, zelfs al zijn ze uitgesproken door administratieve organen, zoals dat in casu het geval is.

(verworpen)

Raad van State (3^e k.), K.L., arrest nr. 57.967² van 31 januari 1996

Onpartijdigheid – Artikel 6 EVRM / Beoordelingsmacht van de getuigenissen – Omstandig onderzoek

Volgens de zorgverlener werd zijn zaak niet gehoord door een onpartijdige rechtbank omdat personeelsleden van het RIZIV, in verschillende hoedanigheden (secretaris, griffier, verslaggever), deel uitmaken van de beperkte kamer of van de commissie van beroep.

Voor de Raad van State heeft de commissie van beroep zich strikt aan de wettelijke en reglementaire bepalingen gehouden met betrekking tot haar samenstelling en haar werking en toont de zorgverlener niet aan waaruit de onpartijdigheid van de leden van de commissie van beroep zou bestaan.

De zorgverlener verwijt de commissie van beroep dat ze heeft geweigerd moraliteitsgetuigen en getuigen à décharge te horen. De weerhouden getuigenissen zouden verzameld zijn bij patiënten die niet over al hun geestelijke vermogens beschikken of die onder morele of financiële druk gezet werden.

Wat de waarde van de weerhouden getuigenissen betreft, wijst de Raad van State er op dat die valt onder de beoordelingsmacht van de commissie van beroep. Die laatste heeft een omstandig onderzoek ingezet over de waarde van de getuigenissen waarvan de geloofwaardigheid werd betwist. De commissie van beroep heeft de grenzen van haar beoordelingsmacht niet overschreden door die getuigenissen te weerhouden en te oordelen dat ze over voldoende informatie beschikte.

(verworpen)

Raad van State (3^e k.), D.J. arrest nr. 64.701³ van 21 februari 1997

Verklaringen van de verzekerden – Bewijskracht / Motiveringsplicht – Draagwijdte

De Raad van State oordeelt dat de commissie van beroep geen feitelijke fout noch een duidelijke beoordelingsfout gemaakt heeft door te menen dat de verklaringen van de chirurg duidelijk genoeg waren om ze te beschouwen als in overeenstemming met die van de moeder van het kind.

Als het zo is dat de patiënten gehandicapt zijn, blijkt niet uit de lezing van hun verklaringen dat die “niet te interpreteren” zouden zijn en geen enkele bewijskracht zouden hebben. De verzekerden werden verschillende keren ondervraagd en hun verklaringen worden gestaafd door meerdere elementen van het onderzoek.

De commissie heeft de grief als aangetoond kunnen beschouwen door zich te baseren op de overeenstemming van de getuigenissen van de verzekerden met meerdere elementen van het onderzoek, elementen die niet ernstig werden weerlegd door de zorgverlener tijdens zijn verhoren.

De betwiste beslissing is niet het resultaat van een omkering van de bewijslast maar is gesteund op een analyse van de overeenstemmende verklaringen van de betrokken verzekerde.

Om voldoende gemotiveerd te zijn voor de Grondwet, moet een rechterlijke beslissing niet op alle argumenten ingaan die door een partij worden opgeworpen.

(verworpen)

Raad van State (3^e k.), D.S. G., arrest nr. 67.605⁴ van 29 juli 1997⁵

Betwisting over een burgerlijk recht – Artikel 6 van het EVRM / Redelijke termijn – Overtreding

De Raad van State geeft toe dat de schorsing van de tussenkomst van de verzekeringsinstellingen in de terugbetalingen een invloed heeft op de vrijheid van keuze van een arts door de patiënt maar ook op het recht om het medische beroep uit te oefenen.

De betwiste beslissing heeft als onderwerp een inbreuk op een burgerlijk recht in de zin van artikel 6.1. van het EVRM.

3. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 01.03.1994.

4. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 17.12.1993.

5. Gepubliceerd in I.B. - RIZIV, 1997/4, biz. 483

Wat betreft de redelijke termijn, benadrukt de zorgverlener dat de procedure die in gang gezet werd op 14 mei 1982 betrekking heeft op gebeurtenissen die plaatsvonden in 1981 en 1982. Bijna 14 jaar zijn verlopen sinds de eerste feiten die hem ten laste worden gelegd. Hij stelt vast dat tussen 3 juni 1991 en 14 december 1992 (datum van de oproep om te verschijnen voor de commissie van beroep) niets werd gedaan om de procedure verder te zetten.

Voor de Raad van State heeft de procedure de redelijke termijn overschreden door een vertraging in de benoemingsprocedure ten gevolge van een vacature veroorzaakt door de oppensioenstelling van de voorzitter van de commissie van beroep.

Zelfs zonder rekening te houden met de procedure in cassatie lijkt het dat het RIZIV vanaf 3 juni 1991 de procedure had kunnen verderzetten als ze tijdig de nodige maatregelen had genomen.

Het getuigt van een goede administratie de benoemingsprocedures ten gevolge van een vacature veroorzaakt door een oppensioenstelling aan te vatten zes maanden voor de datum van deze oppensioenstelling. Op die manier kan de continuïteit van de dienst verzekerd worden. De voorzitter van de commissie van beroep bereikte de leeftijdsgrens in juni 1991.

De onmogelijkheid om te zetelen van een of meerdere leden van de commissie van beroep, die op voorhand al geoordeeld hadden over de zaak, is geen omvoorzienbare omstandigheid.

Bovendien werd het voorstel tot Koninklijk besluit dat de samenstelling van de commissie van beroep wijzigde reeds aan de Minister van Sociale zaken voorgesteld op 17 maart 1992 en werd het besluit, nochtans technisch van aard, slechts genomen op 2 september 1992 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 19 september 1992.

Die elementen op zich tonen reeds aan dat de termijn van de procedure een redelijke termijn heeft overschreden.

(vernietigd en verwezen)

Raad van State (6^e k.), D.N.C., arrest nr. 71.490⁶ van 30 januari 1998

Verzoekschrift tot schorsing volgens uiterst dringende noodzakelijkheid – Onbevoegdheid / Proportionaliteit van de straf

De Raad van State is niet bevoegd om een beslissing te schorsen van een commissie van beroep, administratieve rechtsmacht (art. 17 § 1 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State).

De zorgverlener vraagt om door middel van een prejudiciële vraag aan het Arbitragehof te vragen of het eerder geciteerde artikel 17 een inbreuk uitmaakt op de artikels 10 en 11 van de Grondwet omdat het aan iedere persoon die door een akte of een reglement benadeeld wordt toestaat de Raad van State te vragen de schorsing van de uitvoering ervan te bevelen, terwijl het dezelfde mogelijkheid weigert aan een persoon die benadeeld is door een administratieve contentieuze beslissing.

Als de Raad van State verplicht is aan het Arbitragehof een vraag te stellen die haar eigen bevoegdheid aangaat, kan ze zich van deze verplichting ontslaan als blijkt dat de prejudiciële vraag geen enkele grond heeft of als de vraag tot schorsing dient verworpen te worden om een andere reden dan onbevoegdheid (het antwoord van het Hof is dan zonder gevolg voor de oplossing van het geschil).

6. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 06.01.1998.

De Raad van State stelt vast dat het eerste middel van de ontoereikendheid en de dubbelzinnigheid van de motivatie, blijkt te falen naar de feiten en naar recht en dus niet als ernstig kan beschouwd worden.

In zijn tweede middel oppert de zorgverlener dat de opgelegde straf niet in verhouding zou staan tot de ten laste gelegde feiten.

De Raad van State antwoordt dat dit middel slechts kan weerhouden worden als wordt uitgemaakt dat de straf die door de omstreden akte wordt opgelegd duidelijk buiten proportie is met de ernst van de verweten feiten. Na een onderzoek met uiterste spoed, blijkt niet dat dit het geval is in deze zaak.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), R.E., arrest nr. 72.044⁷ van 25 februari 1998

Betwisting over een burgerlijk recht in de zin van artikel 6 van het EVRM / Onpartijdigheid

Door de schorsing uit te spreken van de tussenkomst van de verzekeringsinstellingen in de kosten van gezondheidsprestaties verstrekt door een persoon die een paramedische activiteit uitoefent, doet de commissie van beroep uitspraak over een recht van burgerlijke aard in de zin van artikel 6.1. van het EVRM.

Er is geen inbreuk op de onpartijdigheid.

In tegenstelling tot het comité van de Dienst voor geneeskundige controle en de beperkte kamer, is de commissie van beroep een administratieve rechtscollège, samengesteld uit drie magistraten van de gerechtelijke orde aan wie drie vertegenwoordigers van verschillende groepen zorgverleners werden toegevoegd die echter enkel met raadgevende stem zetelen.

De wetgever heeft zowel de belangen van de betrokken partijen als de onpartijdigheid van de commissie willen garanderen.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), V.M., arrest nr. 79.312⁸ van 17 maart 1999⁹

Artikel 149 van de Grondwet – Motiveringsplicht – Beoordeling *in concreto*

Conform artikel 149 van de Grondwet, moet de beroepscommissie, administratieve rechtbank, haar beslissingen motiveren.

7. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 12.09.1995.

8. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 24.01.1995.

9. Gepubliceerd in I.B.-RIZIV, 1992/2, blz. 160.

Zonder haar oordeel in de plaats te stellen van dat van de commissie van beroep en zonder zich te mengen in oordelen van medische aard, is de Raad van State bevoegd om de wettelijkheid van de aangevallen beslissing te verifiëren (in het bijzonder met betrekking tot een middel tot nietigverklaring dat voortkomt uit het verwijt van een gedeeltelijke of foutieve motivering).

De commissie is verplicht voor elk onderzocht geval *in concreto* te beoordelen welk voorschrift een voorzichtige zorgverlener zou hebben voorgeschreven in plaats van zich tevreden te stellen met een statistische evaluatie, overigens meer dan beknopt en op zichzelf niet betekenisvol.

De motivering van de beslissing van de commissie van beroep is ontoereikend.

(vernietigd en verwezen)

Raad van State (6^e k.), D.R., arrest nr. 82.180 van 3 september 1999

Verzoek om inlichtingen waartegen geen beroep kan worden ingesteld

Een verzoek om inlichtingen of onderzoek, door het RIZIV aan het adres van de verzekeringsinstellingen, is geen daad waartegen beroep kan worden ingesteld bij de Raad van State.

Dat verzoek heeft geen enkele invloed op de juridische situatie van de zorgverlener, die er dus geen belang bij heeft het aan te vatten.

(verzoek niet ontvankelijk)

Raad van State (6^e k.), W.R., arrest nr. 100.814¹⁰ van 14 november 2001¹¹

Beginsel van goede administratie – Waakzaamheidsplicht / Redelijke termijn/ Artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet

De zorgverlener is van mening dat de Dienst voor geneeskundige controle hem er onmiddellijk over had moeten inlichten dat zijn voorschriften een onrechtmatig karakter hadden.

De Raad van State oordeelt, op haar beurt, dat het beginsel van goede administratie er niet toe kan leiden aan de administratieve overheid een plicht van waakzaamheid over te dragen die tot de eigen verantwoordelijkheid van de voorschrijvend geneesheer behoort. Niets belette hem om inlichtingen te vragen aan de dienst als hij hierover twijfels had.

De zorgverlener voert een inbreuk op de redelijke termijn aan.

10. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 22.01.1997.

11. Gepubliceerd in I.B.-RIZIV, 2002/3, blz. 217.

Zijn dossier is geopend bij de Dienst voor geneeskundige controle in januari 1992. In januari 1994 werd hij ervan verwittigd dat er een onderzoek geopend was en dat hij gehoord zou worden. In december 1995 werd een klacht ingediend bij de controlecommissie. De controlecommissie heeft haar beslissing genomen op 24 april 1996. De commissie van beroep heeft pas uitspraak gedaan op 22 januari 1997.

Het dossier is dus pas beëindigd na 5 jaar en de zorgverlener heeft 3 jaar moeten wachten, terwijl volgens hem niets een dergelijke termijn rechtvaardigt.

De Raad van State haalt aan dat de Dienst voor geneeskundige controle van januari 1992 tot oktober 1993 gegevens verzameld heeft over de medische praktijk van de zorgverlener. Het is nadat dit werk beëindigd was dat de dienst over aanwijzingen kon beschikken in verband met non-conformiteit aan de wetgeving.

Het onderzoek werd pas aangevangen op 22 november 1993: pas na het horen van de patiënten werd aangetoond dat er sprake was van een medische praktijk die aan discussie onderworpen was.

De Raad van State oordeelt dat ten vroegste vanaf die datum de redelijke termijn waarvan sprake kon ingaan. Aangezien de zorgverlener vanaf dat moment zijn medische praktijk moest verklaren.

Van november 1993 tot januari 1994 werden bijkomende inlichtingen verzameld bij diverse instellingen.

Van januari 1994 tot februari 1995 vonden de verhoren van de zorgverlener plaats. Omdat het zijn eigen schuld was dat die fase relatief lang was, heeft de commissie van beroep op wettelijke wijze kunnen besluiten dat de Dienst voor geneeskundige controle met zorg heeft gehandeld door alle nuttige onderzoeken uit te voeren die zich in dit geval opdrongen, zonder nutteloze en overbodige onderzoeken in te stellen.

Wat de termijn van voorschrijven betreft, oordeelt de Raad van State dat artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet enkel het terugvorderen van sommen betreft die onterecht werden terugbetaald en in dit geval is het terugbetalen van de omstreden prestaties in niets onterecht aangezien niet wordt tegengesproken dat de prestaties werden geleverd (dossier "overconsumptie" *in casu*), dat ze overeenstemmen met een precies nummer van de nomenclatuur en dat de patiënten in regel waren met de "verzekerbareheid". Bijgevolg heeft de commissie van beroep geoordeeld, zonder enige dwaling in rechte te begaan, dat "de verjaringstermijnen bepaald in artikel 174 in de verschillende gespecificeerde gevallen geenszins van toepassing zijn in de huidige situatie".

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), J.V., arrest nr.101.771¹² van 12 december 2001

Commissie van beroep – Evocatierecht – Bevoegdheid van volledige rechtsmacht / Onpartijdigheid / Motiveringsplicht – Artikel 149 van de Grondwet

De zorgverlener verwijt de commissie van beroep de zaak ten gronde tot zich te hebben getrokken nadat ze had vastgesteld dat de beslissing van de beperkte kamer door een illegaal samengesteld orgaan was genomen.

12. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 27.11.1996.

Artikel 1068 van het Gerechtelijk wetboek, met betrekking tot het vernietigend effect van het beroep, zou niet toepasbaar zijn op de commissie van beroep, administratief rechtscollege, onafhankelijk van de gerechtelijke macht en geleid door de regels van het administratief recht.

De Raad van State haalt aan dat de beperkte kamer niet tussenkomt in de hoedanigheid van administratief rechtscollege maar beslist in de hoedanigheid van administratieve overheid.

De commissie van beroep komt dus tussen in de hoedanigheid van rechtbank die uitspraak doet in eerste en laatste aanleg en niet in beroep tegen een rechtbank van eerste aanleg.

De commissie van beroep heeft op basis van artikel 156 van de wet GVV een bevoegdheid van volledige rechtsmacht, die haar ertoe verplicht, in elk geval, haar eigen beslissing in de plaats te stellen van die van de beperkte kamer.

Door de beslissing van de beperkte kamer teniet te doen, heeft de commissie van beroep haar rechtsmacht niet overschreden en mocht ze beslissen de zaak ten gronde tot zich te trekken.

De procedure die zich heeft afgespeeld voor het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle en nadien voor de beperkte kamer, is van puur administratieve aard en de algemene beginselen die de gerechtelijke procedure regelen zijn er niet op van toepassing.

De commissie van beroep kon dus beslissen dat door de administratieve procedure die tot bij haar voortgezet is, er geen inbreuk is gepleegd op haar objectiviteit of haar onpartijdigheid.

De zorgverlener benadrukt dat het opheffen van de tussenkomst van de verzekeringsinstellingen in de kost van de prestaties verstrekt door een arts, een effect kan hebben op de rechten en plichten van burgerlijke aard van laatstgenoemde. Door de zaak ten gronde tot zich te trekken, heeft de commissie van beroep uitspraak gedaan over een geschil dat een burgerrecht als onderwerp heeft, terwijl artikel 144 van de Grondwet verkondigt dat dit geschil exclusief tot de bevoegdheid van de Hoven en rechtbanken behoort.

De Raad van State, in de hoedanigheid van Cassatierechter, kan, in principe, geen nieuw middel erkennen. Nochtans werd het middel aangebracht door de zorgverlener in zijn conclusies voor de commissie van beroep.

Door te beslissen de zaak ten gronde tot zich te trekken, heeft de commissie van beroep zich, indirect maar zeker, bevoegd verklaard om erover te oordelen, zonder evenwel aan het middel tegemoet te komen.

De commissie van beroep heeft haar beslissing niet gemotiveerd conform artikel 149 van de Grondwet voor wat het middel van haar onbevoegdheid betreft (geschil over burgerlijke rechten of niet) en die illegaliteit moet ambtshalve worden opgeworpen.

(gedeeltelijk vernietigd, voor het overige verworpen en verwezen)

Raad van State (6^e k.), D.N.C., arrest nr. 103.248¹³ van 6 februari 2002

Motiveringsplicht / Beoordelingsmacht van de Commissie van beroep – Duidelijke beoordelingsfout

De zorgverlener verwijt de betwiste beslissing dat ze niet antwoordt op zijn besluiten.

Voor de Raad van State moet de feitenrechter de aangebrachte argumenten niet één voor één onderzoeken, maar volstaat het dat uit het geheel van de beslissing blijkt om welke redenen het verzoek, het middel of de uitzondering werd verworpen.

In de motiveringen van de aangevallen beslissing, heeft de commissie van beroep uiteengezet waarom ze meende dat de codificatiefout die de zorgverlener verweten wordt aangetoond was en waarom ze een ernstig karakter had.

Het behoort niet tot de taak van de Raad van State de vaststellingen van de commissie van beroep en haar oordeel daarover opnieuw in vraag te stellen. Het is enkel haar taak te verifiëren of de uitgesproken straf niet duidelijk in wanverhouding is met de ernst van de weerhouden feiten.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), D.A., arrest nr. 105.838¹⁴ van 24 april 2002¹⁵

Verjaring - artikel 174, 6^o van de gecoördineerde ZIV-wet / Eed van Hippocrates / Medisch geheim / Nieuw middel van openbare orde onontvankelijk / Onpartijdigheid / Redelijke termijn / Verplichting tot opschorten van uitspraak Motiveringsplicht / Beoordelingsmacht/ Eigendomsrecht / *Non bis in idem*/ Regel van de dubbele graad van rechtsmacht / Devolutief effect van het beroep

Volgens de zorgverlener zou de vordering van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle aanhangig gemaakt bij voor de controlecommissie en de commissie van beroep onderworpen zijn aan de verjaringstermijn bedoeld in artikel 174, 6^o van de gecoördineerde ZIV-wet. Zo zou deze vordering tot terugvordering verjaren na twee jaar. Wanneer deze termijn van twee jaar niet zou kunnen toegepast worden op het onderhavig geval, zou in deze materie geen enkel termijn van toepassing zijn.

Voor de Dienst voor geneeskundige controle betreft artikel 174, 6^o van de gecoördineerde ZIV-wet de herhaaldelijke vorderingen tot terugbetaling van het onverschuldigde, ingeleid door de verzekeringsinstellingen. De procedure gesteund op artikel 157 van dezelfde wet verschilt grondig. De vordering van de Dienst komt voor als een sanctie van een rechtsmisbruik en niet als een vordering tot herhaaldelijke terugvordering van het onverschuldigde. Gezien het ten onrechte uitbetaalde prestaties inzake sociale zekerheid betreft, zou de vordering na dertig jaar verjaren overeenkomstig artikel 2262 van het Burgerlijk wetboek.

13. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 06.01.1998.

14. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 06.11.1996 en de beslissing van het Nationaal Intermutualistisch College van 12.11.1996.

15. Gepubliceerd in I.B.-RIZIV, 2002/3, blz. 223.

Voor de Raad van State zijn de verjaringen gesteund op artikel 174 van de gecoördineerde ZIV-wet niet van toepassing op de in artikel 157 van dezelfde wet bedoelde commissies, wanneer die beslissen tot gehele of gedeeltelijke terugvordering, bij de zorgverlener, van de uitgaven betreffende de prestaties ten laste van de verzekering inzake gezondheidszorgen en uitkeringen.

De zorgverlener riep de schending in van de eed van Hippocrates en de schending van het medisch geheim: het door de dienst gevoerde onderzoek vond zijn oorzaak en oorsprong in een aangifte door een confrater die spontaan en zonder enig voorafgaand verzoek het volledige dossier van één van zijn patiënten aan de dienst zou hebben overgemaakt zonder dat het voorafgaandelijk akkoord van die patiënt was gevraagd en nog minder bekomen. Het onderzoek dat gevoerd werd op basis van illegaal verkregen stukken, maakt de gehele procedure ongeldig.

De Raad van State oordeelt dat het aangewende middel van de schending van de eed van Hippocrates onontvankelijk is. Die eed, hoe respectabel ook, behoort niet tot de formele rechtsbronnen.

Wat betreft het aangeven van een geval aan de Dienst voor geneeskundige controle door een confrater (in de veronderstelling dat die aangifte illegaal zou zijn omwille van de schending van het medisch geheim): dat feit heeft geen invloed op de regelmatigheid van de later verkregen bewijzen, door het in aanmerking nemen van de 25 andere weerhouden gevallen.

Artikel 150 van de gecoördineerde wet staat toe een uitzondering te maken op de plicht het beroepsgeheim te bewaren en de meldingsplicht is niet onderworpen aan de expliciete toestemming van de patiënt. De zorgverlener heeft de plicht samen te werken met de ziekteverzekering.

De commissie van beroep kon legaal beslissen dat de onderzoekers het recht hadden de patiënten en de behandelende artsen te ondervragen zonder dat het nodig was de toestemming van de patiënten te hebben.

De zorgverlener bracht een middel aan dat niet aan de commissie van beroep werd voorgelegd (middel van de inbreuk op de wet van 08.12.1992 op de bescherming van de privésfeer en van art. 138 van de op 14.07.1994 gecoördineerde wet).

Voor de Raad van State is een middel dat niet aan de feitenrechter zelf werd voorgelegd of dat die laatste niet ambtshalve heeft ingeroepen als het gebaseerd is op wettelijke bepalingen of een algemeen beginsel van openbare orde niet ontvankelijk wanneer de feitelijke elementen noodzakelijk voor de beoordeling niet blijken uit de betwiste beslissing of uit de stukken waarover de Raad van State kan beschikken.

De onpartijdigheid van de commissie van beroep kan niet in twijfel getrokken worden, omdat de zorgverlener niet aantoonde dat de vertegenwoordigers van het geneesherencorps en de verzekeringsinstellingen er een persoonlijk belang bij zouden hebben dat het RIZIV het bedrag dat hem ten laste gelegd wordt zou kunnen terugvorderen. Enkel de magistraten hadden stemrecht.

Wat de redelijke termijn betreft, komt het aan de feitenrechtbanken toe te oordelen, in het licht van de gegevens van elke zaak, of de zaak binnen een redelijke termijn werd gehoord en, zo niet, de gevolgen te bepalen die daaruit kunnen voortkomen.

Geen enkele wettelijke bepaling eigen aan de VGVU verplicht de commissie van beroep haar uitspraak op te schorten over feiten waarvan ze op de hoogte gesteld werd in afwachting van een beslissing van de strafrechtbanken over dezelfde feiten in de veronderstelling dat deze laatste kunnen beschouwd worden als onderdeel van inbreuken in de zin van het Strafwetboek.

Hoewel de rechter expliciet of impliciet moet antwoorden op elk verzoek, uitzondering, verweer of geformuleerd middel, is hij niet verplicht ze één voor één te onderzoeken maar volstaat het dat uit het geheel van de beslissing de redenen blijken waarom de vraag, de uitzondering, het verweer of het middel werden verworpen. De rechter hoeft niet punt per punt te antwoorden op alle aantekeningen die bij de besluiten gevoegd zijn en bedoeld zijn om deze te ondersteunen.

De commissie van beroep, feitenrechter, oordeelt autonoom en vrij over de bewijskracht van de bewijselementen die hem worden voorgelegd.

De zorgverlener toont niet aan waarom de terugvordering een inbreuk zou zijn op het eigendomsrecht zoals gewaarborgd door artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM, dat op geen enkele manier uitsluit dat Staten de nodige wetten mogen uitvaardigen om de betaling van belastingen of andere bijdragen of boetes te verzekeren. De maatregel (terugvordering) is geen straf van inbeslagname.

Het beginsel *non bis in idem* staat niet boven de wet.

De regel van de dubbele aanleg is geen algemeen rechtsbeginsel.

Artikel 142 van de gecoördineerde wet doet artikel 2 van het Gerechtelijk wetboek niet teniet en vormt geen obstakel voor het devolutief effect van het beroep (art. 1068 van het Ger. Wetb.), het beroep neemt de zaak uit handen van de magistraten van de eerste graad en onderwerpt het geschil aan de rechters van de tweede graad zelfs in het geval van hoger beroep tegen een tussenvonnis.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), M.P., arrest nr. 130.209¹⁶ van 9 april 2004¹⁷

Beginnel van gewettigd vertrouwen / Teleologische interpretatie van de nomenclatuur – Opportuniteit – Onbevoegdheid van de administratieve rechter

De zorgverlener meent dat de “sonde van Metras” verouderd is en al meer dan 25 jaar niet meer gebruikt wordt. Toch heeft het RIZIV de nomenclatuurcode in voege gehouden. Het aangeven van een gelijkaardige prestatie onder hetzelfde codenummer voor hetzelfde onderzoek heeft nooit aanleiding gegeven tot opmerkingen vanwege het RIZIV of de verzekeringsinstellingen.

De Raad van State stelt vast dat uit geen enkel van de procedurestukken blijkt dat het RIZIV zou hebben toegestemd met de praktijk die erin bestaat een andere prestatie te factureren onder code 471026 “*Plaatsen van een sonde van Metras, onder radioscopische controle*” (art. 20, § 1, b, van de nomenclatuur van de gezondheidszorg).

Het bestaan van een zagezegde toelating om de uitgevoerde prestatie gelijk te stellen met code 471026 is niet aangetoond.

Bovendien is er geen inbreuk op het beginsel van gewettigd vertrouwen omdat het behouden van de code de zorgverlener niet kon aanzetten tot het maken van fouten aangezien de omstreden prestatie niet werd uitgevoerd in de exacte omstandigheden die erin beschreven staan.

De zorgverlener betwist niet dat hij een prestatie factureerde die niet overeenstemde met de formulering van de nomenclatuur, nl. “*het blindelings en dus zonder radioscopische controle plaatsen van een beademingssonde en dit nadat de patiënt in declieve positie was gebracht*”.

16. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 10.05.2001.

17. Zie ook RVS, nr. 130.202, R., 09.04.2004 (verworpen), RVS., nr. 130.203, J., 09.04.2004 (verworpen), RVS., nr. 130.204, M., 09.04.2004 (verworpen), RVS., nr. 130.205, C., 09.04.2004 (ingetrokken), RVS., nr. 130.206, R., 09.04.2004 (ingetrokken), RVS., nr. 130.207, L., 09.04.2004 (verworpen) en RVS. nr. 130.208, CDC., 09.04.2004 (verworpen).

Het komt de zorgverleners niet toe de nomenclatuur te wijzigen onder het voorwendsel van een teleologische interpretatie. Dergelijke wijzigingen mogen enkel door de bevoegde overheden worden aangebracht en volgens de procedures voorzien door de wettelijke en reglementerende bepalingen ter zake.

Voor het overige blijkt niet uit de procedurestukken dat het RIZIV door de nomenclatuurcode 471026 te laten bestaan de teleologische interpretatie van de geïsoleerde prestatie zou geaccepteerd hebben en zou toegestemd hebben met de terugbetaling, onder de omstrede code, van de andere prestatie die door de zorgverlener wordt uitgevoerd.

De zorgverlener voert een inbreuk aan op artikel 20, § 1, e, van de nomenclatuur van de gezondheidszorg met betrekking tot code 475543 die een farmacodynamische proef beschrijft gevolgd door electrocardiografische controles, met protocol.

Aangezien hij op een dienst voor intensieve zorgen werkt, waar hij in de kortst mogelijke tijdsspanne zelf een diagnose stelt en onmiddellijk de gepaste therapie toepast, is het voor hem onmogelijk een dergelijk protocol op te stellen.

