

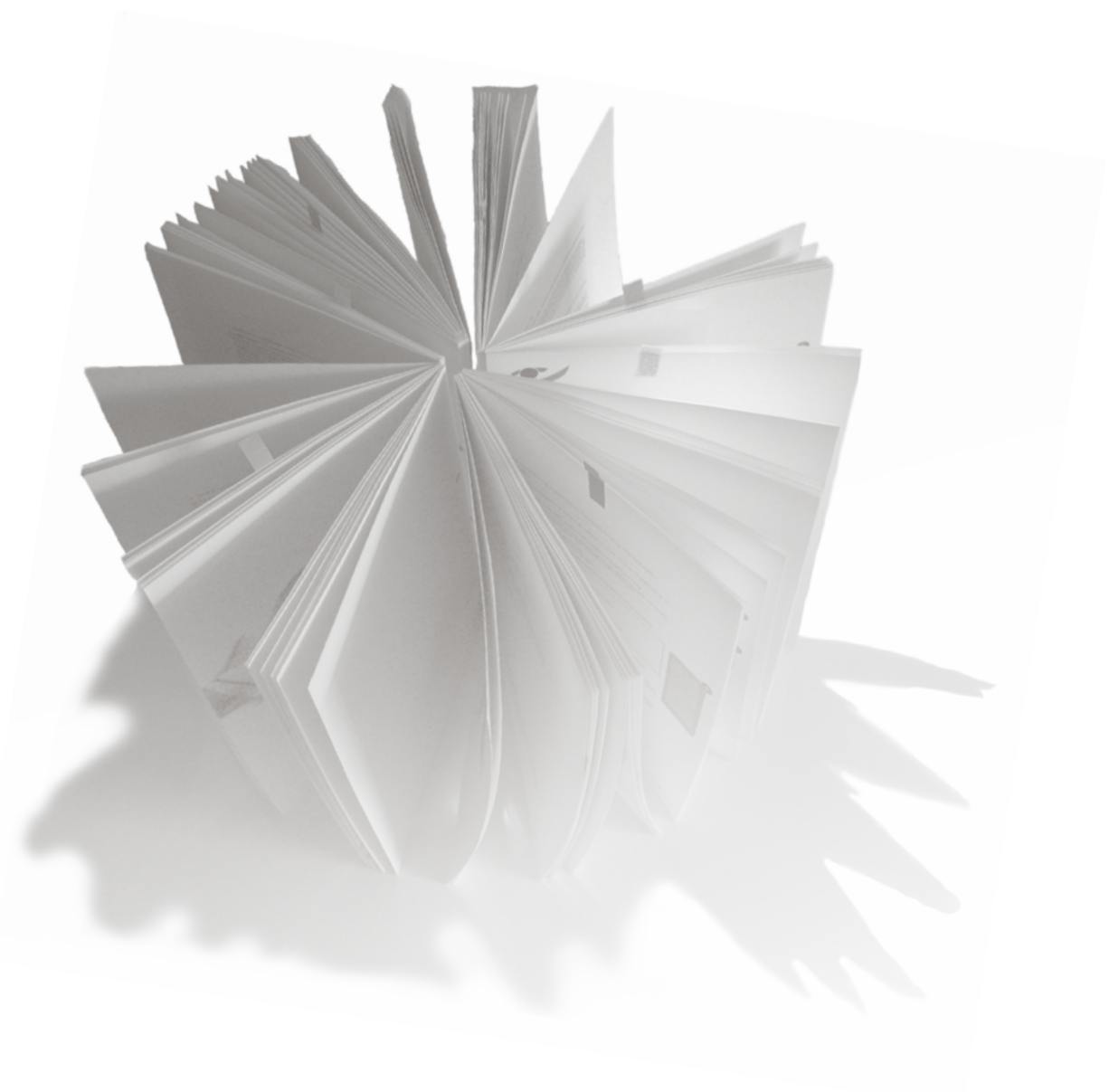
Inhoud

| | | |
|----------------|---|-----|
| 1 ^e | Deel – Studies ¹ | 281 |
| | Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen - ontwikkelingen 2006-2011, door L. Verbruggen en W. Vandamme | 282 |
| 2 ^e | Deel – Evolutie van de wetgeving over de geneeskundige verzorging en uitkeringen | 309 |
| | 2 ^e trimester 2011 | 310 |
| 3 ^e | Deel – Rechtspraak | 321 |
| I. | Raad van State, arrest nr. 214.501 van 7 juli 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 36 <i>duodecies</i> K.B. van 12 augustus 2008 Huisartsen – Samenwerkingsverband – Impulsfonds – Geen schending van het gelijkheidsbeginsel noch van het zorgvuldigheidsbeginsel | 322 |
| II. | Hof van Cassatie van 16 mei 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 136, § 2, leden 4 en 6 en artikel 170, e) Schending van informatieplicht – Burgerrechtelijke aansprakelijkheid – Subrogatie - Terugvordering | 324 |
| III. | Arbeidshof Bergen, 13 oktober 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Criteria – Beroepencategorie | 325 |
| IV. | Arbeidshof Luik, afdeling Namen, 20 oktober 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Beroepencategorie – Uitsluiting van zware arbeid | 327 |
| V. | Arbeidshof Luik, 14 oktober 2011 Koninklijk besluit van 14 september 1984, artikel 14, d) Nomenclatuur – Gastric bypass – Voorwaarden – Leeftijd – Van openbare orde | 329 |
| VI. | Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 3 juni 2011 Grondwet, artikel 159 Wet van 14 juli 1994, artikel 69, § 4 Financiering rustoorden – Wijzigingsbepaling – Wettigheid van bestuurshandelingen – Algemeen belang – Begrotingsmaatregel – Geen schending | 332 |

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

| | | |
|----------------|--|-----|
| 4 ^e | Deel – Parlementaire vragen en antwoorden | 341 |
| I. | Huisartsgeneeskunde Impulsfondsen – Impulseo I, II en III | 342 |
| II. | Informatisering gezondheidszorg SIS-kaart – Vervanging door elektronische identiteitskaart | 344 |
| III. | Publiciteit voor medische diensten Regelgeving | 346 |
| IV. | Fraudebestrijding Maatregelen | 349 |
| 5 ^e | Deel – Richtlijnen van het RIZIV | 353 |
| I. | Regularisatieprocedure in geval van een niet-toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde | 354 |
| 6 ^e | Deel – Basisgegevens | 361 |
| I. | VT-statuut. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoet- koming (artikel 37, § 1, 5° en 6°) vanaf 1 september 2011 | 362 |
| II. | Herwaardering van de uitkeringen op 1 september 2011 | 362 |
| III. | Aanpassing van de tabel IV die als bijlage van de omzendbrief in verband met de aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex wordt opgegeven: werkloosheidsuitkeringen, wachtuitkeringen en overbruggingsuitkeringen | 369 |
| IV. | Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3) | 371 |
| V. | Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen | 372 |
| 7 ^e | Deel – Statistieken | 375 |
| | Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor de geneeskundige verzorging – 1 ^{ste} semester 2011 | 376 |
| 8 ^e | Deel – Bibliografie | 397 |
| | Gezondheidszorg in een notedop | 398 |
| 9 ^e | Deel - Prijzen van publicaties | 399 |
| | Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012 | 400 |

1^e Deel Studies



Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen - ontwikkelingen 2006-2011¹

Door L. Verbruggen en W. Vandamme, Directie Juridische Zaken van de Dienst uitkeringen

1. Wetgeving

a. Gemeenschappelijke bepalingen voor de werknemers en zelfstandigen

TOEKENNING VAN DE FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING VOOR HULP VAN DERDEN

Op voorwaarde dat ze voldeden aan de wettelijke voorwaarden, konden tot en met 31 december 2006 alle gerechtigden tijdens het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid vanaf de vierde maand aanspraak maken op de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden. Gedurende de periode van invaliditeit had enkel de gerechtigde met persoon ten laste recht op deze dagelijkse forfaitaire tegemoetkoming. De gerechtigde zonder gezinslast kon op basis van de erkenning van de behoefte aan andermans hulp aanspraak maken op uitkeringen als gerechtigde met gezinslast.

Vanaf 1 januari 2007 ontvangen alle gerechtigden die voldoen aan de criteria voor de erkenning van de behoefte aan andermans hulp, ongeacht hun gezinssituatie, vanaf de vierde maand van arbeidsongeschiktheid deze forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden².

HOEDANIGHEID VAN GERECHTIGDE MET/ZONDER GEZINSLAST

• Uitbreiding van de categorie van gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande

Sinds 1 januari 2010 is een nieuwe categorie van alleenstaanden in het leven geroepen. Als de gerechtigde samenwoont met een persoon die in principe ten laste kan zijn en die laatste ontvangt een vervangingsinkomen hoger dan 805,06 EUR, maar zonder het bedrag van 930,00 EUR te overschrijden (vigerende bedragen op 01.01.2010), wordt de gerechtigde gelijkgesteld met een gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande³.

1. Overname uit J. PUT en V. VERDEYEN (Ed.) *ontwikkelingen van de sociale rekerheid*, Leuven, die keuse, 2011, blz. 802.

2. Voor de uitkeringsverzekering werknemers: K.B. 29.01.2007 tot wijziging 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. 21.02.2007 (Ed. 2); voor de uitkeringsverzekering zelfstandigen: K.B. 21.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 29.12.2006 (Ed. 6).

3. Art. 226*bis*; § 2, eerste lid ZIV-besluit 1996; K.B. 22.02.2010 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 03.07.1996, B.S. 09.03.2010 (Ed. 1).

• Neutralisatiemaatregelen

Artikel 225, § 5 ZIV-besluit 1996⁴ bevat een overgangsmaatregel die ervoor moet zorgen dat de gerechtigde die de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast zou hebben verloren wegens de vanaf 1 januari 2006 doorgevoerde verhoging van de invaliditeitsuitkeringen van de zelfstandige gerechtigde die met hem samenwoont, die hoedanigheid toch zou kunnen behouden op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Aanvankelijk gold deze maatregel tot 31 december 2008, maar ze is ondertussen meermaals verlengd⁵.

De vanaf 1 juli 2008 doorgevoerde verhoging van enerzijds de minimumpensioenen voor werknemers door het koninklijk besluit van 12 juni 2008⁶ en anderzijds de minimumpensioenen voor zelfstandigen door de Programmawet van 8 juni 2008⁷ wordt op grond van artikel 225, § 6 ZIV-besluit 1996⁸ geneutraliseerd, op voorwaarde dat de gerechtigde met gezinslast zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Artikel 225, § 7, artikel 226*bis*, § 1, tweede lid en artikel 226*bis*, § 2, tweede lid ZIV-besluit 1996⁹ neutraliseren verschillende maatregelen die ter uitvoering van het Generatiepact zijn genomen¹⁰, op voorwaarde dat de gerechtigde met gezinslast of de alleenstaande gerechtigde zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Ten slotte voorzien artikel 225, § 8, artikel 226*bis*, § 1, derde lid en artikel 226*bis*, § 2, derde lid ZIV-besluit 1996 dat de betrokkene zijn hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast of gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande zal behouden als de inkomsten van de persoon ten laste of de samenwonende persoon het drempelbedrag louter overschrijden wegens de vanaf 1 augustus 2010 doorgevoerde verhoging van de minimumpensioenen van de zelfstandigen, op voorwaarde dat de betrokken gerechtigde zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt¹¹.

REGULARISATIEPROCEDURE IN GEVAL VAN EEN NIET TOEGELATEN WERKHERVATTING DOOR EEN ARBEIDSONGESCHIKT ERKENDE GERECHTIGDE

In de uitkeringsverzekering voor werknemers omschrijft artikel 101 van de ZIV-wet 1994 een procedure tot regularisatie van de situatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een activiteit heeft hervat zonder de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer of die de voorwaarden van de toelating niet heeft nageleefd. Deze regularisatie bestaat zowel uit een medisch als een administratief luik.

4. K.B. 19.05.2006 tot wijziging van art. 225 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. 27.06.2006 (Ed. 1).
5. K.B. 21.10.2008 tot wijziging van art. 225, § 5, 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. 24.11.2008 (Ed. 1) (verlenging tot 31.12.2009) en het K.B. van 13.06.2010 tot wijziging van art. 225, § 5, 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. van 21.06.2010 (verlenging tot 31.12.2010). Deze maatregel wordt nogmaals tot 31.12.2011 verlengd (K.B. werd nog niet gepubliceerd).
6. K.B. 12.06.2008 tot verhoging van het gewaarborgd minimumbedrag van het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, B.S. 09.07.2008.
7. Programmawet 08.06.2008, B.S. 16.06.2008.
8. K.B. 12.08.2008 tot wijziging van art. 225 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. 04.09.2008.
9. Voor art. 225, § 7 en art. 226*bis*, § 1, tweede lid ZIV-besluit 1996: cf. K.B. 31.01.2010 tot wijziging 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. 08.02.2010 (Ed. 2); voor art. 226*bis*, § 2, tweede lid ZIV-besluit 1996: cf. K.B. 22.02.2010 tot wijziging 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. 09.03.2010 (Ed. 1).
10. Het betreft meer bepaald de revalorisatiemaatregelen genomen in uitvoering van Titel II, Hoofdstuk II of Titel V, Hoofdstuk I van de wet 23.12.2005 betreffende het Generatiepact, B.S. 30.12.2005 (Ed. 2).
11. Bij afsluiting van deze bijdrage is het K.B. tot wijziging van het ZIV-besluit 1996 nog niet gepubliceerd.

Omdat op beleidsvlak het opdrijven van de strijd tegen de sociale fraude een belangrijke doelstelling vormt, is het artikel 101 vanaf 31 december 2010 ingrijpend gewijzigd¹². Deze wijziging houdt een administratieve vereenvoudiging van de regularisatieprocedure in. Zo moet de situatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft verricht, niet langer worden geregulariseerd op medisch vlak voor het verleden (geen retroactieve erkenning meer van de arbeidsongeschiktheid). Het te verrichten geneeskundig onderzoek heeft enkel nog tot doel om de ongeschiktheid op het ogenblik van het onderzoek en naar de toekomst toe te evalueren.

In het ZIV-besluit 1996 wordt nu bovendien bepaald¹³ dat de termijn waarin dit geneeskundig onderzoek moet worden uitgevoerd, vastgelegd is op dertig werkdagen, te rekenen vanaf de vaststelling door de verzekeringsinstelling van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling van deze niet toegelaten activiteit aan de verzekeringsinstelling. Als het geneeskundig onderzoek het einde van de erkenning tot gevolg heeft, moet de beslissing tot einde van de erkenning worden betekend binnen dezelfde termijnen die gelden voor de beslissingen inzake het einde van de arbeidsongeschiktheid voor de gerechtigden die niet aan de procedure van artikel 101 zijn onderworpen.

Op administratief gebied moet het ziekenfonds overgaan tot de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen die de betrokkene tijdens de niet toegelaten activiteit heeft ontvangen. De terugvordering moet worden beperkt tot de dagen of de periode waarover hij daadwerkelijk de niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend en deze beperkte terugvordering is niet langer afhankelijk van de voorwaarde van een regularisatie op medisch vlak. De dagen of het tijdvak waarvoor de uitkeringen worden teruggevorderd, worden gelijkgesteld met vergoede dagen voor de vaststelling van de rechten op socialezekerheidsprestaties van de gerechtigde en van de personen die hij ten laste heeft.

Het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV kan in behartigenswaardige gevallen en als er geen sprake is van bedrieglijk opzet, beslissen tot een gehele of gedeeltelijke verzaking aan de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen. Het nieuwe artikel 101 bepaalt nu uitdrukkelijk de criteria die bij de uiteindelijke beslissing tot eventuele verzaking een rol dienen te spelen:

- 1° de sociale en financiële situatie van de gerechtigde, evenals elk ander persoonlijk pertinent gegeven
- 2° de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteiten aan de sociale zekerheid
- 3° de omvang van de voormelde activiteiten, evenals de belangrijkheid van de betrokken inkomsten.

Naar analogie van hetgeen voor de uitkeringsverzekering voor werknemers is bepaald, zal ook in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen het artikel 23^{ter} van het arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen in die zin worden aangepast dat geen medische regularisatie voor het verleden vereist is¹⁴.

12. Wet 28.04.2010 houdende diverse bepalingen, B.S. 10.05.2010 (Ed. 1).

13. K.B. 12.12.2010 tot wijziging 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. 20.12.2010 (Ed. 2).

14. Bij afsluiting van deze bijdrage is het K.B. tot wijziging van het arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen nog niet gepubliceerd.

BEROEPSHERSCHOLING

Met het oog op een (betere) beroepsinschakeling van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden bevat afdeling 4 van de wet van 13 juli 2006¹⁵ verschillende bepalingen die de reglementering over de beroepsherscholing van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden fundamenteel wijzigen. Zo is de bevoegdheid om de aanvragen tot beroepsherscholing goed te keuren, overgedragen van het College van geneesheren-directeurs – een orgaan van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV – naar de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit die een orgaan van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV is. De datum van deze overdracht is op 1 juli 2009 vastgelegd¹⁶ en de nodige uitvoeringsbepalingen omschrijven enkele modaliteiten van deze beroepsherscholing¹⁷.

Concreet neemt de uitkeringsverzekering alle voorzieningen of diensten, zoals opleiding, begeleiding of scholing, ten laste die een programma vormen dat is bedoeld om de arbeidsgeschiktheid die de gerechtigde nog rest, geheel of gedeeltelijk te herstellen of te valoriseren met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in de arbeidsomgeving. Ook de voorafgaande onderzoeken, zoals de loopbaanoriënteringsonderzoeken die de eigenlijke herscholing voorafgaan en bepalen in welke mate een dergelijk programma mogelijk of nuttig is, kunnen door de uitkeringsverzekering worden vergoed.

Op de adviserend geneesheer van het ziekenfonds waarbij de verzekerde is aangesloten, rust de taak om een aanvraag – die op vrijwillige basis berust – bij de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit in te dienen. Als deze laatste instantie de goedkeuring heeft verleend, begeleidt de adviserend geneesheer de gerechtigde verder tijdens het programma en hij dient ook de resultaten van de herscholing en de reïntegratie in kaart te brengen.

Tijdens het programma geldt er een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid en de betrokkene blijft ook nadien arbeidsongeschikt erkend tot het ogenblik van de nieuwe evaluatie die ten vroegste kan plaatsvinden zes maanden na het verstrijken van de maand waarin het programma is doorlopen (tenzij de gerechtigde al vroeger de werkzaamheid heeft hervat). Bij deze evaluatie na afloop van het programma wordt met de nieuw verworven competenties rekening gehouden.

De gerechtigde kan aanspraak maken op een premie van één euro per effectief gevolgd uur van opleiding, begeleiding of scholing. Als het programma succesvol is beëindigd, heeft de betrokkene recht op een forfaitaire tegemoetkoming van 250 EUR.

Aangezien voor de zelfstandige gerechtigden dezelfde principes gelden, wordt ook het arbeidsgeschiktheidsbesluit zelfstandigen op enkele plaatsen gewijzigd¹⁸.

In uitvoering van dit wettelijk kader worden verschillende samenwerkingsakkoorden voorbereid tussen het RIZIV en de regionale arbeidsbemiddelings en beroepsopleidingsinstanties (zoals bijvoorbeeld VDAB en FOREM).

15. Wet 13.07.2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, B.S. 01.09.2009.

16. K.B. 30.03.2009 tot wijziging 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. 02.06.2009 (Ed. 1).

17. K.B. 30.03.2009 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van Hoofdstuk III, Afdeling 4, van de wet van 13.07.2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, B.S. 02.06.2009 (Ed. 1).

18. K.B. 10.01.2010 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 05.02.2010 (Ed. 2).

b. Uitkeringsverzekering voor werknemers

BELANGRIJKSTE MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE HOOGTE VAN DE UITKERINGEN

- **Primaire uitkering die voor alle gerechtigden 60 % van het gemiddeld dagloon bedraagt**

Tot en met 31 december 2008 had de gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende vanaf de éénendertigste dag van arbeidsongeschiktheid recht op een uitkering die 55 % van het gemiddeld dagloon bedraagt. Vanaf 1 januari 2009 ontvangen alle gerechtigden tijdens het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid een uitkering die in principe gelijk is aan 60 % van het gemiddeld dagloon¹⁹.

- **Geleidelijke verhoging van de invaliditeitsuitkering tot 55 % van het gemiddeld dagloon voor een gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande**

Vanaf 1 januari 2008 bedraagt de invaliditeitsuitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande in principe 53 % van het gemiddeld dagloon (in plaats van 50 %)²⁰. Met ingang van 1 mei 2009 is deze uitkering nogmaals verhoogd tot 55 % van het gemiddeld dagloon²¹.

- **Minimumuitkering regelmatig werknemer: koppeling aan het minimum gewaarborgde rustpensioen voor een werknemer**

Met ingang van 1 januari 2007 wordt het bedrag van de minimumuitkering die wordt toegekend aan de gerechtigde met gezinslast en de gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande die de hoedanigheid van regelmatig werknemer hebben, gekoppeld aan het bedrag van het minimum gewaarborgde rustpensioen voor een werknemer met een volledige loopbaan. Een verhoging van de minimumpensioenbedragen leidt dus automatisch tot een verhoging van de overeenstemmende minimumuitkeringen voor een regelmatig werknemer²².

Die minimumuitkering is voor de gerechtigde met gezinslast gelijk aan het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het minimum gewaarborgde gezinsrustpensioen. Voor de gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande stemt deze uitkering overeen met het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het gewaarborgde minimumrustpensioen voor de andere werknemers.

Voor de gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende is er niets veranderd (geen koppeling). De minimumuitkering voor deze categorie van gerechtigden is wel gehewaardeerd²³.

- **Toekenning van een inhaalpremie aan langdurig invaliden**

Om de koopkracht van langdurig invalide gerechtigden te garanderen, wordt in de ZIV-wet 1994 de mogelijkheid ingevoerd om ten voordele van sommige invaliden in een herwaardering van de uitkeringen onder de vorm van een inhaalpremie te voorzien²⁴. Ter uitvoering hiervan wordt bepaald dat de invalide gerechtigden die op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning gedurende minstens vijf jaar arbeidsongeschikt zijn erkend, een forfaitaire premie zullen ontvangen. Deze premie wordt altijd uitbetaald met de uitkeringen voor de maand mei en voor de eerste keer samen met de uitkeringen van de maand mei 2010²⁵.

19. K.B. 12.02.2009 tot wijziging 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, BS 12.03.2009 (Ed. 2).

20. K.B. 05.06.2007 tot wijziging 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. 29.06.2007 (Ed. 3).

21. K.B. 12.02.2009 tot wijziging 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. 12.03.2009 (Ed. 2).

22. Programmawet (I) 27.12.2006, B.S. 28.12.2006 (Ed. 3); K.B. 05.06.2007 tot wijziging 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. 29.06.2007 (Ed. 3).

23. K.B. 05.06.2007 tot wijziging 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. 29.06.2007 (Ed. 3); K.B. 12.02.2009 tot wijziging 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. 12.03.2009 (Ed. 2).

24. Wet 30.12.2009 houdende diverse bepalingen, B.S. 31.12.2009 (Ed. 3).

25. K.B. 02.06.2010 tot wijziging 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. 07.06.2010 (Ed. 2).

WEIGERING VAN DE UITKERINGEN VOOR DE DAGEN GEDEKT DOOR VAKANTIEGELD

Als algemene regel geldt dat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde voor de dagen gedekt door vakantiegeld geen uitkeringen kan ontvangen. Dit principe is van toepassing op alle werknemers, ongeacht hun arbeidsregime. Omdat voor de arbeiders het aantal vakantiedagen door de vakantiekas wordt uitgedrukt in functie van een voltijdse tewerkstelling in een vijfdaagsregeling, stemde voor de deeltijds werknemers het aantal vakantiedagen waarvoor het ziekenfonds de uitkeringen weigerde, niet noodzakelijk overeen met het aantal vakantiedagen vermeld op het attest van de vakantiekas. Het ziekenfonds moet het aantal vakantiedagen omzetten in functie van een zesdagenweek en rekening houden met de deeltijdse tewerkstelling van de betrokkene. Uitdrukkelijk wordt er nu gespecificeerd dat de periode gedekt door vakantiegeld bepaald wordt in functie van het aantal vakantiedagen en in functie van de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur van de betrokken deeltijdse werknemer. Het door de dagen wettelijke vakantie gedekte tijdvak mag geen vier weken overschrijden²⁶.

HERVATTEN VAN EEN TOEGELATEN ACTIVITEIT – AANREKENING VAN HET BEROEPSINKOMEN

Op voorwaarde van een voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer kan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde een activiteit gedeeltelijk hervatten²⁷. De uit deze activiteit voortvloeiende beroepsinkomsten worden op grond van artikel 230, § 1 ZIV-besluit 1996 op de uitkering in mindering gebracht.

Voor de dagen gedekt door vakantiegeld werden de uitkeringen zonder meer geweigerd. Deze regel kon voor sommige gerechtigden die slechts een beperkte activiteit hadden hervat, tot gevolg hebben dat het bedrag aan uitkeringen, geweigerd voor de vakantiedagen, veel hoger was dan het bedrag van het vakantiegeld dat berekend was op basis van het beperkte inkomen uit de toegelaten activiteit. Om dit pijnpunt te remediëren, wordt vanaf 1 januari 2006 een correctiemaatregel doorgevoerd die stelt dat de invalide gerechtigden aanspraak kunnen maken op een uitkering waarvan het bedrag gelijk is aan het bedrag van de uitkering waarop zij aanspraak zouden kunnen maken als zij geen activiteit hervat hadden, verminderd met de dubbele waarde van het beroepsinkomen van de betrokken maand, in werkdagen gewaardeerd²⁸.

Om de aanrekening van de beroepsinkomsten op een meer vereenvoudigde wijze te laten gebeuren, wordt de reglementering met ingang van 1 januari 2009 (opnieuw) gevoelig gewijzigd²⁹. Zo moeten de jaarlijkse voordelen – zoals bijvoorbeeld de dertiende maand en de eindejaarspremie – niet meer op de uitkering in mindering worden gebracht. Verder wordt voor de vakantiedagen bij de invalide gerechtigde het bedrag van de uitkeringen waarop hij recht zou hebben als hij geen activiteit zou hebben hervat, niet langer verminderd met tweemaal de dagwaarde van het beroepsinkomen van de betrokken maand. Voor deze vakantiedagen wordt nog louter rekening gehouden met de enkele dagwaarde van het beroepsinkomen van de maand met toepassing van de inkomensschijven. Voor de gerechtigden die zich in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid bevinden, blijft de regel om de uitkeringen te weigeren voor de door vakantiegeld gedekte dagen evenwel onverminderd van toepassing.

26. K.B. 29.01.2007 tot wijziging, wat de cumulatie betreft van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en vakantiegeld, 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. 21.02.2007 (Ed. 2).

27. Cf. art. 100, § 2 ZIV-wet 1994 en art. 230, § 2 ZIV-besluit 1996.

28. K.B. 21.12.2006 tot wijziging, wat de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen betreft, 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. 19.01.2007.

29. K.B. 17.07.2009 tot wijziging, wat de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen betreft, 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. 04.08.2009 (Ed. 1).

MOEDERSCHAPSVERZEKERING

◦ Werkverwijdering

De economische herstelwet van 27 maart 2009³⁰ harmoniseert de vergoedingen wegens werkverwijdering van zwangere vrouwen. Zo vergoedt de moederschapsverzekering vanaf 1 januari 2010 alle gevallen van werkverwijdering die plaatsvinden als, in toepassing van artikel 41 van de arbeidswet van 16 maart 1971, een risico is vastgesteld, en wanneer de werkgever één van de maatregelen bedoeld in artikel 42, § 1 van dezelfde wet, heeft genomen. Het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) neemt dus geen enkel geval meer ten laste.

Als de werkneemster vóór de bevalling volledig van het werk wordt verwijderd, heeft ze tot de zesde week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum recht op een uitkering die 78,237 % van het gemiddeld dagloon bedraagt. Volledige werkverwijderingen die gebeuren na de bevalling blijven zoals voorheen vergoed tegen 60 % van het gemiddeld dagloon³¹.

De berekening van de uitkering bij gedeeltelijke werkverwijdering blijft ongewijzigd³². Een dergelijke vorm van werkverwijdering vindt vooreerst plaats als de zwangere werkneemster een aangepaste arbeid uitoefent die loonverlies tot gevolg heeft. In dat geval kan zij aanspraak maken op een uitkering die 60 % van het gemiddeld dagloon van vóór de maatregel van moederschapsbescherming bedraagt. Die uitkering mag echter het bedrag niet overschrijden dat wordt verkregen door het loon uit de aangepaste activiteit op die uitkering in mindering te brengen volgens de inkomensschijven die gelden in het kader van de toegelaten activiteit. Verder is er eveneens een gedeeltelijke werkverwijdering als de werkneemster meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere, maar niet op al die activiteiten. In beginsel ontvangt de betrokkene een uitkering die 60 % van het gemiddeld dagloon van de activiteit is die ze heeft moeten stopzetten, maar ze wordt evenwel beperkt tot 60 % van de som van de gemiddelde daglonen uit de activiteiten die ze heeft uitgeoefend vóór de maatregel van werkverwijdering en waarop het gemiddeld dagloon van de activiteit(en) die ze kan voortzetten, via de voormelde inkomensschijven in mindering is gebracht.

◦ Moederschapsrust

Op verzoek van de gerechtigde kan voor de bevallingen die plaatshebben vanaf 1 september 2006 de nabevallingsrust worden verlengd met een week als de moeder tijdens het tijdvak van zes weken (of acht weken bij de geboorte van een meerling) vóór de bevalling ononderbroken arbeidsongeschikt is geweest. De arbeidswet van 16 maart 1971 en de ZIV-wet 1994 zijn in die zin aangepast³³.

Voor de bevallingen die vanaf 1 september 2009 plaatsvinden, begint de periode van negen weken nabevallingsrust te lopen de dag na de dag van de bevalling als de werkneemster de arbeid nog heeft aangevat op de dag van de bevalling. De nodige wijzigingen zijn in de arbeidswet van 16 maart 1971 en de ZIV-wet 1994 aangebracht³⁴.

30. Art. 30 economische herstelwet 27.03.2009, B.S. 07.04.2009 (Ed. 1), gewijzigd door de wet 30.12.2009 houdende diverse bepalingen, B.S. 31.12.2009 (Ed. 3).

31. Cf. de wijziging van art. 219*bis* ZIV-besluit door het K.B. 18.04.2010 tot wijziging 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. 07.05.2010 (Ed. 1).

32. Art. 219*ter* ZIV-besluit 1996.

33. Wet 20.07.2006 houdende diverse bepalingen, B.S. 28.07.2006.

34. Wet 06.05.2009 houdende diverse bepalingen, B.S. 19.05.2009.

Via de Programmawet van 22 december 2008³⁵ voorziet het artikel 39, derde lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 nu de mogelijkheid voor de werkneemster die vanaf 1 april 2009 bevalt om op haar verzoek de laatste twee weken van de facultatieve nabevallingsrust om te zetten in “verlofdagen van postnatale rust”. Op de werkgever rust de verplichting om die periode in functie van het aantal dagen voorzien in het werkrooster van de werkneemster, om te zetten in “verlofdagen van postnatale rust”. De werkneemster moet deze verlofdagen nemen volgens een planning die door haar wordt vastgesteld binnen acht weken te rekenen vanaf het einde van de ononderbroken periode van postnatale rust.

Voormelde Programmawet heeft eveneens de ZIV-wet 1994 op een aantal plaatsen gewijzigd. Aan de Koning wordt de bevoegdheid toegekend om te bepalen onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend als de bevallen werkneemster een gedeelte van haar beroepsactiviteiten hervat teneinde elk verlies aan vergoeding wegens de spreiding of de verlenging van het moederschapsverlof te vermijden³⁶.