De Raad van State stelt vast dat de zorgverlener toegeeft dat hij artikel 20, § 1, e, van de nomenclatuur van de gezondheidszorg niet gerespecteerd heeft. De commissie van beroep heeft geen gerechtelijke fout gemaakt bij haar beslissing dat bij het ontbreken van een protocol de omstrede prestatie niet kan worden aangegeven onder code 475543.

Te weten of de in het middel beoogde vermelding moet worden aangepast om rekening te houden met de bijzondere werkomstandigheden van urgentieartsen behoort tot de opportuniteit en overstijgt dus de bevoegdheid van de administratieve rechter.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), Z.R.-R., arrest nr. 159.421¹⁸ van 31 mei 2006

Overmatig gebruik – Beoordeling *in concreto*

De zorgverlener roept een inbreuk op artikel 73 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en een motiveringsfout in.

De omstrede beslissing heeft geconcludeerd dat de “*in gelijkaardige omstandigheden geplaatste*” zorgverlener niet *in concreto* een van de confraters van de zorgverlener moet zijn die in dezelfde omstandigheden werd geplaatst, maar dat de beoordeling *in abstracto* kan gebeuren in vergelijking met een voorzichtige en toegewijde zorgverlener. De vergelijking met andere zorgverleners zou volstaan als zuiver kwantitatieve referentie.

De Raad van State meent dat de commissie van beroep ten onrechte een abstracte beoordeling van de medische praktijk heeft laten gelden boven een concrete beoordeling ervan en dat, daardoor, haar beslissing niet conform is met de tekst van artikel 73 van de gecoördineerde wet, noch met de draagwijdte erkend door het Arbitragehof (arrest nr. 28/93 van 01.04.1993) met analoge bepalingen neergeschreven in een eerdere wettelijke bepaling.

(vernietigd en verwezen)

18. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 10.12.1998.

Raad van State (6^e k.), D.M.-L., arrest nr. 171.148¹⁹ van 14 mei 2007²⁰

Draagwijdte van een conventie – Beoordelingsmacht van de feiten

Alhoewel ze door de wetgever als conventies zijn bekrachtigd en voortvloeien uit onderhandelingen, zijn de in artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 bedoelde conventies niet gevormd op basis van een uitwisseling van de toestemming van de partijen, in de zin van artikel 1134 van het burgerlijk Wetboek, maar ze hebben, voor elk van de betrokken categorieën, als de door de wet voorziene formaliteiten vervuld zijn, juridische gevolgen in de vorm van reglementeringen ten aanzien van categorieën van personen waarvan bepaalden niet kunnen toegestemd hebben noch deelgenomen hebben aan de uitwerking ervan.

De Raad van State ziet niet in hoe de conventie tussen de rust- en verzorgingshuizen en de verzekeringsinstellingen, al had ze een reglementerende draagwijdte, van die aard zou zijn dat ze de apothekers in het algemeen en de eiser in het bijzonder zou binden.

De zorgverlener is van oordeel dat de betwiste beslissing op een bijzondere wijze moest gemotiveerd worden omdat zij niet alle grieven bevat die door de beperkte kamer werd weerhouden hoewel zij er de uitgesproken sanctie niet minder mee verzwaaart. Bovendien antwoordt de beslissing van de commissie van beroep antwoordt niet op de neergelegde besluiten.

De Raad van State stelt vast dat de vergelijking van de beslissing van de beperkte kamer met deze van de commissie van beroep niet aantoont dat de sanctie in beroep zou verzwaaard geweest zijn. De commissie van beroep hoefde haar beslissing tot bevestiging van de sanctie niet te rechtvaardigen met een bijzondere motivering. De commissie van beroep heeft overigens haar motieven waarom zij van oordeel was dat de nationale overeenkomst van toepassing was op de zorgverleners, in acht alinea's opgesomd.

Door het middel van de “inbreuk op het beginsel van de proportionaliteit” en van de “onwettelijke beoordeling van de feiten”, wil de zorgverlener aan de Raad van State de concrete beoordeling van de feiten voorleggen zoals ze werd gedaan door de commissie van beroep.

De Raad van State is als cassatierechter niet bevoegd haar eigen beoordeling van de feiten in de plaats te stellen van die van de commissie van beroep die uitspraak doet met volle rechtsmacht.

(gedeeltelijk vernietigd, voor het overige verworpen en verwezen)

19. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 03.12.2002.

20. Gepubliceerd in I.B.-RIZIV, 2007/3, blz. 363.

Raad van State (6^e k.), L.R., arrest nr. 179.798²¹ van 18 februari 2008

Vraag om verdaging – Verschijning in persoon op de zitting

De zorgverlener meent, ten onrechte, dat hij niet geacht kan worden te zijn verschenen voor de commissie van beroep. omdat hij de zitting verlaten heeft omdat men weigerde tegemoet te komen aan zijn verzoek tot verdaging.

Het blijkt inderdaad uit het proces-verbaal van de zitting dat de zorgverlener er verschenen is. De omstandigheid dat hij de zitting verlaten heeft omdat de commissie van beroep zijn verdagingsverzoek niet ontvankelijk heeft verklaard doet geen afbreuk aan het feit dat hij verschenen is.

In deze omstandigheden bleef de commissie van beroep bevoegd om de omstreden beslissing te nemen.

(verworpen)

Raad van State (6^e k.), S.E., arrest nr. 180.096²² van 25 februari 2008

Apotheker-Titularis geschorst – Aansluiting bij de tariferingsdienst – Tegenspraak in de motieven van de kamer van beroep – Afwezigheid van indicatie van de wettelijke of reglementaire grond

De zorgverlener roept een “*gebrek aan motivering*” in van de beslissing van de kamer van beroep: geen enkele wettelijke of reglementaire bepaling voorziet dat een disciplinaire schorsing automatisch een einde maakt aan de aansluiting van een apotheker bij een tariferingsdienst.

Geen enkele van de ingeroepen bepalingen wijst erop dat de disciplinaire schorsing tot gevolg zou hebben dat het lid zijn hoedanigheid van titularis zou verliezen.

Er zou geen enkel juridisch verband zijn tussen een disciplinaire schorsing en het verlies van de hoedanigheid van titularis van een apotheek.

Hoewel in de periodes van disciplinaire schorsing de zorgverlener de artseneerbereidkunde niet mag beoefenen en niet meer erkend was als beoefenaar van de geneeskunde, heeft hij in diezelfde periode zijn hoedanigheid als titularis van de apotheek niet verloren.

Het is terecht dat de zorgverlener de omstreden beslissing verwijt een “tegenspraak in de motivering” te bevatten.

21. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 13.06.2003.

22. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 22.02.2007.

Inderdaad, na te hebben uitgesloten dat artikel 4 van het Koninklijk besluit van 12 augustus 1970, artikel 31 van het Koninklijk besluit nr. 80 van 10 november 1967 of artikel 4 van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, eerder aangehaald, van toepassing waren op de zorgverlener, is de kamer van beroep in gebreke gebleven wat betreft het preciseren op basis van welke wettelijke of reglementaire bepaling moest worden besloten dat gedurende de periode van (disciplinaire) schorsing de aansluiting van de zorgverlener bij een tarifieringsdienst moest geschorst worden.

De door de tegenpartij uitgesproken verklaringen kunnen dat gebrek aan motivering niet rechtzetten.

Omdat de kamer van beroep niet uiteengezet heeft op welke basis de zorgverlener kon verweten worden prestaties ten laste van de ziekteverzekering te hebben geleverd die niet conform zijn, kon ze niet besluiten, zoals ze gedaan had, dat de zorgverlener niet kon genieten van een terugbetaling, dat die niet verschuldigd was en dat hij het bedrag ervan dus aan de tegenpartij moest terugstorten.

(vernietigd en verwezen)

Raad van State (6^e k.), J.V., arrest nr. 180.097²³ van 25 februari 2008

Onbevoegdheid van de rechtbank die de betwiste beslissing heeft uitgesproken – Vraag om doorverwijzing na cassatie

Met het arrest nr. 101.771 van 12 december 2001, heeft de Raad van State de beslissing nietig verklaard die op 27 november 2006 genomen werd door de commissie van beroep en heeft hij de zaak doorverwezen naar een op een andere manier samengestelde commissie van beroep.

Met haar beslissing van 4 mei 2004 heeft deze commissie de bevoegdheidswraking ontvangen die door de zorgverlener werd aangevoerd op basis van de wijzigingen door de programmawet van 24 december 2002 aangebracht aan de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en heeft ze zichzelf onbevoegd verklaard om vervolgens de doorverwijzing van de zaak naar de kamer van beroep, aangesteld door dezelfde programmawet, te bevelen. Per brief van 1 juli 2005, heeft de kamer van beroep de zorgverlener opgeroepen voor haar te verschijnen en heeft ze de omstreden beslissing van 8 december 2006 genomen.

De wet is enkel bepalend voor de toekomst en ze heeft geen terugwerkende kracht.

Gelezen in het licht van deze beginselen, en rekening houdend met de bedoeling van de wetgever, kon artikel 216 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet (gewijzigd door de programmawet van 24.12.2002) slechts bepalend zijn voor de gevallen waarin de Raad van State een beslissing van de commissie van beroep zou nietig verklaren na de in voege treding, namelijk na 15 februari 2003.

Het arrest nr. 101.771 van 12 december 2001 werd uitgesproken voor het in voege treden van deze bepaling. Uitspraak doend op doorverwijzing, heeft de commissie van beroep zich, ten onrechte, onbevoegd verklaard. Daarmee samenhangend heeft de kamer van beroep ten onrechte gemeend de zaak, *motu proprio*, tot zich te moeten trekken, en op 8 december 2006 een oordeel te vellen. De beslissing van 8 december 2006 moet nietig verklaard worden wegens onbevoegdheid van de rechtbank die ze heeft uitgesproken.

23. Beroep tegen de beslissing van de kamer van beroep van 08.12.2006.

Het is nodig de kwestie van doorverwijzing te regelen die het gevolg is van die nietigverklaring. De zaak kan niet meer worden doorverwezen naar de anders samengestelde commissie van beroep.

Met artikel 216 *bis* van de gecoördineerde wet (in voege getreden op 15.05.2007) heeft de wetgever bedoeld dat de kamers van beroep bedoeld in artikel 155 § 6 van de gecoördineerde wet, gewijzigd door de wet van 24 december 2002, zouden ontheven worden van de volledige rechtsmacht van de beroepen bij haar voor die datum werden ingeleid.

Bij het ontbreken van elke indicatie in de wet of in de parlementaire documenten over het gevolg te geven aan de beslissingen van de kamers van beroep in geval van nietigverklaring van een ervan die is uitgesproken, zoals in dit geval, na 15 mei 2007, past het de zaak door te verwijzen, na nietigverklaring van de omstreden beslissing, aan de rechtbank met equivalente graad die momenteel bevoegd is, namelijk aan de kamer van beroep.

(vernietigd en verwezen)

Raad van State (6^e k.), L.D., arrest nr. 188.224²⁴ van 26 november 2008

Respect voor de rechten van de verdediging – Niet meegedeelde besluiten / Niet-tegensprekelijke expertise

De commissie van beroep, in haar hoedanigheid van rechtbank, moest acht slaan op het algemeen beginsel dat respect oplegt voor de rechten van de verdediging. Dat beginsel gaat ertegen in dat de commissie bij haar beslissingen conclusies in aanmerking neemt die niet onder de aandacht werden gebracht van één van de partijen.

Ze kon er niet op reglementaire wijze van uitgaan dat de rechten van de verdediging konden gegarandeerd worden omwille van het feit dat er was geantwoord op de argumenten van de zorgverlener.

Het kwam de commissie van beroep toe erover te waken dat het tegensprekelijke karakter van de expertise gerespecteerd werd.

Het expertiserapport gaat op geen enkele van de opmerkingen in die gemaakt werden door de zorgverlener ten aanzien van het voorgaande rapport. De criteria waarop de expert zich heeft gebaseerd om het al dan niet gerechtvaardigde karakter van de door de zorgverlener voorgeschreven onderzoeken te bepalen, blijken er niet uit.

(cassatie en verwijzing)

24. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 20.03.2003 en 10.02.2005.

Raad van State (6^e k.), B.R., arrest nr. 188.791²⁵ van 15 december 2008²⁶

Heropenen van de debatten – Artikels 2 en 774 van het Gerechtelijk wetboek / Kwestie van doorverwijzing na cassatie

De rechter, wiens taak het is de in voege zijnde rechtsregels toe te passen op de feiten die aan zijn beoordeling worden voorgelegd, schendt de rechten van de verdediging als hij de feiten aanvult die nodig zijn om een rechtsregel toe te passen, zonder de debatten te heropenen.

Geen enkele van de bepalingen van de artikels 142 en volgende van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en van de artikels 304 en volgende van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn onverenigbaar met de beginselen van artikel 774 van het Gerechtelijk wetboek.

Zelfs zonder verzoek tot heropening van de debatten, had de commissie van beroep de heropening van de debatten moeten bevelen vanaf het moment dat ze de wijzigingen wilde toepassen die in de loop van de procedure door de programmawet (II) van 24 december 2002 zijn aangebracht aan de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet, in toepassing van de beginselen van artikel 774 van het Gerechtelijk wetboek en van het respect voor de rechten van de verdediging.

Het past de kwestie van de doorverwijzing volgend op cassatie te regelen door toepassing van de rechtsregels die van kracht waren op de dag van de uitspraak van het huidige arrest.

Op de datum van het huidige arrest, kan de zaak niet meer worden doorverwezen naar de, anders samengestelde, commissie van beroep.

Bij gebrek aan elke aanwijzing in de wet of de parlementaire documenten over het gevolg dat gegeven moet worden aan de beslissingen van de commissie van beroep in geval van nietigverklaring van één van deze beslissingen, uitgesproken, zoals in dit geval, na 15 mei 2007, past het de zaak door te verwijzen, na nietigverklaring, aan de rechtbank van gelijke graad die nu bevoegd is om erover te oordelen, namelijk aan de kamer van beroep bedoeld in artikel 144, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, zoals hersteld door artikel 2 van de wet van 21 december 2006 over de creatie van de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

(cassatie en verwijzing)

25. Beroep tegen de beslissing van de commissie van beroep van 30.10.2003.

26. Zie ook : RVS. (6^e hfdst), 04.02.2009, C., nr. 190.175 (beslissing van de Commissie van beroep van 29.06.2004, cass. en doorverwijzing).

Raad van State (6^e k.), D.R., arrest nr. 203.876²⁷ van 11 mei 2010

Rechten van de verdediging – Redelijke termijn – Artikel 6 EVRM – Inbreuk – Sanctie

De zorgverlener verwijt, ten onrechte, aan de kamer van beroep dat ze niet heeft besloten dat de zaak niet meer kon beoordeeld worden (en het onderwerp uitmaken van een beslissing over de terugbetaling) vanaf het moment dat ze toegaf dat, voor het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de rechten van de verdediging niet gerespecteerd werden.

Uit de omstreden beslissing volgt dat de zorgverlener zijn argumenten voor de kamer van beroep heeft kunnen laten gelden en dat die laatste met kennis van zaken uitspraak heeft gedaan over de verweten tekortkomingen.

Volgens de zorgverlener kan niet worden gesteld dat de redelijke termijn loopt vanaf het moment dat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle hem om verantwoording vraagt met betrekking tot de positie verdedigd door de kamer van beroep in haar beslissing van 8 december 2006 weergegeven in het arrest van de Raad van State nr. 180.097 van 25 februari 2008.

De kamer van beroep oordeelt inderdaad dat *“het gepast is de periode van redelijke termijn te laten ingaan vanaf de notificatie van het laatste proces-verbaal van vaststelling van inbreuken, omdat vanaf deze datum de aanklacht op voldoende volledige wijze gekend is”*.

In de omstreden beslissing van 8 juni 2009 heeft de kamer van beroep als startpunt van de redelijke termijn de processen-verbaal van vaststelling genomen die werden opgesteld in mei en oktober 2000. Op 1 augustus 2003 werd aan de zorgverlener gevraagd zijn geschreven rechtvaardigingen te bezorgen.

De kamer van beroep heeft besloten dat de verlopen termijn niet redelijk was maar dat ze uitspraak kon doen over de realiteit van de ingeroepen grieven omdat in deze geen inbreuk werd gepleegd op de rechten van de verdediging.

Op die manier heeft de kamer van beroep de eis van redelijke termijn niet erkend die wordt opgelegd door artikel 6.1. van het EVRM en die onafhankelijk is van het verschuldigde respect voor de rechten van de verdediging.

(cassatie en verwijzing)

27. Beroep tegen de beslissing van de kamer van beroep van 08.06.2009.

Raad van State (6^e k.), J.V., arrest nr. 209.282²⁸ van 29 november 2010

Kamer van beroep – Adviserend geneesheren – Wraking / Bevoegdheid van de Raad van State / Oorzaken van wraking – Onafhankelijkheid – Onpartijdigheid

Volgens het Hof van Cassatie valt de beoordeling van zaken van wraking, ten gevolge van de wijziging aangebracht door de wet van 12 maart 1998 aan het Gerechtelijk wetboek, aan de regels met betrekking tot wraking en, meer in het bijzonder aan artikel 838 van het Gerechtelijk wetboek, niet onder de bevoegdheid van de rechtbanken waarvan de leden gewraakt worden, maar van de juridische instantie die er net boven staat.

De Raad van State is bevoegd op basis van artikel 14, § 2 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, om te oordelen over de beroepen in cassatie ingeleid tegen de beslissingen van de kamer van beroep. Dientengevolge is hij bevoegd om het verzoek tot wraking te onderzoeken.

De zorgverlener roept artikels 828, 2^o en 5^o en 831 van het Gerechtelijk wetboek in tegen twee leden die met raadgevende stem zetelen in de kamer van beroep.

Volgens hem, hebben de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen *“een direct belang bij de zaak”* en *“vermag de beste advocaat niets tegenover een zetel waarvan twee leden (...) niet de waarborg bieden van onafhankelijkheid en onpartijdigheid omwille van de manier waarop ze benoemd zijn, hun financiële belangen in de zaak en van hun structurele band met één van de partijen”*.

Noch de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet, noch het koninklijk besluit van 9 mei 2008 dat de regels vastlegt van werking en het procedurereglement van de kamers van eerste aanleg en de kamers van beroep, bevatten bepalingen met betrekking tot de wraking van leden van de kamer van beroep.

Er is de mogelijkheid om artikel 2 van het Gerechtelijk wetboek toe te passen op de kamers van beroep.

De zaken van wraking vinden geen enkele steun in de wet aangezien de presentatiewijze van de door de zorgverlener geviseerde leden van de kamer van beroep expliciet wordt opgelegd door artikel 145, § 1 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet.

Die presentatiewijze gaat ook niet in tegen de voorwaarden van onpartijdigheid in het bijzonder opgelegd door de Europese Conventie voor de Rechten van de Mens, vanuit een organiek en objectief standpunt onderzocht.

De betrokken personen zetelen, zoals alle professionele magistraten, in eigen naam.

In het uitoefenen van hun gerechtelijke functie kunnen die leden niet beschouwd worden als vertegenwoordigers van een verzekeringsinstelling.

De zorgverlener toont niet aan dat de leden een persoonlijk belang zouden hebben in het geschil of dat ze schuldeiser zijn van één van de partijen.

(verworpen)

I. Grondwettelijk Hof, arrest nr. 114/2011 van 23 juni 2011

Wet van 06 januari 1989, artikel 2

Wet van 14 juli 1994, artikelen 51 en 73

Akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen – bevorderen van het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen – rechtsgrondslag – gebrek aan belang

Artikel 51, § 2, eerste lid van de wet van 14 juli 1994 bepaalt dat elke overeenkomst of akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen verbintenissen moet bevatten inzake honoraria en prijzen, en, waar mogelijk, beheersing van het volume aan verstrekkingen.

De Raad van State heeft geoordeeld dat de mogelijke onderwerping aan wettelijke verplichtingen niet eraan in de weg staat dat de geneesheren zich vrijwillig verbinden tot een oordeelkundig voorschrijfgedrag.

Wanneer dan de bepaling van artikel 73 van de wet van 14 juli 1994 voorschrijft dat de Nationale commissie geneesheren – ziekenfondsen in lopende en toekomstige akkoorden bijkomende verbintenissen kan opnemen die het voorschrijven van de minst dure vergoedbare farmaceutische specialiteiten bevorderen, dan is dit niet meer dan een bevestiging van wat reeds in artikel 51 was vervat.

Nu vaststaat dat artikel 51, § 2, eerste lid, van de Wet van 14 juli 1994 reeds een geldige rechtsgrond biedt voor de akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen die het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen bevorderen, zou een vernietiging van de bestreden bepalingen die akkoorden hun wettelijke grondslag niet ontnemen en evenmin de farmaceutische firma's die de vordering hebben ingesteld, tot voordeel strekken. Aangezien zij niet doen blijken van het vereiste belang, is hun vordering dan ook onontvankelijk.

(Rolnr.: 4893)

...

Ten aanzien van de bestreden bepalingen en hun context

B.1.1. Het bestreden artikel 44 van de programmawet van 23 december 2009 bepaalt dat artikel 73, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: ZIV-Wet) wordt aangevuld met het volgende lid:

“De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen kan, in afwachting van de besluiten bedoeld in het vierde lid en het elfde lid, volgens de procedure bedoeld in de artikelen 50 en 51, in lopende en toekomstige akkoorden bijkomende verbintenissen opnemen die het voorschrijven van de minst dure vergoedbare farmaceutische specialiteiten bevorderen, voor zover geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van de zorgen of aan de therapeutische noodwendigheden”.

B.1.2. Het eveneens bestreden artikel 45 van de programmawet van 23 december 2009 bepaalt dat het voormelde artikel 44 uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2009.

B.2.1. De artikelen 50 en 51 van de ZIV-Wet regelen de totstandkoming van de akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen. Die akkoorden moeten verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Ze kunnen ook verbintenissen bevatten inzake het beheersen van het volume, het rationele gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn (art. 51, § 2, eerste lid, van de ZIV-Wet). De bedoelde geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij omvatten met name het verstrekken van geneesmiddelen (art. 34, eerste lid, 5^o, van de ZIV-Wet).

B.2.2. Naast de verbintenissen die zij via de voormelde akkoorden aangaan, kunnen de geneesheren en de ziekenfondsen ook aan wettelijke verplichtingen worden onderworpen. Zo dienen de geneesheren en tandheelkundigen zich ervan te onthouden overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (art. 73, § 1, tweede lid, van de ZIV-Wet). Het onnodig dure karakter van bepaalde farmaceutische specialiteiten wordt vastgesteld op basis van een percentage van voorschriften in de ambulante sector (art. 73, § 2, derde en negende lid, van de ZIV-Wet). De werkgever heeft de Koning gemachtigd om, onder bepaalde voorwaarden, de percentages van voorschriften vast te stellen, die moeten worden nageleefd (art. 73, § 2, vierde en elfde lid, van de ZIV-Wet).

Ten aanzien van het bedrag van de verzoekende partijen

B.3.1. Het beroep tot vernietiging werd ingediend door acht farmaceutische bedrijven en hun belangenvereniging, de vzw "Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie".

De Ministerraad betwist het belang van de verzoekende partijen bij de vernietiging van de bestreden bepalingen.

B.3.2. De Grondwet en de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof vereisen dat elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die een beroep tot vernietiging instelt, doet blijken van een belang. Van het vereiste belang doen slechts blijken de personen wier situatie door de bestreden norm rechtstreeks en ongunstig zou kunnen worden geraakt.

B.3.3. De verzoekende vennootschappen voeren aan dat de bestreden bepalingen hen benadelen doordat zij met terugwerkende kracht een wettelijke grondslag zouden bieden voor de mogelijkheid om in lopende en toekomstige akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen bijkomende verbintenissen op te nemen die het voorschrijven van de minst dure vergoedbare farmaceutische specialiteiten bevorderen. Zij produceren immers geneesmiddelen die vaak niet onder de noemer van minst dure farmaceutische specialiteiten vallen. De vernietiging van de bestreden bepalingen zou de voormelde wettelijke grondslag en derhalve ook de voormelde benadeling van de verzoekende partijen doen verdwijnen.

B.3.4. De bestreden bepalingen bevestigen dat, onverminderd de procedure bepaald in artikel 73 van de ZIV-Wet, verbintenissen ter bevordering van het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen kunnen worden opgenomen in de akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen. Over die mogelijkheid was twijfel gerezen naar aanleiding van enkele beschikkingen van de voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg te Brussel.

De geschillen die tot de voormelde beschikkingen hebben geleid, hadden betrekking op punt 6, a, van het Nationaal Akkoord geneesheren-zielenfondsen 2009-2010, op 17 december 2008 in de Nationale Commissie geneesheren-zielenfondsen gesloten en op 19 januari 2009 in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt, dat betrekking heeft op "het bevorderen van het voorschrijven bij een startbehandeling van de minst dure moleculen". In dat punt verbinden de artsen die toetreden tot het akkoord, zich ertoe vanaf 1 januari 2009, bij het opstarten van een behandeling met een farmaceutische specialiteit behorend tot een van de opgesomde groepen in het beginsel en in ten minste 8 op 10 van de gevallen, te starten met een van de minst dure moleculen van een groep, voor zover hiervoor geen tegenindicatie bestaat en de therapeutische doeleinden worden bereikt.

In twee beschikkingen van 18 mei 2009 en 21 september 2009 heeft de voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg te Brussel geoordeeld dat punt 6, a, van het Nationaal Akkoord erop gericht is algemene percentages vast te stellen van voorschriften van bepaalde farmaceutische producten die moeten worden nageleefd, terwijl overeenkomstig de artikelen 50, 51 en 73 van de ZIV-Wet dergelijke percentages, volgens de voormelde beschikkingen, op het eerste gezicht door de Koning moeten worden vastgelegd, zodat punt 6, a, van het Nationaal Akkoord *prima facie* door een onwetzigheid is aangetast.

B.3.5. De strekking van de bestreden bepalingen wordt in de parlementaire voorbereiding als volgt toegelicht:

“Recent werd in het kader van enkele gerechtelijke procedures, die thans hangende zijn, de vraag gesteld of, het bevorderen van het voorschrijven van minst dure geneesmiddelen bij startbehandelingen wettelijk door akkoorden afgesloten in de schoot van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen kon worden geregeld.

Niettemin was door de regering in oktober 2008 op grond van artikel 51, § 2, van de GVV-wet beslist dat de NCGZ alternatieven kon formuleren op de door haar voorgestelde maatregelen ter bevordering van het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen. In oktober 2009 werd daarenboven bevestigd dat de nieuwe maatregelen die in 2010 een opbrengst van 42,5 miljoen EUR dienen te genereren, kunnen worden voorgesteld door de NCGZ.

Om iedere juridische betwisting te vermijden wordt deze beslissing van de regering wettelijk veranderd en bevestigd, hetgeen tevens de daarin vervatte budgettaire objectieven veilig stelt.

In antwoord op de vraag van de Raad van State om de procedure voor het invoegen van de bijkomende engagementen te preciseren, wordt gepreciseerd dat de algemene procedure voor het afsluiten van akkoorden, gedefinieerd in de artikelen 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zal worden toegepast. Opdat deze procedure van toepassing zou zijn op de lopende akkoorden, moet de terugwerkende kracht op 1 januari 2009 worden voorzien” (Parl. St., Kamer, 2009-2010, DOC 52-2278/001, p. 22).

De bestreden bepalingen hebben derhalve als enige doelstelling in een onbetwiste rechtsgrondslag te voorzien voor de verbintenis die uit punt 6, a, van het Nationaal Akkoord voortvloeit.

B.3.6. Na de goedkeuring van de bestreden bepalingen heeft de Raad van State zich in zijn arrest nr. 205.919 van 28 juni 2010 uitgesproken over een beroep tot nietigverklaring, ingesteld door een aantal farmaceutische bedrijven en hun belangenvereniging, van hetzelfde punt 6, a, van het Nationaal Akkoord. De Raad van State heeft in dat arrest vastgesteld dat artikel 73, § 2, van de ZIV-Wet, in de redactie die van toepassing was op het ogenblik van het sluiten van het voormelde Nationaal Akkoord, niet dienstig is om de geldigheid van het betwiste punt te beoordelen. Naar het oordeel van de Raad van State strekt de laatstgenoemde bepaling ertoe:

“de bevoegde autoriteiten vast te leggen, en de procedures volgens welke de percentages van “goedkope” geneesmiddelen die de geneesheren moeten voorschrijven om te vermijden dat hun voorschrijfgedrag als onnodig duur zou worden beschouwd en bijgevolg aan een sanctie zou worden onderworpen, maar niet de nadere regels inzake voorschriften van farmaceutische specialiteiten te bepalen, buiten het mechanisme van sancties die de geneesheren kunnen worden opgelegd; [overwegende] dat bovendien artikel 73, § 2, alle geneesheren beoogt, en niet alleen de geneesheren die zijn toegetreden tot de overeenkomst geneesheren-ziekenfondsen; dat de verwijzing naar artikel 73, § 2, van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet niet kan dienen om de geldigheid van de bestreden akte te beoordelen” (eigen vertaling).