In uitvoering hiervan stelt het ZIV-besluit 1996³⁷ nu dat de betrokkene voor de “verlofdagen van postnatale rust” moederschapsuitkeringen kan genieten waarvan het totale bedrag niet het uitkeringsbedrag mag overschrijden dat aan de werkneemster zou zijn toegekend als ze van deze mogelijkheid geen gebruik zou hebben gemaakt. Verder wordt uitdrukkelijk bepaald dat de werkneemster haar moederschapsrust kan verlengen door een gedeelte van de beroepsactiviteiten te hervatten onder de voorwaarden zoals bepaald in het artikel 39, derde lid van de arbeidswet³⁸. Ten slotte geldt de voorwaarde van de stopzetting van elke werkzaamheid niet langer tijdens deze periode van “verlofdagen van postnatale rust”³⁹.

• **Borstvoedingspauzes**

Op grond van de CAO nr. 80 van 27 november 2001⁴⁰ hebben alle werkneemsters met een arbeidsovereenkomst recht op borstvoedingspauzes.

De CAO nr. 80*bis* van 13 oktober 2010⁴¹ veralgemeent dit recht nu voor alle werkneemsters tot negen maanden na de geboorte van het kind. De voorwaarde van de verlenging van de principiële duurtijd van zeven maanden naar negen maanden in geval van uitzonderlijke situaties die verband houden met de gezondheidstoestand van het kind, geldt met andere woorden niet meer.

ANDERE RISICO'S

• **Vaderschapsverlof**

De Programmawet van 22 december 2008⁴² wijzigt artikel 30, § 2 van de arbeidsovereenkomstenwet in die zin dat voor de bevallingen vanaf 1 april 2009 de vader de tien dagen vaderschapsverlof binnen vier maanden – en niet langer binnen dertig dagen – te rekenen vanaf de dag van de bevalling kan opnemen.

35. Programmawet 22.12.2008, B.S. 29.12.2008 (Ed. 4).

36. Art. 104, 1^e lid, 4^e ZIV-wet 1994.

37. K.B. van 21.08.2009 tot wijziging 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. 15.09.2009 (Ed. 2).

38. Art. 114, 6^e lid ZIV-wet 1994.

39. Art. 115 ZIV-wet 1994.

40. K.B. 21.01.2002 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 80 van 27.11.2001, gesloten in de Nationale Arbeidsraad, tot invoering van een recht op borstvoedingspauzes, B.S. 12.02.2002 (Ed. 1).

41. K.B. 05.12.2010 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 80*bis* van 13.10.2010, gesloten in de Nationale Arbeidsraad, tot wijziging van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 80 van 27.11.2001 tot invoering van een recht op borstvoedingspauzes, B.S. 20.12.2010 (Ed. 2).

42. Programmawet 22.12.2008, B.S. 29.12.2008.

- **Adoptieverlof**

Volgens het huidige artikel 30^{ter}, § 1 van de arbeidsovereenkomstenwet heeft de werknemer die een kind in zijn gezin onthaalt in het kader van een adoptie, recht op adoptieverlof dat een aanvang moet nemen binnen twee maanden volgend op de inschrijving van het kind als deel uitmakend van het gezin van de werknemer in het bevolkings- of vreemdelingenregister.

De wet van 1 maart 2007 houdende diverse bepalingen⁴³ wijzigt het voormelde artikel van de arbeidsovereenkomstenwet op dubbel vlak. Zo moet dit verlof een aanvang nemen binnen twee maanden volgend op het daadwerkelijke onthaal van het kind in het gezin van de werknemer in het kader van een adoptie. De Koning bepaalt de wijze waarop de werknemer het bewijs kan leveren van het onthaal van een kind in zijn gezin in het kader van een adoptie. Ook wordt uitdrukkelijk bepaald dat bij een gelijktijdig onthaal van meerdere kinderen in het gezin van de werknemer het recht op adoptie slechts één keer wordt toegekend. De Koning moet nader vaststellen wat met gelijktijdig onthaal wordt bedoeld. Aan de Koning is ten slotte ook de bevoegdheid verleend om de inwerkingtreding van deze nieuwe bepalingen vast te stellen. Voorlopig heeft de Koning echter nog geen gebruik gemaakt van de aan Hem toegekende bevoegdheden zodat deze wijzigingen nog geen uitwerking hebben.

c. Uitkeringsverzekering voor zelfstandigen

AFWEZIGHEID VAN EEN GERECHTIGDE OP EEN ONDERZOEK TER CONTROLE VAN DE STAAT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Als een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde voor een geneeskundig controleonderzoek wordt opgeroepen en vervolgens deze uitnodiging naast zich neerlegt, gold voorheen de bepaling dat de arbeidsongeschiktheid een einde neemt of niet verder kon worden erkend vanaf de dag waarop het onderzoek had moeten plaatsvinden. Vanaf 16 juni 2007 heeft het zich niet aanbieden op een dergelijk onderzoek – net zoals in de algemene regeling – slechts de schorsing van de betaling van de uitkeringen tot gevolg⁴⁴.

INVOERING HOEDANIGHEID GERECHTIGDE ZONDER GEZINSLAST-ALLEENSTAANDE

Terwijl de regeling voor de zelfstandigen tot 1 januari 2007 enkel het onderscheid tussen enerzijds de gerechtigde met gezinslast en anderzijds de gerechtigde zonder gezinslast maakt, wordt nadien net zoals in de algemene regeling de categorie van de gerechtigde zonder gezinslast uitgesplitst in de categorie gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande en de categorie gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende⁴⁵.

BELANGRIJKSTE MAATREGELLEN MET BETREKKING TOT DE HOOGTE VAN DE UITKERINGEN

Met ingang van 1 januari 2007 worden er enkele belangrijke maatregelen genomen met het oog op een herwaardering van de uitkeringen⁴⁶.

43. Wet 01.03.2007 houdende diverse bepalingen, B.S. 14.03.2007.

44. K.B. 26.04.2007 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 06.06.2007.

45. K.B. 21.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 29.12.2006 (Ed. 6).

46. K.B. 21.12.2006 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 29.12.2006 (Ed. 6).

Zo wordt vooreerst de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering voor de gerechtigde met gezinslast gekoppeld aan het in werkdagen gewaarborgd minimumrustpensioen voor een zelfstandige met een volledige loopbaan die voldoet aan de voorwaarden om een gezinsrustpensioen te ontvangen. Voor de gerechtigde zonder gezinslast-alleenstaande vindt er een koppeling plaats aan het in werkdagen gewaardeerd gewaarborgd minimumrustpensioen voor een zelfstandige met een volledige loopbaan die niet voldoet aan de voorwaarden om een gezinsrustpensioen te ontvangen.

Verder is de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde die zijn bedrijf niet heeft stopgezet voor elke categorie gelijk aan het bedrag van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Ten slotte vindt er een verhoging plaats van de invaliditeitsuitkeringen van de gerechtigden wier tijdvakken van arbeidsongeschiktheid worden gelijkgesteld met een tijdvak van tewerkstelling in het kader van de pensioenreglementering van de zelfstandigen. Het gaat met andere woorden om de gerechtigden die hun bedrijf hebben stopgezet. Hun uitkering stemt overeen met het bedrag van de desbetreffende minimumuitkering toegekend aan de gerechtigden in de algemene regeling die de hoedanigheid van regelmatig werknemer hebben. In tegenstelling tot voorheen vermeldt de wettekst geen precies bedrag meer, maar wordt er verwezen naar de toepasselijke bepaling in het ZIV-besluit 1996 (algemene regeling).

UITOEFENEN VAN EEN TOEGELATEN ACTIVITEIT

De mogelijkheden om tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid een toegelaten activiteit uit te oefenen en de gevolgen van deze activiteit op het bedrag van de uitkeringen zijn vanaf 21 mei 2007 grondig gewijzigd⁴⁷. Deze wetwijziging beoogt de socioprofessionele reïntegratie van de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige te versoepelen.

- **Toelating om een andere zelfstandige beroepsbezigheid, een activiteit als helper of gelijk welke andere beroepsbezigheid uit te oefenen**

Terwijl voorheen de adviserend geneesheer slechts over de bevoegdheid beschikte om gedurende een periode van (hoogstens) zes maanden de toelating aan de gerechtigde te verlenen om met het oog op zijn reclassering, een andere zelfstandige beroepsbezigheid, een activiteit als helper of gelijk welke andere beroepsbezigheid uit te oefenen, wordt nu bepaald dat dit tijdvak van zes maanden met maximum zes maanden kan worden verlengd⁴⁸.

- **Toelating om de zelfstandige beroepsbezigheid uit te oefenen die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd verricht**

Verder kan de adviserend geneesheer aan de gerechtigde gedurende maximaal achttien maanden de toelating verstrekken om met het oog op zijn reclassering een gedeelte van de beroepsbezigheid te hervatten die hij heeft verricht op het ogenblik waarop de arbeidsongeschiktheid is aangevangen⁴⁹. Omdat voor vele gerechtigden een reclassering evenwel geen haalbare doelstelling vormt, wordt nu bepaald dat de invalide gerechtigde een deel van de activiteiten die hij voor de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid uitoefende, kan hervatten na een voorafgaande toestemming van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, op voorstel van de adviserend geneesheer. Die toestemming is geldig op voorwaarde dat de gerechtigde arbeidsongeschikt erkend blijft als bedoeld in de artikelen 19 en 20 van het arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen en dat deze activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde. Er geldt geen beperking in de tijd⁵⁰.

47. K.B. 21.04.2007 tot wijziging, wat de socio-professionele reïntegratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden betreft, van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. 11.05.2007.

48. Art. 23 arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen.

49. Art. 23 bis arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen.

50. Art. 20 bis arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen.

- **Involed van de toegelaten activiteit op het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering**

Aangezien enerzijds het artikel 23 nu gedurende maximum één jaar kan worden toegepast en anderzijds een toelating overeenkomstig artikel 20*bis* zonder tijdsbeperking kan worden verleend, is een aanpassing van artikel 28*bis* vereist geweest dat nu onder andere “trapsgewijs” bepaalt welke invloed een tijdvak van toegelaten activiteit op het bedrag van de uitkering uitoefent. In een eerste fase van zes maanden ontvangt de gerechtigde niet verminderde uitkeringen. Vanaf de eerste dag van de zevende maand vat de tweede fase aan waarin de uitkeringen met 10 % worden verminderd tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de toegestane activiteit is begonnen. Ten slotte wordt gedurende een derde fase de pensioenreglementering voor zelfstandigen inzake de cumulatie tussen een pensioen en de inkomsten uit een zelfstandige activiteit toegepast.

MOEDERSCHAPSRUST

Met ingang van 1 juli 2007 vindt er een verlenging van het tijdvak van moederschapsrust plaats. Het bedraagt nu acht weken (of negen weken wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien) in plaats van zes weken (of zeven weken bij de geboorte van een meerling). Zoals voorheen neemt de voorbevallingsrust nog altijd een aanvang ten vroegste vanaf de derde week en ten laatste vanaf de zevende dag vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. De nabevallingsrust vat aan vanaf de dag van de bevalling en strekt zich uit over een tijdvak dat overeenstemt met het saldo van de periode van acht weken (of negen weken), waarvan het tijdvak van voorbevallingsrust in mindering wordt gebracht. Het tijdvak van moederschapsrust van acht of negen weken mag bovendien, naar keuze van de vrouwelijke zelfstandige of meewerkende echtgenote, beperkt worden tot een periode van zes of zeven weken of tot een periode van zeven of acht weken in geval van de geboorte van een meerling⁵¹.

Sinds 1 januari 2009 is het verplichte tijdvak van de acht weken durende moederschapsrust (of negen weken in geval van de geboorte van een meerling) beperkt tot drie weken, namelijk de week vóór de bevalling en de eerste twee weken vanaf de bevalling. De overige weken vormen de periode van facultatieve rust. De gerechtigde blijft nog altijd de mogelijkheid behouden om de voorbevallingsrust te laten aanvangen vanaf drie weken vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. Verder kan zij de niet opgenomen weken van facultatieve voorbevallingsrust en de weken van facultatieve nabevallingsrust per periode van zeven kalenderdagen opnemen binnen eenentwintig weken die volgen op de twee weken verplichte nabevallingsrust, met andere woorden binnen drieëntwintig weken vanaf de bevalling⁵².

Naar analogie met de algemene regeling kan de vrouwelijke zelfstandige bovendien vanaf 1 januari 2010 haar moederschapsrust verlengen als de pasgeborene gehospitaliseerd blijft na de zeven dagen volgend op de geboorte (verlenging beperkt tot maximum 24 weken). Ook is het mogelijk om bij overlijden van de moeder het resterend gedeelte van de moederschapsrust om te zetten in een verlof voor de zelfstandige gerechtigde die het kind in het gezin opvangt⁵³.

51. K.B. 07.06.2007 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. 22.06.2007 (Ed. 2).

52. K.B. 23.12.2008 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. 08.01.2009 (Ed. 2).

53. K.B. 21.02.2010 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. 03.03.2010 (Ed. 2).

ADOPTIEVERLOF VOOR ZELFSTANDIGEN

In het kader van de prestaties tot bevordering van de verzoening van het beroepsleven en het privé-leven van zelfstandigen is het ook voor de zelfstandige gerechtigden vanaf 1 februari 2007 mogelijk om net zoals de werknemers adoptieverlof op te nemen. Dit adoptieverlof bedraagt (maximum) zes weken als het kind bij de aanvang van dit verlof de leeftijd van drie jaar nog niet heeft bereikt en maximum vier weken als het kind zich bevindt tussen de leeftijd van drie tot acht jaar. Bij een ernstige handicap van het kind wordt het verlof verdubbeld. Indien de zelfstandige ervoor kiest om niet het toegestane maximum aantal weken van deze periode op te nemen, dient deze ten minste een ononderbroken periode van een week of een veelvoud van een week te bedragen. Het adoptieverlof vangt aan op de dag die door de zelfstandige wordt gekozen, maar ten vroegste de dag van de inschrijving van het kind in de hoofdverblijfplaats van de adoptant en ten laatste twee maanden na deze inschrijving⁵⁴.

Gedurende het adoptieverlof heeft de zelfstandige recht op een forfaitaire wekelijkse uitkering. Vanaf 1 augustus 2009 wordt die uitkering met het bedrag van de moederschapsuitkering gelijkgeschakeld⁵⁵.

2. Rechtspraak

a. Uitkeringsverzekering voor werknemers

BEGRIIP ARBEIDSONGESCHIKTHEID⁵⁶

Om arbeidsongeschikt te worden erkend, moet de gerechtigde elke werkzaamheid onderbroken hebben als rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen die zijn verdienvermogen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen (art. 100, § 1 ZIV-wet 1994).

Drie voorwaarden dienen bijgevolg cumulatief te zijn vervuld:

1. De betrokkene moet "elke werkzaamheid" onderbroken hebben.
2. De onderbreking van de werkzaamheid moet "het rechtstreekse gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen".
3. Het verdienvermogen van betrokkene moet verminderd zijn tot een derde of minder dan een derde ("wat in feite neerkomt op een arbeidsongeschiktheid van + 66 %").

Deze criteria worden door de rechtspraak verder gepreciseerd.

• **Het onderbroken hebben van elke werkzaamheid**

Het begrip 'werkzaamheid' wordt zeer ruim geïnterpreteerd. In een arrest van 18 mei 1992⁵⁷ stelde het Hof van Cassatie dat onder arbeid verstaan moet worden 'elke werkzaamheid met een productief karakter die verricht wordt in het maatschappelijk verkeer, ook als zij niet tegen loon maar als een vriendendienst wordt verricht'. In zijn arrest van 19 oktober 1992⁵⁸ preciseerde het Hof van Cassatie nog dat iedere activiteit van dit type verboden is, zelfs wanneer zij niet in dienst van een werkgever wordt verricht.

54. K.B. 20.12.2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie-uitkering ten gunste van de zelfstandigen, B.S. 11.01.2007.

55. K.B. 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. 31.01.2011 (Ed. 2).

56. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, 2009, blz. 254-277.

57. Cass. 18.05.1992, Arr.Cass. 1992, blz. 886.

58. Cass. 19.10.1992, RW 1992-93, blz. 857.

Waar de uitoefening van de activiteit ergens een beloofd karakter veronderstelt, gaat het niet alleen om een gewone bezoldiging of om een economisch voordeel (in geld of natura), maar ook om het uitsparen van kosten en het realiseren van een waardevermeerdering van het vermogen. Het kan dan gaan om een economisch voordeel voor de betrokkene zelf of voor iemand anders dat rechtstreeks of onrechtstreeks uit de activiteit kan worden gehaald. Hierbij is het zonder belang of de bezigheid slechts occasioneel of uitzonderlijk wordt uitgeoefend. Ook het karakter van de activiteit, bv. tijdverdrijf, hobby of vriendendienst, speelt geen rol.

De arbeidshoven sluiten zich hierbij aan⁵⁹.

Zo werden volgende “activiteiten” als een werkzaamheid beschouwd (veelal werden de feiten vastgesteld n.a.v. controles op de uitoefening van een niet toegelaten activiteit):

- het uitoefenen van een activiteit als arbeider-tuinier in de tuinbouwonderneming van de echtgenote gedurende een periode van vijf jaar ten belope van twee dagen en een half per week. Dit is een activiteit van productieve aard, die het vermogen van de verzekerde onrechtstreeks doet toenemen⁶⁰
- het zich in een café achter de toog bevinden en er bepaalde activiteiten verrichten (vervangen van kaarsjes), terwijl er klanten aanwezig waren en de uitbaatster niet in de gelagkamer aanwezig was⁶¹
- het vervoeren met een aanhangwagen van gipskartonplaten en eigen materieel naar een werf terwijl de betrokkene zijn brandstof hiervoor terugbetaald krijgt van de zaakvoerder van het bouwbedrijf⁶².

Het arbeidshof te Brussel oordeelde dat de werkneemster die in het kader van haar beroep van bezoldigde lerares arbeidsongeschikt wordt en haar zelfstandig beroep als advocate verder blijft uitoefenen, geen aanspraak kan maken op ziekte-uitkeringen vermits ze niet alle werkzaamheden heeft onderbroken⁶³.

- **Rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen**

De onderbreking van alle werkzaamheden moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen en niet van een zogenaamde “voorafbestaande toestand”. Het arbeidshof te Luik en het arbeidshof te Antwerpen omschrijven dit als volgt: “artikel 100, § 1 van de ZIV-wet 1994 veronderstelt dat wanneer een verzekerde op de arbeidsmarkt toetreedt, hij een verdienvermogen moet hebben gehad van meer dan een derde om later als arbeidsongeschikt te kunnen worden beschouwd”⁶⁴.

De “toetreding tot de arbeidsmarkt” is het ogenblik waarop de schoolverlater zich via reguliere arbeid bestaansmiddelen verwerft of probeert te verwerven, of waarop hij zich daartoe bereid verklaart via een terbeschikkingstelling voor dergelijke arbeid⁶⁵.

Het oorzakelijk verband dat moet bestaan tussen de stopzetting van de werkzaamheid en de intrede of de verergering van letsels of functionele stoornissen, vormt de scheidingslijn tussen de regeling van de ziekteverzekering en deze van de gehandicapten⁶⁶.

De rechtspraak erkent het bestaan van een voorafbestaande toestand wanneer de verzekerde reeds vóór zijn intrede op de arbeidsmarkt slechts beschikte over een verdienvermogen van één derde of minder, waardoor hij nooit in staat kan worden geacht om een beroepsactiviteit uit te oefenen.

59. Arbh. Bergen 19.05.2010, JTT 2010, 460; Arbh. Antwerpen 26.05.2009, I.B. - RIZIV 2009/3-4, blz.410 en Arbh. Bergen 21.02.2008, I.B. - RIZIV 2008/2, blz. 233.

60. Arbh. Bergen 16.10.2008, I.B. - RIZIV 2009/1, blz. 71; Rechtspraakrepertorium (R.R.) RIZIV 7.2, nr. 41.

61. Arbh. Gent 25.02.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 589.

62. Arbh. Antwerpen 06.09.2007, I.B. - RIZIV 2008/1, blz. 37.

63. Arbh. Brussel 03.04.2008, JTT 2008, blz. 275 en Soc.Kron. 2009, blz. 234.

64. Arbh. Antwerpen 15.02.2007, I.B. - RIZIV 2007/2, blz. 225.

65. Arbh. Luik 11.06.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 578.

66. Arbh. Brussel 30.06.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 575.

Dit kan het geval zijn:

- bij een aangeboren aandoening (bv. zware vorm van epilepsie of bij zwakbegaafdheid) of
- ingevolge een aandoening die zich ontwikkeld heeft tijdens de jeugdjaren (bv. verlamming, juveniele artritis of schizofrenie).

Het gaat meestal om verzekerden:

- die nooit hebben gewerkt en die via het systeem van de werkloosheidsreglementering als schoolverlater toetreden tot de uitkeringsverzekering, of
- die slechts gedurende korte periodes of heel sporadisch een (beroeps)activiteit hebben uitgeoefend, of
- die uitsluitend gewerkt hebben in een beschermde omgeving of in het kader van een bijzonder sociaal statuut.

Het arbeidshof te Gent diende zich uit te spreken over een verzekerde die ingevolge een psychiatrische stoornis die zich gradueel ontwikkelde en aanleiding gaf tot beginnende klachten en beperkingen bij het begin van de adolescentie, slechts haar einddiploma middelbaar onderwijs behaalde op 22-jarige leeftijd. Het feit dat ze slechts halftijds werkte als spelbegeleidster in het kader van een stage van zes maanden, gedurende dewelke ze nog geregeld ziek was en het feit dat ze bovendien niet aantoonde lange termijnen voltiijds te hebben gewerkt, wijst op het bestaan van een voorafbestaande toestand⁶⁷.

Het arbeidshof te Bergen werd geconfronteerd met de situatie van een sociaal verzekerde die reeds psychologische problemen vertoonde rond de leeftijd van 12-13 jaar. Desondanks heeft ze haar middelbare studies beëindigd, doch haar hogere studies secretariaat evenals haar opleiding tot onderwijzeres heeft ze moeten stopzetten wegens gezondheidsproblemen (opname in de psychiatrie, zelfmoordpogingen). De betrokkene heeft nooit gewerkt, maar heeft haar intrede gedaan op de arbeidsmarkt via een inschrijving bij de werkloosheid. Op dat ogenblik beschikte ze reeds over een sterk verminderd verdienvermogen zodat zij bijgevolg niet arbeidsongeschikt kon worden erkend in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet 1994⁶⁸.

De verzekerde moet dus een zekere graad van arbeidsgeschiktheid hebben gehad vóór de stopzetting van zijn werkzaamheden ingevolge de intrede of verergering van de letsels of functionele stoornissen⁶⁹.

Indien het verdienvermogen bij de intrede op de arbeidsmarkt reeds zo ernstig is aangetast dat de betrokkene in feite nooit arbeidsgeschikt is geweest, dan zal een verslechtering van de gezondheidstoestand geen recht op ziekte-uitkeringen doen ontstaan⁷⁰.

Het is uiteraard mogelijk dat een verzekerde ondanks zijn handicap of aangeboren aandoening er toch nog in slaagt om een activiteit uit te oefenen en de vraag die dan rijst is of hij hierdoor het bestaan van een voldoende verdienvermogen aantoonde.

Op basis van de geanalyseerde rechtspraak hangt dit af van de aard van de activiteit, evenals van de omvang en de duur ervan.

67. Arbh. Gent 15.09.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 580.

68. Arbh. Bergen 26.10.2006, R.R. RIZIV 4.1, nr. 24.

69. Arbh. Brussel 08.09.2010, I.B. - RIZIV 2010/2-3, blz. 278.

70. Arbh. Antwerpen 15.02.2007, I.B. - RIZIV 2007/2, blz. 225.

1) Aard van de activiteit

Het arbeidshof te Antwerpen oordeelde ten aanzien van een verzekerde waarvan werd aangenomen dat hij reeds meer dan 66 % blijvend ongeschikt was bij zijn intrede op de arbeidsmarkt, dat het feitelijk gegeven dat betrokkene meermaals bij verschillende werkgevers tewerkgesteld was, hieraan geen afbreuk doet, temeer daar uit het deskundig verslag bleek dat hij nog nooit een 'normale' contractuele tewerkstelling heeft gekend, doch steeds aan het werk was in het kader van een bijzonder sociaal statuut (VAPH of een andere organisatie, d.i. tewerkstelling met sociale correcties)⁷¹.

Volgens het arbeidshof te Luik vormen kortstondige periodes van tewerkstelling als uitzendkracht geen bewijs van een voorafbestaand en voldoende geacht verdienvermogen op de reguliere arbeidsmarkt⁷².

Het arbeidshof te Brussel oordeelde dat uit het enkele bestaan van een leerovereenkomst (in het kader van een middenstandsopleiding) niet een voldoende arbeidsgeschiktheid kan worden afgeleid. Het betrof in casu een leertijd die enerzijds een praktische opleiding in de onderneming omvatte en anderzijds nog werd aangevuld met een theoretische opleiding die werd afgesloten met een examen⁷³.

In een andere zaak oordeelde het arbeidshof te Brussel dat een sociaal verzekerde die een tewerkstelling in het kader van een PWA als huistaakbegeleidster nog geen 5 maanden heeft volgehouden, die een opleiding via de RVA slechts drie dagen heeft gehandhaafd en die ook andere opleidingen niet heeft afgewerkt, nooit arbeidsgeschikt is geweest voor de reguliere arbeidsmarkt⁷⁴.

Volgens het arbeidshof te Bergen wijst het mogelijks hervatten van een activiteit ten belope van 8u15 per week niet op het bestaan van een voldoende verdienvermogen, nu deze activiteit meer aanleunt bij een 'bezigheidstherapie' dan bij een werkelijke beroepsactiviteit⁷⁵.

2) Omvang en duur van de activiteit

Volgens het arbeidshof te Brussel moet er, om te beoordelen of er een initieel verdienvermogen bestaat, rekening worden gehouden met de duur en de omstandigheden van het werk. Volgens dit hof kan een sociale tewerkstelling van 18 maanden wijzen op een arbeidsgeschiktheid⁷⁶.

Het arbeidshof te Bergen was van oordeel dat een verzekerde die kan aantonen dat zij minimum 416 dagen effectief heeft gewerkt, ook al zijn deze arbeidsdagen verspreid over een periode van zes jaren (van 1986 tot 1991), kan worden geacht ooit een voldoende verdienvermogen te hebben gehad⁷⁷. In een andere zaak daarentegen oordeelde het arbeidshof te Bergen dat vermits de tewerkstellingsperiodes van verzekerde dermate kort waren (1 maand en 1 week over een periode van 11 jaar), dit geen bewijs was van het bestaan van een voldoende verdienvermogen⁷⁸. Ook het arbeidshof te Gent oordeelde dat een zeer kortstondige tewerkstelling (10 dagen, wat eerder wijst op een mislukte poging tot werken), geen bewijs is van een voorafbestaand en voldoende geacht verdienvermogen op de reguliere arbeidsmarkt⁷⁹.

71. Arbh. Antwerpen 15.02.2007, I.B. - RIZIV 2007/2, blz. 225.

72. Arbh. Luik, afdeling Neufchâteau 11.06.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 578.

73. Arbh. Brussel 30.06.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 575.

74. Arbh. Brussel 01.06.2006, R.R. RIZIV 4.1.2, nr. 106.

75. Arbh. Bergen 26.10.2006, R.R. RIZIV 4.1, nr. 24.

76. Arbh. Brussel 08.09.2010, I.B. - RIZIV 2010/2-3, blz. 278.

77. Arbh. Bergen 21.12.2006, A.R. 19651, inzake LOZ /V.M-N.

78. Arbh. Bergen 10.04.2008, R.R. RIZIV 4.1.2, nr.109.

79. Arbh. Gent 25.11.2005, R.R. RIZIV 4.1.2, nr. 103.

De meerderheid van de rechtspraak erkent tevens dat een inschrijving bij de werkloosheid niet noodzakelijk het bestaan van een arbeidsgeschiktheid bewijst⁸⁰. Zo oordeelde het arbeidshof te Bergen dat het feit dat de betrokkene aanspraak heeft kunnen maken op werkloosheidsuitkeringen niet volstaat om daaruit haar arbeidsgeschiktheid af te leiden⁸¹. In dezelfde zin oordeelde het arbeidshof te Antwerpen⁸².

Het arbeidshof te Brussel nuanceerde dit door te stellen dat het genot van werkloosheidsuitkeringen een vermoeden vormt van een voldoende verdienvermogen dat evenwel kan worden weerlegd. In het concrete geval waarin het Hof zich diende uit te spreken, betrof het een verzekerde die reeds sedert zeer jonge leeftijd aan epilepsie leed. Het hof was van oordeel dat het feit dat betrokkene nooit gewerkt heeft ondanks verschillende pogingen om werk te vinden, niet volstaat om aan te tonen dat zij nooit een verdienvermogen van ten minste 1/3 heeft gehad. Het hof voegde er nog aan toe dat onderhevig zijn aan epilepsieaanvallen niet noodzakelijk betekent dat men geen verdienvermogen heeft⁸³.

In een andere zaak van een verzekerde, die reeds ernstige mentale en psychiatrische problemen vertoonde vóór haar intrede op de arbeidsmarkt, oordeelde hetzelfde arbeidshof dat niet kon worden gesteld dat betrokkene nooit een verdienvermogen heeft gehad van ten minste 1/3 vermits zij vóór de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid in 2002 gedurende 6 jaar werkloosheidsuitkeringen heeft genoten, wat er volgens het hof op wees dat betrokkene op dat ogenblik als arbeidsgeschikt diende te worden beschouwd. Betrokkene had bovendien vóór haar tenlasteneming door de werkloosheid, ook nog een aantal maanden gewerkt en ze had geen medische behandeling gevolgd tot aan de erkenning van haar arbeidsongeschiktheid ingevolge een hospitalisatie⁸⁴.

Ook het arbeidshof te Luik oordeelde ten aanzien van een verzekerde die gezondheidsproblemen vertoonde van psychologische en psychiatrische aard dat onder meer uit het feit dat zij werkloosheidsuitkeringen heeft genoten kan worden afgeleid dat zij toch beschikte over een voldoende verdienvermogen vóór de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid. Andere elementen die hierop wezen waren aldus het hof:

- betrokkene heeft haar middelbare studies beëindigd
- ze heeft haar hogere studies moeten stopzetten maar niets wijst erop dat dit gebeurde om medische redenen
- ze heeft haar beroepsactiviteit als verkoopster moeten stopzetten om redenen van reorganisatie en dus niet om medische redenen⁸⁵.

Ten slotte kan nog worden vermeld dat het feit dat een verzekerde in het verleden wel arbeidsongeschikt werd erkend in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet 1994, voor de betrokkene geen blijvend recht op ziekte-uitkeringen doet ontstaan. De reglementering in verband met de uitkeringsverzekering is van openbare orde, zodat een verzekerde geen “verworven rechten” kan putten uit een tijdelijke (mogelijk onterechte) erkenning van zijn arbeidsongeschiktheid⁸⁶. De rechter die zich uitsprekt over de arbeidsongeschiktheid dient op ieder ogenblik na te gaan of aan alle voorwaarden van artikel 100 voldaan is⁸⁷.

80. Arbh. Bergen 10.04.2008, R.R. RIZIV 4.1.2, nr.109 en Arbh. Brussel 08.01.2009, R.R. RIZIV 4.1.2, nr. 111.

81. Arbh. Bergen 10.04.2008, R.R. RIZIV 4.1.2, nr.109.

82. Arbh. Antwerpen, afdeling Hasselt 15.02.2007, I.B. - RIZIV 2007/2, blz. 225.

83. Arbh. Brussel 21.12.2006, A.R. 43.978, inzake RIZIV t./F.N.

84. Arbh. Brussel 17.09.2009, A.R. 48.134, N.S. t./RIZIV.

85. Arbh. Luik 15.03.2006, A.R. 31.379/03, D.F. t./RIZIV.

86. Arbh. Gent 15.09.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, 580; Arbh. Brussel 30.06.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, 575; Arbh. Bergen 10.04.2008, R.R. RIZIV 4.1.2, nr.109; Arbh. Antwerpen 15.02.2007, I.B. - RIZIV 2007/2, 225 en Arbh. Bergen 26.10.2006, R.R. RIZIV 4.1, nr. 24.

87. Arbh. Antwerpen, afdeling Hasselt 22.04.2010, I.B. - RIZIV 2010/2-3, 276.

- **Vermindering van het verdienvermogen tot een derde of minder dan een derde ten overstaan van de referentieberoepen**

Het verdienvermogen van de betrokkene moet verminderd zijn tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

In de meeste gevallen zullen de twee beroepenreeksen geheel of gedeeltelijk samenvallen, bijvoorbeeld omdat de betrokkene steeds gewerkt heeft in een beroep dat nauw aansloot bij zijn schoolse opleiding.

Enkel indien er vooruitzichten bestaan op een gunstig verloop van de medische aandoening of op genezing binnen een tamelijk korte tijdsspanne, moet de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste zes maanden uitsluitend gebeuren ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene (art. 100, § 1, 3^e lid van de ZIV-wet 1994). Indien reeds van in het begin duidelijk is dat de gezondheidstoestand dermate is dat een terugkeer naar het gewone beroep niet meer mogelijk is, moet reeds van bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid op zoek worden gegaan naar andere beroepsmogelijkheden binnen de twee hierboven vermelde beroepenreeksen. Het is evident dat de evaluatie moet aansluiten op de reëel bestaande arbeidsmogelijkheden van de werknemer, zonder dat er sprake is van een sociale declassering.

Het arbeidshof te Gent oordeelde dat zodra een verzekerde een voldoende loon kan verdienen in één van de twee voormelde beroepenreeksen, zij niet meer als arbeidsongeschikt kan worden erkend. Wanneer een verzekerde haar vroeger uitgeoefende kaderfunctie niet meer aankan, terwijl zij, gelet op haar beroepsopleiding, nog wel in aanmerking komt voor administratieve functies die geen sociale declassering inhouden, voldoet zij niet aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet 1994 en kan zij dus niet arbeidsongeschikt worden erkend⁸⁸.

Volgens het Hof van Cassatie moet de onmogelijkheid voor een werknemer om zijn contractueel overeengekomen arbeid te presteren ten gevolge van ziekte of ongeval, bedoeld in artikel 31, § 1, van de Arbeidsovereenkomstenwet, worden onderscheiden van de primaire ongeschiktheid bedoeld in artikel 100, § 1, derde lid van de ZIV-wet 1994 vermits de vermindering van het verdienvermogen in dat geval, althans gedurende de eerste zes maanden, dient te worden geëvalueerd ten aanzien van het gewone beroep dat niet noodzakelijk het laatst uitgeoefende beroep van de werknemer is. Dit sluit niet uit dat wanneer een werknemer tijdens de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid door de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling arbeidsgeschikt wordt verklaard, in de zin van artikel 100, § 1, derde lid van de ZIV-wet 1994, hij toch in de onmogelijkheid verkeert om zijn contractueel overeengekomen arbeid te presteren ten gevolge van ziekte of ongeval in de zin van artikel 31, § 1 van de Arbeidsovereenkomstenwet: deze werknemer heeft recht op tijdelijke werkloosheidsuitkeringen wegens (medische) overmacht⁸⁹.

Het arbeidshof te Antwerpen bevestigde de vaststaande rechtspraak van het Hof van Cassatie dat een ongeschoolde arbeidskracht die, ondanks zijn nek- en rugklachten, nog in aanmerking komt voor de ruime waaier van beroepen waarvoor geen specifieke scholing vereist is en waartoe ook een aantal lichte niet rugbelastende activiteiten behoren (zoals montage, hulpmagazijnier in doe-het-zelfzaken, kassawerk, parkingtoezicht, eenvoudig bewakingswerk, controle op een productieproces), niet als arbeidsongeschikt kan worden erkend in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet 1994⁹⁰.

88. Arbh. Gent 15.12.2006, I.B. - RIZIV 2007/2, blz. 228 en Soc.Kron. 2009, blz. 239.

89. Cass. 12.06.2006, JTT 2006, blz. 422; zie eveneens P. Palsterman, "Apte ou inapte au travail? Commentaire de l'arrêt rendu par la Cour de Cassation le 12.06.2006", Soc.Kron. 2006, blz. 446-450.

90. Arbh. Antwerpen 26.06.2007, R.R. RIZIV 4.1.2, nr. 107; zie ook Cass. 26.02.1990, Arr.Cass. 1989-90, blz. 846 en JTT 1990, blz. 228.

Bij de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen wordt geen rekening gehouden met socio-economische criteria, zoals de risico's gekoppeld aan de arbeidsmarkt.

In het kader van de uitkeringsverzekering moet alleen de geschiktheid van de werknemer worden beoordeeld om al dan niet een bepaalde beroepsactiviteit binnen een groep van toegankelijke beroepen uit te oefenen en niet de effectieve tewerkstellingskansen die hem op de arbeidsmarkt worden aangeboden⁹¹.

Ten slotte kan nog verwezen worden naar een arrest van het arbeidshof te Antwerpen waarin werd geoordeeld dat de toepassing van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur geen afwijking van de wet rechtvaardigen. Zij kunnen niet leiden tot een negatie van het legaliteitsbeginsel, dat rechtstreeks gegrond is op artikel 159 van de Grondwet. Met verwijzing naar een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel en/of het redelijkheidsbeginsel kan niet beslist worden dat een verzekerde gerechtigd is op prestaties van de uitkeringsverzekering indien niet voldaan is aan de wettelijke voorwaarden van de ZIV-wet 1994. Het arbeidshof merkt nog wel op dat de sanctie voor het miskennen van de beginselen van behoorlijk bestuur een toepassing vormt van de zorgvuldigheidnorm vervat in de artikelen 1382 e.v. Burgerlijk Wetboek, wat aanleiding zou kunnen geven tot schadeloosstelling voor bewezen schade⁹².

TOESTEMMING TOT HERVATTING VAN EEN WERKZAAMHEID⁹³

Een arbeidsongeschikt erkende werknemer mag met de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds een werkzaamheid hervatten, op voorwaarde dat hij, van geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen behoudt van ten minste 50 % en in zoverre de activiteit verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand (art. 100, § 2 ZIV-wet 1994). Deze voorafgaandelijke toestemming is eveneens vereist voor het hervatten van een deeltijdse activiteit als zelfstandige, zelfs indien de betrokkene deze activiteit reeds uitoefende vóór de arbeidsongeschiktheid⁹⁴.

De adviserend geneesheer bepaalt in een schriftelijke toelating welke activiteit een verzekerde mag hervatten, evenals het toegelaten arbeidsvolume en de voorwaarden tot uitoefening van die activiteit (bv. 5 dagen per week, 2 uren per dag, telkens van 10 tot 12u) (art. 230, § 2 ZIV-besluit 1996). De opgelegde voorwaarden dienen strikt te worden gerespecteerd.

Wanneer wordt vastgesteld, naar aanleiding van een onderzoek van het RIZIV en op basis van de verklaringen van de sociaal verzekerde zelf, dat zij een andere activiteit heeft uitgeoefend dan deze waarvoor toelating werd verleend en dit bovendien op andere dagen en volgens een ander uurrooster dan datgene vermeld in de toelating, dan heeft de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit terecht beslist dat betrokkene hierdoor een einde heeft gesteld aan haar arbeidsongeschiktheid⁹⁵.

Wanneer een sociaal verzekerde de toelating heeft verkregen van de adviserend geneesheer om te werken als schoonmaakster bij een welbepaalde werkgever en zij na een periode van volledige arbeidsongeschiktheid diezelfde activiteit wenst verder te zetten bij een andere werkgever, dan is hiervoor een nieuwe voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer vereist. De wijziging van werkgever is namelijk een nieuw element dat impliceert dat de adviserend geneesheer opnieuw dient vast te stellen of de activiteit die de betrokkene wenst uit te oefenen verenigbaar is met haar gezondheidstoestand en of zij nog steeds een ongeschiktheid van ten minste 50 % op medisch vlak vertoont⁹⁶.

91. Arbh. Bergen 18.09.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 570.

92. Arbh. Antwerpen 08.09.2009, I.B. - RIZIV 2009/3-4, blz. 409.

93. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, 2009, blz. 277-285.

94. Arbh. Brussel 03.04.2008, JTT 2008, blz. 275 en Soc.Kron. 2009, blz. 234.

95. Arbh. Luik 13.10.2005, I.B. - RIZIV 2006/1, blz. 37.

96. Arbh. Brussel 22.10.2009, JTT 2010, blz. 62.

TOEPASSING VAN ARTIKEL 101 EN 102 VAN DE ZIV-WET 1994⁹⁷

Indien een verzekerde tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid een activiteit heeft uitgeoefend zonder de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer, dan stelt hij hierdoor zelf een einde aan zijn arbeidsongeschiktheid en dient hij in principe alle ten onrechte ontvangen ziekte-uitkeringen terug te betalen. Hierdoor riskeert hij zijn rechten in de sociale zekerheid te verliezen. Om dit te voorkomen, kan hij zijn situatie laten regulariseren op medisch en administratief vlak in toepassing van artikel 101 en 102 van de ZIV-wet 1994. Wanneer wordt geoordeeld dat betrokkene tijdens de periode van niet toegelaten activiteit een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behouden heeft op medisch vlak, wordt hij vermoed verder arbeidsongeschikt te zijn gebleven (medische regularisatie) en kan de terugvordering van de uitkeringen worden beperkt tot de gewerkte dagen (administratieve regularisatie).

De bepalingen van artikel 101 en 102 van de ZIV-wet 1994 hebben tot doel om de sociale verzekerbaarheid te waarborgen voor al de dagen die niet zijn gedekt door uitkeringen, als gevolg van een niet toegelaten werkhervatting, doch ze beogen geen regularisering van een normale werkhervatting. In die zin oordeelde het arbeidshof te Antwerpen⁹⁸.

De regularisatieprocedure in geval van een niet toegelaten werkhervatting is vereenvoudigd sedert 31 december 2010. Hiertoe werd artikel 101 van de ZIV-wet 1994 gewijzigd. Artikel 102 van de ZIV-wet 1994 werd opgeheven⁹⁹.

UITBETALING VAN DE UITKERINGEN

De arbeidshoven te Antwerpen en Brussel bevestigen de vaststaande cassatierechtspraak dat de wettelijke verplichting tot betaling van uitkeringen aan de sociaal verzekerden alleen op de verzekeringsinstellingen rust. Vermits het RIZIV geen verzekeringsinstelling is kan het derhalve geen uitkeringen uitbetalen en hiertoe ook niet veroordeeld worden¹⁰⁰.

WEIGERING, TERUGVORDERING EN VERJARING VAN DE UITKERINGEN – AANSPRAKELIJKHEID VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

• Weigering

Het Hof van Cassatie bevestigde in zijn arrest van 2 maart 2009 zijn vroegere rechtspraak dat de uitkeringen moeten worden geweigerd wanneer de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een fout die door de gerechtigde opzettelijk is gepleegd, ook al heeft hij de gevolgen ervan niet gewild¹⁰¹.

• Terugvordering en verjaring

In geval van onrechtmatige onderwerping aan de sociale zekerheid, dienen de ten onrechte betaalde prestaties te worden teruggevorderd. De verjaringstermijn gaat pas in op het tijdstip waarop het RIZIV in kennis wordt gesteld van deze toestand (door een beslissing van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid). Voordien heeft de verzekeringsinstelling geen enkele reden of rechtsgrond om tot de terugvordering over te gaan. De verjaring kan niet beginnen lopen zolang niet vaststaat dat de prestaties onrechtmatig zijn verleend. De bevoegdheid tot vaststelling van een onrechtmatige onderwerping komt niet toe aan de verzekeringsinstelling of het RIZIV, maar wel aan de RSZ¹⁰².

97. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, 2009, blz. 285-287.

98. Arbh. Antwerpen (afd. Hasselt) 06.09.2007, I.B. - RIZIV 2008/1, blz. 37.

99. Voor verdere informatie : zie "deel 1 wetgeving" onder "regularisatieprocedure in geval van een niet toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde".

100. Arbh. Brussel 05.03.2009, R.R. RIZIV 0.1, nr. 18 en Arbh. Antwerpen 19.12.2007, R.R. RIZIV 0.3, nr. 4.

101. Cass. 02.03.2009, JTT 2009, blz. 312; zie ook: Cass. 02.03.1992, Pas. 1992, blz. 591 en Cass. 05.11.1990, Pas. 1991, blz. 245.

102. Arbh. Gent 06.02.2006, Soc.Kron. 2009, blz. 227.

◦ Aansprakelijkheid van de verzekeringsinstelling

Het arbeidshof te Luik heeft geoordeeld dat wanneer een ziekenfonds verkeerdelijk meedeelt aan een verzekerde dat hij voor een zelfde arbeidsongeschiktheid invaliditeitsuitkeringen en vergoedingen voor beroepsziekte kan ontvangen en de teveel betaalde uitkeringen achteraf teruggevorderd worden, er sprake is van een fout in hoofde van het ziekenfonds. Wanneer de verzekerde bovendien, om de terugbetaling te kunnen verrichten, zijn levensstandaard in de toekomst dient terug te schroeven, heeft hij door de fout van het ziekenfonds een schade geleden die overeenstemt met het bedrag van de terug te betalen som. Het ziekenfonds moet deze door haar fout ontstane schade herstellen¹⁰³.

In zijn arrest van 6 november 2006 heeft het Hof van Cassatie geoordeeld dat, ook al is de vordering van een sociaal verzekerde tot betaling van de (hogere) uitkeringen verjaard ten aanzien van het ziekenfonds, dit niet belet dat hij nog een vordering kan instellen tot het bekomen van een schadevergoeding (ingevolge een fout van het ziekenfonds), die gelijk is aan het niet-ontvangen bedrag aan ziekte-uitkeringen (in toepassing van het stelsel van gemeenrechtelijke aansprakelijkheid voorzien in de artikelen 1382 en 1383 B.W.)¹⁰⁴.

◦ Bestaan van bedrieglijke handelingen?

Artikel 174, vierde lid van de ZIV-wet 1994 voorziet dat de verjaringstermijn van de vordering tot terugbetaling van de waarde van onverschuldigde uitkeringen wordt verlengd van 2 tot 5 jaar wanneer het ten onrechte verlenen van uitkeringen het gevolg is van bedrieglijke handelingen. Volgens het arbeidshof te Bergen vereist het bestaan van bedrieglijke handelingen in hoofde van de sociaal verzekerde dat hij zich ervan bewust was dat zijn handelingen of de niet-aangifte van de voortzetting van zijn activiteiten tot gevolg hadden dat hij uitkeringen heeft gekregen waarop hij geen recht had. De bewijslast hiervan ligt bij de sociale zekerheidsinstelling¹⁰⁵.

Het Hof van Cassatie diende zich uit te spreken over een arrest van het arbeidshof te Brussel van 3 maart 2005. Het betrof de situatie van een sociaal verzekerde die tijdens haar arbeidsongeschiktheid een activiteit had uitgeoefend zonder de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer. Betrokkene was er zich, volgens haar eigen verklaringen, niet van bewust dat ze een activiteit uitoefende die onverenigbaar was met het ontvangen van ziekte-uitkeringen, zodat ze er ook geen aangifte van gedaan had bij haar ziekenfonds. Het arbeidshof was evenwel van oordeel dat betrokkene, een bedrijfsleidster die werd bijgestaan door een boekhouder en een sociaal secretariaat, voldoende inlichtingen had kunnen inwinnen in verband met de omvang van haar verplichtingen. Het arbeidshof weerhield “bedrog” in haren hoofde.

Het Hof van Cassatie was daarentegen van oordeel dat noch uit de overweging dat betrokkene zich had kunnen informeren omtrent de omvang van haar verplichtingen ten aanzien van de verzekeringsinstelling, noch uit de vaststelling dat zij de voortzetting van haar activiteit niet meldde aan de verzekeringsinstelling, het bestaan van bedrieglijke handelingen kan worden afgeleid die het verlenen van onverschuldigde prestaties zouden hebben veroorzaakt¹⁰⁶.

SCHADE GEDEKT DOOR EEN ANDERE WETGEVING¹⁰⁷

◦ Het cumulatieverbod

Het cumulatieverbod van artikel 136, § 2, eerste lid van de ZIV-wet 1994 houdt in dat de betrokkene geen aanspraak kan maken op uitkeringen indien voor dezelfde schade reeds schadeloosstelling is verleend in het kader van een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht. Indien die andere bedragen minder bedragen dan de “prestaties van de verzekering”, heeft de rechthebbende recht op het verschil (verschilregel).

103. Arbh. Luik 26.01.2006, Soc.Kron. 2006, blz. 586.

104. Cass. 06.11.2006, Pas. 2006, blz. 2269.

105. Arbh. Bergen 19.05.2010, JTT 2010, blz. 460; zie eveneens Arbh. Bergen 21.02.2008, I.B. - RIZIV 2008/2, blz. 233.

106. Cass. 04.12.2006, JTT 2007, blz. 222; zie in dezelfde zin Cass. 04.01.1993, Pas. I, 3.

107. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, 2009, blz. 313-322.

Waar de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen het verlies aan verdienvermogen van de betrokkene opvangen, moet dus nagegaan worden of de andere tussenkomsten tevens geheel of gedeeltelijk het verlies aan verdienvermogen opvangen. Dit mag niet verward worden met de medische oorzaak die de schade teweegbrengt of met het loonverlies dat een verzekerde zou lijden.

Het cumulatieverbod betreft dus enkel de vergoedingen voor dezelfde schade.

- Cumulatie tussen moederschapsuitkeringen en een arbeidsongevallenvergoeding?

Het arbeidshof te Brussel bevestigde het standpunt van het Hof van Cassatie¹⁰⁸ volgens hetwelk de bepalingen van artikel 136, § 2 van de ZIV-wet 1994 krachtens artikel 117, eerste lid van diezelfde wet, ook van toepassing zijn wat de moederschapsverzekering betreft; dat zowel de prestaties van de moederschapsverzekering als de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid die worden uitbetaald in het kader van de wet op de arbeidsongevallen “dezelfde schade” dekken namelijk het verlies of de vermindering van verdienvermogen; dat voor de betrokken periode van moederschapsrust de verzekeringsinstelling is gesubrogeerd in de rechten van de verzekerde met betrekking tot de vergoedingen voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid ten belope van het bedrag van de moederschapsuitkeringen¹⁰⁹.

- Gecontroleerd werkloze bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid

In het kader van een terugvordering ingesteld door de verzekeringsinstelling (gesubrogeerde) tegen de verzekeraar van de derde aansprakelijke, rees de vraag of de gerechtigde, die gecontroleerd werkloze was toen het ongeval gebeurde, wel “beroepsschade” kon lijden. Het Hof van Cassatie heeft zich hierover reeds in bevestigende zin uitgesproken in zijn arresten van 9 maart 1989, 21 november 1994 en 9 februari 2004¹¹⁰. In zijn arrest van 21 april 2008 herhaalt het Hof¹¹¹ dat de vergoeding wegens arbeidsongeschiktheid waarop de werkloze aanspraak kan maken, wanneer hij ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid zijn recht op werkloosheidsuitkeringen verliest, geen andere schade dekt dan die welke gedekt wordt door de prestatie die verschuldigd is aan de tewerkgestelde werknemer die door arbeidsongeschiktheid getroffen wordt (met name het verlies of de vermindering van het vermogen om door middel van zijn arbeid inkomsten te verkrijgen die kunnen bijdragen in het onderhoud van de werknemer en zijn gezin). Op de enkele grond dat het slachtoffer van een ongeval ten tijde van dat ongeval werkloos was, kan niet worden afgeleid dat dit slachtoffer geen beroepsschade, doch slechts een theoretische schade heeft geleden die de vermindering van zijn recht op een vergoeding naar gemeen recht rechtvaardigt.

- **Het subrogatierecht van de verzekeringsinstelling**

1) Voorwerp van het subrogatierecht

Artikel 136, § 2 van de ZIV-wet 1994 bepaalt dat de verzekeringsinstelling rechtens in de plaats treedt van de rechthebbende, tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die krachtens een Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht verschuldigd zijn en die de in het eerste lid bedoelde schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden geheel of gedeeltelijk vergoeden.

In toepassing van voornoemde wettelijke bepaling oordeelde het Hof van Cassatie in zijn arrest van 3 april 2006 dat de vordering van de verzekeringsinstelling beperkt is tot het maximumbedrag van de schadeloosstelling waartoe de derde, die de schade heeft veroorzaakt, in gemeen recht jegens het slachtoffer gehouden is ter vergoeding van het verlies of de vermindering van het vermogen om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven. Het Hof van Cassatie benadrukte nog dat

108. Cass. 25.11.2002, Soc.Kron. 2003, blz. 231 en JTT 2003, blz. 163.

109. Arbh. Brussel 13.03.2006, Soc.Kron. 2007, blz. 357-358.

110. Cass. 09.02.2004, I.B. - RIZIV 2004/2-3, blz. 226 en JTT 2004, 242 ; Cass. 21.11.1994, RW 1995-96, blz. 225 en Cass. 09.03.1989, RW 1989-90, blz. 299.

111. Cass. 21.04.2008, I.B. - RIZIV 2009/1, blz. 64.

artikel 136, § 2 van de ZIV-wet 1994 van openbare orde is¹¹².

In een arrest van 21 april 2008 bevestigde het Hof van Cassatie dat uit de bepalingen van artikel 136, § 2 van de ZIV-wet 1994 voortvloeit dat het bedrag van de aanvraag van de verzekeringsinstelling in het kader van de wettelijke subrogatie niet meer kan bedragen dan het geheel van de sommen die krachtens het gemeen recht verschuldigd zijn. Het Hof voegde er nog aan toe dat het feit dat het slachtoffer van een ongeval dat volgens het gemeen recht wordt vergoed, een werkloze is, die zijn recht op werkloosheidsuitkeringen verliest omdat hij aanspraak kan maken op een ziekte-uitkering, niet impliceert dat het bedrag van de aanvraag van de verzekeringsinstelling niet lager mag zijn dan dat van de werkloosheidsuitkeringen die het slachtoffer vóór het ongeval ontving¹¹³.

In een opmerkelijk arrest van 8 oktober 2007 heeft het Hof van Cassatie geoordeeld dat het remgeld – dit is het aandeel van de medische kosten dat niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen maar dat ten laste blijft van de sociaal verzekerde zelf – ook dient te worden opgenomen in het voor subrogatie vatbare gedeelte¹¹⁴. Bovendien wordt niet vereist dat de bedragen waarop de subrogatie betrekking heeft, hetzelfde element van de schade vergoeden als datgene waarmee de verleende prestatie overeenstemt, zolang het element van de schade dat door die bedragen wordt vergoed maar van die aard is dat het de toekenning van een prestatie van de verplichte verzekering verantwoordt (zonder dat hierbij een onderscheid gemaakt wordt tussen gezondheidszorgen en uitkeringen om het plafondbedrag te bepalen)¹¹⁵.

Het Hof van Cassatie oordeelde verder nog in zijn arrest van 22 oktober 2007 dat een verzekeringsinstelling die vergoedingen uitbetaalt aan het slachtoffer van een ongeval en deze vergoedingen terugvordert ten aanzien van degene die de schade heeft veroorzaakt of zijn aansprakelijkheidsverzekeraar, door middel van zijn wettelijke subrogatie, geen andere vordering uitoefent dan deze van het slachtoffer. De verzekeringsinstelling, die aldus rechtens in de plaats treedt van het slachtoffer, kan net zoals het slachtoffer tegen de veroorzaker van de schade het vermoeden aanvoeren van verantwoordelijkheid, bepaald door artikel 1384, eerste lid B.W.¹¹⁶.

Wanneer de door de wet bedoelde schade slechts ten dele door de fout van een derde is ontstaan, strekt de vordering van de verzekeringsinstelling zich, ongeacht de mate waarin het slachtoffer aansprakelijk werd gesteld, uit tot het geheel van de sommen die de aansprakelijke derde of zijn verzekeraar verschuldigd is ter vergoeding van die schade. De wettelijke subrogatie is dus niet beperkt tot een breukdeel van de verleende prestaties dat evenredig is aan het aandeel van de derde in de aansprakelijkheid voor de veroorzaakte schade¹¹⁷.

In zijn arrest van 22 september 2008 stelde het Hof van Cassatie dat de verzekeringsinstelling die arbeidsongeschiktheidsuitkeringen heeft uitbetaald voor een bepaalde periode, niet in de rechten treedt van het slachtoffer met betrekking tot de bedragen die de aansprakelijke naar gemeen recht verschuldigd is voor een daaropvolgende periode, aangezien de gemeenrechtelijke vergoeding in dat geval niet hetzelfde deel van de schade dekt als de door de verzekeringsinstelling betaalde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen¹¹⁸.

Het Hof van Cassatie diende zich eveneens uit te spreken over een vonnis van de correctionele rechtbank te Luik van 19 november 2007 met betrekking tot de situatie van een verzekerde die het slachtoffer was geworden van een ongeval, doch die bijna vier maanden vóór het ongeval volledig arbeidsongeschikt was wegens een andere aandoening (gewrichtsaandoening door griep) waarvoor hij reeds vergoed werd door de verzekeringsinstelling. De gevolgen van voormelde aandoening waren nog niet verdwenen op de dag van het ongeval en betrokkene werd nog verder door zijn verzekeringsinstelling vergoed tot ruim twee jaar na het ongeval.

112. Cass. 03.04.2006, I.B. - RIZIV 2006/3, 357 en JTT 2006, blz. 289.

113. Cass. 21.04.2008, I.B. - RIZIV 2008/3, blz. 405.

114. Cass. 08.10.2007, I.B. - RIZIV 2008/1, blz. 16 en JLMB 2008, blz. 1492.

115. Cass. 21.04.2008, I.B. - RIZIV 2008/3, blz. 406 en JTT 2008, blz. 281.

116. Cass. 22.10.2007, I.B. - RIZIV 2008/1, blz. 20 en JLMB 2008, blz. 1496.

117. Cass. 16.11.2009, I.B. - R.I.Z.I.V 2010/1, blz. 85.

118. Cass. 22.09.2008, JTT 2009, blz. 52 en RW 2008-09, blz. 1147.

Het bestreden vonnis had geoordeeld dat aangezien het slachtoffer door de verzekeringsinstelling verder vergoed was om redenen die losstaan van de gevolgen van het ongeval, de door de verzekeringsinstelling uitgekeerde bedragen een andere schade dekken dan deze die door de fout van de beklagde is veroorzaakt en bijgevolg geen bedragen zijn die krachtens het gemeen recht zijn verschuldigd en dus van de grondslag van de subrogatoire rechtsoverdracht van de verzekeringsinstelling uitgesloten zijn. Het Hof van Cassatie sloot zich hierbij aan en bevestigde het bestreden vonnis¹¹⁹.

Verder heeft het Hof van Cassatie geoordeeld dat de verzekeringsinstelling haar wettelijk subrogatierecht niet kan uitoefenen ten aanzien van een verzekeringsmaatschappij wanneer zij ziekte-uitkeringen uitbetaald heeft aan het slachtoffer van een arbeidsongeval terwijl deze daarop geen recht had. Het betrof *in casu* de specifieke situatie van een werknemer van een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap (PWA) die het slachtoffer was geworden van een arbeidsongeval en die hierdoor arbeidsongeschikt was geworden.

In afwijking op de algemene regel die bepaalt dat een werknemer in geval van arbeidsongeschiktheid geen aanspraak kan maken op werkloosheidsuitkeringen, voorziet het Werkloosheidsbesluit 1991 tevens dat een werkloze, die is tewerkgesteld in het kader van een PWA en die getroffen wordt door een arbeidsongeval, zijn recht behoudt op werkloosheidsuitkeringen in geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (hier geldt met name geen voorwaarde van arbeidsongeschiktheid). In de voornoemde situatie kan de sociaal verzekerde bijgevolg geen aanspraak maken op ziekte-uitkeringen.

Wanneer de betrokken PWA-werknemer vanwege de verzekeringsmaatschappij (die dezelfde bescherming als die van de arbeidsongevallenwet waarborgt) een vergoeding heeft ontvangen voor het arbeidsongeval, dan kan de verzekeringsinstelling niet in de plaats treden van het slachtoffer om de door haar (ten onrechte) verleende prestaties terug te vorderen van de verzekeringsmaatschappij¹²⁰.

In het verleden werd reeds door het Hof van Cassatie geoordeeld dat het subrogatierecht van de verzekeringsinstelling niet beperkt is tot het bedrag van de sommen zelf verschuldigd door de derde, maar tevens slaat op de intresten die hierop verschuldigd zijn¹²¹. Het Hof bevestigde deze rechtspraak in zijn arrest van 19 februari 2007¹²².

2) Eigen recht tot terugvordering ten aanzien van het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds

De wetgever heeft aan de verzekeringsinstellingen, die aanvankelijk enkel over een subrogatierecht beschikten, een eigen recht tot terugvordering van de verleende prestaties toegekend ten aanzien van het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds in de gevallen bedoeld in artikel 80 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen (cf. art. 136, § 2, laatste lid ZIV-wet 1994). Dit Fonds komt tussen wanneer de schade werd veroorzaakt door een niet-geïdentificeerd of niet-verzekerd voertuig. De bedoeling van het eigen recht is om aan de verzekeringsinstelling de mogelijkheid te bieden om de uitgaven, die zij aan de verzekerden-benadeelden heeft uitbetaald, terug te vorderen. Het was geenszins de bedoeling van de wetgever om aan de verzekeringsinstelling, door het invoeren van een eigen recht, meer rechten toe te kennen dan aan de verzekerde zelf. Het Hof van Cassatie oordeelde reeds dat de omstandigheid dat de verzekeringsinstelling van dit eigen recht tegen het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds gebruik maakt, de verplichtingen van dat Fonds niet kan verzwaren in vergelijking met de verplichtingen die het Fonds zou hebben indien de benadeelde zelf vergoeding van zijn schade zou vorderen.

119. Cass. 21.01.2009, Pas. 2009, blz. 176 en Arr.Cass. 2009, blz. 205.

120. Cass. 23.03.2009, JTT 2009, blz. 296.

121. Cass. 12.11.1990, Arr.Cass. 1990-91, blz. 142 en JTT 1991, blz. 202; Cass. 30.01.1995, RW 1995-96, blz. 324; Cass. 07.04.1986, Arr.Cass. 1985-86, blz. 480 en Cass. 04.03.1986, RW 1985-86, blz. 878. Zie tevens Cass. 30.01.1995, JTT 1995, blz. 118 wat de vroegere aanpassingsbijslagen betreft die het FAO uitbetaalde voor ongevallen overkomen vóór 01.01.1988 in toepassing van art. 58, § 1, 7^o Arbeidsongevallenwet.

122. Cass. 19.02.2007, S.06.0003.N.

Er is trouwens een beperking aan het eigen recht tot terugvordering van de verzekeringsinstelling, in die zin dat het slechts wordt toegekend in dezelfde gevallen en in dezelfde mate als de benadeelde zelf recht zou hebben op een vergoeding ten laste van het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds¹²³. Dit werd nogmaals bevestigd door het Hof van Cassatie in een arrest van 17 november 2008¹²⁴.