De Raad van State heeft vervolgens vastgesteld dat het betwiste punt van het Nationaal Akkoord niettemin op een geldige rechtsgrond berust:

“Overwegende dat artikel 51, § 2, eerste lid, van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet, doordat het bepaalt dat “elke overeenkomst of akkoord [...] verbintenissen [moet] bevatten inzake honoraria, prijzen, en, waar mogelijk, beheersing van het volume aan verstrekkingen”, als grond kan dienen voor artikel 6.a van de bestreden akte omdat het ertoe strekt het volume aan geneeskundige verstrekkingen te beheersen” (eigen vertaling).

De Raad van State heeft derhalve geoordeeld dat de mogelijke onderwerping aan wettelijke verplichtingen niet eraan in de weg staat dat de geneesheren zich vrijwillig verbinden tot een oordeelkundig voorschrijfgedrag.

B.3.7. Uit hetgeen voorafgaat vloeit voort dat de bestreden bepalingen niet meer zijn dan een bevestiging van wat reeds in artikel 51, § 2, eerste lid, van de ZIV-Wet was vervat.

Aan die gevolgtrekking wordt geen afbreuk gedaan door het feit dat de Raad van State een vroegere versie van artikel 73, § 2, van de ZIV-Wet in aanmerking heeft genomen. Anders dan de verzoekende partijen beweren, bepaalde het derde van dat artikel, vóór de wijziging ervan bij de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, dat de erin bedoelde percentages door de Koning werden vastgesteld. De memorie van toelichting bij de laatstgenoemde wet vermeldt op dat punt:

“Artikel 73 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet dat de zorgverleners een minimum aantal “goedkope voorschriften” moeten realiseren. De Koning heeft momenteel de bevoegdheid om het percentage “goedkope voorschriften” dat moet worden gerealiseerd aan te passen. De aanpassing voorziet echter dat die wijziging voortaan slechts kan gebeuren na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, waarin de zorgverleners zijn vertegenwoordigd. Bij de te vervullen formaliteiten wordt ook een beraadslaging in Ministerraad toegevoegd” (Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/001, pp. 14-15).

B.3.8. Nu vaststaat dat artikel 51, § 2, eerste lid, van de ZIV-Wet reeds een geldige rechtsgrond biedt voor de akkoorden tussen de geneesheren en de ziekenfondsen die het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen bevorderen, zou een vernietiging van de bestreden bepalingen die akkoorden hun wettelijke grondslag niet ontnemen en de verzoekende partijen derhalve niet tot voordeel strekken.

B.4. De verzoekende partijen doen niet blijken van het vereiste belang. Het beroep tot vernietiging is derhalve niet ontvankelijk.

OM DIE REDENEN,
HET HOF

verwerpt het beroep.

...

II. Arbeidshof van Bergen van 13 juli 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 100

Arbeidsongeschiktheid – Categorie beroepen – Deskundigenonderzoek – Elementen vreemd aan de gezondheidstoestand – Afwijken van deskundigenverslag.

Wanneer de door het Hof aangestelde deskundige oordeelt dat de verzekerde vanuit medisch oogpunt weliswaar nog verschillende beroepen kan uitoefenen gelet op zijn beroepsopleiding, maar desondanks een arbeidsongeschiktheidsgraad van meer dan 66 % toekent, kan deze niet worden gevolgd.

De beperkte mogelijkheden die de betrokkene heeft om zich opnieuw te integreren op de arbeidsmarkt, gelet op concurrentie of de economische crisis, kunnen geen redenen zijn om arbeidsongeschikt te worden erkend, aangezien deze risico's gedekt worden door de werkloosheidsverzekering en niet door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Bovendien zijn de voorwaarden tot toekenning van invaliditeitsuitkeringen van openbare orde en wordt elk medisch onderzoek door de geneeskundige raad voor invaliditeit onafhankelijk van de resultaten en gevolgen van de eerdere onderzoeken gevoerd.

De aangestelde deskundige had dan ook geen andere elementen dan de gezondheidstoestand van de betrokkene mogen opnemen in zijn verslag.

RIZIV t./P.C.

A.R. 2010/AM/240

...

Il ressort de ces considérations que l'expert reconnaît que Mme C.P. pourrait d'un point de vue médical exercer des professions en rapport avec son diplôme de couture ainsi que des professions peu qualifiées ou légères. Il estime toutefois que l'intéressée présente le taux de réduction de capacité de gain prévu par l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 en raison des difficultés à l'embauche et de la reconnaissance prolongée en invalidité.

L'expert ne peut être suivi en cette conclusion. D'une part, si la réduction de capacité de gain doit faire l'objet d'une évaluation personnalisée et concrète sur la base des profils scolaire, professionnel, socio-économique et médical, la limitation des possibilités réelles de réinsertion liée à la concurrence sur le marché de l'emploi ou à la crise économique ne pourrait justifier à elle seule le maintien en incapacité, dans la mesure où le risque couvert par l'assurance maladie invalidité couvre un autre risque social que celui couvert par l'assurance chômage. D'autre part, il ne peut être tiré argument de la reconnaissance prolongée en incapacité, dans la mesure où les conditions d'octroi des indemnités sont d'ordre public, où chaque examen médical du conseil médical de l'invalidité est indépendant de la situation antérieure et où surtout il ne résulte pas des constatations de l'expert que cette reconnaissance prolongée aurait eu une répercussion sur la santé même de Mme C.P.

Les conclusions du Docteur E.D. ayant été dictées par des éléments étrangers à l'état de santé de Mme C.P., il n'y avait pas lieu de les entériner.

L'appel est fondé.

...

III. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, van 13 januari 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 100
K.B. van 10 januari 1969, artikel 2, 1^o en 6^o
Bevoegdheid Arbeidsrechtbank – sanctie verzekerde – strafrechtelijke procedure – geen gezag van gewijsde

Uit het loutere feit dat de verzekerde strafrechtelijk werd vrijgesproken voor het afleggen van een valse verklaring kon de Arbeidsrechtbank niet afleiden dat de verzekerde geen niet-toegelaten activiteiten zou hebben uitgeoefend.

De Arbeidsrechtbank was dan ook niet gebonden door een strafrechtelijk gewijsde en had volle rechtsmacht om te oordelen over het feit of de verzekerde niet toegelaten activiteiten uitgeoefend heeft tijdens zijn arbeidsongeschiktheid.

RIZIV t./ V.I. en RVA
A.R. 2006/AH/338

...

V. Ten Gronde

A. De administratieve beslissingen van het RIZIV van 1 december 1998, 2 december 1998 en 6 april 1999

a. Het strafrechtelijk gewijsde van het arrest van het hof van beroep te Antwerpen van 19 februari 2004

Het RIZIV kan niet akkoord gaan met het standpunt van de eerste rechters inhoudende dat het hof van beroep te Antwerpen in zijn arrest van 19 februari 2004 zeker en noodzakelijk heeft beslist dat V. geen niet-toegelaten activiteiten heeft uitgeoefend tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid en zodoende ook niet ten onrechte ziekte-uitkeringen heeft ontvangen en dit arbeidshof onderschrijft voormelde stelling van het RIZIV.

Immers de betichting waarvoor V. voor het hof van beroep te Antwerpen diende terecht te staan betrof het wetens en willens een onvolledige onjuiste verklaring te hebben afgelegd als potentieel gerechtigde op ziekte-uitkeringen.

De vrijspraak van V. voor deze betichting werd door het hof gemotiveerd als volgt:

“Overwegende dat na behandeling van de zaak ter terechtzitting en na onderzoek van het strafdosier de schuld van beklaagde aan het ten laste gelegde feit niet bewezen is.

Overwegende dat niet bewezen is dat beklaagde een onvolledige of onjuiste verklaring heeft afgelegd.

Dat het niet naleven van de verplichting een verklaring af te leggen, zoals bepaald in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 31 mei 1933 een ander feit betreft”.

Het hof van beroep oordeelde derhalve, met arrest van 19 februari 2004, enkel en alleen dat niet afdoende bewezen is dat V. schuldig zou zijn aan het opzettelijk afleggen van een valse verklaring, m.a.w. de strafrechter heeft enkel en alleen uitspraak gedaan over het al dan niet afleggen van een valse verklaring doch doet helemaal geen uitspraak over de feiten waarvoor V. werd uitgesloten en gesanctioneerd door het RIZIV en welke het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid betreffen.

Het hof heeft V. vrijgesproken omdat de feiten verkeerd gekwalificeerd waren.

Op het ogenblik van zijn werkhervatting moest V. zijn verzekeringsinstelling hiervan verwittigen doch hij heeft dit niet gedaan en heeft bijgevolg nagelaten een verklaring af te leggen hetgeen iets anders is dan wetens en willens een valse verklaring te hebben afgelegd.

Het hof van beroep heeft zich niet uitgesproken over het feit of V. al dan niet de verplichting een verklaring af te leggen heeft miskend.

In de thans voorliggende zaak handelt het over het uitvoeren door V. van een niet-toegelaten activiteit tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid en daarover heeft het hof van beroep niets gezegd.

Uit het loutere feit dat V. strafrechtelijk werd vrijgesproken van het afleggen van een valse verklaring konden de eerste rechters bijgevolg niet afleiden dat V. geen niet-toegelaten activiteiten zou hebben uitgeoefend.

De eerste rechters waren in casu dan ook niet gebonden door een strafrechtelijk gewijsde en hadden volle rechtsmacht om te oordelen over het feit of V. niet-toegelaten activiteiten uitgeoefend heeft tijdens zijn arbeidsongeschiktheid.

b. Het uitoefenen van niet-toegelaten activiteiten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid van 20 oktober 1997 tot 21 september 1998

1. De erkenning van arbeidsongeschiktheid is overeenkomstig artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 afhankelijk van twee voorwaarden, nl. arbeidsstopzetting en vermindering van verdienvermogen tot 1/3 of minder dan 1/3 van de vergelijkingspersoon wegens het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

Voor de toepassing van voormelde bepalingen wordt onder arbeid verstaan, elke werkzaamheid met productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer ook als zij niet tegen loon als vriendendienst wordt verricht (Cass. 18.05.1992 – Arr. Cass. 1991-1992 nr. 490, p. 886).

2. In casu heeft V. wel degelijk niet-toegelaten activiteiten uitgeoefend die erop gericht waren diensten voort te brengen waaruit hij rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kon halen voor zichzelf of voor iemand anders.

Zulks blijkt duidelijk uit de verklaringen van (...) zaakvoerder van de firma (...) bvba en van (...) ex-werknemer van deze firma afgelegd dd. 2 september 1998 t.o.v. de sociale controleurs (sub II, 2).

Het waarnemen van de zaken in het bureel van de firma bij afwezigheid van de zaakvoerder zoals het nakijken van de post of fax, het geven van advies aan de zaakvoerder inzake de Belgisch wetgeving en de detacheringen van de werknemers naar het buitenland, het regelen van de praktische zaken zoals de telefoonopnamen en personeel aanwerven en tenslotte het geven van werkopdrachten aan deze laatste zijn zeker als werkzaamheden met een productief karakter te bestempelen; het komt noch min of meer neer op het runnen van de firma (...) wanneer de zaakvoerder afwezig is; het betreft helemaal niet een minimale werkzaamheid; bovendien is het eventueel uitzonderlijk of occasioneel karakter niet relevant (Arbh. Hof Antwerpen, afdeling Hasselt 27.11.1992 – rechtspraakrep. Inzake Ziekte- en Invaliditeitsverz. RIZIV 72 p. RR-R7).

V. beantwoordt derhalve niet aan de door artikel 100 § 1 ZIV-wet voorgeschreven voorwaarden om als arbeidsongeschikt erkend te worden, meer bepaald stopzetting van alle werkzaamheden.

De administratieve beslissingen van het RIZIV dd. 1 december 1998 en 2 december 1998 zijn correct.

c. De administratieve beslissing van het RIZIV van 6 april 1999

Rekeninghoudend met hetgeen voorafgaat betwist V. ook ten onrechte de door het RIZIV bij beslissing van 6 april 1999 opgelegde sancties:

- wat betreft de voorafgaande toelating:

Artikel 2, 4^o Koninklijk besluit van 10 januari 1969 bepaalt dat de gerechtigde van het recht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid wordt uitgesloten naar *rata* van één en ten hoogste dertig daguitkeringen indien hij, in een periode waarin hij de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid genoot, een arbeid heeft hervat zonder daartoe van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling toestemming te hebben verkregen, overeenkomstig artikel 14 van het Koninklijk besluit van 31 december 1963 (huidig artikel 16).

Luidens artikel 14 van het Koninklijk besluit van 31 december 1963 kan de gerechtigde die uitkeringen trekt overeenkomstig artikel 231 van het Koninklijk besluit van 4 november 1963 (huidig art. 230) van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling toestemming verkrijgen om een met zijn gezondheidstoestand verenigbare arbeid te hervatten. De toestemming moet door de gerechtigde worden aangevraagd en door de adviserend geneesheer worden verleend voor elke arbeidshervatting.

Het hof van Cassatie heeft zich steeds in deze zin uitgesproken (Cass., 18.05.1992, stuk 9, bundel RIZIV).

In kwesties geval staat vast dat V. geen toestemming aan de adviserend geneesheer had gevraagd en dus terecht door de leidend ambtenaar in toepassing van artikel 2, 4^o van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 uitgesloten werd van het recht op 30 daguitkeringen.

- wat betreft de kennisgeving van de spontane werkhervatting:

In artikel 2, 6^o van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 wordt bepaald dat de gerechtigde die, na een spontane hervatting van het werk of de werkloosheid, zijn verzekeringsinstelling daarvan niet in kennis heeft gesteld en verder uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid heeft ontvangen naar *rata* van ten minste één en ten hoogste 75 daguitkeringen uitgesloten wordt van het recht op uitkeringen.

In casu staat vast dat V. geen kennisgeving heeft gedaan.

Het is dan ook duidelijk dat ook de administratieve sanctie in toepassing van artikel 2, 6^o van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 (75 dagen) terecht werd opgelegd.

- wat betreft het niet aangeven van een beroepsinkomen met als doel het verkrijgen van onverschuldigde prestaties:

In artikel 2, 1^o van het Koninklijk besluit van 10 januari 1969 wordt bepaald dat de gerechtigde die inkomsten die hij heeft verkregen uit een beroepsarbeid niet heeft aangegeven aan zijn verzekeringsinstelling, met als doel onverschuldigde prestaties te bekomen naar *rata* van tenminste één en ten hoogste 75 daguitkeringen uitgesloten wordt van het recht op uitkeringen.

De activiteiten van de firma bvba (...) bestaan uit: algemene bouwwerken, isolatiewerken, metaalwerken, milieutechniek, ...

Uit het onderzoek is onomstotelijk gebleken dat V. voor voormelde firma activiteiten uitoefende (over de meest uiteenlopende zaken advies geven, de zaken op kantoor waarnemen, personeel aanwerven, ...).

De leidend ambtenaar heeft terecht geoordeeld dat de door V. uitgeoefende activiteiten van die aard waren dat ze bezoldigd waren. V. heeft trouwens nadat hij betrappt werd, toelating gevraagd aan de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit om bij de firma: bureelwerk te verrichten en werd hiervoor door de firma (...) vanaf 7 december 1998 effectief in dienst genomen en bezoldigd; het komt het hof ongeloofwaardig voor dat zulke bezoldiging er niet zou geweest zijn in de periode ervoor waarin hij dezelfde activiteiten uitoefende.

Het is dan ook duidelijk dat de administratieve sanctie in toepassing van artikel 2, 1^o Koninklijk besluit 10 januari 1969 (75 dagen) terecht werd opgelegd.

B. De terugvorderingsbeslissingen van de V.I. van 18 mei 2001 en 8 juni 2001

De terugvorderingsbeslissingen van 18 mei 2001 en 8 juni 2001 betreffen respectievelijk de door V.I. ten onrechte verleende terugbetaling van geneeskundige kosten t.b.v. 160,12 EUR die aan V. werden verleend vanaf 1 januari 2001 en ten onrechte verleende ziekte-uitkeringen t.b.v. 2 548,74 EUR over de periode 4 augustus 2000 en tot en met 30 september 2000.

Voormelde terugvorderingen waren het gevolg van het feit dat de RVA bij administratieve beslissingen van 31 oktober 2000 en 16 januari 2001 de door V. vanaf 1 januari 1999 genoten werkloosheidsuitkeringen terugvorderde (sub II, 7) waardoor diens verzekeraar in de ziekteverzekering niet meer in orde was.

Nu voormelde administratieve beslissingen van de RVA ingevolge het vonnis van de arbeidsrechtbank te Tongeren van 20 november 2006 dat het verhaal van V. tegen deze administratieve beslissingen van 31 oktober 2000 en 16 januari 2001 ongegrond verklaarde en ingevolge de hoger door het hof besliste onontvankelijkheid van het hoger beroep van V. tegen voormeld vonnis van de arbeidsrechtbank te Tongeren van 20 november 2006, definitief geworden zijn en niet meer voor betwisting vatbaar, kunnen de terugvorderingen van V.I. die voortvloeien uit deze administratieve beslissingen van de RVA, ook niet meer betwist worden en zijn ze gegrond.

C. De gerechtskosten

1. Het RIZIV en de V.I. vragen dat V. zou veroordeeld worden tot de kosten van de procedure in eerste aanleg en hoger beroep wegens manifeste sociale fraude in zijnen hoofde zodat zijn procederen als tergend en roekeloos dient bestempeld.
2. Het hof is het eens met het standpunt van het RIZIV en de V.I.

Immers uit het door de heer F. V., adjunct-controleur bij het RIZIV, dd. 3 december 1998 opgestelde enquêteverslag en bijgevoegde onderzoeksverslagen met de verhoren van de collega's van de inspectiediensten alsook de krantenknipsels (stukken 3 t/m 6 en 16 bundel RIZIV blijkt dat V. zichzelf inschreef bij de firma (...) met de bedoeling een hoge uitkering te ontvangen terwijl hij met ganse ploegen in onderaanneming werkte, verder dat hij de rechterhand was van koppelbaas (...) waarvoor hij een veroordeling opliep en tenslotte dat hij sedert de benoeming van de heer (...) als zaakvoerder van de firma (...) de drijvende kracht was in dit bedrijf), kortom voor het hof staat vast dat V. een gepatenteerd sociaal fraudeur is.

Het RIZIV stelt dan ook terecht dat het beoogde doel van artikel 1017, lid 2 Ger. W. erin bestaat de zwakke sociaal verzekerde een betere bescherming te bieden en dat het geenszins de bedoeling van de wetgever geweest kan zijn dat deze bepaling door een onverbeterlijke sociaal delinquent zou misbruikt worden om de gemeenschap nog meer op kosten te jagen. V. 's optreden voor de arbeidsgerechten is hierdoor als tergend en roekeloos te bestempelen.

Het hof merkt volledigheidshalve nog op dat de door V. gehanteerde bedragen voor rechtsplegingsvergoeding onjuist zijn.

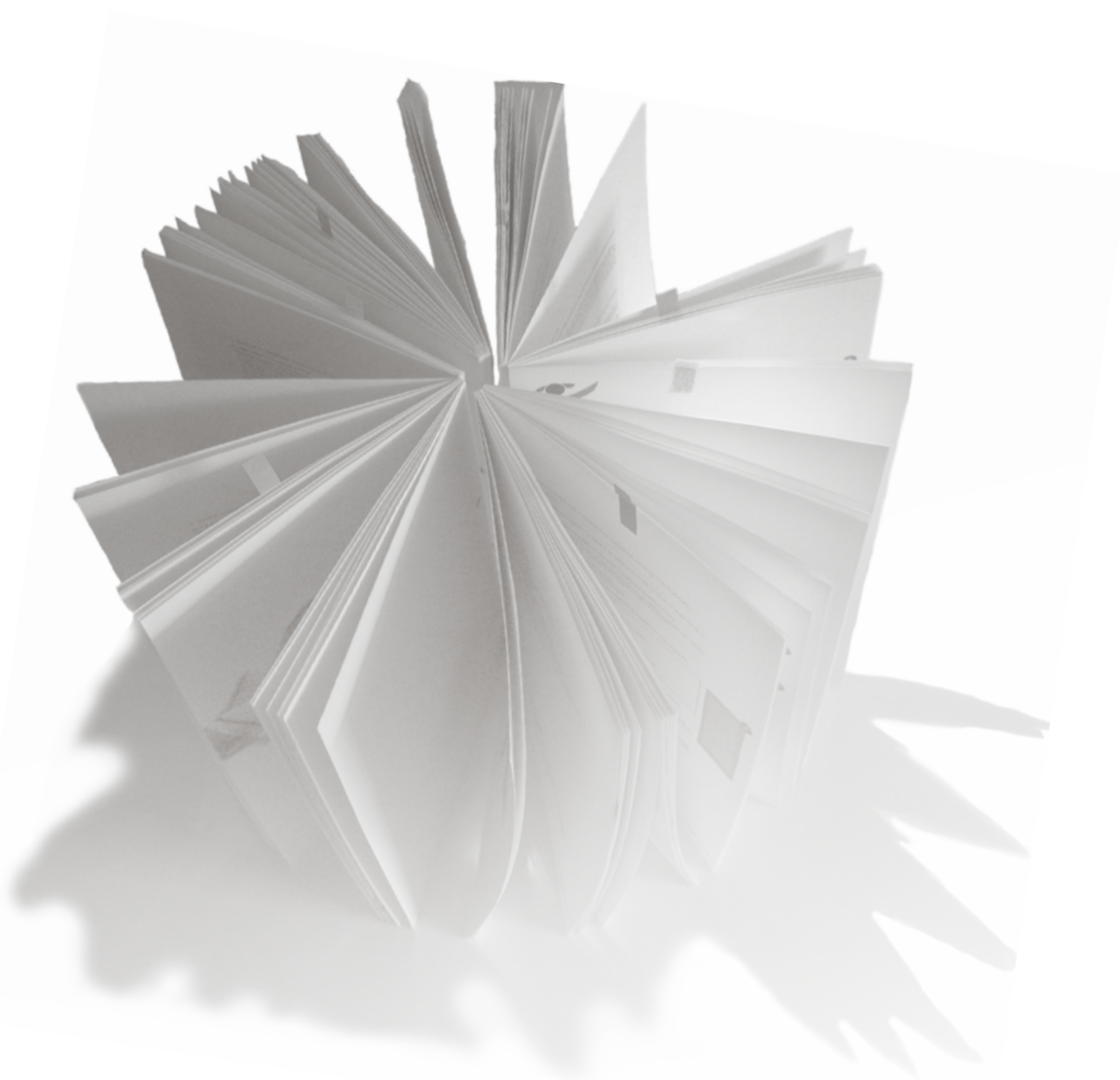
Vooreerst kan er door de samenvoeging van de zaken maar één rechtsplegingsvergoeding per aanleg verschuldigd zijn.

Verder kan voor de procedure eerste aanleg geen toepassing gemaakt worden van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Ger. W. aangezien deze nieuwe wetgeving alleen van toepassing is op hangende zaken en niet op vóór de inwerkingtreding van het Koninklijk besluit reeds in eerste aanleg beslechte zaken.

Tevens dient toepassing te worden gemaakt van artikel 4 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2009 zijnde niet in geld waardeerbare zaken.

Tenslotte ziet het hof geen reden om af te wijken van het door het Koninklijk besluit voorziene basisbedrag der rechtsplegingsvergoedingen.

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Uitkeringen

Invaliditeit per ziektegroep – Evolutie - Verklaring

Vraag nr. 5-250 gesteld op 25 oktober 2010 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie, door de heer VAN ROMPUY, Senator¹

Het RIZIV publiceert jaarlijks tal van statistische gegevens, waaronder de statistische gegevens van de uitkeringen verricht door het RIZIV.

Een van de tabellen die men in deze publicatie kan aantreffen geeft het aantal invaliden per ziektegroep weer voor de jaren 2004 tot 2008.

Bij het bestuderen van deze tabel kan men vaststellen dat het aantal invaliden jaarlijks een vrij sterk stijgende tendens vertoont. In 2004 werden 204 397 mensen als invalide gekwalificeerd. In 2008 zijn dat er al 232 153, een vermeerdering van bijna 28 000 invaliden op 4 jaar tijd.

Vooraf bij het aantal invaliden die aan psychische stoornissen lijden ziet men een sterk opgaande trend. In de periode 2007-2008 kan men zelfs vaststellen dat het aantal met meer dan 4 000 mensen is gestegen. Ook het aantal invaliden als gevolg van een ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel stijgt jaar na jaar.

Om deze redenen had ik van de geachte minister graag een antwoord gekregen op de volgende vragen:

1. Hoe verklaart de minister de jaarlijkse toename van het aantal invaliden?
2. Is deze evolutie dezelfde voor de werknemers en zelfstandigen?
3. Heeft de minister reeds zicht op de evolutie voor 2009?
4. Hoe verklaart de minister het sterk stijgende aantal invaliden die aan een psychische stoornis lijden?
5. Hoe verklaart de minister het sterk stijgende aantal invaliden die aan een ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel lijden?

Antwoord

1. De jaarlijkse toename van het aantal invaliden kan als volgt worden verklaard:
 - vanaf 1997 de pensioenleeftijd voor vrouwen om de drie jaar met een jaar verlengd. Vanaf 2009 bedraagt de pensioenleeftijd voor vrouwen, net als voor de mannen 65 jaar. De verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen heeft er vanaf 1997 toe geleid dat meer vrouwen in invaliditeit terecht kwamen. Enerzijds blijven vrouwen die tot de pensioenleeftijd invalide zijn erkend, tot op latere leeftijd uitkeringsgerechtigd, anderzijds kunnen vrouwen tot op latere leeftijd (na hun 60^{ste}) nog intreden op invaliditeit

1. Senaat, gewone zitting 2010-2011.

- de participatie op de arbeidsmarkt is zeer sterk toegenomen. Vooral vrouwen zijn de afgelopen jaren steeds meer actief op de arbeidsmarkt en dit tot op latere leeftijd. Het aantal uitkeringsgerechtigden die kans hebben om invalide te worden, is hierdoor toegenomen
- een derde verklarende factor voor de toename van het aantal invaliden is de vergrijzing van de bevolking. Steeds meer uitkeringsgerechtigden zijn terecht gekomen in de oudere leeftijdscategorieën waar de kans op invaliditeit hoger ligt.

De volledige studie over de verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden, kan worden geraadpleegd op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV): www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/index.

2. In de tabel in bijlage wordt de evolutie van het aantal invaliden per ziektegroep in de regeling voor zelfstandigen en in de algemene regeling voor de periode 2004 tot 2009 weergegeven.

De evolutie van het aantal invaliden in de regeling voor zelfstandigen is eveneens stijgend. In de perioden 2004 tot 2009 steeg het aantal invaliden zelfstandigen met 14,16 %. In de algemene regeling is de stijging meer uitgesproken namelijk + 20 %.

In de algemene regeling zijn de psychische stoornissen de voornaamste oorzaak van invaliditeit, gevolgd door ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel. De derde oorzaak van invaliditeit betreft de hart- en vaatziekten.

Bij de zelfstandigen is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit de ziektegroep 13 (ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel). De psychische stoornissen die ook bij de zelfstandigen sterk toenemen, is de tweede oorzaak van invaliditeit. Net zoals in de algemene regeling zijn hart- en vaatziekten de derde oorzaak van invaliditeit.

3. De evolutie voor het jaar 2009 wordt opgenomen in de tabel in bijlage.

4. Deze evolutie betreft niet alleen België. Het aandeel van de psychische aandoeningen in de uitkeringen voor arbeidsongeschikte personen stijgt in alle industrielanden. Het RIZIV participeert in dat verband in een netwerk van de OESO dat onder andere dit probleem beter wil begrijpen. In dit stadium denken we dat deze stijging een samenloop van meerdere factoren is:

- a. Onze maatschappij kent al verschillende jaren een sterke stijging van psychische stoornissen zoals depressie of stress, die duidelijk met de arbeidsomstandigheden zijn verbonden.
- b. Ons eerstelijnsysteem herkent deze stoornissen beter.
- c. Mensen met psychische stoornissen worden op de arbeidsmarkt enigszins gestigmatiseerd, waardoor ze moeilijker weer aan de slag gaan. Deze stigmatisering heeft dikwijls tot gevolg dat ze afhaken en gedurende lange periodes in de invaliditeit zitten. Meer algemeen onderzoekt het RIZIV op dit ogenblik in een werkgroep "arbeidsongeschiktheid" de recente evoluties van arbeidsongeschiktheid, en het vraagstuk van de psychische stoornissen staat er ook op de agenda. De werkgroep buigt zich zowel over de medische en sociale follow-up van de verzekerden als over hun verbeterde re-integratie, op vrijwillige basis, in de arbeidsmarkt.

5. Ook de spier- en gewrichtsaandoeningen nemen in grote mate toe, zowel op Belgisch als op Europees vlak. Men kan natuurlijk moeilijk van een epidemie spreken, maar deze evolutie van chronische ziektes in het algemeen en van deze ziektes in het bijzonder heeft duidelijk een directe weerslag op de arbeidsmarkt en dus op het aantal invaliden. Ons vergoedingsstelsel voor arbeidsongeschiktheid volgt deze evolutie door de mensen met een erkende aandoening te vergoeden.

Evolutie aantal invaliden per ziektegroep – regeling voor zelfstandigen						
Ziektegroep	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	174	169	172	181	181	186
2. Gezwellen.	1 411	1 518	1 625	1 770	1 837	1 976
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	483	488	499	478	450	465
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	24	27	26	32	31	31
5. Psychische stoornissen	3 092	3 172	3 282	3 397	3 439	3 668
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	962	975	1 023	1 053	1 106	1 166
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	2 723	2 697	2 684	2 668	2 591	2 548
8. Ziekten van de ademhalingswegen	486	471	489	478	464	435
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	447	440	456	449	446	463
10. Ziekten van het urogenitaalsysteem	149	154	149	148	160	180
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	1	6	6	8	5	6
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	97	99	99	107	105	112
13. Ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	4 625	4 694	4 897	5 052	5 157	5 521
14. Congenitale afwijkingen	72	72	71	68	78	77
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	2	2	2	2	5	4
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	515	505	511	484	436	447
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	1 757	1 867	1 942	2 027	2 061	2 145
Totaal	17 020	17 356	17 933	18 402	18 552	19 430

Evolutie aantal invaliden per ziektegroep – algemene regeling							
Ziektegroep	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	1 951	1 952	1 969	2 024	2 108	2 133	
2. Gezwellen	11 697	12 197	12 918	13 592	14 266	15 099	
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5 112	5 152	5 241	5 308	5 430	5 604	
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	361	368	373	390	392	413	
5. Psychische stoornissen	66 031	68 272	70 833	74 054	78 112	83 239	
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	12 817	13 024	13 450	13 821	14 347	14 895	
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	19 744	19 517	19 415	19 372	19 216	19 446	
8. Ziekten van de ademhalingswegen	6 125	5 868	5 749	5 664	5 562	5 674	
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	6 048	5 973	5 971	6 052	6 143	6 241	
10. Ziekten van het urogenitaalsysteem	1 888	1 917	1 990	2 002	2 009	2 046	
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	305	339	389	436	510	525	
12. Ziekte van de huid en de celweefsels	1 039	1 073	1 145	1 203	1 241	1 321	
13. Ziekte van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	51 850	52 951	55 441	58 032	60 595	65 169	
14. Congenitale afwijkingen	1 439	1 442	1 449	1 510	1 536	1 577	
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	27	30	27	27	26	29	
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4 160	4 487	4 734	4 895	4 884	5 297	
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	13 803	14 033	14 755	15 302	15 776	16 595	
Totaal	204 397	208 595	215 822	223 684	232 153	245 303	

II. Geneesmiddelen

Uitgaven – Maatregelen ter controle

Vraag nr. 5-278, gesteld op 26 oktober 2010 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie, door mevrouw DEFRAIGNE, Senator¹

Tussen 2000 en 2008 is het aantal voorgeschreven geneesmiddelen in België met bijna 50 % gestegen.

Volgens de jongste cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) hebben de Belgen 4,2 miljard dagelijkse dosissen geneesmiddelen ingenomen in 2008 (of een stijging van 6 % ten opzichte van het jaar 2007), wat het RIZIV in totaal 3,2 miljard EUR heeft gekost, of 12,5 % meer dan in 2007.

Naast de stijging van het aantal voorschriften zijn de voorgeschreven geneesmiddelen (in het bijzonder antidepressiva, cholesterolverlagers, vaccins tegen baarmoederhalskanker, ...) ook nog bijzonder duur, wat het RIZIV in de rode cijfers doet belanden.

Kunt u, naar aanleiding van die vaststelling, antwoorden op volgende vragen:

1. Welke concrete maatregelen kunnen worden genomen om de uitgaven van het RIZIV te doen dalen?
2. Welke zijn volgens u de oorzaken van het stijgende geneesmiddelengebruik?
3. Zult u preventiecampagnes lanceren tegen het overmatige voorschrijven van geneesmiddelen en het overmatige geneesmiddelengebruik?
4. De ziekte- en invaliditeitsverzekering overweegt strengere terugbetalingsvoorwaarden. Riskeert u niet sommige categorieën gebruikers daardoor "in de rode cijfers" te duwen? Ik denk aan de gepensioneerden, die met een aandeel van 39,6% de grootste geneesmiddelenverbruikers blijven.
5. Een andere oplossing zou erin bestaan het aantal door de sociale zekerheid terugbetaalde geneesmiddelen te verminderen. Op basis van welke criteria zult u dat doen?

Antwoord

1. Er is een breed gamma aan concrete maatregelen mogelijk om de uitgaven voor geneesmiddelen te drukken. Naast de pistes inzake het volume waarnaar u verwijst, vormen het systematisch teruggrijpen naar de goedkoopste moleculen en hun specialiteiten en een druk op alle prijzen doeltreffende maatregelen.

1. Senaat, gewone zitting 2010-2011.

2. De veroudering van de bevolking en de multimorbiditeit van die oudere bevolking weerspiegelt zich natuurlijk in een stijging van de uitgaven. Daarnaast komen er meer performante maar duurdere geneesmiddelen in de handel die echter ook een hogere kost veroorzaken. Als voorbeeld geef ik hier de “anti-TNF” geneesmiddelen gebruikt bij de behandeling van reumatoïde artritis. Voor deze nieuwe geneesmiddelen zoals ... werd in 2009 124,9 miljoen EUR uitgegeven voor 3,1 miljoen dagdosissen (DDD). Ter vergelijking werden er voor een conventionele methotrexaat ook gebruikt bij reumatische polyarthritis slechts 900 000 EUR uitgegeven voor 5,4 miljoen dagdosissen (DDD).

3. Al deze volgende initiatieven laten de voorschrijver toe zijn voorschrijfgedrag in overeenstemming te brengen met de stand van zaken inzake het rationeel voorschrijven.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering organiseert twee maal per jaar consensusvergaderingen waarop het doelmatig gebruik van geneesmiddelen in het openbaar besproken wordt. De aanbevelingen die daarna door de jury opgesteld worden, worden opgestuurd naar alle artsen, tandartsen en apothekers. Op de webstek van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kunnen zowel de lange uitvoerige tekst, als de aanbevelingen door de voorschrijvers geraadpleegd worden.

Elke arts die meer dan honderd verpakkingen per semester voorschrijft en elke tandarts die meer dan zestien verpakkingen voorschrijft, krijgt jaarlijks zijn profiel in verband met het goedkoop voorschrijven toegestuurd.

Het percentage “goedkoop voorschrijven” was in 2011 verhoogd voor alle voorschrijvers.

Eind augustus 2010 is de brochure “Protonpomp inhibitoren en statines: gebruik en voorschrijven” opgestuurd naar alle voorschrijvers. In die brochure staan de aanbevelingen inzake een rationeel voorschrijven van de voornoemde geneesmiddelen.

4 en 5. In uw vragen met betrekking tot de aanpassing van de vergoeding voor geneesmiddelen met het oog op de besparingen op het geneesmiddelenbudget suggereert u maatregelen die zowel het aanbod verminderen – door een aantal farmaceutische specialiteiten te schrappen uit de lijst van vergoedbare specialiteiten – als de beperking van de toegang tot vergoedbare farmaceutische specialiteiten – door de voorwaarden voor de vergoeding ervan strenger te maken.

In antwoord daarop kan ik u bevestigen dat de evolutie van de uitgaven voor de vergoeding van geneesmiddelen mijn voortdurende aandacht heeft. Het is echter mijn eerste bekommernis om binnen de beperkingen van het budget dat ter beschikking is voor geneesmiddelentherapieën, een zo goed mogelijke zorg te kunnen aanbieden voor de patiënten die ze nodig hebben.

De adviezen en de voorstellen die de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen formuleert ter ondersteuning van mijn beslissingen hierover zijn van het hoogste belang. Deze commissie beoordeelt onder andere de therapeutische waarde en de therapeutische meerwaarde van de verschillende geneesmiddelen en hun plaats in de medische praktijk. Het spreekt voor zich dat het element “medische nood”, dat de werkelijke behoefte van patiënten weerspiegelt hierbij een cruciaal criterium is.

Ik wil dus benadrukken dat indien maatregelen overwogen worden om het geneesmiddelenbudget onder controle te houden, door de kostenefficiëntie van het gebruik ervan te verhogen, het belang van de patiënten primeert en zal blijven primeren. Ik zal er dus zorgvuldig op toezien dat geen enkele maatregel tot gevolg heeft dat essentiële therapieën niet of niet meer beschikbaar zijn voor patiënten die ze werkelijk nodig hebben.

III. Geneesmiddelen

Verbruik – Andere Europese landen – Maatregelen ter controle

Vraag nr. 5-1648 gesteld op 4 maart 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Ondanks het feit dat het aantal huisartsen en het aantal ziekenhuizen systematisch daalt, blijft de consumptie van medicamenten stijgen. In de rubriek “hart- en vaatziekten” steeg het gebruik van cholesterolremmers in 2009 met 11,5 % in vergelijking met 2008 en medicamenten voor zenuwandoeningen (zoals onder andere antidepressiva) met 10 %.

Wellicht bestaan er verschillende verklaringen voor deze stijgingen, zoals onder andere de vergrijzing. Toch blijft dit fenomeen bevreemdend en misschien ook bedreigend.

Graag kreeg ik een antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe evalueerde het jaarlijkse gebruik van geneesmiddelen in België in de periode van 2006 tot 2010, en dit per soort medicatie? Hoe evalueert en duidt de geachte minister deze ontwikkelingen?
2. Hoe verhoudt het gebruik van medicamenten in België zich tot de consumptie in andere West-Europese landen? Hoe evalueert en duidt zij deze vergelijkingen?
3. Vertoont het gebruik van cholesterolremmers en antidepressiva kenmerken van misbruik of overconsumptie? Zo ja, welke en waarom? Zo niet, met welke argumenten staft zij haar vaststellingen?
4. Rond het gebruik/misbruik van sommige geneesmiddelen organiseerde de overheid een campagne, bijvoorbeeld met betrekking tot antibiotica. Sorteerte deze campagne goede en gewenste effecten? Zo ja, welke? Overweegt zij vergelijkbare campagnes voor andere soorten medicamenten, zoals bijvoorbeeld voor cholesterolremmers en antidepressiva?

Antwoord:

In antwoord op uw vraag, kan ik u het volgende meedelen:

1. Tabel 1 in bijlage geeft per geneesmiddelenklasse (anatomische hoofdgroep) het verbruik (uitgedrukt in DDD) weer van de geneesmiddelen voor de periode 2006-2010, zoals ze in Farmanet voorkomen (farmaceutische specialiteiten afgeleverd in apotheken en opengesteld voor het publiek en terugbetaald door het RIZIV).

Wat de evolutie van het volume in deze periode betreft, wordt voor de gemiddelde jaarlijkse groei van elke geneesmiddelenklasse een stijging vastgesteld. Het totale volume van terugbetaalde geneesmiddelen nam in dezelfde periode jaarlijks gemiddeld toe met 7,4 %.

1. Senaat, gewone zitting 2010-2011.

De belangrijkste volumestijgingen vinden plaats in de geneesmiddelenklassen van het maagdarmkanaal en stofwisseling (vooral bij de maagzuurremmers en orale antidiabetica), van het bloed en de bloedvormende organen (vooral door de opname van acetylsalicylzuur ter preventie van hart- en vaatrisico's in de lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen), van het hart vaatstelsel (bepaalde hartvaatgeneesmiddelen zoals calciumantagonisten, ACE-remmers en cholesterolverlagende middelen), van cytostatica en immunomodulerende middelen (vooral enzymremmers en immunosuppressiva) en van het zenuwstelsel (vooral antidepressiva).

2. Tabel 2 vergelijkt de consumptie van cholesterolremmers, antibiotica en antidepressiva in België met die in andere landen. Door de verschillen tussen de systemen en de bevolkingen is de vergelijkbaarheid van de gegevens onzeker en kun je dus moeilijk definitieve conclusies trekken. Maar België behoort voor deze geneesmiddelenklassen wel duidelijk bij de middelgrote tot grote verbruikers.

3. In een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de evolutie van het gebruik en de impact van het terugbetalingsbeleid van statines (cholesterolverlagende middelen) in België werd er geen melding gemaakt van duidelijk misbruik of overconsumptie.

Wel moet er opgemerkt worden dat in een aantal gevallen (bij primaire preventie) slechts een gering nut van de behandeling kan verwacht worden. Bovendien worden er onnodig dure statines voorgeschreven in eerstelijnszorg.

Wat de antidepressiva en psychofarmaca in het algemeen betreft, heeft mijn beleidscel in een oriëntatienota het gebruik van deze geneesmiddelen in de periode 1997-2008 onderzocht. Uit de analyse van deze gegevens blijkt dat, gezien het grote aantal voorschriften van antidepressiva in verhouding tot de epidemiologische gegevens waarover we beschikken, antidepressiva ook gebruikt worden zonder dat er een reële indicatie van depressie is. Bovendien kunnen de gegevens over het verbruik in België en de buurlanden erop wijzen dat er overconsumptie is, in het bijzonder wegens de behandeling van lichte vormen van depressie. Anderzijds zouden de ernstige vormen eerder onvoldoende behandeld worden.

4. In januari 2011 jongstleden werd reeds voor de 10^{de} maal de nationale antibioticacampagne van de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticumbeleid (BAPCOC) en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu gelanceerd. Met deze sensibiliseringscampagne voor het grote publiek wil BAPCOC het onverantwoord antibioticagebruik verder ondersteunen en zo een daling van de resistentie bekomen. Antibioticaresistentie vormt immers nog steeds een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid, zeker omdat er niet meteen nieuwe antibiotica beschikbaar zullen worden.

Wat de resultaten betreft, werd sinds de start van de campagnes in de winter 2000-2001 een derde minder antibiotica voorgeschreven in de ambulante praktijk (2,4 verpakkingen per 1 000 inwoners per dag in 2009-2010 tegenover 3,6 in 1999-2000). Het percentage aan *Streptococcus pneumoniae* dat resistent is voor penicilline, tetracycline en macroliden daalde tussen 2000 en 2009 respectievelijk van 18 % naar 7 %, van 32 % naar 24 % en van 36 % naar 24 %. De resistentie van *Streptococcus pyogenes* voor macroliden daalde spectaculair van 14 % naar 2 %. Door middel van onder andere deze campagnes kunnen we ervoor zorgen dat antibiotica in de toekomst werkzaam zullen blijven.

Voor antidepressiva werd er reeds in de jaren 80 een sensibiliseringscampagne op touw gezet waarin affiches en folders aan geneesheren werden uitgedeeld die dienden om aan hun patiënten gegeven te worden. Recenter werd de hogervermelde oriënteringsnota over psychomedicatie door mijn beleidscel aan de vertegenwoordigers van de artsen bezorgd. De Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid organiseerde tevens meermaals een campagne over het rationele gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, die ook bestemd was voor het grote publiek, met name via tv-spots: binnenkort volgt overigens een nieuwe campagne.

Voor de cholesterolverlagende middelen en de protonpompremmers werden door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen aanbevelingen opgesteld. Deze aanbevelingen werden opgestuurd naar alle artsen en tandartsen.

Maar het correct gebruiken van het merendeel van de geneesmiddelen hangt uiteraard in de eerste plaats samen met het weldoordacht en terecht voorschrijven ervan. Om die reden financiert het FAGG, via partnerschappen met de VZW Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en de vzw Farmaka (onafhankelijke artsenbezoekers), al jarenlang de feitelijke voorlichting van gezondheidszorgbeoefenaars voor een rationeel voorschrijfgedrag gebaseerd op de meest recente, gevalideerde gegevens en steeds in het belang van de patiënt. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) start weldra een grootscheepse campagne om het grote publiek te sensibiliseren voor een correct gebruik van geneesmiddelen in het algemeen.

Tabel 1: verbruik (in DDD) van geneesmiddelen in 2006-2010 per geneesmiddelenklasse
(Bron: gegevens van Farmanet)

ATC-code	Geneesmiddelenklasse	Volume 2006 (DDD)	Volume 2007 (DDD)	Volume 2008 (DDD)	Volume 2009 (DDD)	Volume 2010 (DDD)	Gemiddelde Jaarlijkse groei (in %)
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling tractus	384 394 524	423 674 046	499 513 768	545 176 827	571 506 116	10,4 %
B	Bloed en bloedvormende organen	77 763 197	83 967 465	140 041 494	321 880 255	352 116 329	45,9 %
C10	Hypolipemierende middelen	298 960 684	336 033 502	393 892 260	431 874 177	456 094 741	11,1 %
C/C10	Hart vaatstelsel uitgezonderd hypolipemierende middelen	1 199 380 366	1 258 280 001	1 386 109 001	1 440 109 512	1 457 473 438	5,0 %
D	Dermatologische preparaten	24 145 921	23 117 283	25 648 009	25 501 729	25 748 563	1,6 %
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	266 487 848	295 804 348	305 448 145	295 254 306	274 656 799	0,8 %
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd	128 208 451	135 317 339	150 992 972	156 697 859	160 856 857	5,8 %
J01	Antibacteriële middelen voor systemisch gebruik	91 982 282	98 035 902	107 957 669	112 013 426	106 261 762	3,7 %
J/J01	Antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik uitgezonderd antibacteriële middelen voor systemisch gebruik	12 177 728	12 927 512	14 446 937	14 763 187	12 656 624	1,0 %
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	35 816 674	38 342 829	43 463 244	45 684 698	46 815 347	6,9 %
M	Skeletspierstelsel	210 959 716	219 811 746	241 162 270 ²	243 940 161	241 030 103	3,4 %
N06A	Antidepressiva	213 629 165	226 676 265	251 734 911	262 555 495	269 214 058	6,0 %
N/N06A	Zenuwstelsel uitgezonderd antidepressiva	167 195 859	177 649 643	195 299 576	203 243 734	211 416 000	6,0 %
P	Antiparasitaire middelen, insecticiden en insectenwerende middelen	1 384 157	1 497 255	1 738 570	1 853 409	1 942 676	8,8 %
R	Ademhalingsstelsel	327 801 020	345 644 887	375 361 494	394 035 244	404 376 881	5,4 %
S	Zintuiglijke organen	69 940 526	70 584 659	74 967 702	73 042 076	73 999 803	1,4 %
V	Diverse middelen	1 425 345	1 498 859	1 555 831	1 564 823	1 508 300	1,4 %
Totalen		3 511 653 463	3 748 881 540	4 209 066 480	4 569 190 917	4 667 674 397	7,40 %

Tabel 2: vergelijk in verbruik (in DDD per 1 000 inwoners per dag) tussen West-Europese landen voor de cholesterolverlagende middelen, de antibacteriële middelen voor systemisch gebruik en de antidepressiva in 2006-2008 (Bron: gegevens van het OESO)

Dagelijkse dosis per duizend inwoners per dag	Hypolipemiërende middelen			Antibacteriële middelen voor systemisch gebruik			Antidepressiva		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Duitsland	42,6	49,9	56,8	13,6	14,5	14,5	30,1	34,3	38,2
Oostenrijk				14,3	14,7	14,6			
België	77,9	87	100,9	24,2	25,4	27,7	55,7	58,7	64,5
Frankrijk	84,6	84,4	88,6	27,9	28,6	28	48,7	50,2	50,4
Ierland				21,2	23	22,5			
Luxemburg	113,8	119		23,9	25,6	25,1	42,3	45,1	
Nederland	125,3	136,2	144,7	10,8	11	11,2	37,1	39,3	41,5
Verenigd Koninkrijk	161,3	187,3	208,5	15,3	16,5	17	52,7	54,4	65,8

M. Uitkeringen

Fraude – aanpak – Nederland - België

Vraag nr. 5-1780 gesteld op 18 maart 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie, door de heer TOMMELEIN, Senator¹

De Nederlandse staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid trekt jaarlijks zes miljoen EUR extra uit om gemeenten te ondersteunen bij de aanpak van fraude met uitkeringen. De aangescherpte fraudebestrijding bij gemeenten wordt ondersteund door Regionale Centra voor fraudebestrijding en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst. Dit is één van de maatregelen uit het handhavingsprogramma voor de komende jaren, dat de staatssecretaris heeft voorgesteld aan de Tweede Kamer. In het regeerakkoord is afgesproken dat er een steviger aanpak van fraude in de sociale zekerheid komt.

Het kabinet verwacht dat een striktere aanpak van uitkeringsfraude tot een aanzienlijke vermindering van het aantal uitkeringen kan leiden. Volgens het regeerakkoord moet de stevigere aanpak zeker 180 miljoen EUR aan structurele besparingen opbrengen. Zo volgt op fraude, naast terugvoering, voortaan inhouding van de (bijstand)uitkering voor drie maanden.

Graag had ik dan ook volgende vragen voorgelegd:

1. Hoe reageert u op de hardere aanpak van uitkeringsfraude vanwege de Nederlandse regering?

1. Senaat, gewone zitting 2010-2011.

2. De Nederlandse regering stelt door de hardere aanpak van uitkeringsfraude ongeveer 180 miljoen EUR structureel te kunnen besparen. Hoeveel levert in ons land de huidige aanpak van uitkeringsfraude per jaar structureel op voor de begroting en hoe verhoudt dit bedrag zich tot het Nederlandse cijfer van 180 miljoen EUR structurele besparing?
3. Welke maatregelen van het Nederlandse handhavingsplan inzake uitkeringsfraude gaat u hier implementeren? Welke zeker niet? Kan u dit toelichten?
4. Kan u meedelen, en dit op jaarbasis en per regio en/of provincie voor respectievelijk de laatste drie jaar, hoeveel personen werden betrapt op uitkeringsfraude? Kan u tevens, voor dezelfde periode en per regio en/of provincie, meedelen hoeveel maal de uitkering van de betrachte personen werd geschorst? Kan u deze cijfers duiden?
5. Kan u meedelen, en dit op jaarbasis alsook per regio en/of provincie voor respectievelijk de laatste drie jaar, hoeveel personen er werden betrapt op domiciliefraude/postbusfraude? Kan u tevens vermelden, voor dezelfde periode en per regio en/of provincie, hoeveel maal de uitkering van de betrachte personen werd geschorst en/of hoeveel maal die personen werden beboet? Kan u deze cijfers aanduiden?

Antwoord:

Het Nederlands handhavingsprogramma voor de periode van 2011-2014 legt de nadruk op een hardere aanpak van de sociale fraude in de sociale zekerheid en de arbeidsregelgeving. In totaal zou deze vernieuwde aanpak voor 180 miljoen EUR aan besparingen in de betreffende sectoren moeten betekenen.

Voor de sector sociale zekerheid steunt die hardere aanpak op twee pijlers: een repressieve en een preventieve aanpak.

De repressieve aanpak in Nederland houdt globaal gezien het volgende in:

- de ten onrechte verleende uitkeringen worden teruggevorderd
- de sancties worden aangescherpt (Dit houdt in dat bij uitkeringsfraude een schorsing van drie maanden wordt opgelegd)
- door het delen van informatie tussen verschillende instanties en door een slimme analyse van die informatie wordt de pakkans verhoogd
- men streeft naar een verhoogde samenwerking van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) met haar partners. Hierbij komt de nadruk te liggen op ondersteuning van de gemeenten door onder meer de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) en het stimuleren van handhaving door de gemeenten.

De preventieve aanpak in Nederland gaat als volgt:

- burgers en bedrijven krijgen voorlichting over de sociale zekerheidsreglementering. Deze strategie steunt op het principe van empowerment: als burgers de reglementering kennen dan zullen zij een overtreding van zichzelf of anderen voorkomen of aangeven. Deze aangifte kan gebeuren via daartoe opgerichte meldpunten
- daarnaast streeft men naar het uitwerken van risicoprofielen.

In deze hele aanpak zal er bijzondere aandacht zijn voor de bestrijding van de witte fraude. De voortgang van de aanpak zal jaarlijks worden opgenomen in de integrale rapportage handhaving. Hiervoor is het noodzakelijk om net niet-naleven van de reglementering zoveel mogelijk meetbaar te maken.

Vooraleer een vergelijking kan worden gemaakt met de Belgische situatie dient eerst te worden vermeld dat de arbeidsvoorziening, de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de kinderbijslag voor werknemers in het Belgische sociale zekerheidsmodel ondergebracht zijn bij drie autonome overheidsinstellingen, namelijk de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW). Dit in tegenstelling tot het Nederlandse model waar deze drie sectoren onder de bevoegdheid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid vallen.

Ik kan u alleen informatie meedelen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en van de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW). De Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) valt onder de bevoegdheid van mijn collega mevrouw Joëlle Milquet, Minister van Werk.

1. Voor wat betreft het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is er de laatste jaren een verhoogde aanpak van de diverse fenomenen binnen het domein van de sociale fraude. De acties die door de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV worden ondernomen in de strijd tegen de sociale fraude, kaderen in het actieplan tegen sociale fraude van de regering en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD). Als overkoepelende dienst ondersteunt en coördineert de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) de federale sociale inspectiediensten in hun strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude.

Voor wat betreft de sociale fraude kan er bij de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV in grote lijnen een onderscheid worden gemaakt tussen volgende types van fraude:

- de witte fraude
- het zwartwerk
- de fictieve onderwerping
- de onrechtmatige onderwerping van bedrieglijke aard
- de domiciliefraude.

De resultaten van de aanpak van de sociale fraude worden jaarlijks gebundeld in een overzichtsrapport. Dit rapport, in voege sinds 2008, is één van de recente initiatieven om de acties naar fraudebestrijding toe te visualiseren.

Wat betreft de witte fraude heeft het RIZIV zich ertoe verbonden om vanaf 2008 jaarlijks de niet-toegelaten cumulatie op te sporen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met door een bezoldiging gedekte dagen die bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) zijn aangegeven. Ofwel betreft dit een activiteit ofwel een vergoeding wegens verbreking van de arbeidsovereenkomst. Om die gevallen van cumulatie op te sporen en te controleren maakt de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV gebruik van de techniek van datamatching of de kruising van de DMFA (Déclaration multifonctionele/Multifunctionele Aangifte)- gegevens met de invaliditeitsuitgaven. De verzekeringsinstellingen beschikken eveneens zelf over die DMFA-gegevens en in het kader van hun opdracht zijn zij verplicht om controles op cumulaties uit te voeren. Daar de verzekeringsinstellingen zelf over de gegevens beschikken, worden zij via deze DAC controle preventief aangezet zelf de nodige acties te ondernemen.

In het kader van de cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een niet-aangegeven activiteit werd de Directie Sociale Controle (DSC) geïntegreerd in de Dienst voor administratieve controle (DAC). De DSC spitst zich toe op de strijd tegen zwartwerk en sluiwerk. Deze dienst beschikt over een 25-tal sociaal controleurs die aan de hand van enquêtes op het terrein de personen opsporen die in het genot zijn van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en die niet-toegelaten activiteit hebben hernomen zonder hiervoor de toestemming van de adviserend geneesheer te hebben gekregen.

Voor wat betreft de fictieve onderwerpen werd de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV, in samenwerking met de gerechtelijke instanties, belast met de behandeling van verscheidene omvangrijke fraudedossiers in de sociale zekerheid. Onderzoek heeft een wijdvertakt systeem van netwerken blootgelegd die er op verschillende manieren voor zorgen dat valse uitkeringsgerechtigden allerlei uitkeringen en bijdragen kunnen verkrijgen zonder hier recht op te hebben. Om het hoofd te bieden aan het grote aantal te behandelen dossiers werd er in juni 2008 beslist om een samenwerkingsverband met de verzekeringsinstellingen op te stellen. Een procedure werd uitgewerkt om de resultaten van het onderzoek van de dossiers door de verzekeringsinstellingen te communiceren aan het RIZIV, die daaropvolgend een kwaliteitscontrole verricht. Om deze dossiers te kunnen behandelen is er eveneens een noodzakelijke uitwisseling van informatie met de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) en met de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ).