- **Het verbod dadingen aan te gaan zonder de instemming van de verzekeringsinstelling**

Artikel 136, § 2, vijfde lid van de ZIV-wet 1994 bepaalt dat de overeenkomst tussen de rechthabende en de derde aansprakelijke niet kan worden aangevoerd tegen de verzekeringsinstelling zonder haar instemming. Deze bepaling verhindert dat de rechten van de verzekeringsinstelling bepaald (beperkt) worden op grond van de rechten die aan de getroffene naar het gemeen recht worden toegekend op basis van een overeenkomst tussen de getroffene en de verzekeraar van de derde aansprakelijke (zonder tussenkomst van de verzekeringsinstelling).

De toepassing van deze bepaling werd bevestigd door het Hof van Cassatie in zijn arresten van 27 februari 2006 en 3 april 2006¹²⁵. In dit laatste arrest oordeelde het Hof van Cassatie dat de rechtbank de eis van de verzekeringsinstelling niet kan afwijzen op basis van een minnelijke medische expertise ondertekend door het slachtoffer en de verzekeraar van de aansprakelijke derde, zonder vast te stellen dat de verzekeringsinstelling met die overeenkomst heeft ingestemd. Deze bepaling verhindert de verzekeringsinstelling niet om zich op de dadingsovereenkomst te beroepen om haar eigen verplichtingen te beperken.

WET VAN 29 JULI 1991 BETREFFENDE DE UITDRUKKELIJKE MOTIVERING VAN DE BESTUURSHANDELINGEN

In zijn arrest van 18 september 2008 oordeelde het arbeidshof te Bergen dat de vernietiging van een administratieve beslissing tot het beëindigen van de arbeidsongeschiktheid om reden van een gebrekkige motivering, voor de rechter impliceert dat hij in het kader van zijn controle met volle rechtsmacht, moet nagaan of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden om al dan niet als arbeidsongeschikt te worden erkend. De vernietiging van de beslissing resulteert dus niet automatisch in een herstel van de sociaal verzekerde in zijn rechten zoals ze waren vastgesteld vóór de kennisgeving van de uitsluitingsbeslissing¹²⁶.

Volgens het arbeidshof te Antwerpen is een afdoende motivering, als bedoeld in de wet motivering bestuurshandelingen, een motivering die haar doel bereikt, meer bepaald een motivering die de sociaal verzekerde in staat stelt te begrijpen op grond van welke feitelijke en juridische gegevens de beslissing is genomen zodat hij met kennis van zaken kan uitmaken of het aangewezen is de beslissing aan te vechten. Ook het arbeidshof te Antwerpen is van oordeel dat zelfs indien het zou aannemen dat de wettelijke motiveringsplicht geschonden is, het op basis van de gegevens van het dossier nog moet onderzoeken of de verzekerde aan de wettelijke voorwaarden voldoet om uitkeringen te genieten¹²⁷.

Het arbeidshof te Bergen bevestigde de vaststaande rechtspraak dat de wet motivering bestuurshandelingen ook van toepassing is op de ziekenfondsen. Onder bestuur dient niet enkel te worden verstaan een bestuur waarvan de handelingen kunnen worden aangevochten voor de Raad van State. Wanneer een ziekenfonds prestaties verleent binnen een stelsel van openbare orde en ze zodoende zorgen verstrekt onder voogdij en toezicht van het RIZIV, verschijnt ze als bestuur voor de handelingen die ze in die hoedanigheid stelt¹²⁸.

123. Cass. 29.09.1995, RW 1996-97, blz. 12; Cass. 10.10.2000, Arr.Cass. 2000, blz. 534.

124. Cass. 17.11.2008, Bull.Ass. 2009, blz. 403.

125. Cass. 03.04.2006, I.B. - RIZIV 2006/3, blz. 357 en JTT 2006, blz. 289 en Cass. 27.02.2006, Larquier Cassation 2006, blz. 166.

126. Arbh. Bergen 18.09.2008, I.B. - RIZIV 2008/4, blz. 570; Arbh. Bergen 21.02.2008, I.B. - RIZIV 2008/2, blz. 233.

127. Arbh. Antwerpen (afd. Antwerpen) 26.05.2009, I.B. - RIZIV 2009/3-4, blz. 410.

128. Arbh. Bergen 18.01.2007, JTT 2008, blz. 10.

SAISINE – OMVANG VAN DE BEVOEGDHEID VAN DE ARBEIDSGERECHTEN IN HET KADER VAN DE UITKERINGSVERZEKERING

Principieel is het arbeidsgerecht in een geschil met betrekking tot het einde van de arbeidsongeschiktheid bevoegd om de toepassing van de wettelijke voorwaarden inzake de arbeidsongeschiktheid na te gaan over de datum heen die in de bestreden administratieve beslissing als einddatum van de arbeidsongeschiktheid werd vooropgesteld, en dit tot de datum van de einduitspraak¹²⁹. Dit werd nogmaals bevestigd door het Hof van Cassatie in zijn arrest van 9 februari 2009¹³⁰. De toepassing van dit principe stelt bijzondere problemen, vooral wanneer beslissingen inzake de erkenning van de arbeidsongeschiktheid of tot vaststelling van het einde hiervan genomen werden door twee “verschillende instanties”.

Het Hof van Cassatie heeft in een geschil tussen een verzekerde en het RIZIV met betrekking tot een uitsluitingsbeslissing door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, zijn vroegere rechtspraak bevestigd dat de beslissing omtrent het bestaan van een primaire arbeidsongeschiktheid enkel toekomt aan de adviserend geneesheer (cf. art. 90 van de ZIV-wet 1994)¹³¹. Het Hof van Cassatie oordeelde dat het arbeidshof, door zonder voorafgaandelijk geneeskundig verslag van de adviserend geneesheer ten aanzien van het RIZIV te beslissen dat de verzekerde zich in een staat van primaire ongeschiktheid bevond, voormeld wetsartikel schendt. In dezelfde zin oordeelden het arbeidshof te Bergen en het arbeidshof te Brussel¹³².

b. UITKERINGSVERZEKERING VOOR ZELFSTANDIGEN

BEGRIJF ARBEIDSONGESCHIKTHEID¹³³

De artikelen 19 en 20 van het arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen definiëren het begrip arbeidsongeschiktheid voor de zelfstandige gerechtigden waarbij een onderscheid moet worden gemaakt tussen de periode van primaire ongeschiktheid (eerste jaar) en het tijdvak van invaliditeit (vanaf het tweede jaar).

• Begrip primaire ongeschiktheid

De gerechtigde moet wegens letsels of functionele stoornissen een einde gesteld hebben aan het volbrengen van de taken die verband hielden met zijn beroepsbezigheid als zelfstandige die hij vóór de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid uitoefende. Bovendien mag hij geen andere beroepsbezigheid uitoefenen, hetzij als zelfstandige of helper, hetzij in een andere hoedanigheid. Het feit of het bedrijf al dan niet wordt voortgezet, speelt geen enkele rol¹³⁴.

De stopzettingsvereiste dient in de praktijk individueel en “met gezond verstand” te worden beoordeeld. Enkel taken die een essentieel deel uitmaken van de zelfstandige activiteit moeten worden stopgezet. Op grond hiervan heeft het Hof van Cassatie aanvaard dat een loutere verderzetting van slechts “minieme” taken met betrekking tot de vroeger uitgeoefende zelfstandige activiteit (dit zijn resttaken zonder enige economische betekenis en die niet beslissend zijn voor het voortbestaan van de onderneming) wel verenigbaar is met de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, indien de betrokkene geen andere beroepsbezigheid uitoefent¹³⁵.

129. Cass. 27.09.1982, JTT 1983, blz. 28 en Cass. 06.09.1982, JTT 1983, blz. 29.

130. Cass. 09.02.2009, I.B. - RIZIV 2009/2, blz. 219; in dezelfde zin: Arbh. Luik 08.12.2008, I.B. - RIZIV 2009/2, blz. 222.

131. Cass. 17.11.2008, I.B. - RIZIV 2009/1, blz. 57; zie eerder Cass. 06.05.1991, RW 1991-92, 404 en I.B. - RIZIV 1991/4, blz. 297 en Cass. 04.01.1993, Soc. Kron. 1993, blz. 406.

132. Arbh. Brussel 04.11.2009, R.R. RIZIV 4.1.1, nr. 7; Arbh. Brussel 29.10.2009, R.R. RIZIV, 4.1.1, nr. 6; Arbh. Brussel 15.10.2009, R.R. RIZIV 4.1.1, nr. 5 en Arbh. Bergen 28.03.2007, R.R. RIZIV 4.1.1, nr. 4.

133. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, 2009, blz. 368-378.

134. De notie “arbeidsongeschiktheid” in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen is een gepersonaliseerd begrip, m.a.w. de arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld in functie van de persoonlijke beroepsactiviteit van de verzekerde. Dit blijkt duidelijk uit het verslag aan de Koning dat het K.B. van 20.07.1971 voorafgaat (B.S. 07.08.1971).

135. Cass. 21.01.1985, RW 1985-86, blz. 236.

• Begrip invaliditeit

Om als invalide erkend te kunnen worden, moet de betrokkene voldoen aan de voorwaarden van artikel 19 en moet hij bovendien erkend worden ongeschikt te zijn om het even welke beroepsbezigheid uit te oefenen die hem billijkerwijze zou opgelegd kunnen worden, inzonderheid rekening houdend met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding.

Er kan in dit kader worden verwezen naar een arrest van het arbeidshof te Luik dat als volgt kan worden samengevat: een arbeidsongeschikte zelfstandige die een beroepsactiviteit hervat, moet in principe geacht worden arbeidsgeschikt te zijn. Er bestaat wel een uitzondering die in de wetgeving is vastgesteld en een uitzondering in de rechtspraak. De eerstgenoemde uitzondering betreft het hervatten van een door de adviserend geneesheer toegelaten activiteit. De tweede uitzondering betreft het uitoefenen door de zelfstandige van een minieme activiteit in het kader van zijn zelfstandige beroepsactiviteit. Deze jurisprudentiële interpretatie met betrekking tot het voortzetten van een minieme activiteit is slechts van toepassing op de activiteit die de zelfstandige in die hoedanigheid uitoefent en slaat niet op de activiteit die hij tezelfdertijd uitoefent in de hoedanigheid van loontrekkende, evenmin als op een nieuwe activiteit die hij start na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Niet toegelaten is de uitoefening van een zelfstandige activiteit die de verzekerde vroeger reeds uitoefende (kapster), maar die niet de activiteit is die zij uitoefende bij de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid (restauranthoudster)¹³⁶.

Volgens hetzelfde arbeidshof te Luik dient bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van een zelfstandige gerechtigde te worden onderzocht of de activiteit waarvoor hij nog geschikt wordt geacht een beroepsactiviteit is waarvan hij kan leven en die voor hem geen sociale declassering inhoudt. Het mag dus niet louter gaan om een vorm van tijdverdrijf¹³⁷.

PRINCIPE VAN NON-RETROACTIVITEIT VAN EEN BESLISSING 'EINDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID'

Krachtens artikel 94, eerste lid van de ZIV-wet 1994, stelt de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, op basis van een door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling opgemaakt verslag, de staat van invaliditeit vast en bepaalt de duur ervan.

Artikel 177, § 1, 1^o, tweede lid van het ZIV-besluit 1996, genomen in uitvoering van artikel 95, eerste lid van voormelde wet, voorziet dat de beslissingen over de erkenning van de invaliditeit worden getroffen binnen de laatste vier weken van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid.

Krachtens artikel 94, derde lid van dezelfde wet hebben de beslissingen van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, waarbij het einde van de staat van invaliditeit wordt vastgesteld, geen terugwerkende kracht.

Voornoemde bepalingen gelden ook voor beslissingen inzake de invaliditeit in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen (cf. art. 62 arbeidsongeschiktheidsbesluit zelfstandigen).

Het Hof van Cassatie heeft, verwijzend naar voormelde bepalingen, in zijn arrest van 11 mei 2009¹³⁸ uitdrukkelijk gesteld dat aangezien de beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit over de erkenning van de staat van invaliditeit vóór de aanvang van het tijdvak van invaliditeit dient genomen te worden, de erkenning van deze staat van invaliditeit niet met terugwerkende kracht geweigerd mag worden, wanneer de beslissing na het verstrijken van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid is genomen; dergelijke beslissing kan niet tot gevolg hebben dat de staat van invaliditeit niet zou worden erkend voor het tijdvak dat aan de beslissing voorafgaat.

136. Arbh. Luik (afd. Namen) 16.02.2010, I.B. - RIZIV 2010/1, blz. 93.

137. Arbh. Luik (afd. Namen) 15.01.2008, R.R. RIZIV 4.1.4, nr. 55, zie ook reeds Arbh. Luik (afd. Neufchâteau) 09.11.2005, I.B. - RIZIV 2006/1, blz. 44.

138. Cass. 11.05.2009, JTT 2009, blz. 309.

c. Het handvest van de sociaal verzekerde

Artikel 22, § 2 van de wet van 11 april 1995 tot uitvoering van het handvest van de sociaal verzekerde bepaalt dat de bevoegde instelling van sociale zekerheid, binnen de voorwaarden bepaald door zijn Beheerscomité en goedgekeurd door de bevoegde minister, kan afzien van de terugvordering van onverschuldigde bedragen:

- a) in behartigenswaardige gevallen of categorieën van gevallen en mits de schuldenaar te goeder trouw is
- b) wanneer het terug te vorderen bedrag gering is
- c) wanneer blijkt dat de terugvordering onzeker of te duur is vergeleken met het bedrag dat teruggevorderd moet worden.

Met betrekking tot voornoemde bepaling heeft het Grondwettelijk Hof geoordeeld dat, zelfs wanneer het betrokken Beheerscomité niet de voorwaarden heeft bepaald waaronder van de terugvordering van het onverschuldigde kan worden afgezien, de verzaking toch kan gebeuren in de gevallen zoals bedoeld in a), b) en c)¹³⁹.

In het kader van de uitkeringsverzekering heeft het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen in een verordening van 17 maart 1999 (voor de werknemers) en in een verordening van 12 februari 2001 (voor de zelfstandigen) de voorwaarden tot verzaking aan de terugvordering vastgelegd.

Volgens het arbeidshof te Brussel beschikken de arbeidsgerechten slechts over een toetsingsrecht over dergelijke beslissingen tot verzaking. Zij kunnen zich niet in de plaats stellen van de administratie en kunnen dus niet zelf een verzaking bevelen, indien de aanvraag tot verzaking niet eerst aan het bevoegde Beheerscomité werd voorgelegd¹⁴⁰.

Overeenkomstig artikel 23 van het Handvest Sociaal Verzekerde moet, onverminderd gunstiger termijnen voortvloeiend uit specifieke wetgevingen, tegen de beslissingen van de instellingen van sociale zekerheid beroep worden ingesteld binnen drie maanden na de kennisgeving van die beslissingen of na de kennisneming van de beslissing door de sociaal verzekerde indien geen kennisgeving plaatshad.

Deze beroepstermijn is voorgeschreven op straffe van verval.

Rekening houdend met voormelde bepaling benadrukt het arbeidshof te Antwerpen dat de sociaal verzekerde die voorhoudt de aangetekende zending (waarmee de beslissing hem ter kennis werd gebracht) niet te hebben ontvangen, hiervan de bewijslast draagt. Laattijdig beroep van de sociaal verzekerde tegen de administratieve beslissing kan alleen door overmacht worden verschoond. Wanneer vaststaat dat de sociaal verzekerde kennis nam van de beslissing en geen overmacht door hem ingeroepen wordt, moet de vordering die buiten de termijn is ingesteld, onontvankelijk verklaard worden¹⁴¹.

Artikel 20, eerste lid van het Handvest sociaal verzekerde voorziet dat de prestaties, onverminderd gunstiger wettelijke of reglementaire bepalingen, voor de rechthebbenden-sociaal verzekerden van rechtswege intrest opbrengen vanaf hun opeisbaarheid. In navolging van het arrest van het Grondwettelijk Hof van 8 mei 2002 oordeelde het arbeidshof te Gent dat krachtens voornoemd artikel de rechthebbenden-sociaal verzekerden op dezelfde datum aanspraak kunnen maken op verwijlinteressen op aan hen verschuldigde prestaties, ongeacht of die ter uitvoering van een administratieve beslissing of van een rechterlijke beslissing (waarbij een administratieve beslissing wordt tenietgedaan) worden toegekend¹⁴².

¹³⁹ GwH 28.05.2009, nr.88/2009, I.B. - RIZIV 2009/3-4, blz. 404.

¹⁴⁰ Arbh. Brussel 07.01.2008, Soc.Kron. 2009, blz. 231.

¹⁴¹ Arbh. Antwerpen (afd. Antwerpen) 09.12.2008, I.B. - RIZIV 2009/2, blz. 225.

¹⁴² Arbh. Gent (afd. Gent) 02.03.2007, R.R. RIZIV 0.5, nr. 1.

2^e Deel

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



2^e trimester 2011

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Technisch tandheelkundige raad

Op 10 juni 2011 treedt het huishoudelijk reglement van de Technisch tandheelkundige Raad (TTR) in werking.¹ Dit reglement bevat bepalingen met betrekking tot de wijze van bijeenroeping van de Raad, de samenstelling van de agenda, de zetel, het secretariaat en het opstellen van de notulen, maar ook over het inrichten van werkgroepen.

Zo richt de TTR beperkte werkgroepen op die worden belast met het formuleren van adviezen betreffende de individuele aanvragen voor verzekeringstegemoetkoming, waarover de Raad zich conform de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen dient uit te spreken, en kunnen er ook werkgroepen belast worden met het voorafgaand onderzoek van een probleem dat op de agenda staat.

2. Farmaceutische heffingen

Om de geschatte overschrijding van het budget te ondervangen, is een subsidiaire heffing, onder de vorm van een voorschot en afrekening, ingesteld ten laste van de farmaceutische bedrijven waarvan vergoedbare specialiteiten zijn ingeschreven op de lijst. Deze heffing is beperkt tot 100 miljoen EUR per jaar.

Op het omzetcijfer van 2010 is het percentage vastgelegd op 1,06 %.²

3. Samenwerking federaal niveau – gemeenschappen

Vanuit de verplichte ziekteverzekering kan via overeenkomsten met het Verzekeringscomité financiering geboden worden voor de verstrekkingen die verricht worden in het kader van opsporingsprogramma's of vaccinatiiprogramma's uitgevoerd door één van de gefedereerde entiteiten.

1. K.B. van 12.05.2011 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technisch tandheelkundige raad, B.S. van 10.06.2011, blz. 34185.

2. K.B. van 19.06.2011 tot vaststelling van het percentage van het saldo van de subsidiaire heffing voorzien door art. 191, eerste lid, 15^eundecies van de wet GVU - Jaar 2010, B.S. van 23.06.2011, blz. 36859.

Hieraan wordt uitwerking gegeven met een Koninklijk besluit dat in werking treedt op 10 januari 2010³ en dat voorziet in bepalingen met betrekking tot:

- de regels voor de vaststelling van het budget
- de regels voor de betaling van de tegemoetkoming
- de gegevens die de gefedereerde entiteit moeten overmaken aan het RIZIV en de nadere regels betreffende die mededeling.

Tevens worden met hetzelfde Koninklijk besluit budgetten vastgelegd voor 2 concrete preventieprogramma's:

- de HPV-vaccinatie in de Vlaamse gemeenschap
- de opsporing van colorectale kanker in de Franse gemeenschap.

4. Preventiecampagne vaccinatie

De verzekering voor geneeskundige verzorging komt tegemoet in vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter voor de jaren 2011 en 2012:⁴

- het bedrag van de tegemoetkoming wordt vastgesteld op 28 924 000 EUR, waarvan 16 499 000 EUR voor de Vlaamse gemeenschap en 12 425 000 EUR voor de Franse en Duitstalige gemeenschap
- het vaccinatieprogramma 2009/2010 wordt verder gezet en het pneumokokkenvaccin en de herhalingsvaccinatie voor kinderen wordt behouden.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Contraceptiva voor jongeren

Jonge vrouwen tot en met 20 jaar krijgen een extra tegemoetkoming in de prijs van bepaalde contraceptiva via artikel 56 van de wet GVU. Deze maatregel geldt ook verder in 2011.⁵

3. K.B. van 08.04.2011 tot uitvoering van art. 56, § 2, eerste lid, 5^o, van de wet GVU, B.S. van 26.04.2011 (Ed. 2), blz. 25211.

4. K.B. van 22.03.2011 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging, voor de betaling van vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter voor het jaar 2011, B.S. van 01.04.2011, blz. 21615.

5. K.B. van 24.05.2011 tot wijziging van het K.B. van 29.01.2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité een overeenkomst kan sluiten in toepassing van art. 56, § 2, 1^o, van de wet GVU, om de experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren te verlengen, B.S. van 16.06.2011, blz. 35815.

b. Chronische ziekten

In het kader van het programma chronische ziekten, komt de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vanaf 20 mei 2011 tegemoet in de reiskosten in het kader van revalidatie van kinderen (patiënten jonger dan 18 jaar).⁶ Het gaat om een tegemoetkoming van 0,25 EUR per km voor de heen- en terugreis voor kinderen opgevolgd in revalidatiecentra waarmee het verzekeringscomité een van volgende typeovereenkomsten heeft gesloten:

- Zeldzame erfelijke monogene metabole ziekten
- Mucoviscidose
- Neuromusculaire ziekten
- Cerebral Palsy
- Spina bifida
- Autismespectrumstoornissen
- Diabetes bij kinderen
- Kindernefrologie
- Visuele stoornissen
- Overeenkomst "Hemophilie".

c. Vervoerskosten dringende geneeskundige hulpverlening

Vanaf 1 januari 2010 verhoogt de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de vervoerskosten van de rechthebbenden die vervoerd worden door een ambulancedienst in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening van 33 procent tot 50 procent van de tarieven voor het vervoer per ziekenwagen.⁷

Op het modeldocument door middel waarvan de tegemoetkoming moet worden aangevraagd wordt vanaf 16 april 2011 een aparte rubriek voorzien voor het forfait voor het gebruik van een automatische externe defibrillator en op het modeldocument worden de nomenclatuurcodes vermeld.

d. Verhoogde tegemoetkoming

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming breidt vanaf 1 juli 2011 uit ten aanzien van de rechthebbenden op een verwarmingstoelage van de categorieën 2 en 3 toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn in het kader van het Sociaal Stookoliefonds.⁸

De rechthebbenden die tot categorie 2 behoren, zijn personen van wie het gezinsinkomen lager is dan het grensbedrag dat in het kader van de verhoogde tegemoetkoming van toepassing is. De rechthebbenden die tot categorie 3 behoren, zijn personen die schuldbemiddeling of een collectieve schuldenregeling genieten en die bovendien hun verwarmingsfactuur niet kunnen betalen. Deze rechthebbenden worden ingeschreven in de klassieke verhoogde tegemoetkoming op basis van een hoedanigheid en kunnen de verhoogde tegemoetkoming genieten als de inkomsten van hun gezin beneden een bepaald grensbedrag blijven.

6. K.B. van 28.04.2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten, B.S. van 10.05.2011, blz. 27184, en het *erratum*, B.S. van 30.05.2011, blz. 31990.

7. K.B. van 23.03.2011 tot wijziging van het K.B. van 26.04.2009 tot uitvoering van art. 34, eerste lid, 28°, van de wet GVU, B.S. van 06.04.2011, blz. 22560.

8. K.B. van 22.03.2011 tot wijziging van het K.B. van 01.04.2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, §§ 1 en 19 van de wet GVU, en tot invoering van het OMNIO-statuut, B.S. van 04.04.2011, blz. 21850.

e. Terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties

Artikel 326, § 4 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat:

“Wanneer het totaal bedrag van de ten onrechte aan een sociaal verzekerde betaalde prestaties voor de geneeskundige verzorging kleiner is dan 12 EUR of voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid kleiner is dan 25 EUR, wordt de verzekeringsinstelling van de terugvordering van dat bedrag vrijgesteld”.

Vanaf 24 april 2011 is het bedrag voor de geneeskundige verzorging waaronder een verzekeringsinstelling is vrijgesteld om de ten onrechte betaalde prestaties terug te vorderen, verdubbeld.⁹ Thans bedraagt het dus 25 EUR, aan te passen aan de index.

2. Zorgverleners

a. Artsen

BEROEPSORGANISATIES

De representatieve beroepsorganisaties krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun werking, waarvan de wijze van betaling werd vastgelegd op 23 juni 2011.¹⁰ Deze tegemoetkoming wordt vastgesteld rekening houdend met de resultaten van de laatste medische verkiezingen, in dit geval plaatsgevonden in 2010, en dus geldig voor de jaren 2011 tot en met 2014.

- Basisbedrag: 134 000 EUR
- Bedrag per stem: 42,79 EUR.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

HEELKUNDE

Artikel 14 van de nomenclatuur wijzigt met ingang van 1 augustus 2011 op het vlak van de borstprothesen:¹¹

- De term borstprothese wordt vervangen door “borstimplantaat of borstweefselexpander” om zowel de tijdelijke als de definitieve borstweefselexpanders aan te duiden
- De gevallen waarin een voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer wordt gevraagd, worden duidelijker omschreven
- De voorwaarden waaronder een nieuw implantaat kan worden geplaatst worden eveneens verduidelijkt

9. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van art. 326, § 4, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 14.04.2011, blz. 23665.

10. K.B. van 11.06.2011 tot wijziging van het K.B. van 25.02.2007 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren, B.S. van 23.06.2011, blz. 36857.

11. K.B. van 11.06.2011 tot wijziging van het art. 14, c), ll., 1., en 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 30.06.2011, blz. 37978.

- De reconstructie van de areola en de tepel wordt uitgesplitst in 2 aparte verstrekkingen
- De term reducerende wordt geschrapt in combinatie met borstplastie aangezien de remodelage zowel reducerend als vergrotend kan zijn
- Voor het overige zijn er nog een aantal technische wijzigingen om het artikel in overeenstemming te brengen met het artikel uit de nomenclatuur dat betrekking heeft op de implantaten.

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 juni 2011 hebben de radiologen recht op een bijkomend honorarium bij de verstrekking CT van het abdomen voor het uitvoeren van een “virtuele colonoscopie”, uitgevoerd bij welbepaalde indicaties.¹²

Eveneens vanaf 1 juni 2011 worden 2 nieuwe verstrekkingen ingevoegd die betrekking hebben op de cardiale CT:¹³

- De “coronaro CT” om de coronaire vaten te visualiseren via multi-slice CT
- De “cardiale CT” om de morfologie van de grote bloedvaten te visualiseren via multi-slice CT.

INWENDIGE GENEESKUNDE

Vanaf 1 augustus 2011 wordt er tegemoetgekomen in het honorarium van de geneesheer-specialist voor het neurologisch onderzoek en de bespreking ervan, bij patiënten in een vegetatieve of minimaal bewuste toestand opgenomen in een “expertisecentrum voor comapatiënten”.¹⁴

Het neurologisch onderzoek en de besprekingen omvatten:

- een uitgebreid specifiek grondig neurologisch onderzoek van de comapatiënt en het afnemen van de coma-recovery-scale revisited (CRS-R) (wekelijks)
- de multidisciplinaire discussie rond diagnose, prognose, ontslagplanning en ethische beslissingen met het behandelteam dat bestaat uit de verpleegkundige, logopedist, neuropsycholoog, kinesist en revalidatiearts (wekelijks)
- het verkennend gesprek met de familie over wat zij kunnen verwachten van de patiënt in het expertisecentrum vooraleer de patiënt overgebracht wordt van de verwijzende afdeling (wanneer toepasselijk)
- de rapportage met invullen van de elektronische databanken aan de FOD Volksgezondheid van demografische gegevens van deze patiëntengroep (bij opname)
- de opmaak van het door het “zorgcircuit” gevraagde ontslagdocument (bij ontslag).

Deze onderzoeken en besprekingen worden telkens gerapporteerd in het patiëntendossier en de besluiten worden gecommuniceerd met de familie/omgeving van de patiënt.

GERIATRIE

Artikel 25 van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 juli 2011.¹⁵

12. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van het art. 17, § 1, 11°, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.04.2011, blz. 24715.
 13. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van het art. 17, §§ 1 en 14, 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 21.04.2011, blz. 24713.
 14. K.B. van 11.06.2011 tot wijziging van het art. 20, § 1, f)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 30.06.2011, blz. 37980.
 15. K.B. van 28.04.2011 tot wijziging van het art. 25, §§ 1, 2 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 19.05.2011, blz. 28513.

De wijzigingen betreffen uitsluitend tekstverbeteringen of aanvullingen en bevatten geen nieuwe principes.

PATHOLOGISCHE ANATOMIE

De voorwaarden die moeten worden vervuld om een verstrekking inzake pathologische anatomie te kunnen aanrekenen worden verduidelijkt vanaf 1 juli 2011.¹⁶ Deze ingreep aan de nomenclatuur was noodzakelijk omdat de anatomopathologen voor de wijziging geen informatie hadden over de plaats van de afname en met betrekking tot het begrip opereerstreek. De tarifiering van de verstrekkingen is voortaan eenvoudiger.

KLINISCHE BIOLOGIE

Vanaf 1 juli 2011 wijzigt de omschrijving van de verstrekking: “Opsporen van HER2 genamplificatie bij mammacarcinoom in de diagnostische investigatiefase”¹⁷. De wijziging houdt in dat de laboratoria de techniek kunnen aanwenden die zij verkiezen, en waarmee een HER2 genamplificatie aan het licht kan worden gebracht.

Vanaf 1 juni 2011 mag de capacitatie van de spermatozoïden alleen worden verricht in een laboratorium dat aan volgende 3 voorwaarden voldoet:¹⁸

- erkend zijn met uitvoering van artikel 63, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- erkend zijn als intermediaire structuur voor menselijk lichaamsmateriaal
- een samenwerkingsovereenkomst hebben afgesloten met een fertiliteitscentrum.

Deze voorwaarden waren reeds opgelijst in de wet die het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal regelt¹⁹ en zijn nu overgenomen in de nomenclatuur.

INTERPRETATIEREGELS

De huisartsen die in een geregistreerde groepering van huisartsen werken, kunnen vanaf 1 april 2011 elk de preventiemodule in het kader van het beheer van het globaal medisch dossier aanrekenen, op voorwaarde dat één van de artsen van de groepering houder van het GMD is.²⁰

b. Menselijk lichaamsmateriaal

De prijs voor het afleveren van amnionmembraan voor dermatologisch gebruik en voor corticaal beenpoeder met osteoinductiecapaciteit wordt verhoogd vanaf 1 mei 2011.²¹

Deze bepaling met betrekking tot de tegemoetkoming geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt afgestemd met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) die de prijzen van het menselijk lichaamsmateriaal vaststelt.

16. K.B. van 28.04.2011 tot wijziging van het art. 32, § 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 19.05.2011, blz. 28512.

17. K.B. van 08.04.2011 tot wijziging van het art. 33bis, § 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 13.05.2011, blz. 27870.

18. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van het art. 24 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 15.04.2011, blz. 23822.

19. Wet van 19.12.2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek, B.S. van 30.12.2008, blz. 68774.

20. Interpretatieregels van 23.05.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 07.06.2011, blz. 33201.

21. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van het K.B. van 02.06.2010 tot uitvoering van het art. 37, § 9, van de wet GVU, wat betreft de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoet komt in de kosten voor het afleveren van menselijk lichaamsmateriaal, B.S. van 15.04.2011, blz. 23821.

c. Tandheekundigen

NOMENCLATUUR

o Artikel 5

Artikel 5 van de nomenclatuur wijzigt als volgt vanaf 1 mei 2011:²²

- o Jaarlijks mondonderzoek: de bovenste leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek verhoogt van de 60^e naar de 63^e verjaardag. Het jaarlijks mondonderzoek zal voortaan aangerekend kunnen worden bij patiënten vanaf de 18^e tot de 63^e verjaardag
- o Subgingivale reiniging: de bovenste leeftijdsgrens voor het verwijderen van het subgingivaal tandsteen wordt opgetrokken van de 45^e naar de 50^e verjaardag
- o Parodontaal mondonderzoek: ook voor deze verstrekking wordt de doelgroep uitgebreid. Hierdoor zullen voortaan patiënten tot de 50^e verjaardag kunnen vergoed worden voor deze prestatie.