Ook gevallen die betrekking hebben op onrechtmatige onderwerpen worden aangeleverd door de RSZ. Indien blijkt dat deze gevallen van bedrieglijke aard zijn, volgt een verder onderzoek van het dossier bij de verzekeringsinstelling. Er is sprake van een bedrieglijke aard indien de sociale verzekerde is onderworpen aan de sociale zekerheid in de verkeerde regeling met het oog op het verkrijgen van hogere uitkeringsbedragen.

Voor het opsporen van domiciliefraude ten slotte wordt er samengewerkt met de steden en gemeenten en meer bepaald met de lokale politie. Naar aanleiding van een klacht kan er immers een vermoeden ontstaan dat de gezinssamenstelling zoals die is vermeld in het Rijksregister der natuurlijke personen niet overeenstemt met de werkelijke gezinssituatie. Dit heeft een mogelijke invloed op de uitkeringen verleend in een tijdvak van invaliditeit vermits die uitkeringen variëren naargelang de gezinssituatie van de sociaal verzekerde. Om een klacht te verifiëren vraagt de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV aan de lokale politie om de situatie ter plaatse vast te stellen en die vaststellingen over te maken. Voor het overige is er in tegenstelling tot het Nederlandse model in de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering geen specifieke bevoegdheid weggelegd voor de steden en gemeenten in het beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en in de strijd tegen de sociale fraude.

In de meerderheid van de bovenvermelde acties wordt een verhoogde samenwerking tussen de verschillende federale inspectiediensten beoogd. Informatiestromen worden uitgewisseld en gekruist om zo te komen tot een betere en snellere opsporing van sociale fraude. Elke inspectiedienst, zo ook de Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV, neemt daarenboven deel aan het project "DATA MINING KSZ sociaal verzekerde".

Dit betreft een project in het kader van de werkzaamheden van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid waar via analyse van de verschillende databanken van de instellingen van sociale zekerheid risicoprofielen opgesteld worden, die een indicatie kunnen zijn voor georganiseerde fraudesystemen door sociaal verzekerden.

Dezelfde werkgroep zal eveneens op korte termijn uniforme alarmen definiëren. Daarnaast zal er ook een uniforme werkwijze ontwikkeld worden voor de opvolging van de acties die ondernomen worden naar aanleiding van deze alarmen.

Indien een ten onrechte verleend bedrag wordt vastgesteld in de sector uitkeringen of in de sector geneeskundige verzorging, worden de prestaties teruggevorderd binnen de tweejarige verjaringstermijn zoals bedoeld in artikel 174, 1^e alinea, 5^o en 6^o van de wet gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Bij de sociaal verzekerde die fraude heeft gepleegd, worden de ten onrechte verleende uitkeringen en/of geneeskundige verzorging echter teruggevorderd binnen de vijfjarige verjaringstermijn zoals bedoeld in artikel 174, 4^e alinea van diezelfde wet.

Als antwoord op de grote omvang van het aantal fictieve onderwerpen is vanaf 1 januari 2009 artikel 164, 10^e alinea van dezelfde wet in voege. Die bepaling houdt in dat indien de aansluiting of inschrijving in een verkeerde hoedanigheid het gevolg is van bedrieglijke handelingen de ten onrechte verleende prestaties in de sector geneeskundige verzorging steeds worden teruggevorderd van de sociaal verzekerde, ongeacht of de aansluiting of inschrijving in een verkeerde hoedanigheid kan worden geregulariseerd door het in aanmerking nemen van een andere geldige hoedanigheid. Voor de eventuele personen ten laste is deze bepaling niet van toepassing.

Artikel 168 *quinquies* van dezelfde wet voorziet ten slotte in administratieve sancties die kunnen worden opgelegd aan de sociaal verzekerde die op basis van valse verklaringen of documenten het recht op uitkeringen of op geneeskundige verzorging heeft verkregen. In de sector van de geneeskundige verzorging kan er een geldboete worden opgelegd van maximaal 500 EUR. In de sector uitkeringen kan men worden uitgesloten van het recht op uitkeringen gedurende maximum 200 dagen.

2. De cijfers die beschikbaar zijn bij het RIZIV voor de periode van 2008 tot en met 2010 hebben betrekking op de volgende aspecten:

- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming is verleend maar die wel zijn aangegeven bij de RSZ
- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming is verleend en die niet zijn aangegeven bij de RSZ (zwartwerk)
- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met vergoedingen wegens verbreking van de overeenkomst
- en de fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid.

Vóór 2008 hadden de acties die in het kader van de strijd tegen de sociale fraude werden ondernomen, voornamelijk betrekking op de cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming was verleend en die niet bij de RSZ waren aangegeven. Bijgevolg zijn er voor die periode enkel cijfers beschikbaar in de sector uitkeringen.

Hiermee rekening houdende werden volgende onverschuldigde bedragen vastgesteld:

Onverschuldigd bedrag sociale fraude	
2010	5 654 123,94
2009	8 709 765,61
2008	12 634 880,81
2007	1 879 357,07
2006	2 423 820,77
2005	3 225 904,56

Bovenstaande cijfers tonen in 2008 de vaststelling van een hoog onverschuldigd bedrag. Dit is het gevolg van de verhoogde aanpak van de sociale fraude vanaf dat jaar. De daaropvolgende jaren is het onverschuldigd bedrag nog steeds hoger dan vóór 2008, maar lager dan in 2008. Dat laatste is te verklaren door een toenemende preventieve aanpak waarbij de verzekeringsinstellingen door de DAC worden aangezet om zelf controles op cumulaties uit te voeren.

Het Nederlandse handhavingsprogramma streeft een besparing van 180 miljoen EUR na over een periode van 4 jaar. Het is niet evident een vergelijking te maken met de bovenstaande cijfers omdat het Nederlandse streefcijfer enerzijds betrekking heeft op de sector arbeidsvoorziening én op de ziekte- en invaliditeitsverzekering en anderzijds betrekking heeft op een periode in de toekomst.

3. Van de reeds geïmplementeerde maatregelen wordt een overzicht gegeven in het antwoord op de eerste vraag.

4. Ook hier geldt dat de cijfers, beschikbaar voor de periode van 2008 tot en met 2010, betrekking hebben op de volgende aspecten:

- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming is verleend maar die wel zijn aangegeven bij de RSZ
- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming is verleend en die niet zijn aangegeven bij de RSZ (zwartwerk)
- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met vergoedingen wegens verbreking van de overeenkomst
- en de fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid.

Vóór 2008 hadden de acties die in het kader van de strijd tegen de sociale fraude werden ondernomen, voornamelijk betrekking op de cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met activiteiten waarvoor geen toestemming was verleend en die niet bij de RSZ waren aangegeven. Bijgevolg zijn er voor die periode enkel cijfers beschikbaar in de sector uitkeringen.

Hiermee rekening houdende wordt een overzicht gegeven van het aantal vaststellingen en het aantal sancties:

	Aantal vaststellingen	Aantal sancties
2010	665	347
2009	1 293	771
2008	1 026	198
2007	273	275
2006	255	235
2005	375	259

Per controledossier is het mogelijk dat er meerdere sancties worden gegeven voor verschillende inbreuken. Bijgevolg is het mogelijk dat het aantal sancties het aantal vaststellingen overschrijdt.

5. Voor de periode van 2008 tot en met 2010 werden er in totaal 71 gevallen van mogelijke domiciliefraude opgestart en afgehandeld. In dit kader werden er 22 sancties aan sociaal verzekerden opgelegd.

...

V. Geneesmiddelen

Goedkope geneesmiddelen – Verbruik – Eventuele bijwerkingen

Vraag nr. 181 gesteld op 6 december 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie, door de heer LOGGHE, Volksvertegenwoordiger¹

Meer en meer huisartsen zouden blijkens berichten bereid zijn om goedkope geneesmiddelen voor te schrijven. Wat zowel goed is voor de staatskas als voor de portemonnee van de patiënten zelf natuurlijk. De kosten voor de ziekteverzekering zouden op die manier met een fors gedeelte kunnen verminderen. Voor de burgers zelf zou de besparing 40 miljoen EUR kunnen bedragen.

1. a) Wat was het jaarlijks verbruik van “goedkope geneesmiddelen” van 2005 tot en met 2009?
b) Zijn er al voorlopige cijfers bekend voor de eerste jaarhelft van 2010?
2. Kan u regionaal opgesplitste cijfers meedelen van het voorschrijfgedrag inzake “goedkope geneesmiddelen”?
3. a) Hoe zit het met eventuele bij- of nawerkingen van deze goedkope geneesmiddelen?
b) Zijn daar studies over en cijfergegevens betreffende bijkomende ziektebeelden of negatieve bijwerkingen?
4. Heeft u weet van klachten betreffende het gebruik van goedkope geneesmiddelen?

Antwoord

1. en 2. In de volgende gegevens werden als goedkope geneesmiddelen beschouwd: de generische geneesmiddelen, de kopiegeneesmiddelen, de originele geneesmiddelen opgenomen in het referentierugbetalingssysteem en die hun verkoopprijs aan publiek verlaagd hebben tot op het niveau van de vergoedingsbasis. De andere geneesmiddelen werden, zelfs als ze onder hun algemene benaming (VOS) (geneesmiddel voorschrijven op stofnaam) voorgeschreven zijn, niet opgenomen in het berekende percentage per gewest.

De Farmanetgegevens van 2010 slaan slechts op de eerste vijf maanden.

De volgende tabel geeft, per gewest, het aandeel in verbruik (uitgedrukt in DDD) weer van de “goedkope geneesmiddelen” van 2005 tot eind mei 2010, berekend op basis van de Farmanetgegevens (specialiteiten, afgeleverd in apotheken opengesteld voor het publiek en terugbetaald door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – RIZIV).

1. Senaat, gewone zitting 2010-2011, blz. 48.

Tabel: aandeel in verbruik (in DDD) "goedkope geneesmiddelen" 2005-2010 (vijf maanden) per gewest					
Jaar	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaanderen	Wallonië	België	België (met VOS)
2005	24,40 %	26,70 %	25,70 %	26,20 %	26,20 %
2006	36,20 %	37,50 %	36,70 %	37,10 %	37,50 %
2007	39,10 %	39,90 %	39,00 %	39,50 %	40,00 %
2008	40,40 %	40,70 %	39,70 %	40,30 %	40,80 %
2009	43,10 %	43,30 %	43,10 %	43,20 %	43,80 %
2010 (5 maanden)	-	-	-	44,70 %	45,20 %

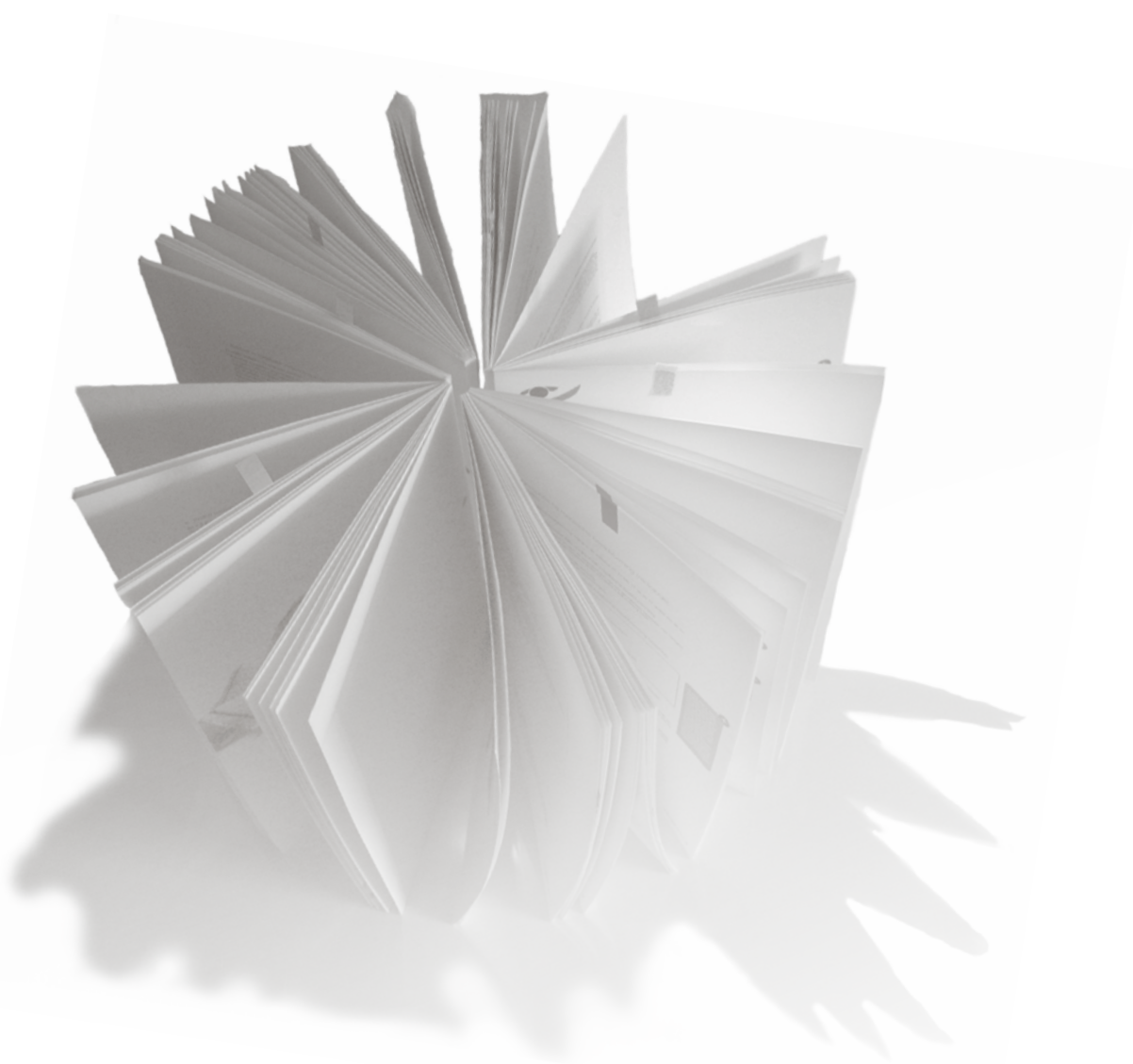
3. a) Alle geneesmiddelen waarvoor een vergunning voor het in de handel brengen is afgeleverd, moeten voldoen aan dezelfde wetenschappelijke eisen (evaluatie van de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid), zowel de "originele" specialiteiten als de "generieken" en "kopieën". Op basis van de rapporten die wij de voorbije maanden en jaren op Belgisch niveau mochten ontvangen, hebben we geen tendens van een verhoogd aantal meldingen of specifieke bijwerkingen met goedkope geneesmiddelen kunnen vaststellen.

Niettegenstaande wordt in het kader van de "Actieve geneesmiddelenbewaking" ten opzichte van de gezondheidszorgbeoefenaars het belang benadrukt van het melden van bijwerkingen, die optreden bij het overschakelen van de ene specialiteit naar de andere tijdens de behandeling, ongeacht of het gaat om een overschakeling tussen "originele" geneesmiddelen, van een "generisch" naar een "origineel" geneesmiddel, van een "origineel" naar een "generisch" geneesmiddel of tussen "generische" geneesmiddelen.

b) Op basis van de door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) ontvangen meldingen van bijwerkingen, kan geen verschil worden vastgesteld tussen de meldingen voor "originele" specialiteiten en die voor de "generieken" en "kopieën". We beschikken niet over studies betreffende bijkomende ziektebeelden of negatieve bijwerkingen met de goedkope geneesmiddelen.

4. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft verder geen weet van klachten met goedkope geneesmiddelen.

5^e Deel
Richtlijnen van het RIZIV



I. De personele werkingssfeer van de Europese regelgeving inzake sociale zekerheid na de inwerkingtreding van Verordening (EG) n° 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels

I. Inleiding

Op 1 mei 2010 zijn de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 ¹ in werking getreden en werden de Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 ingetrokken. In toepassing van het principe van behoud van verworven rechten, heeft de Europese wetgever beslist dat de Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 van kracht blijven en de rechtsgevolgen gehandhaafd blijven met het oog op het behoud van de sociale zekerheidsdekking voor alle personen die niet gedekt worden door de nieuwe verordeningen. Ondertussen heeft de Europese Raad een nieuwe Verordening (EU) 1231/2010 ² aangenomen met het doel de toepassing van Verordening (EEG) 883/2004, voor sommige landen, uit te breiden tot de onderdanen van derde landen.

Deze situatie schept onvermijdelijk een diversiteit aan toe te passen regels, wat aanleiding kan geven tot moeilijkheden bij de praktische toepassing van de Europese wetgeving betreffende de sociale zekerheid.

Deze omzendbrief heeft tot doel de verzekeringsinstellingen een algemeen en praktisch overzicht te geven van de toepassing van de verschillende regels rekening houdende met de nationaliteit van de personen die zich verplaatsen in de lidstaten van de Europese Unie (EU), van de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland.

1. Verordening (EG) Nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29.04.2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, en Verordening (EG) Nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16.09.2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.
2. Verordening (EU) Nr. 1231/2010 van het Europees Parlement en de Raad van 24.11.2010 tot uitbreiding van Verordening (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009 tot onderdanen van derde landen die enkel door hun nationaliteit nog niet onder deze verordeningen vallen.

II. Algemene regel : toepassing van de Europese regels inzake sociale zekerheid voor alle personen verzekerd in één van de lidstaten

Verordening (EG) 883/2004, van kracht sedert 1 mei 2010, is de nieuwe juridische basis geworden en de belangrijkste norm die de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels van de lidstaten van de Europese Unie regelt. Deze Verordening is van toepassing op :

- de onderdanen van een lidstaat van de EU, de staatlozen of vluchtelingen, die op het grondgebied van één der EU-lidstaten wonen, en die onderworpen zijn of geweest zijn aan de wetgeving van één of meerdere lidstaten, alsmede hun gezinsleden en hun nabestaanden
- op de nabestaanden van de personen op wie de wetgeving van één of meer EU-lidstaten van toepassing is geweest, ongeacht de nationaliteit van die personen, indien die nabestaanden onderdanen van één van de EU-lidstaten, staatlozen of vluchtelingen zijn die in één van de EU-lidstaten wonen
- op de onderdanen van derde landen die legaal verblijven op het grondgebied van één van de EU-lidstaten, voor zover zij zich in een grensoverschrijdende situatie bevinden, in de schoot van de Europese Unie, en zij van de werkingssfeer van deze Verordening werden uitgesloten op basis van hun nationaliteit (uitbreiding van de personele werkingssfeer overeenkomstig Verordening (EU) 1231/2010 is van toepassing vanaf 01.01.2011).

Bovendien kan men, sinds de inwerkingtreding van Verordening (EU) 1231/2010; als algemene regel stellen dat Verordening (EG) 883/2004 en zijn toepassingsverordening (EG) 987/2009 van toepassing zijn op alle personen die verzekerd zijn in een lidstaat van de Europese Unie en die hun vrijheid van verkeer in praktijk brengen.

III. Twee uitzonderingen op de algemene regel

1. De situatie van Denemarken

De uitbreiding van de personele toepassingsfeer overeenkomstig Verordening (EU) 1231/2010 is niet van toepassing op Denemarken. Dit land heeft niet deelgenomen aan de goedkeuring van deze Verordening en heeft verklaard niet gebonden te zijn door deze verordening en niet onderworpen te zijn aan de toepassing ervan. Dit betekent dat dit land zich het recht voorbehoudt om Verordening (EG) 883/2004 enkel toe te passen op de onderdanen van de lidstaten van de Europese Unie indien het gaat om personen die verzekerd zijn volgens hun eigen wetgeving of volgens de wetgeving van een andere lidstaat.

2. De situatie van de lidstaten van de EER en Zwitserland

De Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 zijn nog niet van toepassing in het kader van de EER en evenmin in de relaties tussen de Europese Unie en Zwitserland (de desbetreffende overeenkomsten moeten nog worden gewijzigd). Deze toepassing vergt inderdaad een specifiek akkoord tussen de Europese Unie en de desbetreffende staten. In afwachting van deze wijzigingen, blijven de Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 van toepassing in de relaties tussen de landen van de Europese Unie, enerzijds, en Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland, anderzijds.

IV. De bijzondere situatie van het Verenigd Koninkrijk: toepassing van de Verordening (EEG) 1408/71 op de onderdanen van derde landen

Verordening (EU) 1231/2010 heeft Verordening (EG) 859/2003³ ingetrokken die de bepalingen van Verordening (EEG) 1408/71 had uitgebreid tot de personen onderdanen van derde landen. Deze intrekking is evenwel slechts gedeeltelijk, in die mate dat deze enkel van toepassing is op de lidstaten die gebonden zijn door de toepassing van deze nieuwe verordening. Artikel 2 van Verordening (EU) 1231/2010 luidt namelijk als volgt : “Verordening (EEG) nr. 859/2003 wordt ingetrokken tussen de lidstaten die door deze Verordening gebonden zijn.”

Maar, het Verenigd Koninkrijk heeft niet deelgenomen aan de vaststelling van deze Verordening, en heeft verklaard niet gebonden te zijn noch onderworpen te zijn aan de toepassing ervan.

Daaruit vloeit ook voort dat voor het Verenigd Koninkrijk de Verordening (EG) 859/2003 zijn volledige geldigheid behoudt en dat dit land Verordening (EEG) 1408/71 blijft toepassen op de onderdanen van derde landen die in dat land verzekerd zijn of er zich naar toe begeven. Dus, voor het Verenigd Koninkrijk blijven de twee juridische instrumenten van toepassing afhankelijk van de nationaliteit van de verzekerden, namelijk Verordening (EG) 883/2004 voor de onderdanen van de lidstaten van de Europese Unie en Verordening (EEG) 1408/71 voor de onderdanen van derde landen die legaal op het grondgebied van de Unie verblijven.

V. Praktische besluiten

Samenvattend kan gesteld worden dat de uitbreiding van de personele werkingssfeer van Verordening (EG) 883/2004 niet geldt voor alle lidstaten. Uit praktisch oogpunt betekent dit dat, voor wat betreft de afgifte of de ontvangst van aanvaarding van E-formulieren of documenten S of SED's die worden gebruikt voor het recht op geneeskundige verstrekkingen, de controle van de nationaliteit van de rechthebbende zal gebeuren in functie van de bevoegde lidstaat, de lidstaat van verblijf of van wonen.

Dit betekent voor de praktijk dat :

- de controle van de nationaliteit van de betrokken personen niet meer moet worden uitgevoerd behalve in de relaties met Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland;
- in de betrekkingen met het Verenigd Koninkrijk, in beginsel geen controle meer hoeft te worden uitgevoerd op de nationaliteit van betrokkene, met dien verstande dat de bepalingen van Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 van toepassing blijven voor onderdanen derde landen.

De verzekeringsinstellingen vinden als bijlage een tabel die een praktisch overzicht geeft van de inhoud van deze omzendbrief en bedoeld is om hun toe te laten een analyse en een snelle evaluatie te maken omtrent de toepassing van de Europese bepalingen in functie van de nationaliteit van de rechthebbenden.

Van toepassing vanaf 1 januari 2011



Omzendbrief V.I. nr. 2011/271 – 83/406 van 30 juni 2011.

3. Verordening (EG) Nr. 859/2003 van de Raad van 14 mei 2003 tot uitbreiding van de bepalingen van Verordening (EEG) nr. 1408/71 en Verordening (EEG) nr. 574/72 tot de onderdanen van derde landen die enkel door hun nationaliteit nog niet onder deze bepalingen vallen.

II. Sociaal statuut van niet beschermdde lokale mandatarissen

I. Wettelijk kader

Artikel 19, § 4 van de Nieuwe Gemeentewet heeft betrekking op de burgemeesters en schepenen die moeten genieten van het suppletief sociaal statuut door de voorwaarden en de draagwijdte van dit statuut te bepalen.

Artikel 37^{quater} van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers doet hetzelfde voor de personen die een bezoldiging ontvangen voor het uitoefenen van een uitvoerend politiek mandaat bij een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW), een provincie, een vereniging van gemeenten of een OCMW-vereniging beoogd in hoofdstuk XII van de organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn van 8 juli 1976, en op hun vervangers.

Het Koninklijk besluit van 2 augustus 2002 tot uitvoering van artikel 19, § 4 van de nieuwe gemeentewet en van artikel 37^{quater} van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers verduidelijkt de modaliteiten waaronder men van dit statuut kan genieten.

II. Sociale bescherming

Op basis van de hierboven aangehaalde reglementering genieten de ‘niet beschermdde’ lokale mandatarissen van een **suppletief sociaal statuut** tijdens de uitoefening van hun mandaat, waardoor zij door de lokale of provinciale administratie worden onderworpen:

- Aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering
- Aan de reglementering betreffende de werkloosheid
- Aan de gezinsbijslag van het regime van de werknemers.

III. “Niet beschermdde” lokale mandatarissen

De reglementering geeft aan dat beschouwd worden als niet genietend van een sociale bescherming en aldus van het suppletief sociaal statuut moeten genieten:

- de mandatarissen die niet onderworpen zijn aan de sociale zekerheid voor werknemers of aan het sociaal statuut van de zelfstandigen uit hoofde van een andere beroepsactiviteit dan de uitoefening van hun lokaal politiek mandaat en die enkel prestaties inzake geneeskundige verzorging zouden genieten mits betaling van persoonlijke bijdragen aan het ziekenfonds
- de mandatarissen die wel onderworpen zijn aan het socialezekerheidsstelsel van de werknemers of aan het sociaal statuut van de zelfstandigen maar waarvan de omvang van hun activiteit als werknemer of zelfstandige dermate beperkt is dat zij toch aanvullende sociale bijdragen dienen te betalen om prestaties inzake geneeskundige verzorging te genieten.

Om te achterhalen of een mandataris recht moet hebben op het statuut, dient men zijn socialezekerheidsstatuut te onderzoeken op het moment dat hij het mandaat opneemt en dat dient opnieuw te gebeuren indien er tijdens de duur van het mandaat een wijziging optreedt in het sociaal statuut of beroepsstatuut van de mandataris.

Het suppletief sociaal statuut is verplicht van toepassing op alle personen die, om van de geneeskundige verzorging te genieten, een persoonlijke of een aanvullende bijdrage moeten betalen.

Op basis hiervan kunnen de volgende lokale mandatarissen beschouwd worden als “niet beschermd” en dus genieten van het suppletief statuut:

1. Werknemers en ambtenaren

Indien de omvang van hun tewerkstelling als werknemer of ambtenaar dermate beperkt is dat ze zelf bijkomende persoonlijke bijdragen moeten betalen aan het ziekenfonds worden deze mandatarissen beschouwd als niet beschermd en moeten zij een beroep doen op het suppletief sociaal statuut van de lokale mandatarissen. Dit betreft dus de werknemers/ambtenaren waarvan de bijdragebon niet de reglementair vastgelegde minimumwaarde bereikt: om een recht op geneeskundige verzorging te behouden moeten ze een aanvullende bijdrage betalen of, wanneer dit interessanter blijkt voor hen, de bijdrage van resident.

2. Werknemers en ambtenaren met verlof zonder wedde

De werknemers en de ambtenaren die beroep doen op een voltijds verlof zonder wedde om een uitvoerend politiek mandaat uit te oefenen op lokaal niveau, zijn niet beschermde lokale mandatarissen en vallen onder het toepassingsgebied van het suppletief regime. Aangezien ze geen wedde meer ontvangen, betalen ze geen enkele sociale zekerheidsbijdrage.¹

3. Voor werknemers die volledig tijdskrediet nemen bij een werkgever van de private sector, is de uitkering in het kader van het tijdskrediet niet cumuleerbaar met een politiek mandaat. Zij moeten beschouwd worden als niet beschermde lokale mandatarissen.

4. Parlementsleden

Noch de leden van de Kamer van Volksvertegenwoordigers en de Senaat, noch de leden van een gewest- of gemeenschapsraad beschikken over een specifiek sociaal statuut. In de huidige regeling worden enkel de persoonlijke bijdragen, die zij aan het ziekenfonds betalen om gerechtigd te zijn op prestaties in de sector geneeskundige verzorging van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, ten laste genomen door de wetgevende vergadering waarvan zij deel uitmaken.

Indien een parlements lid een uitvoerend gemeentelijk mandaat bekleedt, moet hij als niet beschermde lokale mandataris worden beschouwd.

5. Systeem van terbeschikkingstelling voor 55-plussers

Een lid van het onderwijzend personeel genietend van het systeem van terbeschikkingstelling voor 55-plussers, waarvan de uitbetaling van het wachtgeld geschorst wordt tijdens de uitoefening van een politiek mandaat op lokaal niveau, is een niet-beschermde lokale mandataris op wie het suppletief sociaal statuut toegepast moet worden.

1. De gerechtigde met verlof zonder wedde kan genieten van een voortgezette verzekering voor een duur die drie maand per kalenderjaar niet mag overschrijden (art 247. §1, van het KB van 03.07.1996), maar mits betaling van een specifieke bijdrage (art.250).

6. Personen die niet beroepsactief zijn

Personen die geen beroepsactiviteit uitoefenen moeten met het oog op het genot van prestaties in de tak geneeskundige verzorging, persoonlijk bijdragen betalen aan hun ziekenfonds (voor zover ze niet genieten van geneeskundige verzorging op basis van een inschrijving in de hoedanigheid van persoon ten laste). Deze personen zijn er aldus toe gehouden om zelf bijdragen te betalen en zijn, indien zij een gemeentelijk uitvoerend mandaat bekleden, niet beschermde lokale mandatarissen.

Hetzelfde geldt voor de personen zonder beroepsactiviteit, die voor de uitoefening van hun lokaal politiek mandaat beschouwd werden als personen ten laste en enkel een sociale bescherming genoten door het feit van het afgeleide recht van de gerechtigde (bijvoorbeeld de huisvrouwen).

Door de uitoefening van een politiek mandaat en de inkomsten die daaruit resulteren, is het mogelijk dat zij niet langer kunnen beschouwd worden als persoon ten laste. Enkel de persoon waarvan de bruto bezoldiging een bepaald bedrag per trimester niet overschrijdt kan beschouwd worden als persoon te laste. Maar, de inkomsten die voortkomen uit de uitoefening van een politiek mandaat worden in aanmerking genomen in de bepaling van de bovenbedoelde bezoldiging en spelen dus een rol in de mogelijkheid om de hoedanigheid van persoon ten laste te behouden.

7. Studenten

Wanneer de studenten de leeftijd van 25 jaar hebben bereikt, kunnen zij niet meer beschouwd worden als kind ten laste van de ouders en kunnen zij bijgevolg niet langer op die basis aanspraak maken op een recht op geneeskundige verzorging. De personen ingeschreven in de hoedanigheid van studenten van 25 jaar of ouder worden, indien zij een gemeentelijk mandaat uitoefenen, dus beschouwd als niet beschermde lokale mandatarissen voor zover zij zijn aangesloten bij een ziekenfonds in de hoedanigheid van gerechtigde student waarvan het recht op geneeskundige verzorging afhangt van de betaling van een persoonlijke bijdrage.

8. De zelfstandigen “artikel 37”

Artikel 37 van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen geeft aan dat bepaalde zelfstandigen in hoofdberoep waarvan de professionele inkomsten laag zijn, kunnen vragen gelijkgesteld te worden aan een zelfstandige in bijberoep:

- a) de personen onderworpen aan het Koninklijk besluit nr. 38 ten gunste waarvan, voor het jaar waarop de aanvraag betrekking heeft, rechten worden gewaarborgd op uitkeringen in een verplichte regeling voor pensioen en kinderbijslag en ziekte en invaliditeitsverzekering, sector geneeskundige verzorging, die minstens gelijkwaardig zijn aan die van het sociaal statuut van zelfstandigen;
- b) de studenten onderworpen aan het Koninklijk besluit nr. 38;
- c) de Ministers en Staatssecretarissen, de leden van een Executieve, van de Kamer van volksvertegenwoordigers, van de Senaat, van een Gewestraad, van een Gemeenschapsraad, van een Bestendige Deputatie, van een college van burgemeester en schepenen en de voorzitters van Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, wanneer zij aan het Koninklijk besluit nr. 38 onderworpen zijn.

Om een recht op geneeskundige verzorging te verlengen, moet de rechthebbende beoogd in artikel 37 ingeschreven zijn bij een ziekenfonds in een hoedanigheid van gerechtigde (bijvoorbeeld gerechtigde zelfstandige of student of weduwnaar/weduwe of resident) of persoon ten laste en voldaan hebben aan de reglementair bepaalde bijdrageverplichting voor het referentiejaar:

- Als de rechthebbende van artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van actieve “zelfstandige” en als de sociale bijdragen verschuldigd en betaald in het kader van het sociaal statuut der zelfstandigen niet het verschuldigde minimum bereiken in toepassing van artikel 12, § 1, van het Koninklijk besluit nr. 38, zal het recht op geneeskundige verzorging verlengd worden mits de betaling van de totaliteit van de aanvullende bijdrage. De hoedanigheid van zelfstandige is immers vastgesteld maar geen enkel trimester met activiteit is gelijkgesteld. Cfr. artikel 290, 12° van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- Als de rechthebbende van bovenbedoeld artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van gerechtigde “student” zal het recht op geneeskundige verzorging verlengd worden mits betaling van de persoonlijke bijdrage verschuldigd door de gerechtigde studenten
- Als de rechthebbende van bovenbedoeld artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van gerechtigde “weduwnaar/weduwe”, zal het recht op geneeskundige verzorging gratis verlengd worden (zonder betaling van een persoonlijke bijdrage)
- Als de rechthebbende van bovenbedoeld artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van gerechtigde “resident”, zal het recht op geneeskundige verzorging eveneens verlengd worden in voorkomend geval mits de betaling van een persoonlijke bijdrage vastgesteld in functie van de inkomsten van het gezin waarvan de bovenbedoelde resident deel uitmaakt.

In de drie gevallen waarin het recht op geneeskundige verzorging verlengd wordt mits betaling van een persoonlijke of aanvullende bijdrage, zal het suppletief sociaal statuut van lokale mandatarissen toegepast worden.

Als de rechthebbende van bovenvermeld artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van persoon ten laste en als deze hoedanigheid nog bestaat tijdens de uitoefening van het politiek mandaat, zal het suppletief sociaal statuut van de lokale mandatarissen niet toegepast worden. Dat statuut zal bovendien niet toegepast worden in de veronderstelling waarin de rechthebbende van bovenvermeld artikel 37 ingeschreven is in de hoedanigheid van weduwnaar of weduwe.

9. Arbeidsongeschikte zelfstandigen

Een zelfstandige in de staat van arbeidsongeschiktheid die geniet van een gelijkstelling voor het pensioen in het kader van het sociaal statuut, kan een gratis recht hebben op geneeskundige verzorging.

De mogelijkheid voor een zelfstandige om, gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid, een andere activiteit dan zijn voorafgaande beroepsactiviteit uit te oefenen met het oog op zijn reclassering en met toestemming van de adviserend geneesheer voor een periode van maximaal 12 maanden wordt voorzien door artikel 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten. De uitoefening van een lokaal politiek mandaat valt inderdaad onder de notie “*gelijk welke andere beroepsbezigheid*” beoogd in dit artikel. Niettemin is de toestemming niet vereist wanneer de adviserend geneesheer het politiek mandaat beschouwt als een activiteit van weinig belang².

De uitoefening van zo een mandaat kan een einde stellen aan de ongeschiktheid na de maximale periode beoogd in artikel 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 m.a.w. een periode van 2 x zes maanden of als de adviserend geneesheer de toestemming weigert omdat hij de staat van arbeidsongeschiktheid beschouwt als onverenigbaar met de werklast die het mandaat vereist. In dat geval zal het recht op geneeskundige verzorging niet meer noodzakelijk gratis zijn, dat zal afhangen van de oplossing die weerhouden wordt om een recht aan deze persoon toe te kennen. Als persoonlijke bijdragen verschuldigd waren om te genieten van de geneeskundige verzorging, zal de bovenvermelde rechthebbende genieten van het suppletief sociaal statuut van de lokale mandatarissen.

2. Om de vraag te beantwoorden of het effectief om een activiteit van weinig belang gaat, dient elke situatie in concreto onderzocht te worden terwijl men zich baseert op de omvang of het volume van het betreffende politiek mandaat.

10. Meewerkende echtgenoot van een zelfstandige

De rechthebbende die beschouwd wordt als meewerkende echtgenoot mini-statuuut (geboren voor 01.01.1956), haalt in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geen hoedanigheid van gerechtigde uit zijn situatie van meewerkende echtgenoot: wanneer hij de reglementair vastgelegde voorwaarden vervult, kan hij worden ingeschreven als persoon ten laste. Indien deze oplossing niet mogelijk is, kan hij zich inschrijven in de hoedanigheid van gerechtigde 'resident' en zullen de persoonlijke bijdragen verschuldigd zijn in functie van de inkomens van het gezin waarvan hij deel uit maakt. In dat geval geniet hij van het suppletief sociaal statuut van de lokale mandatarissen.

De gerechtigde die beschouwd wordt als meewerkende echtgenoot maxi-statuuut heeft de hoedanigheid van gerechtigde actieve zelfstandige zoals elke andere zelfstandige. In dat geval vindt het suppletief sociaal statuut van de lokale mandatarissen geen toepassing.

IV. Procedure

De mandataris moet zijn hoedanigheid van niet beschermde lokale mandataris bevestigen door een verklaring op eer, of door middel van een ter post aangetekende brief, geadresseerd aan het College van burgemeester en schepenen of aan de raad voor maatschappelijk welzijn of bij gewone brief met bericht van ontvangst.

Binnen een termijn van twee jaar moet de hoedanigheid van niet beschermde lokale mandataris bevestigd worden door een attest van de verzekeringsinstelling waarbij de mandataris aangesloten is. Dit attest moet jaarlijks worden doorgegeven aan de gemeente of aan het betrokken openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn tot een periode van twee jaar na het einde van het uitoefenen van het mandaat, op vraag van de mandataris.

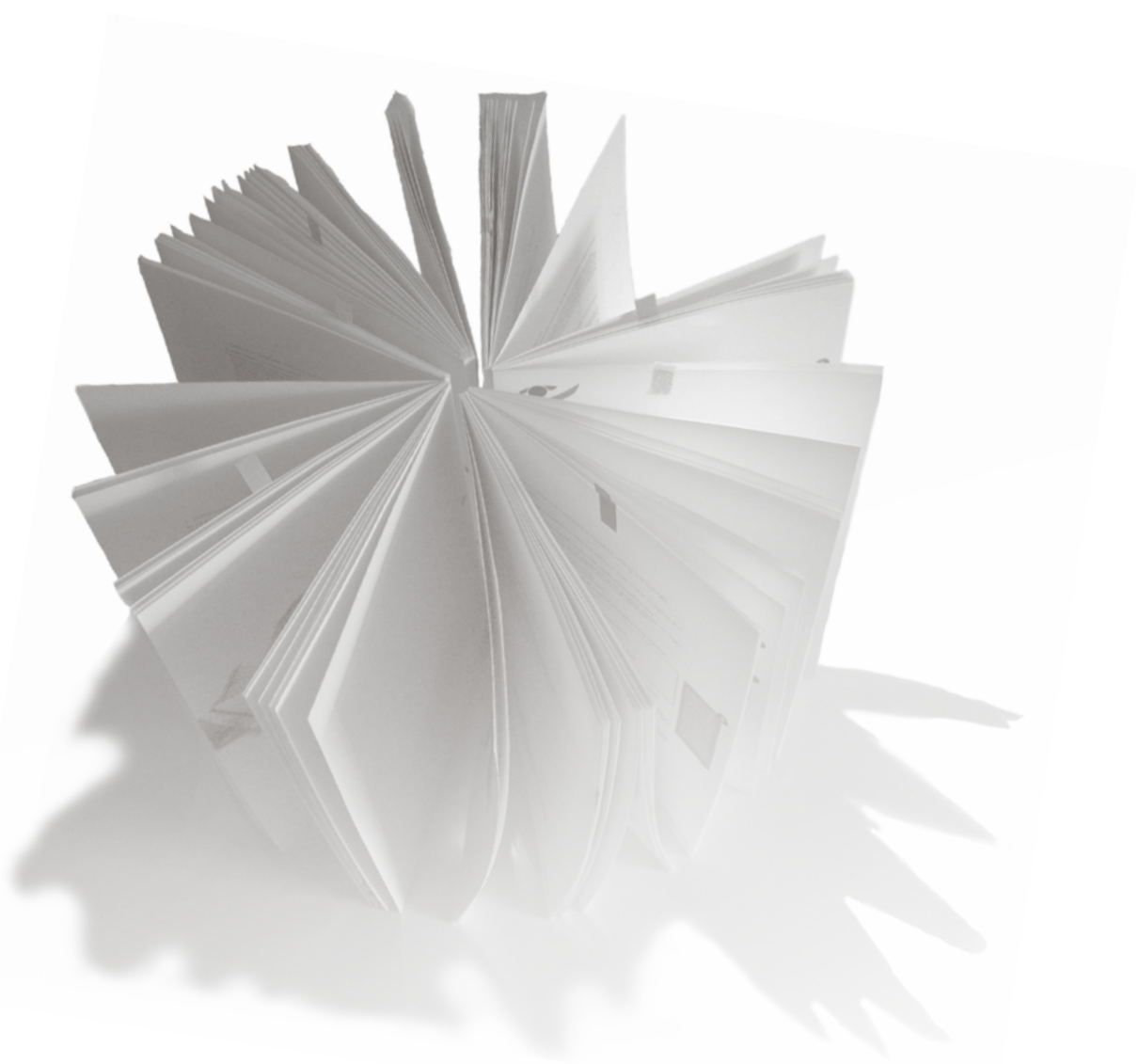
Van toepassing vanaf 3 augustus 2011



Omzendbrief V.I. nr. 2011/ 323 – 21/9 van 4 augustus 2011

6^e Deel

Basisgegevens



I. Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex

Invoering van een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid

1. Algemene regeling

Basiselementen

a) Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex (conjuncturele maatregel)

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden januari, februari, maart en april 2011 bereikte 144,97 punten (basis 2004). Ingevolge artikel 237 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dienen de uitkeringen te worden aangepast aan de gezondheidsindex. De nieuwe spilindex komt overeen met verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{12} = 1,2682$ tegenover basisindex 103,14 (basis 1996).

b) Invoering van een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid

Vanaf de maand mei van het jaar 2011 zal een inhaalpremie van 157,7038 EUR (bedrag aan basis 103,14) worden betaald. Deze premie wordt jaarlijks in de maand mei van het jaar N gestort aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

De in deze omzendbrief opgenomen premie vervangt de inhaalpremie van 61,5258 EUR (bedrag aan basis 103,14) die in 2010 werd gestort aan de gerechtigden waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid minstens 5 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

Toepassingen op 1 mei 2011

A. Primaire arbeidsongeschiktheid

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 30 april 2011 dient met 1,02 vermenigvuldigd te worden om de uitkeringen te bekomen op 1 mei 2011.

Indien de gerechtigde op 30 april 2011 in het genot was van één der minima of maxima dan wordt hem automatisch het op 1 mei 2011 geïndexeerde minimum of maximum toegekend (Zie A. 3 en 2, 3).

2. Gerechtigden die bij de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid werkloos zijn of voor wie geen loon beschikbaar is (toepassing van art. 27 van de V.U.).

a) Toepassing van artikel 211 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De gerechtigden die werkloos zijn bij het begin van hun ongeschiktheid behouden gedurende de eerste zes maanden van die ongeschiktheid de werkloosheidsuitkering waarop zij aanspraak zouden hebben indien zij zich niet in staat van arbeidsongeschiktheid bevonden.

Ter inlichting geven wij in tabel IV de forfaitaire bedragen van de verschillende categorieën van werklozen, in tabel V de geïndexeerde afgeronde bedragen van de werkloosheidsuitkeringen aan 60 %, 55 % en 40 %.

b) Voor de gerechtigden voor wie de werkloosheidsuitkering wordt berekend op basis van het loon van de tewerkstelling, ongeacht of de minimumuitkering werkloosheid al dan niet wordt toegepast, dient het dagloon in aanmerking genomen waarop de werkloosheidsuitkering werd vastgesteld. Voor deze werklozen wordt op het inlichtingsblad een loonreeks (van 5 tot 72) vermeld. Deze loonreeks dient opgezocht in tabel II en geeft automatisch de te betalen ziekte- en invaliditeitsuitkering.

Voor de gerechtigden die op 30 april 2011 reeds ongeschikt waren, geschiedt de aanpassing door vermenigvuldiging met 1,02.

c) Voor de gerechtigden die bij het begin van hun arbeidsongeschiktheid werkloos zijn en voor wie bij de berekening van de werkloosheidsuitkering geen looncategorie 5-72 in aanmerking genomen werd (bv. Forfait, studenten, enz.) of voor de gerechtigden die niet werkloos zijn maar waarvoor geen loon beschikbaar is (bv. voortgezette verzekering, vreemde wetgeving, enz.) dient tabel III gebruikt te worden (bedienden van categorie I). Het in aanmerking te nemen loon verschilt naargelang de leeftijd. Deze lonen volgen niet dezelfde logica van indexaanpassingen als de uitkeringen (niet gepubliceerde tabel).

Tabel III is van toepassing voor diegenen wier ongeschiktheid ten vroegste aanvangt op 1 januari 2008.

3. Maximumuitkeringen (art. 212 van het K.B. van 03.07.1996)

a) Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008

Het maximumloon is vanaf 1 mei 2011 gelijk aan:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 = 122,1665 \text{ EUR}$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,2999 \text{ EUR}$ afgerond 73,3 EUR

b) Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2009

Het maximumloon is vanaf 1 mei 2011 gelijk aan:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 = 123,1437 \text{ EUR}$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,8862 \text{ EUR}$ afgerond 73,89 EUR

c) Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2011

Het maximumloon is vanaf 1 mei 2011 gelijk aan:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 = 124,0057 \text{ EUR}$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR}$ afgerond 74,4 EUR

B. Vanaf de 1^e dag van de 7^e maand van de arbeidsongeschiktheid

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 30 april 2011 dient met 1,02 vermenigvuldigd te worden om de uitkering te bekomen op 1 mei 2011.

Indien de gerechtigde op 30 april 2011 in het genot was van één der minima dan wordt hem automatisch het op 1 mei 2011 geïndexeerde minimum toegekend (zie B. 2, 3).

2. Minimumuitkering voor gerechtigden, die de hoedanigheid van regelmatig werknemer bezitten (art. 214, § 1 van het K.B. van 03.07.1996).

Sinds 1 januari 2007 worden de minimumbedragen voor gerechtigden met gezinslast en alleenstaanden die de hoedanigheid van regelmatig werknemer hebben, gekoppeld aan het gewaarborgde minimumrustpensioen voor een werknemer. De bedragen van het minimumpensioen zijn op jaarbasis en moeten dus voor 312 gedeeld worden om een dagelijkse basis te krijgen (312 = 26 dagen * 12 maanden).

Vanaf 1 mei 2011 gelden volgende minimumuitkeringen:

- a) gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,361,17 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 50,245 \text{ EUR}$ afgerond 50,25 EUR
- b) alleenstaande gerechtigden:
 $9\,892,05 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 40,2086 \text{ EUR}$ afgerond 40,21 EUR
- c) samenwonende gerechtigden:
 $27,185 \text{ EUR} \times 1,2682 = 34,476 \text{ EUR}$ afgerond 34,48 EUR

3. Minimumuitkering voor de gerechtigden, niet-regelmatig werknemer (art. 214, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

Sinds 1 april 2007 worden de minimumbedragen voor gerechtigden die de hoedanigheid van niet-regelmatige werknemer hebben, gekoppeld aan het leefloon. De bedragen van het leefloon zijn op jaarbasis en moeten dus door 312 gedeeld worden om een dagelijkse basis te krijgen (312 = 26 * 12 maanden).

Vanaf 1 mei 2011 gelden volgende minimumuitkeringen:

- a) gerechtigden met persoon ten laste:
 $9\,526,34 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 38,7221 \text{ EUR}$ afgerond 38,72 EUR
- b) gerechtigden zonder gezinslast:
 $7\,144,75 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 29,0416 \text{ EUR}$ afgerond 29,04 EUR

C. Invaliditeit

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 30 april 2011 dient met 1,02 te worden vermenigvuldigd om de uitkering te bekomen op 1 mei 2011.

Indien de gerechtigde op 30 april 2011 in het genot was van één der minima of maxima dan wordt hem automatisch het op 1 mei 2011 geïndexeerde minimum of maximum toegekend.

2. Maximumuitkering (art. 213 van het K.B. van 03.07.1996).

Vanaf 1 mei 2011 worden de maximumuitkeringen bepaald als volgt:

• **Begin arbeidsongeschiktheid voor 1 oktober 1974**

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $38,3895 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 51,0577 \text{ EUR}$ afgerond 51,06 EUR
- b) Gerechtigden zonder gezinslast:
 $25,6917 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 34,1697 \text{ EUR}$ afgerond 34,17 EUR

• **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 oktober 1974 tot en met 31 december 2002**

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 80,836 \text{ EUR}$ afgerond 80,84 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 68,3997 \text{ EUR}$ afgerond 68,4 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 49,7452 \text{ EUR}$ afgerond 49,75 EUR

• **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2003 tot en met 31 december 2004**

• Invalide vóór 1 januari 2005

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 79,251 \text{ EUR}$ afgerond 79,25 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 67,0586 \text{ EUR}$ afgerond 67,06 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 48,7698 \text{ EUR}$ afgerond 48,77 EUR

• Invalide vanaf 1 januari 2005

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 80,836 \text{ EUR}$ afgerond 80,84 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 68,3997 \text{ EUR}$ afgerond 68,4 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 49,7452 \text{ EUR}$ afgerond 49,75 EUR

• **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2005 tot en met 31 december 2007**

• Invalide vóór 1 januari 2007

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 79,2509 \text{ EUR}$ afgerond 79,25 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 67,0586 \text{ EUR}$ afgerond 67,06 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 48,7698 \text{ EUR}$ afgerond 48,77 EUR

• Invalide vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 80,0435 \text{ EUR}$ afgerond 80,04 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 67,7291 \text{ EUR}$ afgerond 67,73 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 49,2575 \text{ EUR}$ afgerond 49,26 EUR

- Invalide vanaf 1 januari 2009¹
 - a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,1012 \times 1,2682 \times 65 \% \times 1,008 = 80,6838$ EUR afgerond 80,68 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,1012 \times 1,2682 \times 55 \% \times 1,008 = 68,2709$ EUR afgerond 68,27 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,1012 \times 1,2682 \times 40 \% \times 1,008 = 49,6516$ EUR afgerond 49,65 EUR
 - **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2008**
 - Invalide vóór 1 januari 2009²
 - a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 79,4082$ EUR afgerond 79,41 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 67,1916$ EUR afgerond 67,19 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 48,8666$ EUR afgerond 48,87 EUR
 - Invalide vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010
 - a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 80,0435$ EUR afgerond 80,04 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 67,7291$ EUR afgerond 67,73 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 49,2575$ EUR afgerond 49,26 EUR
 - Invalide vanaf 1 januari 2011
 - a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 65 \% = 80,6037$ EUR afgerond 80,6 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 55 \% = 68,2032$ EUR afgerond 68,2 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 40 \% = 49,3026$ EUR afgerond 49,6 EUR
3. Cumulatie met de tegemoetkoming aan minder-validen.

Tabel VI in bijlage geeft de bedragen die van 1 mei 2011 af in aanmerking genomen worden voor de gehandicapten waarop de wet van 27 juni 1969 van toepassing blijft ingevolge de overgangsmatregelen voorzien in artikel 28 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten (deze bedragen gelden alleen indien de gerechtigde zijn volledige tegemoetkoming geniet).

Tabel VI geeft dus enkel de bedragen verleend volgens de oude wetgeving en waarop de cumulatieregels nog van toepassing zijn.

1. Deze rubriek betreft de gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap
2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

4. Gedeeltelijke invaliditeitsuitkeringen in het raam van de E.E.G-verordeningen.

a) Ingeval de verzekerde geen andere uitkering geniet dan het of de buitenlandse invaliditeitspensioenen.

In toepassing van artikel 59, § 2 van Reglement (EC) nr. 883/2004 dienen de verzekeringsinstellingen volgende formule toe te passen:

Bedrag van de gedeeltelijke niet-afgeronde prestatie verschuldigd op 30 april 2011	X	niet-afgerond bedrag <u>voor order op 1 mei 2011</u> Niet-afgerond bedrag voor order op 30 april 2011
--	---	--

Men dient te noteren dat met bedrag voor order het bedrag van de uitkering wordt bedoeld, waarop de invalide ten laste van België aanspraak zou kunnen maken indien hij niet gerechtigd was op een prestatie ten laste van een andere Lidstaat van de EEG.

b) Ingeval de verzekerde bovendien in het genot is van een uitkering van een “andere” aard die de toepassing van een anti-cumulatie bepaling met zich meebrengt.

De formule opgenomen onder punt 4.a. is toepasselijk met dien verstande evenwel dat ingevolge de rechtspraak van het Hof van Justitie het niet-afgeronde bedrag voor order vóór toepassing van de anti-cumulatieregels in aanmerking moet worden genomen.

c) Er wordt aan herinnerd dat het RIZIV enkel nog het aangepast bedrag van de uitkering bij middel van een individueel bericht zal meedelen wanneer artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing is of wanneer de verzekerde beoogd bij punt 4.b. en die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan een buitenlandse wetgeving is onderworpen, een invaliditeitspensioen geniet toegekend door een land dat geen EEG-lidstaat is.

5. Inhouding van 3,5 % op de invaliditeitsuitkeringen (art. 134-139 van de wet houdende diverse bepalingen (I) van 27.12.2006 – B.S. 28.12.2006 ed. 3).

Op de invaliditeitsuitkeringen dient, in toepassing van voormelde artikelen, een inhouding van 3,5 % te worden verricht ten voordele van de Sector Pensioenen.

Deze inhouding mag niet tot gevolg hebben dat het bedrag van de uitkering lager wordt dan een zekere dagdrempel, verschillend naargelang betrokkene al dan niet gezinslast heeft.

Deze drempel bedraagt vanaf 1 mei 2011:

- a) gerechtigden met persoon ten laste: 55,14 EUR
- b) gerechtigden zonder gezinslast: 45,78 EUR

Er is een gedeeltelijke inhouding op de invaliditeitsuitkeringen waarvan het bedrag begrepen is tussen:

- a) gerechtigden met persoon ten laste: 55,15 EUR tot 57,13 EUR
- b) gerechtigden zonder gezinslast: 45,79 EUR tot 47,43 EUR

Er is een volledige inhouding op de invaliditeitsuitkeringen vanaf:

- a) gerechtigden met persoon ten laste: 57,14 EUR
- b) gerechtigden zonder gezinslast: 47,44 EUR

D. Moederschap

(art. 216-219 van het K.B. van 03.07.1996)

De eerste 30 dagen van de moederschap bedraagt de moederschapsuitkering:

- 82 % van het onbegrensde loon voor (aktieve) loontrekkenden.
- 79,5 % van het begrensde loon voor werklozen en invaliden.

Vanaf de 31^e dag van de moederschap bedraagt de moederschapsuitkering:

- 75 % van het begrensde loon.

Vanaf 1 mei 2011 bedraagt de maximum uitkering:

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008**

- a) 30 eerste dagen:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 97,1223 \text{ EUR}$ afgerond 97,12 EUR
- b) Vanaf de 31^e dag:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 91,6249 \text{ EUR}$ afgerond 91,62 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010**

- a) 30 eerste dagen:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 97,8993 \text{ EUR}$ afgerond 97,9 EUR
- b) Vanaf de 31^e dag:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 92,3578 \text{ EUR}$ afgerond 92,36 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

- a) 30 eerste dagen:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 79,5 \% = 98,5846 \text{ EUR}$ afgerond 98,58 EUR
- b) Vanaf de 31^e dag:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 75 \% = 93,0043 \text{ EUR}$ afgerond 93 EUR

E. Werkverwijdering

(art. 219^{bis} en 219^{ter} van het K.B. van 03.07.1996)

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap

Voor 1 januari 2010 was de werkverwijdering als gevolg van zwangerschap een gedeelde verantwoordelijkheid van het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) en het RIZIV. De gerechtigden ontvingen een verschillend uitkeringspercentage naargelang de uitkering ten laste werd genomen door het FBZ of het RIZIV. De gerechtigden waarvan de uitgaven ten laste werden genomen door het RIZIV, ontvingen een uitkering gelijk aan 60 % van het gederfd loon (met toepassing van het ZIV plafond).

Vanaf 1 januari 2010 worden de uitkeringen van alle zwangere vrouwen die uit het werk worden verwijderd ten laste genomen door het RIZIV. Zij ontvangen vanaf genoemde datum een daguitkering gelijk aan 78,237 % van het gederfd loon (met toepassing van het ZIV plafond).