Het persoonlijk aandeel voor het parodontaal onderzoek daalt vanaf 1 mei 2011 van 25 EUR naar 15,5 EUR voor rechthebbende zonder voorkeurregeling.

Vanaf 1 mei 2011 wordt een tweede asterisk toegevoegd aan de verstrekkingen ter vergoeding van het profylactisch reinigen bij lichamelijk of geestelijk gehandicapten. Hierdoor wordt het aanrekenen van de algemene anesthesie niet meer verhinderd.²³

o Artikel 6

Een uitneembare tandprothese wordt vanaf de 50^e verjaardag eens om de 7 kalenderjaren vergoed. Indien er aan bepaalde medische criteria voldaan wordt, kan een afwijking op deze regel toegestaan worden door de adviserend geneesheer of de Technisch tandheekkundige raad. Vanaf 1 juni 2011 bestaat een nieuw medisch criterium in de nomenclatuur: prothesen die geplaatst worden, nadat er extracties werden uitgevoerd ter preventie van endocarditis, kunnen voortaan ook vergoed worden.²⁴

INTERPRETATIEREGELS

Sinds 1 mei 2009 worden 2 implantaten, de abutments en de verankering vergoed bij verzekerden ouder dan 70 jaar. Om van tussenkomst te genieten dienen verschillende criteria vervuld te zijn, waaronder deze waarin wordt gesteld dat de verzekerde minstens 12 maanden drager moet zijn van een uitneembare volledige onderprothese op een volledig edentate kaak.

De interpretatieregel verduidelijkt dat de term "edentataat" de aanwezigheid van wortelresten en ingesloten wijsheidstanden toelaat zolang deze niet visueel waarneembaar zijn.^{25 26}

22. K.B. van 14.04.2011 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 26.04.2011 (Ed.2), blz. 25216.

23. K.B. van 14.04.2011 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 26.04.2011 (Ed. 2), blz. 25215.

24. K.B. van 14.04.2011 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 26.04.2011 (Ed. 2), blz. 25214.

25. K.B. van 05.04.2011 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 26.04.2011 (Ed.2), blz. 25210.

26. Interpretatieregels van 02.05.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 10.06.2011, blz. 34382.

d. Kinesitherapeuten

Artikel 7 van de nomenclatuur wijzigt met ingang van 1 juli 2011:²⁷

- De verplichte verwijzing op het voorschrift naar het eventueel consultatief onderzoek wordt geschrapt. Deze verwijzing was geen vereiste voorafgaand aan de kinesitherapiebehandeling en werd beschouwd als overbodig administratief werk
- Wanneer een adviserend geneesheer een aanvraag voor een nieuwe pathologische situatie in de “Fb-lijst” tijdens de geldigheidsperiode van een eerste “Fb-aandoening” aanvaardt, dan loopt de geldigheidsperiode van de nieuwe “Fb-aandoening” tot 31 december van het tweede jaar dat volgt op de kennisgeving. De geldigheidsperiode voor de oorspronkelijke kennisgeving wordt afgesloten op 1 januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarop de nieuwe pathologische situatie is opgetreden.

e. Ergotherapieverstrekkings

Vanaf 25 december 2010 is de vergoedbaarheid van de ergotherapieverstrekkings opgenomen in de reglementering. Om deze verstrekkings te kunnen attesteren zijn de getuigschriften vastgelegd, vanaf dezelfde datum, die ook worden gehanteerd door de logopedisten, de diëtisten, de podologen en de orthopedisten.²⁸

f. Bandagisten

De overeenkomstencommissie bandagisten – verzekeringsinstellingen heeft een interpretatieregels opgesteld die ingaat met terugwerkende kracht vanaf 1 april 1992 en die duidelijk maakt welke patiënten recht hebben op een verzekeringstegemoetkoming voor urinebeenzakken.²⁹

g. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Vanaf 1 juli 2011 treden 8 nieuwe verstrekkings in werking met betrekking tot externe fixatoren:³⁰

- De verstrekkings voor uitwendige fixatie worden geschrapt uit artikel 28 van de nomenclatuur
- In artikel 35 van de nomenclatuur wordt een nieuw opschrift toegevoegd: “externe fixatoren”. Onder dit opschrift worden nieuwe verstrekkings opgelijst die betrekking hebben op de uitwendige fixatiesystemen
- Onder het opschrift “toebehoren voor enkelprothesen” wordt de nieuwe verstrekkings borschroeven voor enkelprothesen ingevoegd.

27. K.B. van 05.04.2011 tot wijziging van art. 7 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 06.05.2011, blz. 26599.

28. Verordening van 23.05.2011 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 01.06.2011 Ed 2), blz. 32688.

29. Interpretatieregels van 21.03.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings, B.S. van 11.04.2011 (Ed. 2), blz. 23274.

30. K.B. van 28.04.2011 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.05.2011, blz. 28043.

NEUROCHIRURGIE

Twee wijzigingen treden in werking vanaf 1 juni 2011:

- de omschrijving van de verstrekking die betrekking heeft op het implantaat voor cranioplastie wordt uitgebreid zodat ook de “cranial loop” (die uit een ander materiaal bestaat) kan worden aangerekend onder deze verstrekking
- de omschrijving van de verstrekkingen betreffende de visco-elastische producten zijn eveneens aangepast zodat deze per ingreep en per oog worden vergoed.

h. Farmaceutische verstrekkingen

ENTERALE VOEDING VIA SONDE

De verzekeringstegemoetkoming voor enterale voeding via sonde wordt vanaf 1 juli 2011 ook toegekend aan kinderen en adolescenten tot en met 17 jaar.³¹

III. Uitkeringsverzekering

1. Uitkeringen voor zelfstandigen

a. Welvaartsaanpassingen

De uitkeringen voor zelfstandigen worden aangepast voor 2011 en 2012.

- Het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering zonder stopzetting van het bedrijf van de gerechtigde met gezinslast en de alleenstaande gerechtigde zal vanaf 1 september 2011 met 2,11 %, respectievelijk 2,37 % verhogen ingevolge de gelijkmatige verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen
- Het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering zonder stopzetting van het bedrijf van de samenwonende gerechtigde zal vanaf 1 september 2011 met 2 % geherwaardeerd worden³²
- Het bedrag van de invaliditeitsuitkering met stopzetting van het bedrijf zal vanaf 1 september 2011 met 2 % verhoogd worden ingevolge de gelijkmatige verhoging van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer
- De forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden die wordt toegekend ten vroegste vanaf de 4e maand van de arbeidsongeschiktheid, wordt vanaf 1 september 2011 met 3 EUR per dag verhoogd.³³

31. K.B. van 20.05.2011 tot wijziging van het K.B. van 10.11.1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde, B.S. van 10.06.2011, blz. 34189.

32. K.B. van 11.06.2011 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 24.06.2011 (Ed. 3), blz. 37316.

33. Idem.

b. Hervatting van de activiteiten tijdens de arbeidsongeschiktheid

De zelfstandige die arbeidsongeschikt is erkend, kan tijdens het tijdvak van invaliditeit een gedeelte van de zelfstandige activiteiten hervatten die hij uitoefende voor het begin van zijn arbeidsongeschiktheid, mits de voorafgaande toelating van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, op voorstel van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Deze gedeeltelijke hervatting van de vroegere zelfstandige activiteiten is niet gekoppeld aan een vereiste van reclassering. Vanaf 4 juli 2011 kan een gedeeltelijke hervatting van de vroegere zelfstandige activiteiten ook gedurende de periode van primaire ongeschiktheid worden toegestaan, zonder voorwaarde van reclassering.³⁴ Deze gedeeltelijke hervatting van de activiteiten in primaire arbeidsongeschiktheid vereist de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer en kan slechts ten vroegste plaatsgrijpen na het verstrijken van de periode van niet vergoedbare primaire arbeidsongeschiktheid.

c. Inhaalpremie voor invaliden

Vanaf 1 mei 2011 voorziet de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in het recht op een jaarlijkse forfaitaire inhaalpremie van 200 EUR (geïndexeerd bedrag) aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning, gedurende minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend.³⁵

2. Uitkeringen voor werknemers

a. Inhaalpremie voor invaliden

Vanaf 1 mei 2011 worden de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie voor invaliden aangepast. Het bedrag wordt thans toegekend aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning. Het bedrag van de premie is verhoogd tot 200 EUR (geïndexeerd bedrag). Voorheen diende men minstens 5 jaar arbeidsongeschikt erkend te zijn en bedroeg de premie 75 EUR.³⁶

b. Maximumbedrag voor de berekening van de uitkeringen

Het maximumbedrag van het loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de uitkeringen van de gerechtigden van wie de primaire arbeidsongeschiktheid of de invaliditeit een aanvang neemt op 1 januari 2011 wordt vanaf diezelfde datum geherwaardeerd. Het gaat thans om een bedrag van 97,7809 EUR.³⁷

c. Gerechtigde met persoon ten laste

Via een overgangmaatregel is ervoor gezorgd dat de gerechtigde met een persoon ten laste, zijn hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast niet verliest louter en alleen ingevolge de verhoging van de invaliditeitsuitkeringen van de zelfstandige gerechtigde waarmee hij samenwoont, naar aanleiding van de herwaardering van deze uitkeringen op 1 januari 2006. Deze overgangmaatregel, die oorspronkelijk was toegestaan voor 3 jaar, is nu opnieuw verlengd tot 31 december 2011.³⁸

34. Idem.

35. K.B. van 18.05.2011 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 27.05.2011 (Ed. 3), blz. 31699.

36. K.B. van 20.05.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 08.06.2011, blz. 33281.

37. K.B. van 22.03.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 19.04.2011, blz. 24221.

38. K.B. van 14.04.2011 tot wijziging van art. 225, § 5, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 06.05.2011, blz. 26600.

d. Aanpassing buiten index

Vanaf 1 januari 2011 worden sommige sociale uitkeringen aangepast buiten index.³⁹

3. Geboorteverlof voor meelouders

De wet van 13 april 2011 voert een geboorteverlof in voor meelouders.⁴⁰

Tot op heden heeft enkel de werknemer tewerkgesteld met een arbeidsovereenkomst recht op verlof ter gelegenheid van de geboorte van een kind waarvan de afstamming langs zijn zijde vast staat. In de praktijk is dit dus de vader van het kind. Het gaat om een verlof van 10 dagen dat moet worden opgenomen binnen de 4 maanden na de bevalling.

Vanaf 20 mei 2011 kan ook de meelouder genieten van dit verlof, onder een aantal voorwaarden:

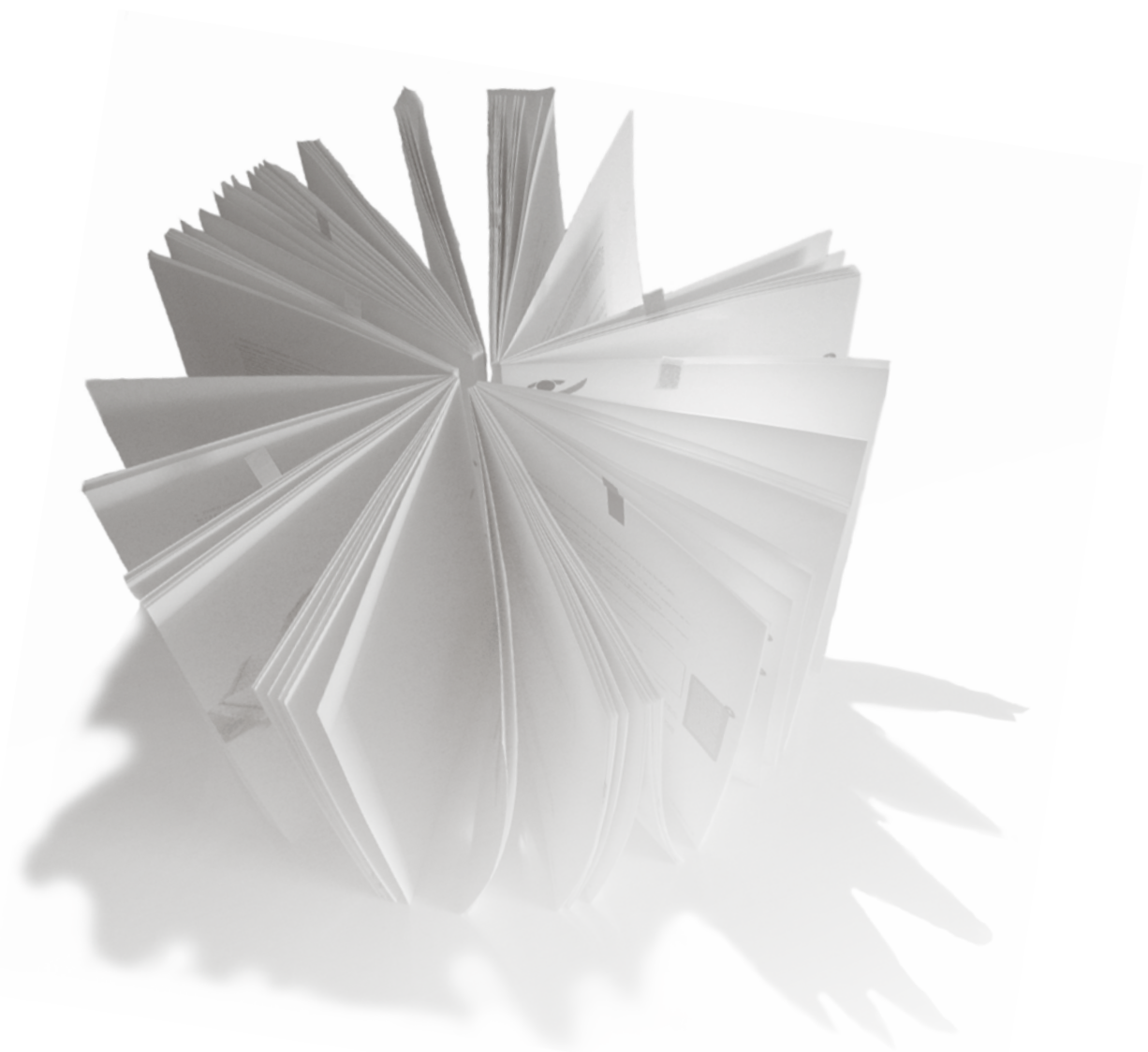
- Er mag slechts een wettelijke afstammingsband bestaan ten aanzien van 1 persoon, meer bepaald de moeder. Van zodra er ook een wettelijke afstammingsband langs vaderszijde vaststaat, dan kan uitsluitend de vader het geboorteverlof van 10 dagen opnemen
- De meelouder die aanspraak wenst te maken op het geboorteverlof dient een bewijs van partnerschap te leveren met de moeder van het kindje.

Verder voorziet de wet van 13 april 2011 in de mogelijkheid voor de meelouder om, ingeval van overlijden of hospitalisatie van de moeder, het resterende gedeelte van de nabevallingsrust om te zetten in verlof. Dit recht was voorheen ook beperkt tot de vader. De uitvoeringsmodaliteiten dienen nog wel te worden besproken binnen de Nationale arbeidsraad.

39. B.S. van 04.05.2011, blz. 26299.

40. Wet van 13.04.2011 tot wijziging, wat betreft de meelouders, van de wetgeving inzake het geboorteverlof, B.S. van 10.05.2011, blz. 27182.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Raad van State, arrest nr. 214.501 van 7 juli 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 36*duodecies*

K.B. van 12 augustus 2008

Huisartsen – Samenwerkingsverband – Impulsfonds – Geen schending van het gelijkheidsbeginsel noch van het zorgvuldigheidsbeginsel.

Door de tussenkomst in de loonkosten van een werknemer die de huisarts bijstaat in het onthaal van patiënten en praktijkbeheer te beperken tot samenwerkingsverbanden van huisartsen, schendt de wetgever het gelijkheidsbeginsel niet. Er wordt immers een niet kennelijk onredelijke verantwoording gegeven voor het verschil in behandeling, namelijk het financieel ondersteunen van de samenwerkingscontext wat bijdraagt tot het oplossen van het probleem van het onvoldoende beschikbaar zijn van huisartsgeneeskundige zorg.

Het is niet omdat de bestreden bepaling ruimere maatregelen toelaat, dat zij strijdig zou zijn. Evenmin volstaat het om er op te wijzen dat het advies wetgeving van de Raad van State niet is gevolgd om daaruit een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel af te leiden.

P.D. t./B.S.

...

Eerste middel

Standpunten van de partijen

8. Als eerste middel voert de verzoeker de schending aan van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet doordat het bestreden besluit uitdrukkelijk stelt dat enkel huisartsen die deel uitmaken van een groepering in de zin van het besluit in aanmerking komen voor een tussenkomst in de loonkosten die verband houden met de tewerkstelling van een werknemer die de huisarts bijstaat in het onthaal van patiënten en praktijkbeheer.

...

Beoordeling

11. De grondwettelijke regels met betrekking tot de gelijkheid en niet-discriminatie sluiten een onderscheiden behandeling van bepaalde categorieën van personen niet uit, voor zover voor dat onderscheid een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Die verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer vast staat dat de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel.

Uit het Verslag aan de Koning bij het bestreden besluit blijkt dat er wel degelijk een niet kennelijk onredelijke verantwoording wordt gegeven voor het verschil in behandeling. De verwerende partij beoogde immers de samenwerkingscontext te onderbouwen via een financiële ondersteuning die het voor de arts gemakkelijker maakt zich in te schrijven in dergelijke context. Dit draagt bij tot het oplossen van het probleem van het onvoldoende beschikbaar zijn van huisartsgeneeskundige zorg en is zodoende niet alleen batig voor de huisartsen zelf, maar ook voor de patiënten, een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde en de gezondheids zorgverzekering.

Het eerste onderdeel van het eerste middel is niet gegrond

12. Het feit dat voor de loonkost van een bediende die de huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk in een tegemoetkoming wordt voorzien en niet voor andere vormen van administratieve ondersteuning, zoals telesecretariaat of meewerkende echtgenoot, toont op zich de schending van het gelijkheidsbeginsel niet aan. De verzoeker maakt overigens niet aannemelijk dat de verschillende categorieën van personen die hij in zijn vergelijking betreft met elkaar vergelijkbaar zijn.

De argumentatie van de verwerende partij dat de kosten verbonden aan een werknemer die men zelf in dienst neemt en die instaat voor het onthaal van de patiënten en het praktijkbeheer van totaal andere aard zijn als deze die men zal doen wanneer men beroep doet op externe diensten zoals een telesecretariaat, wordt door de verzoeker weliswaar ontkend, doch hij zet niet uiteen waarom de aard van deze kosten dan wel vergelijkbaar zou zijn.

De verzoeker blijft dan ook in gebreke aan te tonen dat voormelde categorieën van personen, in het licht van de bestreden maatregel die betrekking heeft op een tegemoetkoming in de loonkost van een bediende die de huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk, voldoende vergelijkbare categorieën zouden vormen.

Het tweede onderdeel van het eerste middel is evenmin gegrond.

Tweede middel

Standpunten van de partijen

13. Het tweede middel is genomen uit de schending van artikel 36*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet), uit machtsoverschrijding, en uit de schending van de beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het algemeen zorgvuldigheidsbeginsel en de materiële motiveringsplicht.

...

Beoordeling

15. Artikel 36*duodecies* van de ZIV-wet luidt als volgt:

“De Koning kan, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde oprichten, bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. De maatregelen kunnen rekening houden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde, en kunnen onder meer betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet-verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.

De uitgaven van het impulsfonds worden ten laste genomen door de begroting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Koning bepaalt, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de werkingsregels van het impulsfonds”.

Het bestreden Koninklijk besluit voorziet in een tussenkomst van een dergelijk impulsfonds met betrekking tot de loonkost van een bediende die samenwerkende huisartsen bijstaat in het beheer en onthaal van hun huisartsenpraktijk.

In het verslag aan de Koning wordt toegelicht waarom een samenwerkingscontext voor veel huisartsen een cruciale factor kan zijn om in te stappen in het beroep of om het beroep te blijven uitoefenen. Het bestreden besluit houdt dan ook geen schending in van artikel 36^{duodecies} van de ZIV-wet. Het is niet omdat artikel 36^{duodecies} mogelijk ruimere maatregelen toelaat, dat de bestreden regeling in strijd zou zijn met deze bepaling.

Anderzijds ontslaat de door artikel 36^{duodecies} geboden mogelijkheid om de bestreden maatregelen te nemen, zoals de afdeling wetgeving van de Raad van State reeds in zijn advies opmerkte met betrekking tot artikel 55, § 4, van de ZIV-wet, de verwerende partij er niet van om die maatregelen te toetsen aan de grondwettelijke beginselen van de gelijkheid en de niet-discriminatie. Op dit punt volstaat het te verwijzen naar de beoordeling van het eerste middel.

Het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State is niet bindend. Het volstaat niet er op te wijzen dat dit advies niet is gevolgd, om daaruit een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel af te leiden.

Daarnaast valt niet in te zien waarom het feit dat de definitie van het begrip “groepering” in het bestreden besluit afwijkt van de definities in andere koninklijke besluiten, genomen in uitvoering van een andere wettelijke bepaling en met een verschillende inhoud, een schending van het zorgvuldigheidsbeginsel zou uitmaken. De Koninklijke besluiten van 3 mei 1999 en 16 juni 1999 zijn genomen in uitvoering van artikel 35^{duodecies} van het Koninklijk besluit nr. 78, terwijl het bestreden besluit werd genomen in uitvoering van het later opgeheven artikel 55, § 4, van de ZIV-wet.

Deze bepaling van de ZIV-wet vereiste, in tegenstelling tot artikel 35^{duodecies} van het Koninklijk besluit nr. 78, geen overleg met het overlegcomité. Nu het bestreden besluit niet is genomen in uitvoering van deze bepaling diende evenmin rekening te worden gehouden met deze vormvereiste.

Het tweede middel is niet gegrond.

...

II. Hof van Cassatie van 16 mei 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 136 § 2, lid 4 en 6 en artikel 170, e) Schending van informatieplicht – Burgerrechtelijke aansprakelijkheid – Subrogatie – Terugvordering

De overtreding van een wettelijke of reglementaire bepaling die een bepaald gedrag voorschrijft of verbiedt, is op zichzelf een fout die leidt tot burgerrechtelijke aansprakelijkheid van diegene die de overtreding heeft begaan wanneer die fout schade veroorzaakt, behoudens onoverwinnelijke dwaling of enige grond tot ontheffing van aansprakelijkheid, zodat de appelrechters die zonder meer oordelen dat uit de informatieplicht zoals neergelegd in artikel 136, § 2, zesde lid, ZIV-wet niet kan afgeleid worden dat de uitgaven waarvan de terugvordering gesteund op de subrogatie bepaald bij artikel 136, § 2, vierde lid, ZIV-wet reeds verjaard is, wel zouden kunnen teruggevorderd worden op grond van de artikelen 170, e, ZIV-wet en artikel 1382 B.W., hun beslissing niet naar recht verantwoorden.

V.l. t./Vlaams gewest
A.R. C. 10.0664.N

...

Tweede onderdeel:

5. Krachtens artikel 136, § 2, zesde lid, ZIV-wet moet degene die schadeloosstelling verschuldigd is, de verzekeringsinstelling verwittigen van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen.

Indien degene die schadeloosstelling verschuldigd is, nalaat de verzekeringsinstelling hiervan in te lichten, kan hij krachtens artikel 136, § 2, zevende lid, ZIV-wet tegen deze laatste de betalingen die hij verrichtte ten gunste van de rechthebbende niet aanvoeren. Ingeval van dubbele betaling blijven deze definitief verworven in hoofde van de rechthebbende.

Bovendien is een inbreuk op deze informatieverplichting strafbaar gesteld bij artikel 170, e), ZIV-wet.

6. De overtreding van een wettelijke of reglementaire bepaling die een bepaald gedrag voorschrijft of verbiedt, is op zichzelf een fout die leidt tot burgerrechtelijke aansprakelijkheid van diegene die de overtreding heeft begaan wanneer die fout schade veroorzaakt, behoudens onoverwinnelijke dwaling of enige grond tot ontheffing van aansprakelijkheid.

7. Door zonder meer te oordelen dat uit de informatieplicht zoals neergelegd in artikel 136, § 2, zesde lid, ZIV-wet, niet kan afgeleid worden dat de eiser zijn uitgaven, waarvan de terugvordering gesteund op de subrogatie bepaald bij artikel 136, § 2, vierde lid, ZIV-wet reeds verjaard is, zou kunnen terugvorderen van de verweerder op grond van de artikelen 170, e), ZIV-wet en artikel 1382 Burgerlijk Wetboek, verantwoordt de appelrechters hun beslissing niet naar recht.

Het onderdeel is gegrond.

...

III. Arbeidshof Bergen, 13 oktober 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid - Criteria - Beroepencategorie

Het vermogen tot verdienen wordt beoordeeld ten opzichte van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, maar ook ten opzichte van de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Na de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid zijn de evaluatiecriteria gebaseerd op de karakteristieken van een "maatman" en op de bijzondere kenmerken van een "referentiearbeidsmarkt". De bedoeling is om sociale declassering van betrokkene te vermijden door met deze factoren rekening te houden.

Betrokkene, waarvan de laatste activiteit erin bestond om als technicus fabrieksmachines af te stellen, bewijst niet dat zijn beroepsopleiding zodanig gespecialiseerd is dat zijn beroepsactiviteit enkel kan worden uitgeoefend in een werkomgeving waar met giftige stoffen wordt gewerkt.

Door zijn opleiding en de beroepencategorie waartoe zijn laatste beroepsarbeid behoort, kan hij derhalve wel een beroepsactiviteit uitoefenen in een werkomgeving die hem niet zou blootstellen aan giftige stoffen.

De beslissing van de arbeidsgeneesheer waarbij betrokkene definitief ongeschikt wordt verklaard voor het uitoefenen van zijn laatste beroepsactiviteit is gebaseerd op de wetgeving betreffende de arbeids-overeenkomsten (onmogelijkheid om het overeengekomen werk te verrichten), waarvan de criteria voor beoordeling van de arbeidsongeschiktheid veel beperkter zijn dan de criteria die in de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden toegepast.

Hetzelfde geldt voor de criteria ter erkenning van een beroepsziekte die verschillen van de criteria die toepasbaar zijn in de ziekte- en invaliditeitsverzekering aangezien hier, onder andere, sprake is van een blootstelling aan een schadelijke invloed die inherent is aan een bijzondere beroepsuitoefening. Het bestaan van een procedure tussen de appellant en het Fonds voor Beroepsziekten is bijgevolg niet van belang voor zover vaststaat dat het uitoefenen van een beroepsactiviteit nog mogelijk blijft in een voor betrokkene gezonde omgeving.

A.S. t./RIZIV
A.R. 2010/AM 424

...

DÉCISION

L'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 exige, pour apprécier le taux de la capacité de gain, de se rapporter à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable *mais aussi dans les diverses professions que l'intéressé a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.*

Ce n'est que, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, que ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus au moins brève échéance (art. 100, § 1^{er}, al. 4 de la loi susvisée); ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Les critères de l'évaluation de l'incapacité de travail au-delà des six premiers mois font donc appel aux caractéristiques d'un travailleur de référence, aux spécificités d'un groupe de professions de référence et aux particularités d'un marché de l'emploi de référence.

Le travailleur de référence auquel se compare l'assuré social dispose de la même condition et de la même formation professionnelle:

- la condition s'entend du profil intellectuel, scolaire, professionnel, social et culturel de l'intéressé
- la formation professionnelle s'entend de "*l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier. Elle n'est pas synonyme de diplôme en ce qu'elle peut être acquise par la pratique et existe même si l'intéressé qui l'a reçue n'a jamais exercé une profession en rapport avec elle*" (C.T. Mons, 20.11.1991, J.T.T., 1992, p. 153).

Par la prise en considération de ces facteurs personnalisés, l'objectif est d'éviter le déclassement social de l'intéressé.

Ainsi, par exemple, l'incapacité de travail d'un assuré qui, pendant plus de 20 ans, a exercé une fonction de direction en tant que cadre et qui a dû la cesser pour raison de santé, ne doit pas seulement être appréciée par rapport à d'autres fonctions de cadre ou des fonctions de niveau managérial mais aussi par rapport à des fonctions administratives qui ne provoquent pas de déclassement social (C.T. Gand, 15.11.2006, Chr. D.S., 2009, p. 239).

Le groupe de professions de référence est l'ensemble des professions qui peuvent être liées entre elles du point de vue de la formation ou de l'expérience requises.

En l'espèce, l'appelant a une formation professionnelle en mécanique : réglage de machines-outils; formation qu'il qualifie de "usineur-régleur mécanicien machines-outils".

Il prétend avoir exercé cette profession de 1983 et plus particulièrement, au sein de l'entreprise T., dans le secteur d'usinage-brochage, depuis le 30 octobre 1996, ce que l'intimé admet dans son rapport ayant précédé la décision litigieuse.

Au regard des critères légaux de l'article 100, dont la portée a été étayée ci-avant, son appel n'aurait d'intérêt que s'il est établi que sa formation professionnelle est à ce point spécialisée qu'elle ne pourrait s'exercer que dans un milieu où règnent des atmosphères toxique; ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Il s'ensuit que son appel n'est pas fondé.

...

IV. Arbeidshof Luik, afdeling Namen, 20 oktober 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid –Beroepencategorie – Uitsluiting van zware arbeid

De vermindering van het vermogen tot verdienen moet niet worden beoordeeld ten aanzien van het gewone beroep, namelijk, operator van toestellen, maar wel ten aanzien van een beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of ten aanzien van de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Op basis van het gegeven dat de VDAB betrokkene ongeschikt heeft bevonden om het beroep van lasser aan te leren, is het niet toegestaan om de uitoefening van elke activiteit, ook een opleiding, uit te sluiten wanneer het beroep geen zware arbeid vereist.

De uitoefening van een aantal beroepen waarin geen zware arbeid wordt verricht, blijft mogelijk aangezien die verenigbaar zijn met zijn gezondheidstoestand. De economische context of aanwervingsvooruitzichten blijken hier niet van belang.

P.A. t./RIZIV
A.R. 2011/AN/4

...

L'incapacité de travail de l'appelant ayant débuté le 18 décembre 2006, soit depuis plus de six mois lorsque lui a été notifiée, le 31 octobre 2007, la décision qui fait l'objet du présent litige, la réduction de sa capacité de gain devait être appréciée en ayant égard, non pas à sa profession habituelle, à savoir celle d'opérateur d'engins (bulldozers, ...), mais bien au groupe des professions dans lesquelles se range l'activité qui était exercée par lui au moment où il est devenu incapable de travailler ou aux diverses professions qu'il a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle (art. 100, § 1^{er}, al. 1^{er}, loi coordonnée le 14.07.1994)

N'est pas discutée la question de l'inaptitude de l'appelant à encore exercer des travaux sollicitant de façon importante le rachis, notamment ceux inhérents à la profession de conducteur d'engins qui était la sienne jusqu'à ce qu'il soit admis au bénéfice de l'indemnisation prévue par l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'appelant n'a déposé aucun document qui viendrait confirmer que, comme il le soutient en termes de requête d'appel, l'AWIPH aurait conclu, le concernant, à une impossibilité de reclassement.

Contrairement à ce que considère celui-ci, l'ONEm ne l'a pas déclaré, à la suite d'une visite médicale, définitivement inapte à l'exercice de toute profession, mais l'a uniquement, en février 2010, en raison d'une inaptitude temporaire, et non pas permanente, de 33 % au moins, temporairement dispensé de se soumettre à une procédure d'activation du comportement des chômeurs prévues par les articles 59*bis* et suivants de l'arrêté royal du 25 novembre 1991.

De la circonstance que le FOREM l'a, le 14 septembre 2009, déclaré inapte à l'apprentissage du métier de soudeur - formation acquise par lui dans l'enseignement technique (supra), mais apparemment non pratiquée -, il n'est pas permis d'exclure l'exercice de toute activité, et pas davantage une formation, dans un métier n'impliquant pas de travaux lourds.

Dans son rapport provisoire, le docteur S.B. indiquait par ailleurs que les métiers de soudeur ou de tourneur devaient lui être accessibles dès lors que sa situation clinique s'était stabilisée et que les tâches à réaliser dans le cadre de l'exercice de l'une ou l'autre de ces professions le seraient en positions alternées.

Enfin, l'appelant a fait état, au cours des travaux d'expertise, d'une indemnisation dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles mais, bien qu'il s'y soit engagé, n'a jamais fait connaître à l'expert le taux de l'indemnisation dont, à charge du Fonds des maladies professionnelles, il bénéficie.

Si le reclassement de l'appelant dans des professions n'impliquant l'exercice que de travaux autres que lourds ne doit sans doute pas être envisagé dans des activités dont l'exercice relèverait d'une pure utopie (GOSSERIE, Ph., "Assurance maladie-invalidité obligatoire - La réduction de capacité de gain de soixante-six pourcent au moins - Sa portée, ses limites, ses exigences"; *J.T.T.*, 1992, p. 141), lui reste accessible, comme le relèvent l'expert, parce que compatible avec son état, un ensemble de professions n'impliquant pas la réalisation de travaux lourds, le contexte économique ou les perspectives d'embauche s'avérant à cet égard sans incidence (Cass., 25.10.1982, *Pas.*, 1983, I, p. 258; Cass., 26.02.1990, *J.T.T.*, 1990, p. 228).

Il appartient au FOREM dont il s'avère que telle est sa raison d'être, nonobstant les obstacles que constituent sans doute l'âge et les limites physiques de l'appelant, dès lors qu'il émerge à l'assurance contre le chômage et n'a pas fait l'objet d'une décision d'inaptitude qui lui ait été notifiée sur base de l'article 62 de l'arrêté royal du 25 décembre 1991, de mettre tout en œuvre pour lui assurer une réinsertion, le cas échéant en lui proposant une formation qui lui permette l'exercice d'une profession excluant la réalisation de travaux lourds.

L'appel doit, partant, être dis non fondé.

...

V. Arbeidshof Luik, 14 oktober 2011

Koninklijk besluit van 14 september 1984, artikel 14, d) Nomenclatuur – Gastric bypass - Voorwaarden - Leeftijd – Van openbare orde

Een gastric bypass wordt slechts vergoed onder bepaalde voorwaarden waaraan tegelijkertijd moet worden voldaan. Het is immers de bezorgdheid van de wetgever geweest om deze verstrekking te beschouwen als een laatste redmiddel, wanneer alle andere behandelingen hebben gefaald.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is van openbare orde en moet bijgevolg strikt worden geïnterpreteerd.

Hieruit volgt dat betrokkene had moeten aantonen dat de overwogen operatie, om dringende medische redenen, spoedig moest worden uitgevoerd zonder te wachten tot zij wettelijk meerderjarig werd, gelet op een ernstig risico voor haar gezondheid of de kans dat de behandeling niet meer zou baten indien tot dan werd gewacht.

R.C. t./RIZIV en V.I.
A.R. 2010/AL/650

...

II. Les faits

1. La décision que conteste Monsieur P.C., et son épouse, Madame S.L., en leur qualité d'administrateurs légaux de la personne et des biens de leur fille mineur R.C. (ci-après : "les appelants") leur a été communiquée le 7 janvier 2010 par l'O.A. (ci-après : "la seconde intimée").

Cette décision, prise après qu'avis ait été demandé au Conseil Technique de la Nomenclature, a refusé l'intervention de l'**INAMI** (ci-après : "le premier intimé") dans le placement d'un "by-pass gastrique", intervention qui a été sollicitée par les appelants en raison de l'obésité morbide dont souffre leur fille mineure.

Cette décision de refus d'intervention de l'assurance-maladie invalidité est motivée par référence à l'article 14, d), de la nomenclature qui fixe, parmi d'autres conditions, une condition d'âge consistant en ce que le patient doit avoir atteint l'âge de la majorité, 18 ans, et ce, sans aucune dérogation.

2. Les requérants ont fait valoir, devant le Tribunal du travail de Huy qu'ils ont saisi de leur recours contre cette décision, une situation de force majeure imposant, selon eux, qu'il soit dérogé à cette condition d'âge en faveur de cette jeune fille âgée de 16 ans, souffrant de manière chronique d'obésité et dont le surpoids la handicape fortement pour l'exercice de toute activité professionnelle alors qu'elle désire être coiffeuse, outre une série de problèmes graves dans sa vie quotidienne et dans ses relations sociales.

Ils ont produit à cet effet un certificat médical du Dr D. (...), daté du 30 septembre 2009, qui situe l'origine du problème d'obésité dans la prise de cortisone en raison d'un problème O.R.L. survenu dans le cours de la petite enfance.

2.1. Le chirurgien observe une augmentation constante du poids de l'intéressée (138 kilos pour 1 m 67), sans que les différents régimes alimentaires suivis auprès de nutritionnistes et de diététiciens aient réussi à enrayer cette obésité morbide.

2.2. Le rapport médical souligne que l'intéressée mange bien au moment des repas, de grosses assiettes, boit des boissons sucrées de manière exagérée et prend de temps en temps de l'alcool, mais ne fait aucun sport et conclut que pour ce qui concerne l'hygiène de vie, "elle n'a pas accompli un parcours idéal."

2.3. Il estime toutefois qu'il existe une indication de chirurgie bariatrique dans le chef de cette jeune patiente, hypertendue et dépressive, qui est demandeuse d'une solution efficace pour perdre du poids.

3. Ce diagnostic est partagé par le Dr B. (...) qui, dans un rapport établi le 17 novembre 2009, retient une indication de by-pass gastrique au vu de l'état clinique de la patiente et de ses antécédents familiaux.

Ce spécialiste conclut son rapport en estimant qu'"une très grande partie de son syndrome métabolique pourra trouver une amélioration notable suite à la perte pondérale significative obtenue grâce à la chirurgie bariatrique".

4. Ces rapports médicaux ont été soumis à l'**INAMI** par le médecin directeur de l'O.A.

Le premier intimé a, par décision du 29 décembre 2009, confirmé que la condition d'âge visée par l'article 14, d), de la nomenclature n'était pas susceptible de dérogation en sorte qu'aucune intervention de l'assurance ne peut être accordée pour l'intervention chirurgicale ni pour le matériel de consommation ou implantable utilisé. Cette décision a été communiquée le 7 janvier 2010 par la seconde intimée à la fille des appelants.

...

VI. La décision de la cour

1. La nomenclature des soins de santé pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie invalidité présente un caractère d'ordre public, ce qui a pour conséquence qu'elle est de stricte interprétation.

L'article 14, d), de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dispose, dans sa version en vigueur à la date de la demande, que les prestations de gastroplastie de réduction ne sont remboursables qu'aux conditions suivantes :

- "BMI" ≥ 40 ou, pour le patient avec diabète démontré, ≥ 35
- à partir de 18 ans
- avoir subi pendant au moins un an un traitement documenté sans obtenir de résultat stable
- après une concertation bariatrique multidisciplinaire effectuée au préalable à laquelle participent conjointement et au moins outre le médecin spécialiste en chirurgie, un médecin spécialiste en médecine interne, et un médecin spécialiste en psychiatrie, ou un psychologue clinique. Le rapport de cette concertation explicitant l'indication opératoire doit être signé par les trois participants des disciplines précitées. Le rapport de la concertation ainsi que les données relatives au traitement par régime se retrouvent dans le dossier médical.

2. Il s'agit donc d'un ensemble de conditions cumulatives auxquelles le législateur social a subordonné l'intervention de l'assurance maladie dans la prise en charge des soins et traitements nécessités par l'affection dont souffre la jeune requérante.

Ces conditions traduisent le souci du législateur de ne voir dans la pose d'un by-pass gastrique qu'un ultime recours, lorsque toutes les autres thérapeutiques ont échoué, parmi lesquelles un traitement d'un an avec un régime spécifique.

S'agissant d'une intervention chirurgicale susceptible d'avoir des conséquences importantes sur le plan de la santé, le législateur a considéré que, pour émettre un consentement libre et éclairé sur le bien-fondé de ce type d'opération, il était requis que la patiente ait atteint l'âge de la majorité légale.

3. La comparaison que fait le conseil des appelants avec la matière du contrat de travail n'est pas pertinente : s'il est exact que pour conclure un contrat de travail, la loi considère qu'un jeune travailleur dispose de la capacité requise à cet effet dès l'âge de 16 ans, le législateur social a pu valablement en décider autrement lorsque la décision à prendre portait non sur l'exercice d'une activité susceptible de procurer une rémunération à un mineur, mais, de façon bien plus fondamentale sur l'opportunité de subir une opération chirurgicale.

La justification de cette condition peut être recherchée à deux niveaux.

Sur le plan individuel, tout d'abord, le législateur social a pu considérer qu'il convenait que le ou la patiente ait atteint la maturité requise pour décider, en toute liberté, et après avoir mûrement réfléchi le pour et le contre de l'acte qu'il allait poser, d'une intervention chirurgicale engageant sa propre personne.

Sur le plan collectif ensuite, il ne saurait être reproché au législateur d'avoir posé les limites de l'intervention de la collectivité dans la prise en charge des frais médicaux engendrés par cette opération chirurgicale en n'en admettant le principe qu'une fois atteint l'âge de la majorité, et pour autant que soient remplies les autres conditions. Il doit être rappelé ici que les prestations de l'assurance maladie-invalidité sont, pour partie, le fruit des cotisations sociales versées par les travailleurs et les employeurs et qu'il appartient au législateur de décider sous quelles conditions et sous quelle forme les prestations de ce régime de sécurité sociale peuvent être octroyées aux assurés sociaux.

4. Il doit d'emblée être constaté que la condition de majorité n'était pas remplie par l'intéressée à la date à laquelle elle a introduit la demande de prise en charge de cette opération de chirurgie bariatrique consistant en la pose d'un "by-pass" gastrique.

Il s'agit d'une condition à laquelle il ne peut être dérogé.

Les incontestables problèmes de santé qu'entraîne l'affection dont souffre la jeune fille, les difficultés d'ordre psychologique et d'ordre relationnel qu'elle vit au quotidien en raison de son obésité morbide doivent assurément être pris en considération avec sérieux.

La Cour observe toutefois que même si la nomenclature avait permis que l'on s'écarte de cette condition dans des cas de force majeure - ce qui n'est pas prévu par le texte légal dont on a dit qu'il est de stricte interprétation - il reste que les appelants ne démontrent pas l'existence d'un cas de force majeure, permettant de dispenser leur fille de la condition de majorité.

5. Il leur aurait fallu démontrer, dans pareil cas, que l'opération envisagée devait, pour des raisons médicales impérieuses, être entreprise d'urgence sans attendre qu'elle atteigne la majorité légale, en raison d'un risque sérieux pour sa santé, ou d'un risque de lui faire perdre toute utilité si l'on attendait cette échéance.

Or, pareille circonstance n'est nullement démontrée en l'espèce.

Aucune pièce du dossier des appelants ne vient par ailleurs apporter la preuve que la jeune fille aurait subi, durant un an, un traitement documenté avec un régime spécifique, comme exigé par la réglementation.

Les rapports médicaux qu'elle produit à l'appui de sa demande d'intervention ont été établis un mois avant son introduction. Ils font certes état de divers régimes que l'intéressé y aurait suivis au cours des 10 dernières années, mais sans autre précision.

Aucun rapport de concertation n'est produit, tel qu'exigé par la 4^{ème} condition réglementaire énoncée ci-dessus.

6. La comparution personnelle que sollicite la jeune requérante, par l'entremise de ses représentants légaux n'est susceptible d'apporter aucun élément de nature à invalider la décision qu'ils contestent.

En effet, si dans le cadre de cette audition la jeune fille pourrait faire état des troubles que lui occasionne son état et dont la Cour est bien consciente, ceci n'enlèverait rien au fait que la condition de majorité n'était pas remplie à la date de sa demande et que les autres conditions prévues par la réglementation, à la seule exception du "BMI", ne sont pas remplies à l'heure actuelle. La décision administrative contestée, qui est conforme à la réglementation doit être confirmée, en sorte que l'appel doit être déclaré non fondé.

7. Il n'y a pas davantage lieu de faire droit à la demande subsidiaire, dès lors que, comme le soutient le premier intimé, la Cour est saisie de la légalité de la décision adoptée le 23 décembre 2009 et ne peut que constater que la condition de majorité légale n'était pas remplie à cette date.

Il appartiendra à la jeune fille, qui sera majeure lorsque lui sera notifié le présent arrêt, d'introduire, si elle le souhaite, une nouvelle demande après s'être soumise au processus d'examen et d'évaluation d'un régime documenté, comme le prescrit la réglementation.

8. L'appel dirigé contre la seconde intimée doit être déclaré irrecevable, dès lors qu'elle n'est pas l'auteur de la décision contestée, qui a été adoptée par le premier intimé, et qu'elle s'est bornée à communiquer aux appelants.

...

VI. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 3 juni 2011

Grondwet, artikel 159

Wet van 14 juli 1994, artikel 69, § 4

Financiering rustoorden – Wijzigingsbepaling – Wettigheid van bestuurshandelingen – Algemeen belang – Begrotingsmaatregel – Geen schending

De financiering van de rustoorden verliep vanaf 1997 op een geheel andere wijze dan de voorafgaande jaren. De bedoeling van de wetgever was de uitgaven in deze sector te enveloppen teneinde overconsumptie te vermijden.

Het doel van de regeling ingevolge het K.B. van 24 december 1996 houdt geen onevenredige aantasting in van de persoonlijke rechten en rechtmatige verwachtingen van het betrokken rustoord. Er wordt geen concrete weerslag van de betwiste regeling op haar rechtmatige verwachtingen aangetoond en er is geen schending van het gelijkheidsbeginsel aangezien alle rustoorden op dezelfde wijze behandeld werden.

De schending van het rechtszekerheidsbeginsel, de gerechtvaardigde verwachting en het gelijkheidsbeginsel kan dan ook niet worden aangenomen.

S.A. t./RIZIV
A.R. 2010/AH/76

...

2. De discussie in onderhavig geschil betreft als zodanig de berekening en toepassing door het RIZIV van de aan de N.V. voor het jaar 1997 toegestane voorlopige begroting van de financiële middelen.

Het RIZIV heeft deze bepaald op 8 781 574 BEF.

De N.V. meent dat deze op 9 629 772 BEF (en daarbij in de eerste aanleg-procedure verwijzend naar een "definitief budget") moest worden vastgesteld.

De arbeidsrechtbank te Tongeren heeft in het vonnis *a quo* de desbetreffende vordering van de N.V. ongegrond verklaard en heeft de bestreden RIZIV-beslissing bevestigd.

Het Hof is van oordeel dat de eerste rechters een correcte oplossing aan de te beslechten rechtskwestie hebben verleend.

Het op oordeelkundige motieven gesteunde vonnis van de arbeidsrechtbank wordt door het Hof bevestigd, en het Hof verwijst naar de terzake door de eerste rechters in het vonnis *a quo* ontwikkelde overwegingen waarbij het Hof zich kan aansluiten en die het zich eigen maakt, voor zover ze niet in tegenspraak zijn met het navolgende.

3. De door het RIZIV toegepaste becijfering (voorlopige begroting 1997) werd uitgevoerd in toepassing van de bepalingen van het alsdan vigerende Koninklijk besluit van 24 december 1996 tot uitvoering van artikel 69, § 4, 2de lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, 12° van dezelfde wet (B.S. van 31.12.1996).

Het voordien bestaande systeem werd fundamenteel gewijzigd door dit Koninklijk besluit van 24 december 1996 dat een specifieke vorm van budgettering bepaalt.

Het gegeven dat de "tegemoetkoming" voorheen volgens het alsdan vigerende reglementaire kader op een totaal andere wijze plaatsvond, neemt uiteraard niet weg dat het de bepalingen zijn van het effectief geldende "nieuwe systeem" die hier moeten worden toegepast, zulks ongeacht of deze dan in vergelijking met het vorige systeem minder voordelig blijken uit te vallen voor de N.V.

De alhier toepasselijke (wettelijk bepaalde) wijze van budgettering kadert in de maatregelen die door de overheid werden getroffen tot beheersbaarheid van de uitgaven in de geneeskundige verzorging voor sommige forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen.

Het gaat om een vorm van "enveloppefinanciering" waarin voorzien wordt bij het Koninklijk besluit van 16 december 1996 (vermeld in de preambule van het K.B. van 24.12.1996), en die geldt voor alle rustoorden voor bejaarden en voor alle rust- en verzorgingstehuizen.

Waar er voorheen de effectieve verblijfsdagen aangerekend werden voor de verschillende categorieën van bejaarden (O, A, B en C-dementen) te vermenigvuldigen met het aantal verblijfsdagen, wordt door het Koninklijk besluit van 24 december 1996 in een ander systeem voorzien (art. 2 K.B.) : “voor elk rustoord wordt door de Dienst enerzijds een voorlopig budget van financiële middelen bepaald dat de forfaitaire tegemoetkomingen zou moeten dekken voor het vierde trimester 1996 en het eerste en tweede trimester 1997 en anderzijds een definitief budget van financiële middelen dat de tegemoetkomingen dekt voor het vierde trimester 1996 en het eerste, tweede en derde trimester 1997”.

Hoewel de N.V. haar vordering blijkbaar formuleerde in functie van een “definitief budget”, heeft de RIZIV-beslissing waartegen zij beroep instelde betrekking op het “voorlopig budget”, en het is in functie van deze laatste ter discussie staande toepassing (vervat liggend in de bestreden beslissing) dat het Hof een verdere beoordeling uitspreekt.

4. De berekening van het voorlopig budget wordt overeenkomstig artikel 3 van het K.B. van 24 december 1996 bepaald in functie van :

- 1) het aantal rechthebbenden per categorie
- 2) de wijziging van categorie in het 4de trimester 1996
- 3) de forfaitaire tegemoetkomingen
- 4) het aantal kalenderdagen.

Door het RIZIV werd bij haar berekening op correcte wijze rekening gehouden met deze criteria.

Het Hof verwijst hier op dienende wijze naar hetgeen daaromtrent door de arbeidsrechtbank in het vonnis *a quo* overwogen werd, luidend als volgt (cf. het vonnis *a quo*, blz. 6-8) :

1. Het aantal rechthebbenden per categorie

Het aantal rechthebbenden per categorie (O, A, B en C) wordt vastgesteld op basis van het aantal rechthebbenden waarvoor door het betrokken rustoord over het tweede en derde trimester van 1996 een tegemoetkoming werd aangerekend (art. 3, § 1, 1^o van het K.B. van 24.12.1996) waarvan het gemiddelde wordt genomen.

In casu bedraagt het gemiddeld aantal rechthebbenden per categorie, meegedeeld door de betrokken instelling in een vragenlijst over de periode van het tweede en derde trimester van 1996 :

- categorie O: 0
- categorie A: 10.43
- categorie B: 18.11
- categorie C: 16.13.

Bij de berekening van het aantal rechthebbenden kan er in sommige gevallen rekening worden gehouden met een aanpassing van bedden of erkenningen (art. 3 par. 1, a-b)

Deze aanpassingen of erkenningen hebben allemaal betrekking op de periode over het tweede en het derde trimester van 1996.

Aanpassingen of erkenningen die plaats hadden voor het tweede trimester worden niet in rekening gebracht.

In casu had een aanpassing van het beddenaantal plaats in januari 1996. De voorlopige erkenning van de uitbreiding van het rustoord van eisende partij dateert van 10 juni 1996 en is ingegaan op 1 december 1996. Aldus kon geen rekening gehouden worden met deze uitbreiding voor de berekening van het definitief budget.

2. Wijziging categorie vierde trimester 1996

Het aantal rechthebbenden dat tijdens het vierde trimester van 1996 van categorie veranderde, gegevens afkomstig van de verzekeringsinstelling, wordt eveneens opgenomen in de begroting van het voorlopig budget :

- categorie O: 0
- categorie A: + 2
- categorie B: -2
- categorie C: 0.

Aldus komt het aantal rechthebbenden voor de respectievelijke categorieën, inclusief de aanpassingen voor het vierde trimester 1996 op :

- categorie O: 0
- categorie A: 12.43
- categorie B: 16.11
- categorie C: 16.13.

3. Forfaitaire tegemoetkomingen

Verder wordt rekening gehouden met de forfaitaire tegemoetkomingen, die door het rustoord mochten worden aangerekend op 1 oktober 1996 (art. 3, § 1, 4^o van K.B. van 24.12.1996).

De forfaitaire tegemoetkomingen worden berekend met toepassing van het Koninklijk besluit van 5 april 1995, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal rechthebbenden per categorie en het personeel wettelijk noodzakelijk tewerkgesteld in de instelling. De bedragen, vastgesteld in het Koninklijk besluit van 5 april 1995, worden jaarlijks geïndexeerd. (art. 3, K.B. van 05.04.1995).

Het forfait per categorie bedraagt :

- categorie O: 0
- categorie A: 143 BEF
- categorie B: 782 BEF
- categorie C: 1 103 BEF.

4. Aantal kalenderdagen

Tenslotte worden in de berekening van het voorlopig budget, de kalenderdagen van het vierde trimester 1996 en het eerste en tweede trimester 1997 in aanmerking genomen (art. 3, § 1, 5^o, K.B. van 24.12.1996).

Voor het betrokken rustoord bedraagt het aantal kalenderdagen 273”.

Het Hof neemt deze door de eerste rechters vermelde overwegingen over en maakt ze tot de zijne.

In functie van de vermelde criteria en conform de concrete invulling daarvan, diende het bedrag van de voorlopige financiële middelen van de N.V. te worden bepaald op 8 781 564 BEF, zijnde het bedrag dat hier effectief door het RIZIV werd toegepast.

De door het RIZIV toegepaste berekening gebeurde dus overeenkomstig de vigerende wettelijke bepalingen, en kan bijgevolg enkel maar als zijnde correct worden bestempeld.

5. De door de N.V. anders voorgestane berekening werd uitgevoerd met negatie van de vigerende wettelijke bepalingen – zijnde die van het Koninklijk besluit van 24 december 1996 – hetgeen niet kan worden aanvaard.

De N.V. schijnt daarbij vigerende wettelijke bepalingen te contesteren op basis van de aanvoering dat het Koninklijk besluit van 24 december 1996 onwettig zou zijn, en beroept zich daarbij dan op een beweerde schending van het “rechtszekerheidsbeginsel”, de “gerechtvaardigde verwachting” en het “gelijkheidsbeginsel”.

Deze argumentatie van de N.V. faalt :

Het Hof verwijst ook in dit verband naar hetgeen daaromtrent door de arbeidsrechtbank in het bestreden vonnis overwogen wordt, luidend als volgt (cf. het vonnis *a quo*, blz. 9-14) :

“1. Krachtens artikel 159 van de Grondwet passen de rechtbanken de algemene provinciale en gemeenrechtelijke besluiten en verordeningen alleen toe, in zoverre zij met de wetten overeenstemmen”.

“De naleving van de wetten is in artikel 159 Ger. Wetb. in de meest ruime zin bedoeld : de besluiten in reglementen moeten niet enkel met de formele wetten overeenstemmen, maar ook met de aan de formele wetten gelijkwaardige of hogere rechtsnormen : de internationale normen met directe werking in de nationale rechtsorde, de grondwettelijke bepalingen, de wetten, de decreten, de ordonnaties, alsmede de algemene rechtsbeginselen”.

(Publiek Procesrecht, Artikelsgewijze Commentaar met overzicht van rechtsleer en rechtspraak – G.W. art. 159 – 15 nr. 28).

De rechter kan bijgevolg een besluit, dat niet verenigbaar is met artikel 10 of 11 van de Grondwet, of met de algemene rechtsbeginselen buiten toepassing laten.

“Hoewel het vaak dansen op een slappe koord is, vermag de rechter niet de opportuniteit van de bestuurshandeling te toetsen. De bij artikel 159 aan alle rechtscolleges toegekende bevoegdheid reikt niet buiten het gebied van de interne wettigheid van de bestuurshandelingen. Bij de beoordeling van die handelingen mag de rechter zich niet begeven op het terrein van de opportuniteit, de doeltreffendheid, of de politieke besluitvorming, doch enkel op het vlak van de wetmatigheid. (Publiek Procesrecht, o.c. G.W. art. 159-17 nr. 34)”.

2. Conform artikel 69, § 4 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, werd aan de Koning de bevoegdheid verleend om voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 11° en 12° (verstrekkingen die verleend worden in rustoorden voor bejaarden ...), het globaal budget van financiële middelen vast te leggen. De Koning bepaalt eveneens de modaliteiten en de criteria van de berekening per dienst of inrichting van een budget van financiële middelen, alsmede de vaststelling van dit budget per verblijfdag, rekening houdend met het globaal budget.

In uitvoering van artikel 69, § 4 werd voor het begrotingsjaar 1997 de bepaling van het individueel voorlopig en definitief budget vastgelegd in het Koninklijk besluit van 24 december 1996.

De bedoeling van de wetgever was de uitgaven in de sector van de rustoorden te envelopperen teneinde overconsumptie te vermijden.

Deze maatregel liep samen met een geheel aan algemene en bijzondere begrotingsmaatregelen tot regulering, correctie en controle van de uitgaven in de sector van de gezondheidszorgen. (o.a. art. 51 Gec. Ziektewet).

Het globaal budget werd voor 1997 aanvankelijk vastgelegd op 13 960,9 miljoen BEF (K.B. van 16.12.1996 B.S. 31.12.1996) en later gewijzigd tot 15 180,9 miljoen BEF, bij het Koninklijk besluit van 29 augustus 1997 (B.S. 17.10.1997).

Deze reglementering impliceerde dat de financiering van de rustoorden, met ingang van het jaar 1997, op een geheel andere wijze verliep dan de voorgaande jaren.

De enveloppering van de uitgaven in de sector van de rustoorden werd ingegeven door de bekommernis van het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector. In het algemeen belang werd er een regeling uitgewerkt om de uitgaven te kunnen controleren en corrigeren. Daarom wordt er in het Koninklijk besluit van 24 december 1996 gewerkt aan de hand van twee budgetten, met name een voorlopig en een definitief budget. Het voorlopig budget loopt over drie trimesters (4^e van 1996 en 1^e en 2^e van 1997). Stelt men vast, tegen het einde van het eerste semester van 1997, dat het voorlopig budget wordt overschreden dan worden er correcties toegepast op de forfaitaire tegemoetkomingen voor het 3^e trimester van 1997. De vier genoemde trimesters worden samengeteld, en vormen het definitief budget voor 1997.

Opdat het voorlopig budget zou kunnen worden vastgesteld doet verweerder beroep op de gegevens die hem worden meegedeeld in de vragenlijst van oktober (1997), zoals bedoeld in artikel 2, § 13 van het ministerieel besluit van 5 april 1995.

De vragenlijst van oktober heeft betrekking op de gegevens over de periode van 1 april tot 30 september (2^e en 3^e trimester) (art. 2, § 13, 3^e lid).

Deze gegevens worden gebruikt voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen voor de periode van 1 januari tot 30 juni van het jaar daarop. Bijvoorbeeld de gegevens van het tweede en derde trimester van 1996 worden aangewend om tot de berekening over te gaan van de forfaitaire tegemoetkomingen aan te rekenen voor het eerste en tweede trimester 1997.

De vragenlijst, alsook de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen op basis van een referentieperiode, werd reeds geïntroduceerd bij ministerieel besluit van 25 maart 1993, B.S. 31 maart 1993.

De stelling van eisende partij dat er een schending van de rechtszekerheid en/of gewekte verwachtingen is, strookt dan ook niet met de werkelijkheid.

Immers reeds in het referentiejaar 1992 werd er rekening gehouden met de referentieperiodes die zich situeren in het verleden om tot de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen over te gaan voor de daarop volgende periode. Meer, voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen voor de periode van 1 januari tot 30 juni wordt dezelfde referentieperiode gehanteerd als voor de berekening van het voorlopig budget (2^e en 3^e trimester van het voorgaande jaar).

3. Volledigheidshalve dient hieraan toegevoegd dat de onmiddellijke werking van een rechtsregel toegelaten is.

Het is het gewone gevolg van elke rechtsregel dat hij geacht wordt in beginsel van onmiddellijke toepassing te zijn, niet alleen op feiten die zich voordoen na het inwerkingtreden van de nieuwe rechtsregel maar ook op na die inwerkingtreding ontstane rechtsgevolgen van voordien voorgevallen feiten. (Popelier P., rechtszekerheid als beginsel voor behoorlijke regelgeving, Antwerpen 1997, 9 299 - zie ook Cass. 11.01.1998, R.W. 1998-1999, blz. 818).

Wat de voorwaarden van een subsidiestelsel, in casu het tegemoetkomingsstelsel voor rustoorden, betreft, kunnen de gegadigden weliswaar het vertrouwensbeginsel niet inroepen om de handhaving ervan te eisen, en kan de wetgever in de uitoefening van zijn discretionaire bevoegdheid dat stelsel voor de toekomst wijzigen.

Dit neemt niet weg dat in casu het betrokken rustoord, rekening houdend met het te verwachten budget voor 1997, bepaalde verbintenissen op zich genomen heeft, bijvoorbeeld personeelsleden aangeworven of in dienst gehouden. In het licht van die gegevens moet worden overgegaan tot de afweging van een algemeen budgettair belang en de belangen van de betrokkenen. Indien verkregen rechten, of rechtmatige verwachtingen worden aangetast, mag die aantasting niet onevenredig zijn met het doel dat met de ontworpen regeling wordt nagestreefd.

Eenzijds toont eisende partij niet aan dat er een onevenredige aantasting is van haar persoonlijke belangen, in verhouding tot het doel van de ontworpen regeling, met name een enveloppering van de uitgaven in de sector rustoorden, welke werd ingegeven door de bekommernis van het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector, en dit in het algemeen belang van iedere ingezetene.

Eisende partij toont anderzijds in casu geen enkele concrete weerslag van de ontworpen regeling op haar rechtmatige verwachtingen aan, en houdt het bij algemene beschouwingen, zonder nadere specificatie. Overigens is het zo dat eisende partij, benevens de haar toegekende budgetten, tevens beschikt over de (normaal gezien vrij belangrijke) persoonlijke tussenkomsten van de bejaarden zelf, om in haar uitgaven te kunnen voldoen. Door de toename van het aantal bejaarden zijn deze tussenkomsten uiteraard hoger dan voorheen, en kunnen zij mede aangewend worden voor de meerkosten ingevolge de uitbreiding van haar rustoord. Daarenboven kan de concrete weerslag van de ontworpen regeling enkel zeer tijdelijk zijn en met name enkel een invloed hebben, op het eerste jaar van de uitbreiding van de bezetting, nu eisende partij zelf stelt dat, vanaf midden december 1996, de bezetting maximaal is (zie neergelegde curve door eisende partij).

Het doel van de ontworpen regeling ingevolge het Koninklijk besluit van 24 december 1996, namelijk het onverantwoord stijgen van de uitgaven in de gezondheidssector te beperken, houdt geen onevenredige aantasting in van de persoonlijke rechten en rechtmatige verwachtingen van eisende partij. Het Koninklijk besluit van 24 december 1996 kan evenmin beschouwd worden als een daad van onbehoorlijk bestuur.