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding.

De gerechtigden ontvangen een uitkering aan 60 % van het gederfd loon (beperkt tot het ZIV plafond). Een uitzondering is voorzien voor onthaalmoeders, wiens uitkering berekend wordt op basis van het inkomen opgenomen onder punt K (sociaal statuut voor onthaalouders).

Vanaf 1 mei 2011 bedraagt de maximum uitkering:

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008**

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en borstvoeding:

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,2999 \text{ EUR}$ afgerond 73,3 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009**

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en borstvoeding:

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 73,8862 \text{ EUR}$ afgerond 73,89 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010**

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap:

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 78,237 \% = 97,0184 \text{ EUR}$ afgerond 96,34 EUR

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding:

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR}$ afgerond 73,89 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap:

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 78,237 \% = 97,0184 \text{ EUR}$ afgerond 97,02 EUR

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding:

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 60 \% = 74,4034 \text{ EUR}$ afgerond 74,4 EUR

F. Vaderschapsverlof

(art. 223*bis* van het K.B. van 03.07.1996)

Vaders hebben recht op een verlof van 10 dagen waarvan er 7 worden vergoed door de sociale zekerheid.

Deze 7 dagen worden vergoed aan 82 % van het geplafonneerde loon.

Vanaf 1 mei 2011 bedraagt de maximum uitkering:

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008**

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,1765 \text{ EUR}$ afgerond 100,18 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010**

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,9779 \text{ EUR}$ afgerond 100,98 EUR

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 101,6847 \text{ EUR}$ afgerond 101,68 EUR

G. Adoptieverlof

(art. 223^{ter} van het K.B. van 03.07.1996)

In geval van adoptie hebben de ouders recht op een verlof van:

- 6 weken, als het kind jonger is dan 3 jaar
- 4 weken als het kind tussen de 3 en 8 jaar oud is

Deze termijnen worden verdubbeld als het om een gehandicapt kind gaat.

De eerste 3 dagen van het adoptieverlof worden vergoed door de werkgever.

De overige dagen worden vergoed aan 82 % van het geplafonneerde loon.

Vanaf 1 mei 2011 bedraagt de maximum uitkering:

- **voor gevallen vanaf 1 januari 2007 tot en met 31 december 2008**
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,1765 \text{ EUR}$ afgerond 100,18 EUR
- **voor gevallen vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010**
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 100,9779 \text{ EUR}$ afgerond 100,98 EUR
- **voor gevallen vanaf 1 januari 2011**
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2682 \times 82 \% = 101,6847 \text{ EUR}$ afgerond 101,68 EUR

H. Werkhervatting met toelating van de adviserend geneesheer

(art. 230 van het K.B. van 03.07.1996)

Het bedrag ter berekening van de inkomenschijsen bedraagt vanaf 1 mei 2011:

$$9,06 \text{ EUR} \times 1,2682 = 11,4899 \text{ EUR}$$

I. Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden

(art. 215^{bis}, 215^{ter} van het K.B. van 03.07.1996)

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt vanaf 1 mei 2011:

$$10,4466 \text{ EUR} \times 1,2682 = 13,2484 \text{ EUR}$$
 afgerond 13,25 EUR

Het forfaitaire bedrag voor hulp van derden (HvD) is van toepassing voor alle gerechtigden met uitzondering van de gerechtigden zonder gezinslast die voor de inwerkingtreding van het forfait een uitkering met gezinslast ontvingen en waarvoor het verschil tussen uitkering met last enerzijds en zonder last anderzijds groter was dan het forfait. Deze laatsten mogen een uitkering met last blijven behouden zolang de hulp van derde erkend blijft en de vroegere regel voor hen voordeliger blijft.

J. Toegelaten inkomen van personen ten laste

(art. 225 van het K.B. van 03.07.1996)

Vanaf 1 mei 2011 worden de maandelijkse bedragen berekend als volgt:

$660,4241 \text{ EUR} \times 1,2682 = 837,5498 \text{ EUR}$ afgerond 837,55 EUR
 $762,9204 \text{ EUR} \times 1,2682 = 967,5357 \text{ EUR}$ afgerond 967,54 EUR
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 = 1\,443,5446 \text{ EUR}$ afgerond 1 443,54 EUR (Basisbedrag vastgesteld op 01.10.2008)

Om als gerechtigde met last te worden beschouwd mag de persoon ten laste geen bruto-inkomen verdienen van meer dan 837,55 EUR per maand.

Een tweede plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto **beroepsinkomen** hoger is dan 837,55 EUR, maar kleiner is dan 1 443,54 EUR.

Een derde plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto **vervangingsinkomen** hoger is dan 837,55 EUR, maar kleiner of gelijk is aan 967,54 EUR.

K. Sociaal statuut voor onthaalouders

Het uurloon waarop de sociale zekerheidsbijdragen worden berekend is gebaseerd op het gewaarborgd gemiddelde minimummaandinkomen zoals bepaald in de CAO nr. 43 van 2 mei 1988.

Vanaf 1 mei 2011 is het gewaarborgd minimum inkomen gelijk aan:

- a) Maandelijks loon:
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 = 1\,443,5446 \text{ EUR}$ afgerond 1 443,54 EUR
- b) Dagelijks loon:
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 / 26 = 55,5209 \text{ EUR}$ afgerond 55,52 EUR
- c) Uurloon:
 $1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 * 3 / 494 = 8,7665 \text{ EUR}$ afgerond 8,77 EUR

L. Begrafeniskosten

(art. 238 van het K.B. van 03.07.1996)

De forfaitaire begrafenis­kosten zijn niet gekoppeld aan de gezondheidsindex en bedragen 148,74 EUR.

M. Maximumvergoedingen voor vrijwilligerswerk

(Wet van 03.07.2005 betreffende de rechten van vrijwilligers gewijzigd door de wet van 19.07.2006)

Het onbezoldigd karakter van het vrijwilligerswerk belet niet dat de vrijwilliger door de organisatie wordt vergoed voor de door hem voor de organisatie gemaakte kosten. De vrijwilliger moet de echtheid en de omvang van deze kosten niet bewijzen, voor zover het totaal van de ontvangen vergoedingen niet meer bedraagt dan de volgende bedragen:

Voor het dienstjaar 2010:

Dagelijks bedrag:

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,219 = 30,219 \text{ EUR afgerond } 30,22 \text{ EUR}$$

Jaarlijks bedrag:

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,219 = 1\,208,7238 \text{ EUR afgerond } 1\,208,72 \text{ EUR}$$

Voor het dienstjaar 2011:

Dagelijks bedrag:

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR afgerond } 30,82 \text{ EUR}$$

Jaarlijks bedrag:

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR afgerond } 1\,232,92 \text{ EUR}$$

Deze bedragen worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op de basis van de verhogingscoëfficiënt die op dat moment van kracht is.

Als de door de vrijwilliger van de Organisatie ontvangen vergoedingen hoger zijn dan de geciteerde bedragen, dan kunnen deze enkel als een terugbetaling van door de vrijwilliger voor de organisatie gemaakte kosten worden beschouwd, indien de echtheid en het bedrag van deze kosten kan aangetoond worden aan de hand van bewijskrachtige documenten.

N. Inhaal- en welvaartspremie

(art. 237^{quinquies} van het K.B. van 03.07.1996 en art. 62 van de wet van 29.12.1990 houdende sociale bepalingen)

Vanaf het jaar 2011 wordt er in de maand mei van elk jaar N een **inhaalpremie** betaald aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

In de loop van de maand januari wordt een **welvaartspremie** gestort aan die gerechtigden die vóór 1 oktober 1974 in arbeidsongeschiktheid zijn getreden. Het bedrag van deze premie wordt niet gekoppeld aan de evolutie van de gezondheidsindex.

De bedragen van deze premies zijn op 1 mei 2011 gelijk aan:

Inhaalpremie:

$$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2682 = 200 \text{ EUR afgerond } 200 \text{ EUR}$$

Welvaartspremie:

$$123,95 \text{ EUR}$$

2. Regeling zelfstandigen

Basiselementen

a) Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex (conjuncturele maatregel)

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden januari, februari, maart en april 2011 heeft het spilindexcijfer 114,97 (basis 2004) bereikt. Ingevolge de wet van 2 augustus 1971 (B.S. 20.08.1971) dienen de uitkeringen van de zelfstandigen te worden aangepast aan de gezondheidsindex. Het bereikte spilindexcijfer komt overeen met een verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{12} = 1,2682$ ten opzichte van het basisindexcijfer 103,14 (basis 1996).

b) Invoering van een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid

Vanaf de maand mei van het jaar 2011 zal een inhaalpremie van 157,7038 EUR (bedrag aan basis 103,24) worden betaald. Deze premie wordt jaarlijks in de maand mei van het jaar N gestort aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

Toepassingen

A. Primaire arbeidsongeschiktheid

(art. 9 van het K.B. van 20.07.1971)

Sinds 1 januari 2007 worden de forfaits, toegekend aan gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid, met last en alleenstaande gekoppeld aan de bedragen van het minimum pensioen van de zelfstandigen. De basisbedragen van het minimum pensioen van de zelfstandigen zijn jaarlijkse bedragen en moeten dus door 312 gedeeld worden om een dagelijkse basis te krijgen ($312 = 26 \text{ dagen} \times 12 \text{ maanden}$).

Deze forfaits worden op 1 mei 2011:

- a) gerechtigden met persoon ten laste:
 $12 \times 142,12 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 49,3546 \text{ EUR}$ afgerond 49,35 EUR
- b) alleenstaande gerechtigden:
 $9 \times 308,83 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 37,838 \text{ EUR}$ afgerond 37,84 EUR
- c) samenwonende gerechtigden:
 $24,3153 \text{ EUR} \times 1,2682 = 30,8367 \text{ EUR}$ afgerond 30,84 EUR

B. Invaliditeit

(art. 10 van het K.B. van 20.07.1971)

Invaliden zonder stopzetting van het bedrijf

Sinds 1 januari 2007 worden de forfaits toegekend aan invaliden zonder stopzetting gekoppeld aan de forfaits toegekend aan gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid (zie vorige paragraaf).

Deze forfaits worden op 1 mei 2011:

- a) gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,142,12 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 49,3546 \text{ EUR}$ afgerond 49,35 EUR
- b) alleenstaande gerechtigden:
 $9\,308,83 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 37,838 \text{ EUR}$ afgerond 37,84 EUR
- c) samenwonende gerechtigden:
 $24,3153 \text{ EUR} \times 1,2682 = 30,8367 \text{ EUR}$ afgerond 30,84 EUR

Invaliden met stopzetting van het bedrijf

Vanaf 1 januari 2007 worden de forfaits, toegekend aan invaliden met stopzetting met last en alleenstaanden, gekoppeld aan de minima voor regelmatige werknemers die van toepassing zijn in de algemene regeling. Deze minima worden, voor wat de gerechtigden met last en alleenstaanden betreft, gekoppeld aan de bedragen van het minimum pensioen van de loontrekkenden die op jaarbasis gegeven zijn. Deze bedragen moeten dus door 312 worden gedeeld om een dagelijkse basis te krijgen ($312 = 26 \text{ dagen} \times 12 \text{ maanden}$).

Deze forfaits worden op 1 mei 2011:

- a) gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,361,17 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 50,245 \text{ EUR}$ afgerond 50,25 EUR
- b) alleenstaande gerechtigden:
 $9\,892,05 \text{ EUR} \times 1,2682 / 312 = 40,2086 \text{ EUR}$ afgerond 40,21 EUR
- c) samenwonende gerechtigden:
 $27,185 \text{ EUR} \times 1,2682 = 34,476 \text{ EUR}$ afgerond 34,48 EUR

C. Moederschap

(art. 93 en 94 van het K.B. van 20.07.1971)

Sinds 1 juli 2007 is het tijdvak van moederschapsrust een rustperiode van 8 weken maar mag, naar keuze van de gerechtigde, tot 6 of 7 weken beperkt worden. Dit tijdvak is met een week verlengd in geval van een geboorte van een meerling.

Het bedrag van de wekelijkse moederschapsuitkering bedraagt vanaf 1 mei 2011:

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2682 = 390,88 \text{ EUR}$$

D. Adoptieverlof

(K.B. van 20.12.2006 tot uitvoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen – B.S. 11.01.2007)

In geval van adoptie hebben de ouders recht op een verlof van:

- 6 weken, als het kind jonger is dan 3 jaar
- 4 weken als het kind tussen de 3 en 8 jaar oud is

Deze termijnen worden verdubbeld als het om een gehandicapt kind gaat.

Het bedrag van de wekelijkse adoptieuitkering bedraagt vanaf 1 mei 2011:

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2682 = 390,88 \text{ EUR}$$

E. Toegelaten jaarlijks beroepsinkomen

(art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971)

In geval van een toegelaten hervatting van een bezoldigde activiteit kan, vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar volgend op het jaar waarin de toegelaten activiteit een aanvang nam, de uitkering ofwel geschorst ofwel verminderd worden. Het bedrag van het beroepsinkomen, dat hierna wordt vermeld, is niet verbonden aan de gezondheidsindex.

De uitkeringen worden geschorst indien het beroepsinkomen uit de toegelaten activiteit tenminste 15 % hoger ligt dan het jaarlijks toegelaten beroepsinkomen dat vastgesteld is op 13 719,35 EUR voor inkomens van 2007 en op 17 149,19 EUR voor inkomens vanaf 2008.

Indien het beroepsinkomen uit de toegelaten activiteit dit jaarlijks toegelaten beroepsinkomen, met minder dan 15 % overschrijdt, worden de uitkeringen verminderd naar rata van het overschrijdingspercentage.

F. Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden

(art. 12 van het K.B. van 20.07.1971)

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt vanaf 1 mei 2011:

$$10,4466 \text{ EUR} \times 1,2682 = 13,2484 \text{ EUR afgerond } 13,25 \text{ EUR}$$

G. Toegelaten inkomen van personen ten laste

(art. 9, § 1, 1^o van het K.B. van 20.07.1971)

Vanaf 1 mei 2011 worden de maandelijkse bedragen berekend als:

$$660,4241 \text{ EUR} \times 1,2682 = 837,5498 \text{ EUR afgerond } 837,55 \text{ EUR}$$

$$762,9204 \text{ EUR} \times 1,2682 = 967,5357 \text{ EUR afgerond } 967,54 \text{ EUR}$$

$$1\,387,49 \text{ EUR} \times 1,0404 = 1\,443,5446 \text{ EUR afgerond } 1\,443,54 \text{ EUR (Basisbedrag vastgesteld op 01.10.2008)}$$

Om als gerechtigde mat last te worden beschouwd mag de persoon ten laste geen bruto-inkomen verdienen van meer dan 837,55 EUR per maand.

Een tweede plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto **beroepsinkomen** hoger is dan 837,55 EUR, maar kleiner is dan 1 443,54 EUR.

Een derde plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto **vervangingsinkomen** hoger is dan 837,55 EUR, maar kleiner of gelijk is aan 967,54 EUR.

H. Maximumvergoedingen voor vrijwilligerswerk

(Wet van 03.07.2005 betreffende de rechten van vrijwilligers gewijzigd door de wet van 19.07.2006)

Het onbezoldigd karakter van het vrijwilligerswerk belet niet dat de vrijwilliger door de organisatie wordt vergoed voor de door hem voor de organisatie gemaakte kosten. De vrijwilliger moet de echtheid en de omvang van deze kosten niet bewijzen, voor zover het totaal van de ontvangen vergoedingen niet meer bedraagt dan de volgende bedragen:

Voor het dienstjaar 2010:

Dagelijks bedrag:

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,219 = 30,219 \text{ EUR afgerond } 30,22 \text{ EUR}$$

Jaarlijks bedrag:

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,219 = 1\,208,7238 \text{ EUR afgerond } 1\,208,72 \text{ EUR}$$

Voor het dienstjaar 2011:

Dagelijks bedrag:

$$24,79 \text{ EUR} \times 1,2434 = 30,8239 \text{ EUR afgerond } 30,82 \text{ EUR}$$

Jaarlijks bedrag:

$$991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR afgerond } 1\,232,92 \text{ EUR}$$

Deze bedragen worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op basis van de verhogingscoëfficiënt die op dat moment van kracht is.

Als de door de vrijwilliger van de Organisatie ontvangen vergoedingen hoger zijn dan de geciteerde bedragen, dan kunnen deze enkel als een terugbetaling van door de vrijwilliger voor de organisatie gemaakte kosten worden beschouwd, indien de echtheid en het bedrag van deze kosten kan aangetoond worden aan de hand van bewijskrachtige documenten.

I. Inhaalpremie

Vanaf het jaar 2011 wordt er in de maand mei van elk jaar N een **inhaalpremie** betaald aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

Inhaalpremie:

$$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2682 = 200 \text{ EUR afgerond } 200 \text{ EUR}$$

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


Vanaf - Tot en met		01-09-2010	31-12-2010	01-01-2011	30-04-2011	vanaf 01-05-2011		Volgende indexatie	
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		112,72	1,2434	112,72	1,2434	114,97	1,2682	117,27	1,2936
I. LOONTREKKENDEN									
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens									
Begin arbeids- geschiktheid	vóór 01/01/2005	116,2662		116,2662		118,5852		120,9603	
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	118,5915		118,5915		120,9569		123,3794	
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	119,7775		119,7775		122,1665		124,6133	
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	120,7356		120,7356		123,1437		125,6101	
	vanaf 01/01/2011			121,5808		124,0057		126,4894	
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)									
Maximum Begin arbeids- ongeschiktheid	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	71,8665	71,87	71,8665	71,87	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	vanaf 01/01/2011	-	-	72,9485	72,95	74,4034	74,40	75,8936	75,89
Minimum Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer met gezinslast	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25
	alleenstaanden	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01
	samenwonenden	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17
	niet-regelmatige werknemer met gezinslast	37,9649	37,96	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4977	39,50
	zonder gezinslast	28,4737	28,47	28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6232	29,62
3 - Invaliditeit									
Daguitkering Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
	met gezinslast	50,0592	50,06	50,0592	50,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08
	zonder gezinslast	33,5015	33,50	33,5015	33,50	34,1697	34,17	34,8541	34,85
	vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
	met gezinslast	79,2552	79,26	79,2552	79,26	80,8360	80,84	82,4550	82,46
	alleenstaande	67,0621	67,06	67,0621	67,06	68,3997	68,40	69,7696	69,77
	samenwonende	48,7724	48,77	48,7724	48,77	49,7452	49,75	50,7415	50,74
	vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
	invalide voor 1/01/2005								
	met gezinslast	77,7012	77,70	77,7012	77,70	79,2510	79,25	80,8383	80,84
	alleenstaande	65,7472	65,75	65,7472	65,75	67,0586	67,06	68,4016	68,40
	samenwonende	47,8161	47,82	47,8161	47,82	48,7698	48,77	49,7466	49,75
	invalide vanaf 01/01/2005 ¹								
	met gezinslast	79,2552	79,26	79,2552	79,26	80,8360	80,84	82,4550	82,46
	alleenstaande	67,0621	67,06	67,0621	67,06	68,3997	68,40	69,7696	69,77
	samenwonende	48,7724	48,77	48,7724	48,77	49,7452	49,75	50,7415	50,74
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2007								
	invalide voor 01/01/2007								
	met gezinslast	77,7012	77,70	77,7012	77,70	79,2509	79,25	80,8383	80,84
	alleenstaande	65,7472	65,75	65,7472	65,75	67,0586	67,06	68,4016	68,40
	samenwonende	47,8161	47,82	47,8161	47,82	48,7698	48,77	49,7466	49,75
	invalide vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
	met gezinslast	78,4782	78,48	78,4782	78,48	80,0435	80,04	81,6466	81,65
	alleenstaande	66,4046	66,40	66,4046	66,40	67,7291	67,73	69,0856	69,09
	samenwonende	48,2943	48,29	48,2943	48,29	49,2575	49,26	50,2441	50,24
	invalide voor 01/01/2009 ¹								
	met gezinslast	79,1060	79,11	79,1060	79,11	80,6838	80,68	82,2997	82,30
	alleenstaande	66,9358	66,94	66,9358	66,94	68,2709	68,27	69,6382	69,64
	samenwonende	48,6806	48,68	48,6806	48,68	49,6516	49,65	50,6460	50,65
	vanaf 01/01/2008								
	invalide vanaf 01/01/2009 ²								
	met gezinslast	77,8554	77,86	77,8554	77,86	79,4082	79,41	80,9986	81,00
	alleenstaande	65,8776	65,88	65,8776	65,88	67,1916	67,19	68,5373	68,54
	samenwonende	47,9110	47,91	47,9110	47,91	48,8666	48,87	49,8453	49,85
	invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010								
	met gezinslast	78,4782	78,48	78,4782	78,48	80,0435	80,04	81,6466	81,65
	alleenstaande	66,4046	66,40	66,4046	66,40	67,7291	67,73	69,0856	69,09
	samenwonende	48,2943	48,29	48,2943	48,29	49,2575	49,26	50,2440	50,24
	invalide vanaf 01/01/2011								
	met gezinslast	-	-	79,0275	79,03	80,6037	80,60	82,2181	82,22
alleenstaande	-	-	66,8694	66,87	68,2032	68,20	69,5692	69,57	
samenwonende	-	-	48,6323	48,63	49,6023	49,60	50,5957	50,60	
Minimum	Regelmatige werknemer met gezinslast	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25
	alleenstaande	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01
	samenwonende	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17
	Niet-regelmatige werknemer met gezinslast	37,9649	37,96	37,9649	37,96	38,7221	38,72	39,4977	39,50
	zonder gezinslast	28,4737	28,47	28,4737	28,47	29,0416	29,04	29,6232	29,62

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

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

Vanaf - Tot en met		01-09-2010	31-12-2010	01-01-2011	30-04-2011	vanaf 01-05-2011		Volgende indexatie		
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		112,72	1,2434	112,72	1,2434	114,97	1,2682	117,27	1,2936	
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)										
4 - Moederschap, vaderschap & adoptie										
Maximum Moederschap, vaderschap en werkverwijdering	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008									
	Vad. & adopt.	82,0 %	98,2175	98,22	98,2175	98,22	100,1765	100,18	102,1829	102,18
	Moederschap	79,5 %	95,2231	95,22	95,2231	95,22	97,1223	97,12	99,0675	99,07
		75,0 %	89,8331	89,83	89,8331	89,83	91,6249	91,62	93,4599	93,46
	Werkverwijdering	60,0 %	71,8665	71,87	71,8665	71,87	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2009									
	Vad. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	99,0032	99,00	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Moederschap	79,5 %	95,9848	95,98	95,9848	95,98	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	90,5517	90,55	90,5517	90,55	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Werkverwijdering	78,237 %	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010									
	Vad. & adopt.	82,0 %	99,0032	99,00	99,0032	99,00	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Moederschap	79,5 %	95,9848	95,98	95,9848	95,98	97,8993	97,90	99,8600	99,86
		75,0 %	90,5517	90,55	90,5517	90,55	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	Werkverwijdering	60,0 %	72,4414	72,44	72,4414	72,44	73,8862	73,89	75,3661	75,37
		78,237 %	94,4599	94,46	94,4599	94,46	96,3440	96,34	98,2736	98,27
	vanaf 01/01/2011									
	Vad. & adopt.	82,0 %	-	-	99,6962	99,70	101,6847	101,68	103,7213	103,72
Moederschap	79,5 %	-	-	96,6567	96,66	98,5846	98,58	100,5591	100,56	
	75,0 %	-	-	91,1856	91,19	93,0043	93,00	94,8670	94,87	
Werkverwijdering	60,0 %	-	-	72,9485	72,95	74,4034	74,40	75,8936	75,89	
	78,237 %	-	-	95,1211	95,12	97,0184	97,02	98,9615	98,96	
5 - Diversen										
	Uitkering begrafeniskosten		148,74		148,74		148,74		148,74	
	Onthaalmoeder (maandelijks)	1 415,2398	1 415,24	1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
	Onthaalmoeder (dagelijks)	54,4323	54,43	54,4323	54,43	55,5209	55,52	56,6309	56,63	
	Onthaalmoeder (uurloon)	8,5946	8,59	8,5946	8,59	8,7665	8,77	8,9417	8,94	
	Schijf toegelaten arbeid	11,2652		11,2652		11,4899		11,7200		
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01-10-1974)		123,95		123,95		123,95		123,95	
	Inhaalpremie (5 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)	76,5012	76,50	76,5012	76,50	-	-	-	-	
II. ZELFSTANDIGEN										
1 - Primaire ongeschiktheid										
	met gezinslast	48,3895	48,39	48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3431	50,34	
	alleenstaande	37,0981	37,10	37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,5958	38,60	
	samenwonende	30,2336	30,23	30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4543	31,45	
2 - Invaliditeit										
	Zonder stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	48,3895	48,39	48,3895	48,39	49,3546	49,35	50,3431	50,34	
	alleenstaande	37,0981	37,10	37,0981	37,10	37,8380	37,84	38,5958	38,60	
	samenwonende	30,2336	30,23	30,2336	30,23	30,8367	30,84	31,4543	31,45	
	Met stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	49,2624	49,26	49,2624	49,26	50,2450	50,25	51,2513	51,25	
	alleenstaande	39,4224	39,42	39,4224	39,42	40,2086	40,21	41,0140	41,01	
	samenwonende	33,8018	33,80	33,8018	33,80	34,4760	34,48	35,1665	35,17	
3 - Moederschapsuitkering & adoptie										
	Wekelijkse uitkering		383,24		383,24		390,88		398,71	
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28bis										
	Vanaf beroepsinkomen 2008		17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE										
	plafond statuut met last	821,1713	821,17	821,1713	821,17	837,5498	837,55	854,3246	854,32	
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	948,6152	948,62	948,6152	948,62	967,5357	967,54	986,9138	986,91	
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1 415,2398	1 415,24	1 415,2398	1 415,24	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN										
		12,9893	12,99	12,9893	12,99	13,2484	13,25	13,5137	13,51	
V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN										
1 - Minimum dagdrempel										
	met gezinslast		54,06		54,06		55,14		56,24	
	zonder gezinslast		44,88		44,88		45,78		46,69	
2 - Gedeeltelijke inhouding										
	met gezinslast tussen		54,07		54,07		55,15		56,25	
	en		56,01		56,01		57,13		58,27	
	zonder gezinslast tussen		44,89		44,89		45,79		46,70	
	en		46,50		46,50		47,43		48,37	
3 - Volledige inhouding vanaf										
	met gezinslast		56,02		56,02		57,14		58,28	
	zonder gezinslast		46,51		46,51		47,44		48,38	
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK										
	Dagelijks bedrag	30,2190	30,22	30,8239	30,82	30,8239	30,82	31,4387	31,44	
	Jaarlijks bedrag	1 208,7238	1 208,72	1 232,9181	1 232,92	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)										
						200,0000	200,00	204,0056	204,01	

 Omzendbrieven V.l. nrs. 2011/186 - 45/229 en 2011/185 - 482/109 van 6 mei 2011.

II. Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen

Hieronder geven wij een overzicht van de meest recente evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners die tussen 1 mei en 31 juli 2011 in werking zijn getreden.