4. In de mate dat burgers zich in gelijke omstandigheden bevinden dienen zij op voet van gelijkheid behandeld te worden. Inzake de toepassing van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet heeft het Arbitragehof zich ruimschoots laten inspireren door de Rechtspraak van het Europees Hof van de Rechten van de Mens betreffende artikel 14 van de Europese Conventie. Het Arbitragehof heeft namelijk geoordeeld in zijn arrest nr. 21/89, B, 4.5.b van 13 juli 1989 dat "De grondwettelijke regels van de gelijkheid der Belgen voor de wet en van de niet-discriminatie sluiten niet uit dat er een verschil in behandeling volgens bepaalde categorieën van personen zou worden ingesteld, voor zover het criterium van onderscheid een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld met betrekking tot het doel en de gevolgen van de overwogen maatregel. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden indien de aangewende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel. (zie M. Bossuyt, Het discriminatieverbod en positieve actie, R.W. 1998-1999, nr. 8, 24.10.1998, blz. 243).

“Nochtans is de behandeling van het gelijkheidsbeginsel geen eenvoudige klus, omdat het begrip positiefrechtelijk dient benaderd te worden, maar veel meer is dan een zuiver juridisch begrip, dat men gevoelsargumenten is beladen, afhankelijk is van de politieke leerstellingen, evolutief wordt geïnterpreteerd, waarbij de wetgevende macht een vooraanstaande rol speelt en moet spelen, en niet zelden afhankelijk is van een waardeoordeel”. (Ministerie van Justitie, Specifieke opleiding inzake prejudiciële vragen, F. Meersschaut, Het Gelijkheidsbeginsel, blz. 2 en 3).

“De begrippen gelijkheid en op gelijke wijze behandelen, kenmerk of essentie van de gerechtigheid, zijn ook moeilijk te vatten, en zijn doorgaans afhankelijk van een waardeoordeel van een keuze”. (Velaers J., Van Arbitrage tot Grondwettelijk Hof, Maklu 1990, nr. 194, p. 167).

Eisende partij stelt dat het gelijkheidsbeginsel geschonden is, nu het systeem van voorlopige budgettering, waarbij een beperkte referteperiode wordt in aanmerking genomen, precies die rustoorden benadeelt (waaronder het hare), dewelke precies in die referteperiode (aangezien zij aan het uitbreiden zijn) een duidelijk lagere bezettingsgraad hebben dan in de nakomende (in het definitief budget in aanmerking genomen) trimesters.

In casu werden, in toepassing van het Koninklijk besluit van 24 december 1996, alle rustoorden op dezelfde wijze behandeld. Eisende partij beklaagt zich over een gelijke behandeling die niet verantwoord zou zijn, gelet op de bestaande objectieve verschillen, doch toont aan de hand van objectieve en relevante criteria niet aan dat haar situatie zodanig verschillend is van andere rustoorden, dat het gelijkheidsbeginsel geschonden is.

Het bij het Koninklijk besluit van 24 december 1996 nagestreefde doel, met name de uitgaven in de sector van de rustoorden te envelopperen teneinde overconsumptie te vermijden, is evenmin kennelijk onevenredig met het mogelijk beperkt persoonlijk nadeel, hetwelk eisende partij ondervindt als instelling in uitbreiding, welke deze uitbreiding reeds gedeeltelijk had gerealiseerd, en enkel in het eerste jaar van deze uitbreiding, een mogelijk nadeel kan ondervinden. Daarenboven mag niet uit het oog worden verloren dat eisende partij eveneens een persoonlijke bijdrage in de kosten ontvangt, vanwege de bejaarden van haar rustoord, welke bijdrage automatisch hoger wordt als het aantal bejaarden stijgt”.

Het Hof neemt deze oordeelkundige redengeving van de eerste rechters volledig over en maakt ze tot de zijne.

Er is geen sprake van een onwettigheid van het Koninklijk besluit van 24 december 1996.

Waar het RIZIV bij de door haar getroffen en door de N.V. gecontesteerde beslissing de bepalingen van dit Koninklijk besluit op concrete wijze heeft toegepast, kan enkel maar tot de rechtmatigheid van deze beslissing worden besloten.

6. Het Hof komt tot het besluit dat de bestreden RIZIV-beslissing rechtmatig en correct was. De eerste rechters hebben terecht de bestreden beslissing bevestigd en hebben terecht de voordeuring van de N.V. ongegrond verklaard.

Het vonnis *a quo* wordt door het Hof bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

7. De bevestiging van het vonnis *a quo* slaat eveneens op de door de eerste rechters voor hun aanleg toegepaste uitspraak en vereffening van de gerechtskosten.

Voor onderhavige beroepsprocedure bij dit Hof geldt i.v.m. de gerechtskosten het navolgende.

De N.V. is geen gerechtigde of “sociaal verzekerde” in de zin van artikel 1017, lid 2-3 Ger. W., en het is dus niet de regeling van artikel 1017, lid 2, Ger. W., maar wel die van artikel 1017, lid 1, Ger. W. die van toepassing is.

In toepassing van artikel 1017, lid 1, Ger. W. wordt de N.V., zijnde de in het ongelijk gestelde partij, tot de gerechtskosten veroordeeld.

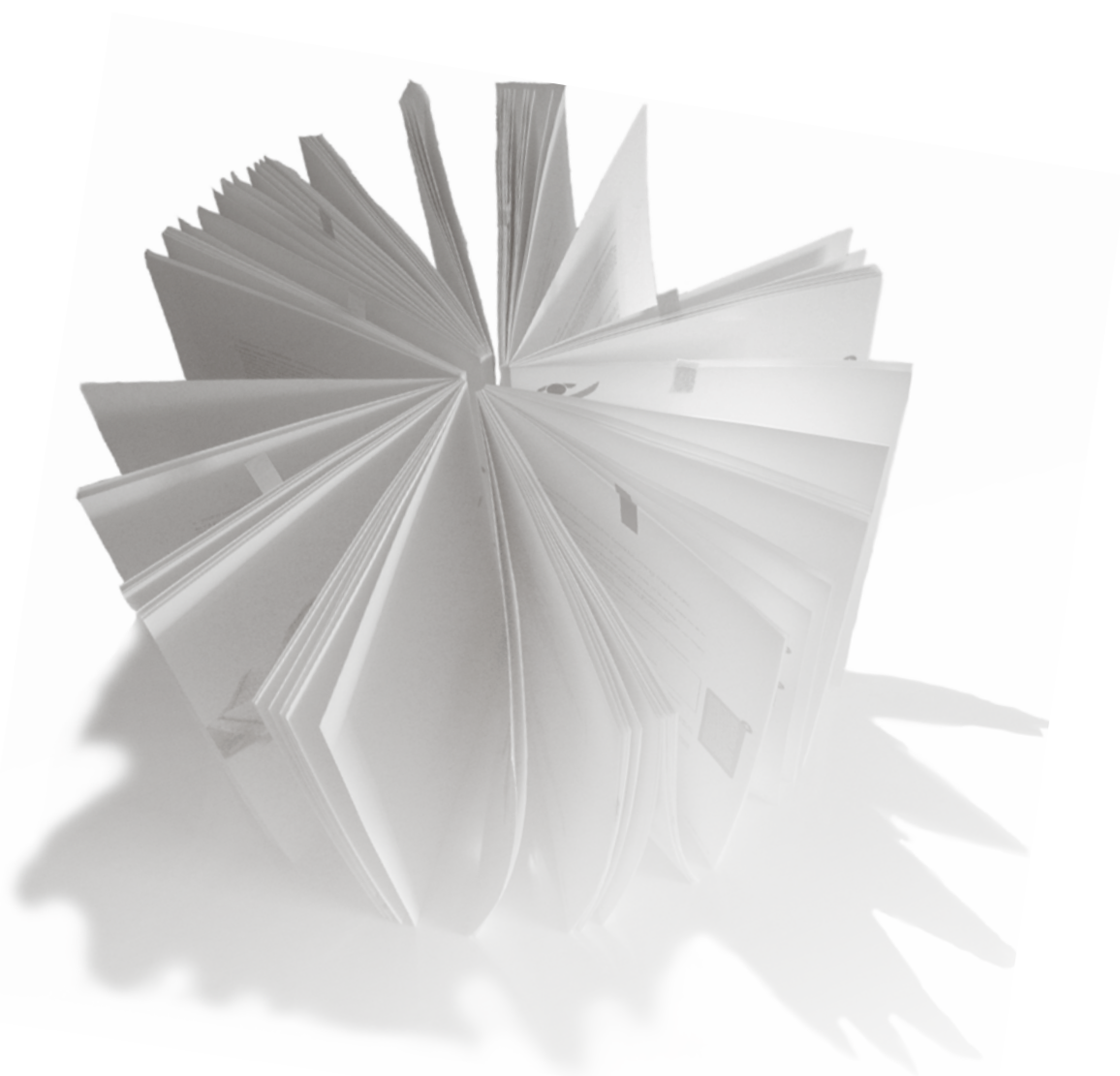
De N.V. betrachtte met haar vordering een bedrag van 9 629 772 BEF te zien toekennen, daar waar de RIZIV-beslissing in een bedrag van 8 781 564 BEF voorzag. Het verschil tussen deze twee bedragen; zijnde het bedrag dat de N.V. aldus bijkomend wenste te bekomen, bedraagt 848 208 BEF, hetzij 21 026,53 EUR.

Er is hier sprake van een op die wijze in geld waardeerbare vordering.

Overeenkomstig artikel 2 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 van het Ger. W. (B.S. van 09.11.2007) en rekening houdend met het hiervoren vermelde bedrag van de in geld waardeerbare vordering (21 026,53 EUR), vereffent het Hof het bedrag aan rechtsplegingsvergoeding voor onderhavige beroepsprocedure bij dit hof op het basistarief voor vorderingen van 20 000,00 tot 40 000 EUR, zijnde 2 200 EUR (geïndexeerd bedrag).

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Huisartsgeneeskunde

Impulsfondsen – Impulseo I, II en III¹

Vraag nr. 5-2287, gesteld op 6 mei 2011 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke integratie, door de heer ANCIAUX, Senator²

Als antwoord op een acuut tekort aan huisartsen lanceerde Volksgezondheid achtereenvolgens de Impulseo I, II en III impulsfondsen. Deze fondsen beogen heel expliciet de financiële ondersteuning van huisartsenpraktijken door onder andere renteloze leningen, gratis begeleiding, tussenkomst in de loonkosten van ondersteunend personeel, gekoppeld aan het globaal medisch dossier (GMD). Hierbij worden zowel samenwerkende maar (sinds Impulseo III) ook alleenwerkende huisartsen begunstigd.

Graag kreeg ik een antwoord op de volgende vragen:

- 1) Met welke concrete doelstellingen werken de Impulseo-programma's? In welke kwantitatieve gewenste effecten zijn deze doelstellingen vertaald? In welke mate moet het aantal huisartsen toenemen om deze programma's als geslaagd te evalueren?
- 2) In welke mate leidde de toepassing van deze programma's momenteel tot de gewenste effecten? Welke onderdelen scoren successen, welke lijken niet of te weinig werkzaam en waarom trekt de geachte minister deze conclusies?
- 3) Is Impulseo III ondertussen werkzaam en met welk succes?
- 4) In welke mate leidden de Impulseo-programma's tot meer administratieve lasten bij de huisartsen? Bedreigen deze lasten de gunstige effecten ervan?
- 5) De premies verbonden aan de Impulseo-steun zijn fiscaal belastbaar. Wat blijft er van deze premies netto over voor de huisarts?

Antwoord

Wat de doelstelling betreft die aan het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde is toegewezen, geeft artikel 36duodecies van de wet betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoerd door de programmawet van 24 juli 2008, de volgende afdoende verduidelijking:

“De Koning kan, bij besluit vastgelegd na overleg in de ministerraad, een impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde oprichten, bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. De maatregelen kunnen rekening houden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde, en kunnen onder meer betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet-verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.”

1. Zie supra R.v.St. nr. 214.501, 7.07.2011, blz. 322

2. Senaat, gewone zitting 2010-2011.

Die wettelijke basis vervangt de oorspronkelijke die de ondersteuning van de oprichting van netwerken van algemeen geneeskundigen, van duopraktijken en de gegroepeerde installatie van huisartsen.

Uit de verkregen resultaten kan men voor Impulseo I (hulp bij de installatie) de volgende gegevens afleiden voor dossiers die sinds de lancering ervan in oktober 2006 bij het Participatiefonds zijn ingediend.

- Aantal premies: 2006: 46 / 2007: 84 / 2008: 72 / 2009: 73 / 2010: 68 ofwel in totaal 343 dossiers
- Aantal leningen: 2006: 36 / 2007: 121 / 2008: 113 / 2009: 85 / 2010: 112 ofwel in totaal 467 dossiers.

Als men weet dat voor diezelfde periode 139 artsen ook de aanvullende lening die door het Participatiefonds is voorgesteld hebben aangevraagd, betekent dit uiteindelijk 949 aanvragen. In totaal werden al 931 aanvragen behandeld, 908 hiervan werden goedgekeurd voor een totaal bedrag van 16 735 597,65 EUR.

Voor Impulseo II (financiële steun voor administratieve hulp in de praktijk) werden er:

- 331 dossiers ingediend waarvan er 304 zijn goedgekeurd voor loonkosten met betrekking tot 2007 voor een al betaald totaalbedrag van 2 991 968,24 EUR
- 424 dossiers ingediend waarvan er 398 zijn goedgekeurd voor loonkosten met betrekking tot 2008 voor een al betaald totaalbedrag van 4 026 875,06 EUR
- 519 dossiers ingediend waarvan er 497 zijn goedgekeurd voor loonkosten met betrekking tot 2009 voor een al betaald totaalbedrag van 5 680 469,30 EUR.

De trend voor Impulseo I is relatief stabiel, maar het aantal aanvragen voor Impulseo II kent een constante toename.

Het dossier Impulseo III, dat zowel een uitbreiding bevat van de mogelijkheid om een financiële ondersteuning te bieden voor praktijkhulp voor de arts met een solopraktijk, als van de mogelijkheid om financiële steun te bieden voor de diensten van een medisch telesecretariaat voor artsen met een solopraktijk of met een groepspraktijk, wordt voorbereid om tijdens een volgende ministerraad te worden voorgesteld.

De actoren op het terrein hebben op geen enkel moment gemeend dat de administratieve lasten die voortvloeien uit de noodzakelijkheid om een aanvraag in te dienen bij het Participatiefonds, het beroep op die hulp afremmen. Elke arts die dat wenst, kan zich trouwens hiervoor gratis laten bijstaan door de ondersteunende structuren die door het Participatiefonds zijn erkend.

Wat ten slotte de fiscale behandeling van de ontvangen hulp betreft, moet ik bevestigen dat de premies belastbare inkomsten zijn en dus moeten worden gedeclareerd. Ik kan me echter niet uitspreken over het nettobedrag van de hulp na belastingheffing.

II. Informatisering gezondheidszorg

SIS-kaart – Vervanging door elektronische identiteitskaart

Vraag nr. 396, gesteld op 13 mei 2011 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door de heer DUCARME, Volksvertegenwoordiger¹

Op 28 juni 2010 deelde het RIZIV in een persbericht mee dat er gewerkt wordt aan projecten voor de modernisering en/of de computerisering van bepaalde procedures, teneinde de dienstverlening te verbeteren en het aantal fouten terug te dringen. Vanaf 2013 zou de SIS-kaart door de steeds verdergaande modernisering van de administratieve procedures in de gezondheidszorg geleidelijk aan verdwijnen. Een van de projecten, CareNet, strekt ertoe de financiële en administratieve relaties tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen te vereenvoudigen.

Dankzij CareNet werd in de 190 aangesloten ziekenhuizen de opmaak van facturen op papier tot dusver met 40 procent verminderd. De volgende stap is het project *MyCareNet*, dat betrekking heeft op de relaties tussen de verzekeringsinstellingen en de individuele zorgverstrekkers. Volgens Benoît Collin, adjunct-administrateur-generaal van het RIZIV, zullen de patiënten zo sneller krijgen waar ze recht op hebben en zal de SIS-kaart op termijn verdwijnen. Hij voegde eraan toe dat een aantal apotheken in 2011 al het kaartloze systeem zal uittesten.

Tot slot zal het elektronische voorschrift de komende jaren ontwikkeld worden in de sector van de ambulante zorg. Het RIZIV benadrukt dat het Recip-e een concrete vereenvoudiging is die gebruiksvriendelijkheid en veiligheid combineert, en die feedback oplevert voor de artsen.

1. Hoeveel zal er bespaard kunnen worden dankzij de geleidelijke computerisering van de doktersvoorschriften en de administratieve procedures in de gezondheidszorg?
2. (...)
3. De SIS-kaart zou vanaf 2013 geleidelijk aan verdwijnen. Wat zal er in de plaats van de SIS-kaart komen, en hoe zal die vervanging concreet in haar werk gaan ?

Antwoord

1. In antwoord op uw vraag kan ik u meedelen dat de informatisering in de gezondheidssector zowel een verbetering van de zorgverlening als een vermindering van de administratieve en financiële lasten beoogt. Aangezien een groot aantal informatiseringsprojecten zich momenteel nog in een ontwikkelingsfase bevindt, zoals de elektronische ambulante voorschriften, is het momenteel nog niet mogelijk om concrete cijfers mee te delen over de financiële consequenties.
2. (...)

1. Bulletin nr. 036, Kamer, gewone zitting 2010-2011, blz. 14.

3. Wat uw vraag in verband met de afschaffing van de SIS-kaart betreft, kan ik aan mijnheer de volksvertegenwoordiger meedelen dat de SIS-kaart geleidelijk zal worden vervangen door de elektronische identiteitskaart. De zorgverlener zal immers hiertoe de elektronische identiteitskaart van zijn patiënt gebruiken, enerzijds om diens identificatiegegevens te verkrijgen en anderzijds om diens administratieve gegevens met betrekking tot de geneeskundige verzorging online te kunnen raadplegen bij de verzekeringsinstellingen.

Onder elektronische identiteitskaart wordt op dit ogenblik verstaan de verschillende elektronische identiteitskaarten die door de Belgische overheid worden uitgereikt met het oog op de identificatie, zoals de eID (de klassieke elektronische identiteitskaart), de Kids-ID (de elektronische identiteitskaart van de kinderen jonger dan 12 jaar), de elektronische kaart uitgereikt aan (niet-Belgische) onderdanen van de Europese Unie die in België verblijven en de elektronische verblijfstitel uitgereikt aan in België verblijvende onderdanen van landen die niet tot de Europese Unie behoren.

Indien er patiënten zijn die niet beantwoorden aan de voorwaarden voor het bekomen van een dergelijke bestaande elektronische identiteitskaart, dan zou hen een nieuw type van elektronische identiteitskaart moeten worden uitgereikt.

De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de verzekeringsinstellingen werken momenteel aan dit project. Het actieplan dat hiertoe werd uitgewerkt, omvat meerdere componenten die op een geïntegreerde wijze moeten worden geïmplementeerd. De volgende componenten zijn bijvoorbeeld in volle ontwikkeling:

- de beschikbaarheid bij alle verzekeringsinstellingen van een toepassing aan de hand waarvan de zorgverleners het statuut van de patiënt in de ziekteverzekering online kunnen raadplegen, 24 uur per dag en 7 dagen per week
- de integratie van deze raadplegingstoepassing in de beheerssoftware van de zorgverleners die de derdebetalersregeling toepassen (voornamelijk de apotheken en de ziekenhuizen)
- de evolutie van de SIS-kaartleesapparaten naar leesapparaten die (ook) de elektronische identiteitskaarten kunnen lezen
- de uitwerking van een nieuw systeem van eenduidige identificatie voor de patiënten die niet over een elektronische identiteitskaart beschikken (bijvoorbeeld de grensarbeiders).

Gelet op de huidige stand van zaken van het project is het voorzien dat de apothekers en in voorkomend geval de geneesheren die met de nodige interfaces zijn uitgerust, in de loop van 2012 de gegevens van de ziekteverzekering zullen kunnen raadplegen op basis van het gebruik van de elektronische identiteitskaart van de patiënten of in voorkomend geval van hun kleefbriefjes. De eerste informaticatesten worden trouwens op dit ogenblik reeds voorbereid.

Als voorzorgsmaatregel om een geleidelijke toepassing van het project bij de zorgverleners en de patiënten mogelijk te maken, hebben de verzekeringsinstellingen en de SIS-kaartleverancier afgesproken dat deze kaarten tot minstens einde 2013 mogen worden uitgereikt.

Indien de verschillende partners die aan het project deelnemen de huidige planning in acht kunnen nemen, zullen het huidige systeem op basis van de SIS-kaart en het toekomstige systeem op basis van de elektronische identiteitskaart van de patiënt in combinatie met de online toegang tot de gegevens van de ziekteverzekering naast elkaar blijven bestaan tot einde 2013. Hierdoor krijgen de patiënten die voortaan hun elektronische identiteitskaart moeten gebruiken en de zorgverleners die hun beheerssoftware moeten aanpassen de tijd om geleidelijk aan over te schakelen.

III. Publiciteit voor medische diensten

Regelgeving

Vraag nr. 409, gesteld op 13 mei 2011, aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door mevrouw DE BONT, Volksvertegenwoordiger¹

De populaire kortingsbonnensite "groupon" plaatste begin april 2011 een advertentie waarbij men een laserbehandeling voor de ogen kon bestellen "aan -50%, als men binnen 24 uur beslist". De "Laser Company-kliniek" die de aanbieding deed, lag wel in Nederland. Ze werken "voorlopig" met Nederlandse klinieken "omdat ze nog geen uitsluitel hebben of Belgische klinieken wettelijk mogen adverteren". Het gaat hier inderdaad niet louter om een bekendmaking of aankondiging van een bestaande dienst, maar duidelijk om reclame en volgens mij is reclame voor geneeskundige diensten nog steeds verboden.

1. Zijn er plannen om de wetgeving op reclame voor medische beroepen te versoepelen?
2. a) Zijn er concrete plannen om deze wetgeving aan te passen aan de mogelijkheden die geboden worden door de moderne technologie in internetcommunicatie?
b) In welke zin zou men de wetgeving kunnen/moeten aanpassen?
3. Onder welke voorwaarden kan men vandaag van het internet, websites, portaalsites enzovoort gebruik maken om zijn diensten als arts/tandarts aan het publiek bekend te maken?
4. Zijn deze voorwaarden en wettelijke bepalingen hetzelfde voor klinieken?
5. Zijn zij hetzelfde voor buitenlandse klinieken?
6. Hoe kan men optreden tegen ongeoorloofde reclame door buitenlandse artsen/klinieken of de instanties die de reclame plaatsen?

Antwoord

De regel is dat reclame die betrekking heeft op geneeskundige diensten louter informatief mag zijn. Dit algemeen principe wordt bevestigd in diverse wetgevingen, zoals de wet van 2 augustus 2002 betreffende de misleidende en vergelijkende reclame, de onrechtmatige bedingen en de op afstand gesloten overeenkomsten inzake de vrije beroepen, en de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Iedere arts, ingeschreven op de lijst van de orde der Geneesheren, moet bovendien de Code van geneeskundige plichten naleven, die restrictiever is en naast misleidende reclame ook vergelijkende en ronselende reclame verbiedt. De publiciteit mag het algemeen belang inzake de volksgezondheid niet schaden en moet waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk zijn.

Voor de tandartsen in het bijzonder is de publiciteit voor tandheelkunde geregeld door de wet van 15 april 1958 betreffende de publiciteit inzake tandverzorging en het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde die hetzelfde algemeen principe bevatten.

1. Bulletin nr. 036, Kamer, gewone zitting 2010-2011, blz. 22.

Bij mijn weten zijn er in het Parlement geen plannen om de wetgeving op reclame voor medische beroepen te versoepelen. U weet ook dat de Kamer onlangs het wetsontwerp tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen heeft goedgekeurd. Het slaat misschien alleen maar op de publiciteit door de dokters met betrekking tot ingrepen van medische esthetiek, dat wil zeggen ingrepen zonder enig therapeutisch of reconstructief doel, maar de informatie die in dat verband mag worden gegeven is wel duidelijk omschreven en beperkt.

Wat de internetcommunicatie betreft, omschrijft de voornoemde wet van 2 augustus 2002 reclame als “iedere vorm van mededeling bij de uitoefening van een vrij beroep die rechtstreeks of onrechtstreeks tot doel heeft de afzet van goederen of diensten te bevorderen, met inbegrip van onroerende goederen, van rechten en verplichtingen met uitsluiting van de door de wet voorgeschreven mededelingen”. Deze definitie is breed genoeg om een drager als internet te omvatten.

Net als bij de andere communicatievormen mag de internetcommunicatie alleen een informatieve doelstelling hebben. De Nationale Raad vraagt ook dat iedere site met informatie over een arts bij de provinciale raad van de Orde der Geneesheren zou worden gemeld. Informatie die volgens het advies van de Nationale Raad van 1 oktober 2005 wel mag worden gepubliceerd is: naam en voornaam; officiële, wettelijke beroepstitels; uitgeoefend specialisme volgens de aanbevelingen van de Nationale Raad, vermeldingen bestemd om de relatie patiënt-geneesheer te vergemakkelijken; foto met redelijke afmetingen; adres en toegangsmogelijkheden; telefoonnummer, fax en e-mail-adres.

Voor de erkende ziekenhuizen geldt een uitdrukkelijk verbod om reclame te maken. Voor privéklinieken is er, aangezien er geen specifieke normen bestaan, ook geen verbod op reclame. Uiteraard blijft de Belgische arts die in zo'n privékliniek werkt individueel wel gebonden door het verbod op reclame dat in zijn hoofd bestaat.

Anderzijds is de algemene regeling inzake publiciteit voor geneeskundige diensten, zoals bepaald in de wet van 14 juli 1994 (ZIV-wet), van toepassing op zowel zorgverleners als op iedere andere natuurlijke of rechtspersoon, die verantwoordelijk of medeverantwoordelijk is voor het beheer van de inrichting waar de verstrekkingen worden verleend. De ZIV-wet is echter niet van toepassing op privéklinieken waar men geen enkele terugbetaalde zorg aanbiedt.

Met betrekking tot cosmetische chirurgie zijn in Frankrijk alle vormen en methoden van reclame verboden. In het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Duitsland zijn er minder strikte regels met betrekking tot reclame inzake cosmetische chirurgie.

Een inbreuk op één van de bepalingen van de wet van 2 augustus 2002 wordt bestraft door diezelfde wet, doordat de rechter, via een vordering tot staking, de publicatie kan verbieden. Het aanknopingspunt ter bepaling van het toepasselijk recht is, volgens het territorialiteitsbeginsel, het land waar iemand zich bevindt, of waar de handeling wordt verricht. Van haar kant is de Orde der geneesheren enkel bevoegd als het gaat om artsen die gewettigd zijn om gezondheidszorg uit te oefenen op het Belgisch grondgebied.

Ten slotte voorziet het wetsontwerp² dat de reclame voor ingrepen van medische esthetiek verboden is en voorziet in een gevangenisstraf van acht dagen tot een maand en een boete van 250 EUR tot 10 000 EUR of een van die straffen alleen voor diegene die een in artikel 3 bedoelde inbreuk pleegt. Dat artikel somt de voorwaarden op waaraan de door dit wetsontwerp bedoelde publiciteit moet voldoen. Bovendien kan de rechtbank bevelen dat de overtreder het vonnis of de samenvatting ervan op zijn kosten in drie kranten en op elke andere wijze bekendmaakt. De overtreder kan ook een administratieve boete oplopen.

2. Wet van 06.07.2011 tot instelling van een verband op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen, B.S. van 05.08.2011, blz. 44538

IV. Fraudebestrijding

Maatregelen

Vraag nr. 1, gesteld op 6 augustus 2010, aan de heer Staatssecretaris voor de coördinatie van de Fraudebestrijding, toegevoegd aan de eerste minister, en Staatssecretaris, toegevoegd aan de minister van Justitie, door de heer DUCARME, volksvertegenwoordiger¹

Volgens De Tijd van 23 juli 2010 leverde de strijd tegen zwartwerk, het ontduiken van sociale bijdragen, gesjoemel met werkloosheidsuitkeringen en andere vormen van sociale fraude de schatkist in één jaar tijd 300 miljoen EUR op. “het is de eerste keer dat we berekenen hoeveel onze sociale-inspectiediensten samen effectief kunnen innen bij fraudeurs”, stelde u in het dagblad.

1. a) Zullen de controles in 2011 opgevoerd worden?
b) Zo ja, hoe?
2. Met welke middelen en maatregelen zal de regering de controles versterken op het stuk van het kruisen van gegevensbestanden en een betere informatisering van de gezondheidszorg?
3. U pleitte voor de oprichting van een gemengde onderzoekscel met sociale inspecteurs en politiemensen.
Komt die cel er in 2011?

Antwoord

1) In antwoord op uw eerste vraag kan ik het geacht lid meedelen dat recent de Ministerraad het Strategisch plan voor de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst voor 2011 heeft goedgekeurd.

Het plan van de SIOD herneemt voor het jaar 2011 de inspanning die de diensten van de sociale inspecties zullen leveren betreffende de strijd tegen de sociale fraude en ondermeer tegen één van de meest zichtbare aspecten ervan, de illegale tewerkstelling. Dit plan maakt integraal deel uit van de actieplannen van het College voor de strijd tegen de fiscale en sociale fraude, dat door mij wordt voorgezeten.

Het plan zoekt naar reële efficiëntie in de strijd tegen de sociale fraude, door ondermeer professioneel en resultaatgericht te werk te gaan, in samenwerking met de arbeidsauditoraten.

Gezien het beperkt aantal sociaal inspecteurs en het beperkt aantal controledagen van de arrondissementscellen (gemiddeld twee per maand), streeft SIOD naar een pragmatische en tegelijk doelgerichte aanpak inzake de strijd tegen de sociale fraude.

1. Bulletin nr. 039, Kamer, gewone zitting 2010-2011, blz. 225.

Zo wordt binnen de SIOD steeds gestreefd naar een voortdurende kwaliteitsverbetering van de controles om een hogere graad van efficiëntie en effectiviteit te bereiken bij de inspectiediensten, met een voorrang voor drie krachtlijnen:

- werkmethodologie veralgemenen en optimaliseren
- toepassen van een geïntegreerde strategie
- voorrang geven aan informatie-uitwisseling.

Voor wat betreft het veralgemenen en optimaliseren van de werkmethodologie, werden de volgende maatregelen getroffen:

- gebruik van een passende methodologie bij het bepalen van de doelgroep, de voorbereiding, de uitvoering, de debriefing en het gevolg dat wordt gegeven aan controleacties (hiervoor werden gemeenschappelijke formulieren en instructies ontwikkeld)
- bepalen van de opleidingsbehoeften van de controleurs en inspecteurs (zo worden regelmatig opleidingen georganiseerd binnen de arrondissementscellen, bijvoorbeeld over het e-PV, het nieuwe sociaal strafwetboek)
- bestaande instrumenten voor het bepalen van de doelgroep en voor het detecteren van bestaande sociale fraude optimaliseren (met name de datamining OASIS)
- het promoten van de ontwikkeling en het gebruik van databases om datamatching maximaal te ontwikkelen (dit maakt sterk opgang binnen instellingen zoals de RSZ, de RVA en het RIZIV).

Voor wat betreft het toepassen van een geïntegreerde strategie, waakt het Directiecomité van de SIOD erover dat de prioriteiten van de regering passen in de strategie van elke dienst en van de SIOD, waarbij elk, in onderlinge samenhang, zijn eigen strategie en zijn eigen prioriteiten moet ontwikkelen en waarbij dubbel werk vermeden wordt en convergentie nagestreefd wordt.