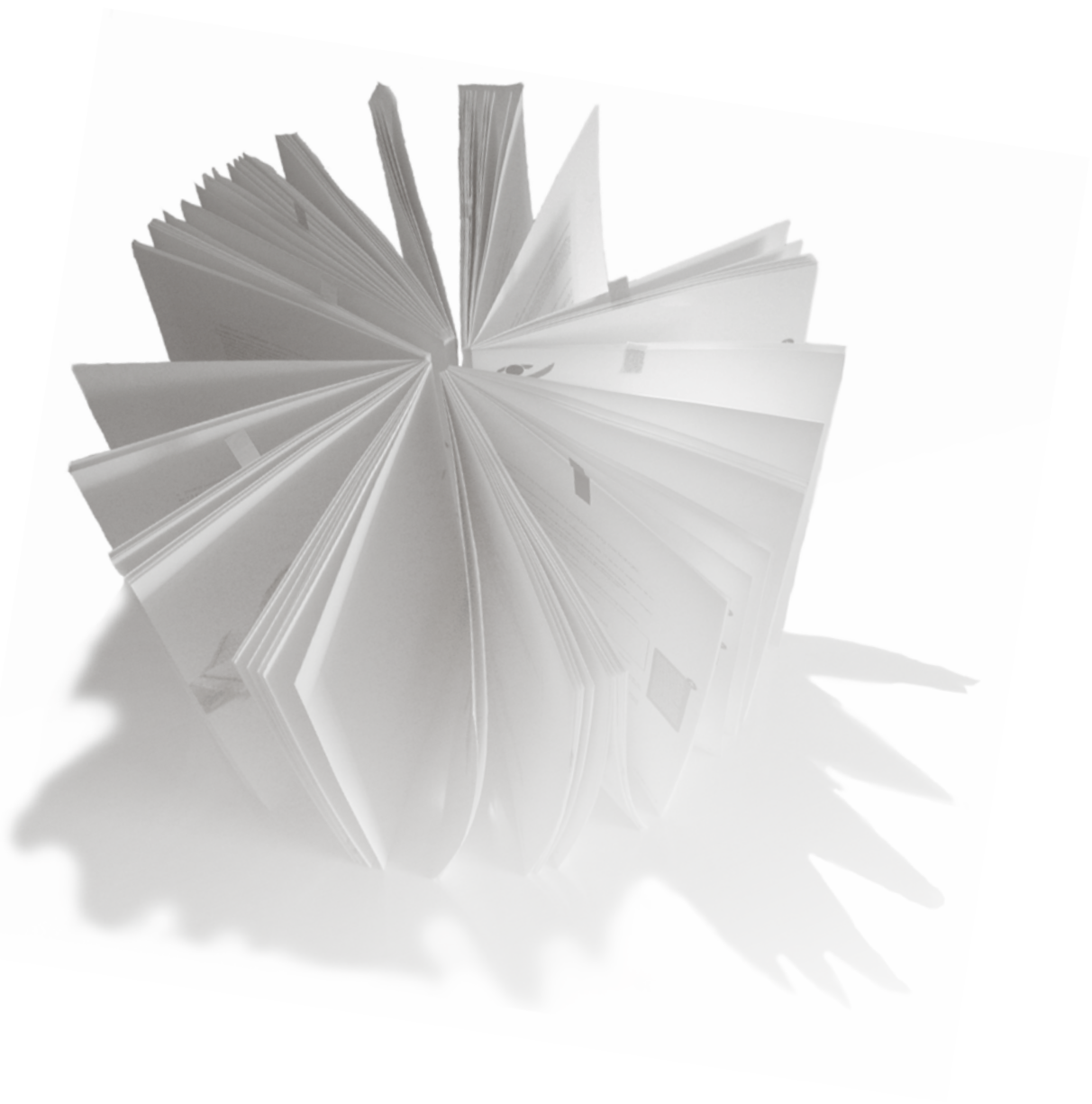


Voor meer details verwijzen wij de lezer naar de tabellen op de internetsite van het RIZIV www.riziv.be, rubriek “Verzekeringsinstellingen” > honoraria, prijzen en vergoedingen

Evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners		Nr. Omzendbrief V.I.
Geneesheren	Medische verstrekkingen Vanaf 1 mei 2011 Ingevolge het Koninklijk besluit van 14 maart 2011 (B.S. van 28.03.2011), wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 532770-532781 van K 32 tot K 60 verhoogd in tabel “K. Dermato-venereologie”. In toepassing van het punt 4.3.3. van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen en volgens de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 18 april 2011 worden de technische verstrekkingen met 1,40 % geïndexeerd op 1 mei 2011.	2011/163
	Vanaf 1 juni 2011 In toepassing van de structurele maatregel N11/05 van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2011, heeft het Verzekeringscomité, tijdens haar vergadering van 23 mei 2011, het voorstel van de “lineaire vermindering” van de vergoedingen voor de verstrekkingen van artikel 18 § 1. A. en voor de verstrekkingen van artikel 18 § 2. A. b) en B. a) tot en met d) <i>quater</i> goedgekeurd. De prijzen en ZIV-tegemoetkomingen van de verstrekkingen in de tabellen “I. Radiotherapie en radiumtherapie” werden aangepast.	2011/214
	Medische beeldvorming Vanaf 1 juni 2011 Ingevolge de Koninklijke besluiten van 5 april 2011 (B.S. van 21.04.2011), worden de verstrekkingen 458570-458581, 458592-458603 en 458452-458463 in tabel “A. 11° Computergestuurde tomografieën” en de verstrekking 458592-458603 in tabel “Honorarium voor verstrekkingen verricht bij kinderen jonger dan 5 jaar” toegevoegd.	2011/212

Evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners		Nr. Omzendbrief V.I.
	<p>Vanaf 1 juli 2011</p> <p>Overeenkomstig het punt 4.7.1. van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2011 van 13 december 2010 heeft de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, in haar vergadering van 4 juli 2011, beslist de tarieven voor medische beeldvorming lineair met 0,93 % te indexeren op 1 juli 2011.</p>	2011/287
	<p>Klinische biologie</p> <p>Vanaf 1 mei 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 18 maart 2011 (B.S. van 30.03.2011) wordt de verstrekking 589713-589724 ingevoerd in tabel "VI. Artikel 33<i>bis</i> van de nomenclatuur".</p> <p>Overeenkomstig het punt 4.4.3. van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2011 van 13 december 2010 en volgens de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 18 april 2011, worden de tarieven voor klinische biologie met 1,40 % geïndexeerd op 1 mei 2011.</p>	2011/164
	<p>Fysische geneeskunde en revalidatie</p> <p>Vanaf 1 mei 2011</p> <p>In toepassing van het punt 4.3.3. van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen en volgens de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 18 april 2011 worden de technische verstrekkingen met 1,40 % geïndexeerd op 1 mei 2011.</p>	2011/288
Menselijk lichaamsmateriaal	<p>Vanaf 1 mei 2011</p> <p>Ingevolge het koninklijk besluit van 5 april 2011 (B.S. van 15.04.2011), worden de tarieven aangepast.</p>	2011/166
Tandheelkundigen	<p>Vanaf 1 mei 2011</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 14 april 2011 (B.S. van 26.04.2011) wordt de omschrijving van de rubrieken "2. a) Preventieve behandelingen" en "3. b) en c) Paradontologie" van artikel 5, § 2, van de nomenclatuur gewijzigd.</p> <p>Bovendien wordt het persoonlijk aandeel voor de verstrekkingen 301372-301383 vastgesteld op 15,50 EUR voor de rechthebbenden zonder voorkeurregeling.</p>	2011/173
Implantaten	<p>Art. 28</p> <p>Vanaf 1 juli 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 28 april 2011 (B.S. van 16.05.2011), zijn de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikel 28, § 1 gewijzigd.</p>	2011/255
	<p>Art. 35 & 35<i>bis</i></p> <p>Vanaf 1 juli 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 28 april 2011 (B.S. van 16.05.2011) zijn tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikels 35 en 35<i>bis</i> gewijzigd.</p>	2011/320
Forfaits	<p>Vanaf 1 mei 2011</p> <p>Ingevolge het nieuw spilindexcijfer (114,97), zijn de tarieven voor de forfaits verricht vanaf 1 mei 2011 gewijzigd.</p>	2011/199

7^e Deel
Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1ste trimester 2011

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	273.090	564.702	869.736	1.198.372	
b) Medische beeldvorming	251.845	530.451	792.676	1.073.158	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	446.465	861.833	1.269.914	1.714.677	
d) Speciale verstrekkingen	285.164	570.416	848.951	1.142.193	
e) Heelkunde	246.728	502.232	740.974	998.898	
f) Gynaecologie	21.906	44.510	67.117	90.146	
g) Toezicht	85.257	172.346	256.994	343.449	
h) Forfait accreditering geneesheren	4.172	8.554	10.298	15.615	
i) Forfait medisch dossier	1.237	1.237	1.237	1.237	
j) Forfait Telematica	5	5.645	5.971	5.980	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.766	13.251	24.867	35.646	
m) Impulsfonds	1.709	4.153	7.183	8.848	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	399	801	9.430	
Totaal geneesheren	1.622.344	3.279.729	4.896.719	6.637.649	6.752.342
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accreditering	2	7	10.814	10.911	
Totaal tandheelkundigen	182.456	363.307	544.014	733.995	725.299
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.046.186	2.074.146	3.068.416	4.120.417	4.114.558
4. Honoraria van verpleegkundigen	236.929	488.376	741.800	992.475	1.067.781
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	8.307	8.307	17.433	17.433	17.602
6. Verzorging door kinesitherapeuten	138.588	281.541	409.898	549.049	554.250
7. Verzorging door bandagisten	50.787	104.943	158.593	220.657	213.553
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	122.061	245.091	359.550	486.150	631.061
10. Verzorging door opticiens	6.045	11.781	17.021	22.586	19.589
11. Verzorging door audiciens	9.348	18.761	28.976	38.904	38.857
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.174	6.344	9.826	13.401	13.882
13. Verpleegdagprijs	1.130.463	2.270.335	3.388.971	4.505.495	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.276	96.152	143.893	195.657	
Totaal	1.177.739	2.366.487	3.532.864	4.701.152	4.850.422
14. Militair hospitaal - all-in prijs	994	4.164	5.753	8.255	7.458
15. Dialyse					
a) Geneesheren	33.239	66.249	101.038	136.162	
b) Forfait nierdialyse	30.973	61.565	93.736	126.502	
c) Thuis, in een centrum	23.675	45.414	71.292	97.055	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	87.887	173.228	266.066	359.719	366.686

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	233.221	465.056	700.771	945.453	
b) Rustoorden voor bejaarden	208.197	413.629	623.096	837.404	
c) Dagverzorgingscentra	3.092	6.023	9.317	12.772	
d) Loonharmonisering personeel RVT	81.467	142.363	203.315	264.298	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	156	156	193	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	0	
Totaal	528.272	1.029.522	1.538.950	2.062.415	2.102.965
17. Einde loopbaan	29.604	45.952	62.409	78.936	63.041
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.424	41.855	63.480	85.882	93.987
b) Initiatieven van beschut wonen	8.791	17.462	26.523	35.732	42.873
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	473	961	1.490	1.986	2.109
Totaal	30.688	60.278	91.493	123.600	138.969
19. Revalidatie en herscholing	107.207	219.697	327.324	446.290	481.477
20. Bijzonder Fonds	4.156	5.735	6.705	11.255	14.412
21. Logopedie	16.546	34.028	47.472	65.076	68.226
22. Medisch-pediatische centra	3	3	3	3	40
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Regularisaties + Herfacturatie	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) Fiscale MAF	-353	-755	-1.186	-1.409	
Totale Maximumfactuur	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Chronische zieken	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Palliatieve zorgen	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	106	202	319	467	405
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Therapeutische projecten	226	421	564	783	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Geïnterneerden	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Tabaksontwenning	1	1	2	50	3.390
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	107	1.956	1.956	2.016	2.888
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	99.730

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	0	0	234	676	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39. MS/ALS/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.285
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	0
44. Diversen	1.143	2.264	2.571	7.422	56.388
- Affectatie toekomstfonds					299.852
- Gereserveerde bedragen 2009					-119.537
- Saldo					0
Totaal	0	0	0	0	180.315
Algemeen totaal	5.536.217	11.010.885	16.411.050	22.123.421	23.084.470

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheelkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiëns	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciëns	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.531	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.295	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Rustoord voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Einde loopbaan	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatieven van beschut wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	0
45. Sociaal akkoord	0	0	0	0	0
46. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.605	24.249.164

Tabel III: 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				
b) Medische beeldvorming	265.925				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137				
d) Speciale verstrekkingen	295.200				
e) Heelkunde	267.290				
f) Gynaecologie	22.858				
g) Toezicht	91.284				
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180				
i) Forfait medisch dossier	0				
j) Forfait Telematica	46				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924				
m) Impulsfonds	906				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430				
Totaal geneesheren	1.715.378	0	0	0	7.113.974
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154				797.272
b) Forfait accreditering	7				13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	0	0	0	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.091.498				4.292.935
4. Honoraria van verpleegkundigen	269.534				1.123.367
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.639				20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486				585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879				261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405				673.745
10. Verzorging door opticiens	6.589				30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962				45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846				15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571				5.108.529
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959				213.069
Vervoer	0				238
Totaal	1.268.530	0	0	0	5.321.836
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278				7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638				149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692				140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795				106.447
d) Nachtdialyse	0				0
Totaal dialyse	94.125	0	0	0	396.291

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122				
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883				
c) Dagverzorgingscentra	3.773				
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257				
e) Syndicale premie	2.341				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048				
g) Palliatieve dagcentra	0				
Totaal	604.424	0	0	0	2.345.252
17. Einde loopbaan	34.469				97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934				106.095
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268				39.674
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590				2.634
Totaal	32.792	0	0	0	148.403
19. Revalidatie en herscholing	115.340				552.112
20. Bijzonder Fonds	5.367				17.643
21. Logopedie	19.587				72.903
22. Medisch-pediatische centra	0				0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597				25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299				-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352				379.760
b) Fiscale MAF	0				
Totale Maximumfactuur	125.352	0	0	0	379.760
26. Chronische zieken	20.769				110.175
27. Palliatieve zorgen	3.567				12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254				20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207				8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121				526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127				568
b) COMA	119				783
c) Therapeutische projecten	134				1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	0	0	0	2.686
32. Geïnterneerden	4.889				32.620
33. Tabaksontwenning	224				2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58				3.828

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0				50.000
36. Fonds verslaving	3.000				3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0				0
38. Medische huizen	19.498				82.572
39. MS/ALS/Huntington	1.408				8.563
40. Chronische zieken extra	0				12.864
41. Zorgtrajecten	0				4.581
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0				0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0				12.507
44. Zeldzame ziekten	0				2.964
45. Sociaal akkoord	0				50.000
46. Diversen	1.297				32.821
- 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	5.992.611	0	0	0	25.869.336

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Medische beeldvorming	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Speciale verstrekkingen	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Heelkunde	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynaecologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Toezicht	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accreditering geneesheren	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait medisch dossier	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait Telematica	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Impulsfonds	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	263,2	105,0	26,4
Totaal geneesheren	6,1	6,6	6,9	8,2
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accreditering	250,0	100,0	7,1	7,5
Totaal tandheelkundigen	4,5	5,0	4,2	3,1
3. Farmaceutische verstrekkingen	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	11,6	11,6	6,7	7,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Verzorging door opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Verzorging door audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Verpleegdagprijs	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	1,0	1,4	2,1	2,6
Totaal	-0,6	-0,1	1,2	2,7
14. Militair hospitaal - all-in prijs	39,5	-49,8	-10,3	-19,7
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,7	2,3	1,0	2,8
b) Forfait nierdialyse	2,9	2,5	0,3	1,8
c) Thuis, in een centrum	6,6	8,3	2,8	5,1
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	4,2	4,0	1,2	3,1

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	14,9	11,7	11,0	10,6
b) Rustoorden voor bejaarden	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Dagverzorgingscentra	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	8,3	6,5	6,8	6,8
17. Einde loopbaan	17,8	17,7	16,9	16,5
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	1,2	0,0	0,8	1,2
b) Initiatieven van beschut wonen	7,8	4,8	2,7	2,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,3	12,9	12,6	13,1
Totaal	3,3	1,6	1,5	1,6
19. Revalidatie en herscholing	5,5	5,8	6,1	6,4
20. Bijzonder Fonds	-3,2	43,3	51,6	68,8
21. Logopedie	9,3	8,5	8,2	7,6
22. Medisch-pediatische centra	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	83,5	71,1	49,3	39,3
24. Regularisaties + Herfacturatie	321,0	47,2	31,9	20,1
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,4	19,0	12,7	6,8
b) Fiscale MAF	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totale Maximumfactuur	29,9	19,6	13,4	7,3
26. Chronische zieken	19,5	9,7	5,5	6,4
27. Palliatieve zorgen	3,1	3,0	6,5	3,1
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,2	6,3	6,0	5,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-12,7	-3,4	14,5	-3,6
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,8	19,8	20,1	10,9
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-30,3	-12,8	-13,7	-9,0
b) COMA	5,4	1,6	3,3	-1,6
c) Therapeutische projecten	-48,7	-48,9	-31,7	-29,4
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-30,7	-26,0	-17,0	-16,3

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
32. Geïnterneerden	13.547,7	298,6	29,9	37,4
33. Tabaksontwenning	11.700,0	27.300,0	21.250,0	1.122,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-14,5	-2,7	-3,1
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	1.182,1	343,8
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	13,8	12,8	10,4	11,2
39. MS/ALS/Huntington	0,0	61,1	93,5	78,9
40. Chronische ziekten extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Diversen	-63,8	-17,3	-11,0	31,9
Algemeen totaal	3,7	3,2	3,2	3,2

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) Medische beeldvorming	-0,7	-100,0	-100,0	-100,0
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	5,5	-100,0	-100,0	-100,0
d) Speciale verstrekkingen	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
e) Heelkunde	4,3	-100,0	-100,0	-100,0
f) Gynaecologie	2,9	-100,0	-100,0	-100,0
g) Toezicht	0,3	-100,0	-100,0	-100,0
h) Forfait accreditering geneesheren	11,3	-100,0	-100,0	-100,0
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	475,0	-100,0	-100,0	-100,0
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	-100,0	-100,0	-100,0
m) Impulsfonds	-31,4	-100,0	-100,0	-100,0
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal geneesheren	0,3	-100,0	-100,0	-100,0
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	3,9	-100,0	-100,0	-100,0
b) Forfait accreditering	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal tandheekkundigen	3,9	-100,0	-100,0	-100,0
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,0	-100,0	-100,0	-100,0
4. Honoraria van verpleegkundigen	4,9	-100,0	-100,0	-100,0
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	14,8	-100,0	-100,0	-100,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	6,5	-100,0	-100,0	-100,0
7. Verzorging door bandagisten	8,7	-100,0	-100,0	-100,0
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	-100,0	-100,0	-100,0
10. Verzorging door opticiens	7,7	-100,0	-100,0	-100,0
11. Verzorging door audiciens	4,6	-100,0	-100,0	-100,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	-100,0	-100,0	-100,0
13. Verpleegdagprijs	8,4	-100,0	-100,0	-100,0
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	-100,0	-100,0	-100,0
Vervoer	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal	8,4	-100,0	-100,0	-100,0
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	-100,0	-100,0	-100,0

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) Forfait nierdialyse	2,5	-100,0	-100,0	-100,0
c) Thuis, in een centrum	2,2	-100,0	-100,0	-100,0
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	2,8	-100,0	-100,0	-100,0
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	-100,0	-100,0	-100,0
b) Rustoorden voor bejaarden	2,7	-100,0	-100,0	-100,0
c) Dagverzorgingscentra	9,1	-100,0	-100,0	-100,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-100,0	-100,0	-100,0
e) Syndicale premie	2,0	-100,0	-100,0	-100,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	-100,0	-100,0	-100,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	-100,0	-100,0
Totaal	5,6	-100,0	-100,0	-100,0
17. Einde loopbaan	-1,2	-100,0	-100,0	-100,0
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	-100,0	-100,0	-100,0
b) Initiatieven van beschut wonen	-2,2	-100,0	-100,0	-100,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal	3,4	-100,0	-100,0	-100,0
19. Revalidatie en herscholing	2,0	-100,0	-100,0	-100,0
20. Bijzonder Fonds	33,4	-100,0	-100,0	-100,0
21. Logopedie	8,3	-100,0	-100,0	-100,0
22. Medisch-pediatrische centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,2	-100,0	-100,0	-100,0
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,7	-100,0	-100,0	-100,0
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,7	-100,0	-100,0	-100,0
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	3,7	-100,0	-100,0	-100,0
26. Chronische zieken	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
27. Palliatieve zorgen	3,4	-100,0	-100,0	-100,0

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	-100,0	-100,0	-100,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-100,0	-100,0	-100,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-100,0	-100,0	-100,0
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	-100,0	-100,0	-100,0
b) COMA	0,8	-100,0	-100,0	-100,0
c) Therapeutische projecten	15,5	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	-100,0	-100,0	-100,0
32. Geïnterneerden	-44,9	-100,0	-100,0	-100,0
33. Tabaksontwenning	89,8	-100,0	-100,0	-100,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	109,6	-100,0	-100,0	-100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	11,4	-100,0	-100,0	-100,0
39. MS/ALS/Huntington	29,8	-100,0	-100,0	-100,0
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0			
45. Sociaal akkoord	0,0			
46. Diversen	213,3	-100,0	-100,0	-100,0
Algemeen totaal	4,3	-100,0	-100,0	-100,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Medische beeldvorming	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Speciale verstrekkingen	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Heelkunde	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Gynaecologie	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Toezicht	0,0	0,0	0,0	0,0
h) Forfait accreditering geneesheren	0,0	0,0	0,0	0,0
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	0,0	0,0	0,0	0,0
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	0,0	0,0	0,0	0,0
m) Impulsfonds	0,0	0,0	0,0	0,0
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal geneesheren	24,1	0,0	0,0	0,0
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	24,9	0,0	0,0	0,0
b) Forfait accreditering	0,1	0,0	0,0	0,0
Totaal tandheelkundigen	24,5	0,0	0,0	0,0
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,4	0,0	0,0	0,0
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,0	0,0	0,0	0,0
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	53,2	0,0	0,0	0,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	27,2	0,0	0,0	0,0
7. Verzorging door bandagisten	22,6	0,0	0,0	0,0
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	20,4	0,0	0,0	0,0
10. Verzorging door opticiens	21,9	0,0	0,0	0,0
11. Verzorging door audiciens	26,0	0,0	0,0	0,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,4	0,0	0,0	0,0
13. Verpleegdagprijs	23,8	0,0	0,0	0,0
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,4	0,0	0,0	0,0
Vervoer	0,0			
Totaal	23,8	0,0	0,0	0,0
14. Militair hospitaal - all-in prijs	29,7	0,0	0,0	0,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Geneesheren	23,8	0,0	0,0	0,0
b) Forfait nierdialyse	23,3	0,0	0,0	0,0
c) Thuis, in een centrum	24,2	0,0	0,0	0,0
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	23,8	0,0	0,0	0,0
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Rust- en verzorgingstehuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Rustoorden voor bejaarden	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	25,8	0,0	0,0	0,0
17. Einde loopbaan	35,5	0,0	0,0	0,0
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,6	0,0	0,0	0,0
b) Initiatieven van beschut wonen	23,4	0,0	0,0	0,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	22,4	0,0	0,0	0,0
Totaal	22,1	0,0	0,0	0,0
19. Revalidatie en herscholing	20,9	0,0	0,0	0,0
20. Bijzonder Fonds	30,4	0,0	0,0	0,0
21. Logopedie	26,9	0,0	0,0	0,0
22. Medisch-pediatrie centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	29,3	0,0	0,0	0,0
24. Regularisaties + Herfacturatie	56,7	0,0	0,0	0,0
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	33,0	0,0	0,0	0,0
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	33,0	0,0	0,0	0,0
26. Chronische zieken	18,9	0,0	0,0	0,0
27. Palliatieve zorgen	28,7	0,0	0,0	0,0
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	16,2	0,0	0,0	0,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	13,4	0,0	0,0	0,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	23,0	0,0	0,0	0,0
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	22,4	0,0	0,0	0,0
b) COMA	15,2	0,0	0,0	0,0
c) Therapeutische projecten	10,0	0,0	0,0	0,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	14,1	0,0	0,0	0,0
32. Geïnterneerden	15,0	0,0	0,0	0,0
33. Tabaksonwenning	8,8	0,0	0,0	0,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,5	0,0	0,0	0,0
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	100,0	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	23,6	0,0	0,0	0,0
39. MS/ALS/Huntington	16,4	0,0	0,0	0,0
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0			
45. Sociaal akkoord	0,0			
46. Diversen	4,0	0,0	0,0	0,0
Algemeen totaal	23,2	0,0	0,0	0,0

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	Juni 2010 (1)	September 2010 (2)	December 2010 (3)	Maart 2011 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	12,06	6,14	-2,94	-7,30
b) Medische beeldvorming	5,10	2,82	-0,35	-1,97
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	5,20	4,29	-0,09	0,79
d) Speciale verstrekkingen	4,60	3,92	2,69	2,21
e) Heelkunde	4,05	4,38	3,18	3,29
f) Gynaecologie	4,05	1,88	0,32	0,72
g) Toezicht	8,28	6,22	3,73	2,10
h) Forfait accreditering geneesheren	-35,31	-0,09	-9,88	0,65
i) Forfait medisch dossier	-100,00	-100,00	-100,00	
j) Forfait Telematica	14,22	6,04	6,56	7,14
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	33,18	-21,25	-16,12	-52,66
m) Impulsfonds	48,97	-13,42	-13,46	-14,40
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	22,06	14,27	26,41	9,60
Totaal geneesheren	6,33	4,19	0,43	-0,81
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	6,75	5,22	2,99	2,86
b) Forfait accreditering	5,63	3,00	7,53	7,48
Totaal tandheekkundigen	6,74	5,18	3,05	2,93
3. Farmaceutische verstrekkingen	1,91	2,78	3,14	4,09
4. Honoraria van verpleegkundigen	8,38	6,03	6,40	5,55
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	58,60	6,68	7,02	8,86
6. Verzorging door kinesitherapeuten	7,44	7,33	5,64	5,26
7. Verzorging door bandagisten	11,60	11,46	11,19	10,74
8. Verzorging door orthopedisten	7,92	8,88	5,23	6,36
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	3,45	5,68	6,24	6,67
10. Verzorging door opticiens	13,78	5,18	1,10	2,87
11. Verzorging door audiciens	22,12	13,65	11,91	7,49
12. Verlossingen door vroedvrouwen	11,96	9,81	7,19	8,28
13. Verpleegdagprijs	1,24	0,67	2,69	4,95
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	6,09	5,27	2,61	4,49
Vervoer				
Totaal	1,44	0,86	2,68	4,93
(1) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(2) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(3) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				
(4) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)				

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

Omschrijving	Juni 2010 (1)	September 2010 (2)	December 2010 (3)	Maart 2011 (4)
14 Militair hospitaal - all-in prijs	-27,75	-0,71	-19,69	-13,03
15. Dialyse				
a) Geneesheren	5,03	3,39	2,77	2,71
b) Forfait nierdialyse	4,29	2,58	1,84	1,75
c) Thuis, in een centrum	9,70	5,47	5,15	4,05
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	6,01	3,66	3,08	2,74
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	12,39	11,37	10,56	9,50
b) Rustoorden voor bejaarden	1,42	0,69	1,06	0,94
c) Dagverzorgingscentra	14,45	11,45	8,39	7,78
d) Loonharmonisering personeel RVT	-21,26	-9,85	6,64	3,30
e) Syndicale premie	0,00	0,00	0,00	2,00
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	44,87	6.964,10	6.641,97	4.578,27
g) Palliatieve dagcentra	-100,00			
Totaal	2,42	4,47	6,82	6,12
17. Einde loopbaan	18,03	17,44	16,49	8,70
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	4,32	2,37	1,15	2,30
b) Initiatieven van beschut wonen	4,86	4,54	2,05	-0,43
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	13,75	11,61	13,14	10,86
Totaal	4,63	3,14	1,60	1,64
19. Revalidatie en herscholing	7,03	7,14	6,35	5,46
20. Bijzonder Fonds	53,79	79,94	68,77	82,85
21. Logopedie	10,35	9,49	7,64	7,40
22. Medisch-pediatrie centra	-100,00	-100,00	-100,00	
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	73,46	59,18	39,32	27,86
24. Regularisaties + Herfacturatie	30,89	29,50	20,10	-18,32
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	21,41	16,52	6,78	-0,68
b) Fiscale MAF	-49,50	-83,72	-100,00	-100,00
Totale Maximumfactuur	21,74	17,01	7,27	-0,37
(1) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(2) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(3) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				
(4) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Juni 2010 (1)	September 2010 (2)	December 2010 (3)	Maart 2011 (4)
26. Chronische zieken	3,66	6,53	6,41	2,32
27. Palliatieve zorgen	2,21	5,79	3,07	3,17
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	14,16	9,59	5,07	3,48
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-7,95	9,86	-3,60	-4,09
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	23,06	24,94	10,92	4,50
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-6,05	-9,37	-8,98	11,81
b) COMA	7,58	10,75	-1,62	-2,61
c) Therapeutische projecten	-18,73	-14,57	-29,37	-15,16
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-7,78	-5,84	-16,34	-4,69
32. Geïnterneerden	52,66	16,41	37,45	-8,16
33. Tabaksontwenning	16.050,00	15.733,33	1.122,00	329,34
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-30,82	-12,25	-3,08	5,40
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	22,53	1.370,94	343,79	116,85
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	-100,00	-100,00		
38. Medische huizen				
39. MS/ALS/Huntington	150,53	140,01	78,92	37,90
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	-43,63	91,01	31,89	59,45
Algemeen totaal	4,09	3,50	3,16	3,33
(1) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(2) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(3) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				
(4) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)				