Voor wat betreft de ontwikkeling van de communicatie, werden de volgende acties ondernomen:

- De uitwisseling van gegevens en het delen van informatie formaliseren en structureren:
 - tussen de sociale inspectiediensten onderling
 - tussen de sociale inspectiediensten en de andere diensten die betrokken zijn bij de strijd tegen de sociale fraude of die in het bezit zijn van informatie ter zake, zoals de vakbonds- en werkgeversorganisaties
 - tussen de sociale inspectiediensten en de SIOD
 - tussen de arrondissementscellen en de SIOD
 - tussen de arrondissementscellen onderling.
- De arrondissementscellen regelmatig op de hoogte brengen van de realisatie van het actieplan van de SIOD (door middel van een trimestriële statistische rapportering, die sinds 2011 in real-time kan gebeuren).

Verder werd aan de arrondissementscellen gevraagd voorrang te geven aan de kwaliteit van de controles door ze te richten op activiteitssectoren waarin de fraude aanzienlijk is (zoals de bouw, de HORECA, de voedingsindustrie, de schoonmaak) en door de nadruk te leggen op de vaststelling van inbreuken eerder dan op het aantal controles, zelfs indien er een minimumaantal werd bepaald per arrondissementcel en voor bepaalde activiteitssectoren.

Tot slot hebben de sociale inspectiediensten vorig jaar in vergelijking met het jaar voordien

- meer controles uitgevoerd (12 830 of plus 16 %)
- meer personen gecontroleerd (36 933 of plus 3 %)
- meer inbreuken vastgesteld (8 130 of plus 18 %).

De inbreuken mbt zwartwerk (7 017) stegen zelfs met 27 %.

- meer efficiënt gecontroleerd: het aantal positieve controles steeg van 26 naar 30 procent (3 860 controles op 12 830).

2) Voor wat betreft de 2^e vraag kan ik u meedelen dat ik sinds mijn aantreden zwaar ingezet heb op het tot stand brengen van een gestructureerde gegevensuitwisseling. De kruising en verrijking van gegevens is de pijler bij uitstek van mijn beleid.

Het is slechts door het bijeenbrengen van informatie uit diverse domeinen (juridische, bedrijfseconomische, fiscale, sociale en financiële informatie), dat een passend antwoord kan geformuleerd worden op de fraudefenomenen. Zo is het, om een voorbeeld te geven, erg belangrijk dat de fiscale en sociale inspecties meer gegevens uitwisselen. Want waar fiscale fraude is, is vaak ook sociale fraude en vice versa.

Gegevensuitwisseling is een basisvoorwaarde voor fraudebestrijding in al zijn vormen. De sociale zekerheid beschikt intussen met de kruispuntbank sociale zekerheid over een performant systeem van gegevensuitwisseling.

Dankzij elektronische gegevensuitwisseling kunnen dataminingtechnieken en risico-analyses worden gebruikt bij het opsporen van potentiële fraudegevallen. Om die gegevensuitwisseling te realiseren op een manier die overeenstemt met de privacy-wetgeving is het aangewezen om te vertrekken van het principe van “dienstenintegratie” ipv “gegevensintegratie”. Dit betekent dat dezelfde gegevens niet op verschillende plaatsen worden opgeslagen, maar dat elke overheidsdienst mbt de gegevens die hij beheert, elektronische diensten aanbiedt, die in het kader van bepaalde transacties kunnen worden aangeropen door andere overheidsdiensten (mits de nodige machtigingen van het bevoegde sectoraal comité).

In het kader van de strijd tegen de fraude werken de instellingen van sociale zekerheid reeds geruime tijd samen via het kruisen van diverse databanken. Zo worden bijvoorbeeld de databanken van de RVA gekruist met de dimonadatabank van de RSZ, de databank van het RSVZ, de databanken van het RIZIV, de databanken van de RVP. Sinds 2009 is men met een tweede stap begonnen: m.n. het preventief optreden door consultatie van de Dimona-databank vóór de betaling van uitkeringen. Het is de meest efficiënte manier om niet-toegelaten cumul te vermijden.

Naast al deze reeds bestaande initiatieven ivm het unilateraal en bilateraal kruisen van gegevensbanken wil men de datamining nog versterken door een meer geïntegreerde aanpak tussen alle betrokken instellingen van sociale zekerheid (met inbegrip van het RIZIV). Daarom werd een project “datamining KSZ van de sociaal verzekerde” opgericht om risicoprofielen te detecteren die aanleiding kunnen geven tot verdere gerichte enquêtes bij het opsporen van potentiële misbruiken.

Deze werkgroep vordert in zijn werkzaamheden. De behoeftenanalyse werd nog niet afgerond. Het gaat om een omvangrijk werk, met vele instanties samen, en het impliceert na de behoeftenanalyse nog een technische analyse, programmatie, implementatie, testen, enz. Men kan hieromtrent op korte termijn geen concrete resultaten verwachten.

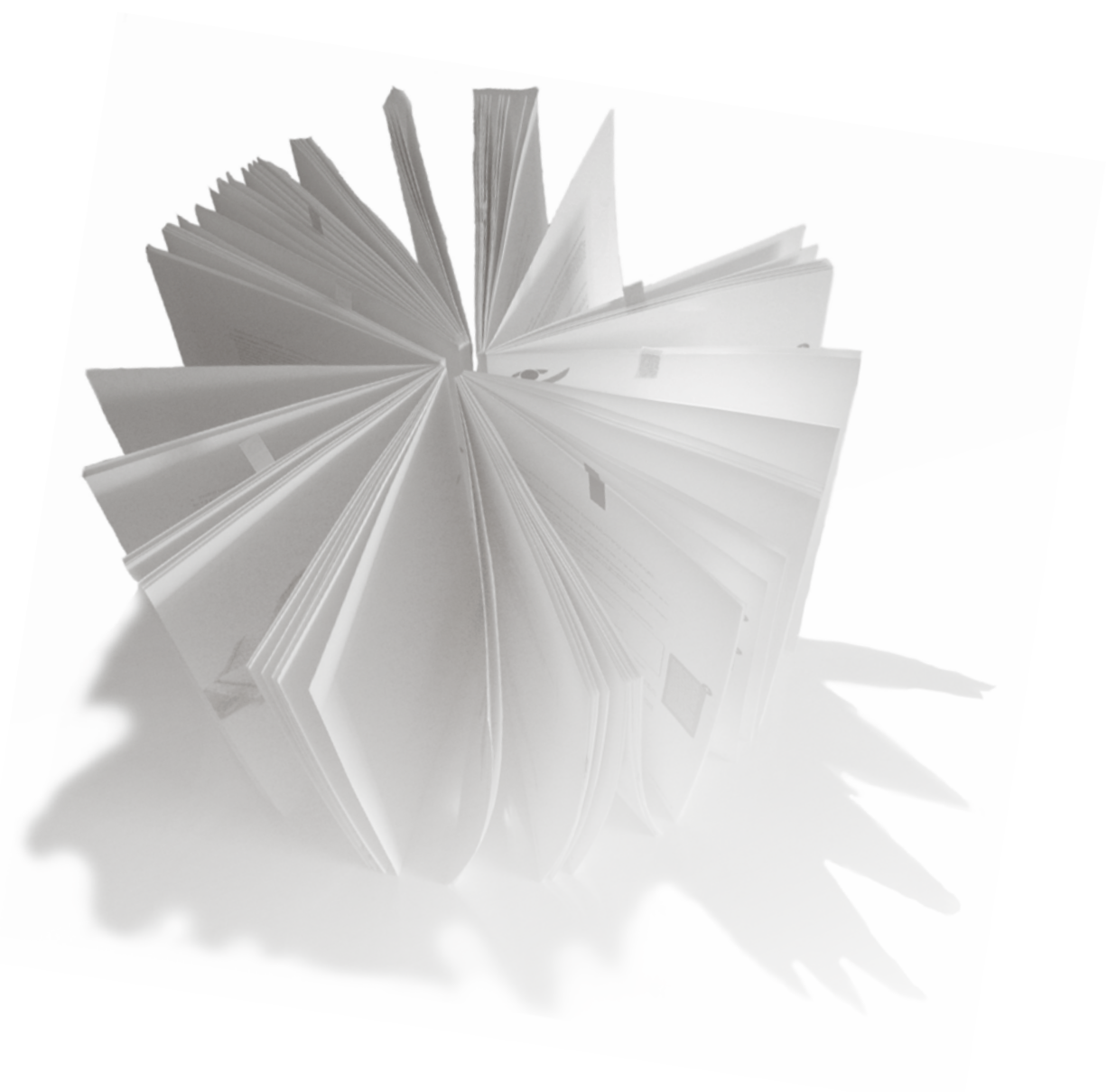
Wat de fiscale gegevensuitwisseling betreft, heeft de regering bij de opmaak van de begroting 2010-2011, beslist dat alle diensten binnen de FOD Financiën alle gegevens mogen uitwisselen die met het oog op controle nodig zijn. Dit beginsel is verankerd in de programmawet van 23 december 2009.

Het gaat om een belangrijke stap voorwaarts. Maar er is wel nog een wet op de verwerking van persoonsgegevens door Financiën nodig alvorens de gegevensuitwisseling binnen Financiën daadwerkelijk van start kan gaan. De genoemde wet moet ervoor zorgen dat de gegevensuitwisseling gebeurt met het nodige respect voor de privacy. De aftredende regering was nagenoeg klaar met de opstelling van een ontwerp van specifieke privacywet voor Financiën? Het is van groot belang dat een volgende regering een prioriteit maakt van deze wetgeving.

3) Wat uw derde vraag betreft kan ik het geacht lid meedelen dat de gemengde ondersteuningscel ter bestrijding van de ernstige en georganiseerde sociale fraude begin dit jaar werd geïnstalleerd. In deze cel werken politie, gerecht en sociale inspectiediensten op een gecoördineerde en gestructureerde wijze samen bij het detecteren van grote sociale fraude in een vroeg stadium, dus nog voor die fraude de tijd heeft te gedijen en uit te dijen.

5^e Deel

Richtlijnen van het RIZIV



I. Regularisatieprocedure in geval van een niet-toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde

Het Koninklijk besluit van 27 juli 2011, dat verschenen is in het Belgisch staatsblad van 24 augustus 2011 (Ed. 2), heeft artikel 23^{ter} 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 gewijzigd.

Artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 voorziet in een procedure tot regularisatie van de situatie van een zelfstandige gerechtigde die tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid een niet-toegelaten activiteit heeft hervat of die de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd (met het oog op het behoud van de sociale verzekerbaarheid). De regularisatie omvat zowel een medisch luik als een administratief luik.

1. Ratio legis van de wijziging

Eén van de doelstellingen van het regeringsbeleid is *het opdrijven van de strijd tegen de sociale fraude*. In dit kader werd beslist tot *een reorganisatie van de controlediensten van het RIZIV met als objectief om zowel het opsporen van de gevallen van niet-toegelaten cumulatie van uitkeringen met de uitoefening van een activiteit, als het vaststellen van de door de ziekenfondsen ten onrechte uitbetaalde bedragen en het uitspreken van administratieve sancties tegen de verzekerden onder te brengen in eenzelfde dienst, namelijk de Dienst voor Administratieve controle van het RIZIV*.

Hiertoe werd de Dienst voor sociale controle, bestaande uit de sociaal controleurs die belast zijn met de strijd tegen het zwartwerk en de opsporing van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden die een niet-toegelaten activiteit hebben hervat (die vroeger deel uitmaakte van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en controle) geïntegreerd bij de Dienst voor Administratieve controle.

Het feit dat nog slechts één Dienst belast is met de opsporing en de afhandeling van sociale fraudegevallen, komt een efficiënte en snellere afhandeling van die dossiers ten goede.

Deze reorganisatie ging tevens gepaard met een vereenvoudiging van de regularisatieprocedure in geval van een niet-toegelaten werkhervatting in het kader van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden (wijziging van art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 door de wet van 28.04.2010 houdende diverse bepalingen, B.S., 10.05.2010).

Het Koninklijk besluit van 27 juli 2011 voert een gelijkaardige wijziging door aan de regularisatieprocedure in geval van een niet-toegelaten werkhervatting in het kader van de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen.

2. Toelichting van de 'gewijzigde' regularisatieprocedure in geval van een niet toegelaten werkhervatting

Wanneer wordt vastgesteld dat een zelfstandige gerechtigde tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid een niet toegelaten activiteit heeft hervat of de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd, dient zijn situatie te worden geregulariseerd, zowel op medisch als op administratief vlak (inzoverre het gaat om een activiteit die valt onder het toepassingsgebied van art. 23^{ter}, zoals wordt toegelicht onder punt 3).

2.1. Regularisatie op medisch vlak

2.1.1. GEEN MEDISCHE REGULARISATIE VOOR HET TIJDVAK VAN NIET TOEGELATEN ARBEID

Sedert de invoering van de regularisatieprocedure op 17 december 2000 (naar analogie van de procedure die reeds sedert 27.12.1991 wordt toegepast in het kader van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden en die is opgenomen in art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) diende de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van de gerechtigde die een niet toegelaten activiteit had hervat niet alleen te gebeuren voor de toekomst, de situatie diende eveneens op medisch vlak te worden geregulariseerd voor de verstreken periode van niet toegelaten activiteit. Er diende meerbepaald te worden onderzocht of de betrokkene gedurende voornoemde periode nog een ongeschiktheid behouden had van tenminste 50 % op medisch vlak, wat voor moeilijkheden zorgde aangezien het ging om een periode die vaak heel ver in het verleden lag.

Door de wijziging van artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt de medische regularisatie voor het verleden opgeheven. De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een niet toegelaten arbeid heeft verricht of die de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd, dient wel nog te worden onderworpen aan een *geneeskundig onderzoek*, maar dit heeft uitsluitend betrekking op de evaluatie van de ongeschiktheid op het ogenblik van het onderzoek en later.

Artikel 23^{ter}, § 1, 1^{ste} lid bepaalt immers dat *“de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die arbeid heeft verricht zonder de in artikel 20bis, 23 en 23bis bedoelde voorafgaande toelating, of zonder de voorwaarden van de toelating te respecteren, onderworpen wordt aan een geneeskundig onderzoek om na te gaan of de erkenningsvoorwaarden voor de ongeschiktheid zijn vervuld op de datum van het onderzoek”*.

Er dient dus geen erkenning van de arbeidsongeschiktheid meer te gebeuren voor het tijdvak van niet toegelaten arbeid.

Dit medisch onderzoek zal in de praktijk dienen te gebeuren door de adviserend geneesheer, (desgevallend de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle).

Een beoordeling van de arbeidsongeschiktheid op medische stukken volstaat niet.

De verzekerde dient door de adviserend geneesheer te worden opgeroepen om zich aan te bieden voor een lichamenlijk onderzoek.

Indien de betrokkene geen gevolg geeft aan deze oproeping en zich zonder gerechtvaardigde reden niet aanbiedt op voormeld onderzoek, dan dient de uitbetaling van zijn ziekte-uitkeringen te worden geschorst in toepassing van artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 en dit zolang hij zich niet aan een nieuwe medische controle onderwerpt.

2.1.2. INSTANTIES BEVOEGD VOOR DE EVALUATIE VAN DE ONGESCHIKTHEID

De medische instanties die bevoegd zijn om zich uit te spreken over de ongeschiktheid zijn niet gewijzigd.

Als de gerechtigde zich op de datum van het geneeskundig onderzoek in een tijdvak van primaire ongeschiktheid bevindt, is de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling bevoegd om zich uit te spreken over de (al dan niet verdere) erkenning van de arbeidsongeschiktheid. Het kan ook gebeuren dat de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) zich moet uitspreken.

Als de gerechtigde zich op de datum van het geneeskundig onderzoek *in een tijdvak van invaliditeit* bevindt, is het aan de *Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI)* om de medische beslissing te nemen, op voorstel van de adviserend geneesheer.

De adviserend geneesheer en de geneesheer-inspecteur (wanneer hij de gerechtigde op verzoek van de adviserend geneesheer onderzoekt), kunnen tijdens het onderzoek het einde van de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid vaststellen; indien ze daarentegen van oordeel zijn dat de gerechtigde nog altijd voldoet aan de erkenningsvoorwaarden voor de staat van arbeidsongeschiktheid, dient de adviserend geneesheer aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit een voorstel tot erkenning voor te leggen. Het is dan de Geneeskundige raad voor invaliditeit die de uiteindelijke beslissing tot al dan niet erkenning van de arbeidsongeschiktheid neemt.

2.1.3. TERMIJN WAARBINNEN HET GENEESKUNDIG ONDERZOEK MOET UITGEVOERD WORDEN EN EEN NEGATIEVE BESLISSING TER KENNIS MOET WORDEN GEBRACHT

De termijn waarbinnen het geneeskundig onderzoek moet plaatsvinden is vastgesteld op *30 werkdagen, te rekenen vanaf de vaststelling, door de verzekeringsinstelling, van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling ervan aan de verzekeringsinstelling (cf. art. 23ter, § 1, 2de lid van het K.B. van 20.07.1971).*

De beslissing inzake het einde van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid dient ter kennis te worden gebracht binnen *dezelfde termijnen als die welke thans worden toegepast voor de beslissingen met betrekking tot het einde van de arbeidsongeschiktheid (in primaire arbeidsongeschiktheid en in invaliditeit) (cf. art. 23ter, § 1, 3de lid van het K.B. van 20.07.1971).*

Dit betekent dat in een tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, de beslissing van einde van erkenning van de arbeidsongeschiktheid onmiddellijk na afloop van het geneeskundig onderzoek aan de verzekerde wordt afgeleverd tegen ontvangstbewijs of hem onverwijld per aangetekende brief wordt verzonden, indien de gerechtigde weigert het ontvangstbewijs te ondertekenen (in toepassing van art. 61 van het K.B. van 20.07.1971).

In een tijdvak van invaliditeit, wordt de beslissing met betrekking tot het einde van de arbeidsongeschiktheid ter kennis gebracht binnen drie werkdagen die volgen op de dag van de beslissing (in toepassing van art. 62 van het K.B. van 20.07.1971 dat verwijst naar de bepalingen inzake kennisgeving van de beslissingen einde arbeidsongeschiktheid in een tijdvak van invaliditeit in het kader van de algemene regeling).

Er mag hierbij gebruik worden gemaakt van het bestaande kennisgevingsformulier.

2.1.4. VASTSTELLING VAN DE HERVATTING VAN EEN NIET TOEGELATEN ACTIVITEIT

Het bepalen van de datum van vaststelling van de niet toegelaten werkhervatting voor de berekening van de termijn van dertig werkdagen waarbinnen het geneeskundig onderzoek dient te worden uitgevoerd, varieert alnaargelang de wijze waarop de vaststelling gebeurt.

De hervatting van een niet toegelaten activiteit kan worden vastgesteld op verschillende manieren:

- Vooreerst kan de uitoefening van een niet toegelaten activiteit worden ontdekt door het ziekenfonds zelf: hetzij als gevolg van een spontane verklaring van de zelfstandige gerechtigde, hetzij bij de behandeling van een aanvraag tot het bekomen van een toelating in het kader van artikel 20*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971, hetzij via een andere administratieve weg (bijv. vermelding van de activiteit in het RSVZ-enquêteverslag of in een ander formulier).

In dat geval begint de termijn van 30 werkdagen te lopen vanaf de datum van vaststelling door het ziekenfonds van de niet toegelaten activiteit. Indien de vaststelling is gebeurd door de administratieve dienst van het ziekenfonds, stelt deze de dienst van de adviserend geneesheer hiervan onverwijld in kennis.

- Daarnaast kan de vaststelling ook gebeuren *via enquêtes op het terrein door sociaal controleurs* die speuren naar de gevallen van cumulatie van de uitkeringen met de uitoefening van een niet toegelaten activiteit (al dan niet na een aangifte door een derde persoon):
- de sociaal controleur maakt een kopie van het proces-verbaal van de vaststelling van de inbreuk over aan de juridische afdeling van de Dienst voor administratieve controle die een kwaliteitscontrole doet en dit vervolgens in twee exemplaren overmaakt aan het ziekenfonds. Eén exemplaar is bestemd voor de administratieve dienst die vervolgens kan starten met de procedure tot terugvordering van de onverschuldigde prestaties; het andere exemplaar is bestemd voor de dienst van de adviserend geneesheer die de betrokkene dient op te roepen voor een geneeskundig onderzoek binnen een termijn van 30 werkdagen. Het is vanaf de datum van kennisgeving van voornoemd proces-verbaal door de juridische afdeling van de Dienst voor administratieve controle aan het ziekenfonds dat de termijn van 30 werkdagen begint te lopen.
- de vaststelling van de niet toegelaten werkhervatting* is eveneens mogelijk door de sociale inspectiediensten. Deze maken hun verslag van de vastgestelde inbreuk over aan de Dienst voor administratieve controle, die dit verslag vervolgens in twee exemplaren overmaakt aan het ziekenfonds. Eén exemplaar is bestemd voor de administratieve dienst die vervolgens kan starten met de procedure tot terugvordering van de onverschuldigde prestaties; het andere exemplaar is bestemd voor de dienst van de adviserend geneesheer die, zoals hogervermeld, de betrokkene dient op te roepen voor een geneeskundig onderzoek binnen een termijn van 30 werkdagen. Het is vanaf de datum van kennisgeving van voornoemd verslag door de Dienst voor administratieve controle aan het ziekenfonds dat de termijn van 30 werkdagen begint te lopen.
- Tenslotte kan de niet toegelaten werkhervatting worden vastgesteld *via de vergelijking van de gegevens uit de uitgavenbescheiden invaliditeit (PI41) met de gegevens vermeld op de bijdragebescheiden voor zelfstandigen (L410) (om na te kijken of de invalide zelfstandige gerechtigde een niet toegelaten activiteit als zelfstandige heeft uitgeoefend) en met de DMFA-gegevens (om de invalide zelfstandigen te detecteren die een niet toegelaten activiteit als loontrekkende uitoefenen) (datamatching verricht door de Dienst voor administratieve controle)*.
Het ziekenfonds wordt hiervan in kennis gesteld door de Dienst voor administratieve controle binnen een termijn van 30 dagen (cf. art. 52, § 1, 2de lid en art. 82 van het K.B. van 20.07.1971 evenals art. 162, laatste lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).
Het is vanaf de datum van de kennisgeving van de Dienst voor administratieve controle aan het ziekenfonds (administratieve dienst en dienst van de adviserend geneesheer) dat de termijn van 30 werkdagen begint te lopen.

2.1.5. GEEN UITDRUKKELIJKE VRAAG TOT MEDISCHE REGULARISATIE VEREIST VANWEGE DE SOCIAAL VERZEKERDE

Van zodra is vastgesteld dat een sociaal verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een niet toegelaten activiteit heeft hervat of de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd, wordt automatisch de procedure tot heronderzoek van het dossier vanuit medisch oogpunt opgestart binnen de daartoe wettelijk vastgestelde termijn (cf. supra).

2.2. Regularisatie op administratief vlak

De regularisatieprocedure voor het tijdvak van niet toegelaten activiteit beperkt zich louter en alleen tot een administratieve regularisatie.

2.2.1. BEPERKING VAN DE TERUGVORDERING VAN HET ONVERSCHULDIGDE BEDRAG TOT DE DAGEN OF DE PERIODE VAN NIET TOEGELATEN ACTIVITEIT

Zoals dit ook vóór de wijziging van artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 het geval was, dient het ziekenfonds over te gaan tot de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen ingevolge de uitoefening van een niet toegelaten activiteit.

Deze terugvordering dient evenwel te worden beperkt tot de dagen waarop of de periode gedurende dewelke de verzekerde effectief de niet toegelaten activiteit heeft verricht (cf. art. 23^{ter}, § 2, 1ste lid van het K.B. van 20.07.1971).

De beperkte terugvordering van het onverschuldigde bedrag is evenwel niet meer gebonden aan de vereiste van een regularisatie op medisch vlak (de vereiste van 50 % vermindering van de geschiktheid op medisch vlak valt weg). Het betreft een louter administratieve beslissing.

Indien de verzekerde niet wenst mee te werken en geen gegevens kan of wil verstrekken in verband met de niet toegelaten werkhervatting en indien deze gegevens bovendien niet kunnen worden teruggevonden in het proces-verbaal van vaststelling opgemaakt door de sociaal controleur of in het verslag van de sociale inspectiediensten en evenmin kunnen worden afgeleid uit de datamatching of de consultatie van de DMFA-gegevens, dan kan er uiteraard geen beperkte terugvordering plaatsvinden en dienen de uitkeringen te worden teruggevorderd voor de volledige periode van niet toegelaten activiteit.

In de wetgeving is geen enkele termijn voorzien waarbinnen de terugvordering van het onverschuldigde bedrag door de verzekeringsinstelling moet worden betekend aan de sociaal verzekerde.

Gelet op de terzake geldende verjaringstermijnen, komt het evenwel aangewezen voor dat het ziekenfonds de beslissing tot terugvordering zo spoedig mogelijk betekent aan de sociaal verzekerde per aangezekende brief, die dan tegelijkertijd de verjaring kan stuiten.

Voorvoemde procedure tot terugvordering van de uitkeringen dient gevolgd te worden door de verzekeringsinstellingen in alle situaties van niet toegelaten werkhervatting die vallen onder het toepassingsgebied van artikel 23^{ter}, van zodra zij zijn vastgesteld.

Er is hiertoe dus geen uitdrukkelijke aanvraag nodig vanwege de sociaal verzekerde.

2.2.2. GELIJKSTELLING VOOR DE VASTSTELLING VAN DE RECHTEN IN DE ANDERE SECTOREN VAN DE SOCIALE ZEKERHEID

De nieuwe bepaling behoudt tevens het principe van de gelijkstelling van de dagen of de periode waarvoor de uitkeringen het voorwerp uitmaken van een terugvorderingsprocedure, met vergoede dagen voor de vaststelling van de rechten op sociale zekerheidsprestaties van de gerechtigde en zijn personen ten laste (cf. art. 23^{ter}, § 2, 2de lid van het K.B. van 20.07.1971).

2.2.3. PROCEDURE TOT VERZAKING AAN DE TERUGVORDERING VAN HET ONVERSCHULDIGDE BEDRAG DOOR HET BEHEERSCOMITE VAN DE DIENST VOOR UITKERINGEN

Net zoals dit voordien reeds het geval was, behoudt het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen de mogelijkheid om geheel of gedeeltelijk te verzaken aan de terugvordering van de uitkeringen die ten onrechte zijn toegekend voor de dagen of het tijdvak van niet toegelaten activiteit, in behartigenswaardige gevallen en in zoverre er geen sprake is van bedrieglijk opzet.

Voorvoemde procedure tot verzaking is evenwel niet opgenomen in artikel 23^{ter} zelf, maar werd uitgewerkt in toepassing van artikel 22, § 2, a) van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde. De voorwaarden waaronder een gehele of gedeeltelijke verzaking mogelijk is, worden omschreven in de Verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van voornoemd artikel 22, § 2, a) van het Handvest van de sociaal verzekerde.

Artikel 11 van de voornoemde Verordening bepaalt met welke elementen het Beheerscomité moet rekening houden om de behartigenswaardigheid te beoordelen. Het betreft dezelfde criteria als deze die van toepassing zijn in het kader van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden. Hiertoe werd artikel 11 lichtjes aangepast (cf. M.B. van 02.09.2011 houdende goedkeuring van de verordening van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, tot wijziging van de verordening van 12.02.2001, gepubliceerd in het B.S. van 03.10.2011).

De behartigenswaardigheid wordt namelijk bepaald op basis van:

- de sociale en financiële situatie van de gerechtigde evenals van elk ander persoonlijk pertinent gegeven
- de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteit aan de sociale zekerheid
- de omvang van de beroepswinsten.

Verder bepaalt artikel 11 dat niet kan worden verzaakt aan de terugvordering van de uitkeringen die niet hadden kunnen worden toegekend in toepassing van de artikelen 20*bis* en 22 tot 23*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971, dit om te vermijden dat de zelfstandige gerechtigde via de verzekering een hoger bedrag aan uitkeringen zou ontvangen dan datgene wat hij zou gekregen hebben indien hij de toelating wel had gevraagd.

Er is wel een uitdrukkelijke aanvraag tot verzekering vanwege de sociaal verzekerde vereist. De mogelijkheid tot een verzekering aan de terugvordering en de procedure die hiertoe dient gevolgd te worden dient trouwens te worden vermeld in de beslissing tot terugvordering die door het ziekenfonds aan de betrokkene wordt ter kennis gebracht (cf. art. 82 van het K.B. van 20.07.1971 en art. 295ter van het K.B. van 03.07.1996, dat de vermeldingen opsomt die de beslissing tot terugvordering dient te bevatten in toepassing van het Handvest van de sociaal verzekerde van 11.04.1995).

3. Toepassingsgebied van artikel 23*ter* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971

Net zoals dit het geval is voor artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (in het kader van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden) heeft artikel 23ter van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 uitsluitend als bedoeling om de gevallen van werkhervatting te regulariseren waarvoor de adviserend geneesheer zijn toelating zou kunnen gegeven hebben indien de sociaal verzekerde erom gevraagd zou hebben.

Wanneer bijvoorbeeld wordt vastgesteld dat een zelfstandige gerechtigde zonder toelating zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid heeft hervat, dan is een regularisatie overeenkomstig artikel 23*ter* in principe uitsluitend mogelijk in zoverre het effectief gaat om de hervatting van een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige activiteiten.

Dit kan worden achterhaald door de verklaring van de betrokkene omtrent de tijdens de arbeidsongeschiktheid uitgeoefende activiteiten te vergelijken met de inhoud van ‘de vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit’ die door de betrokkene werd ingevuld bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid en waarin ondermeer een uitgebreide beschrijving wordt gevraagd van de taken die de zelfstandige werkelijk heeft uitgeoefend vóór het optreden van de arbeidsongeschiktheid.

Betreft het een volledige hervatting van de vroegere zelfstandige beroepsbezigheid, dan moet dit worden beschouwd als een “normale werkhervatting” die niet valt onder het toepassingsgebied van artikel 23*ter*.

In dat geval dient de werkhervatting door de gerechtigde binnen de twee dagen aan zijn verzekeringsinstelling te worden kenbaar gemaakt via de “kennisgeving van arbeidshervatting” (cf. art. 66, 2° van het K.B. van 20.07.1971).

Betrokkene beantwoordt dan niet verder aan de voorwaarden van artikel 19 en/of 20 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 en zal alle ziekte-uitkeringen die hij ontvangen heeft sedert de werkhervatting moeten terugbetalen.

Indien hij, ingevolge de verergering van zijn gezondheidstoestand, de (niet toegelaten) activiteit heeft moeten stopzetten, dan zal hij aangifte moeten doen van zijn nieuwe arbeidsongeschiktheid bij de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds. Hoogstwaarschijnlijk zal het dan gaan om een laattijdige aangifte en zullen de ziekte-uitkeringen van betrokkene, ingeval van een positieve beslissing van de adviserend geneesheer, met 10 % verminderd worden voor de erkende periode van arbeidsongeschiktheid tot en met de aangiftedatum. Pas vanaf de eerste daaropvolgende dag mogen de uitkeringen opnieuw volledig worden toegekend (toepassing artikel 58 *bis* van het K.B. van 20.07.1971).

4. Inwerkingtreding van artikel 23ter van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971, zoals gewijzigd door het Koninklijk besluit van 27 juli 2011

De voornoemde bepalingen van artikel 23ter zijn (naar analogie van de gelijkaardige bepalingen van art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 in het kader van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden) *in werking getreden op 31 december 2010* en zijn van toepassing op alle vaststellingen (van niet toegelaten werkhervattingen) gedaan vanaf die datum.

Ook de wijziging van artikel 11 van de Verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van het Handvest van de sociaal verzekerde, is op voormelde datum in werking getreden.

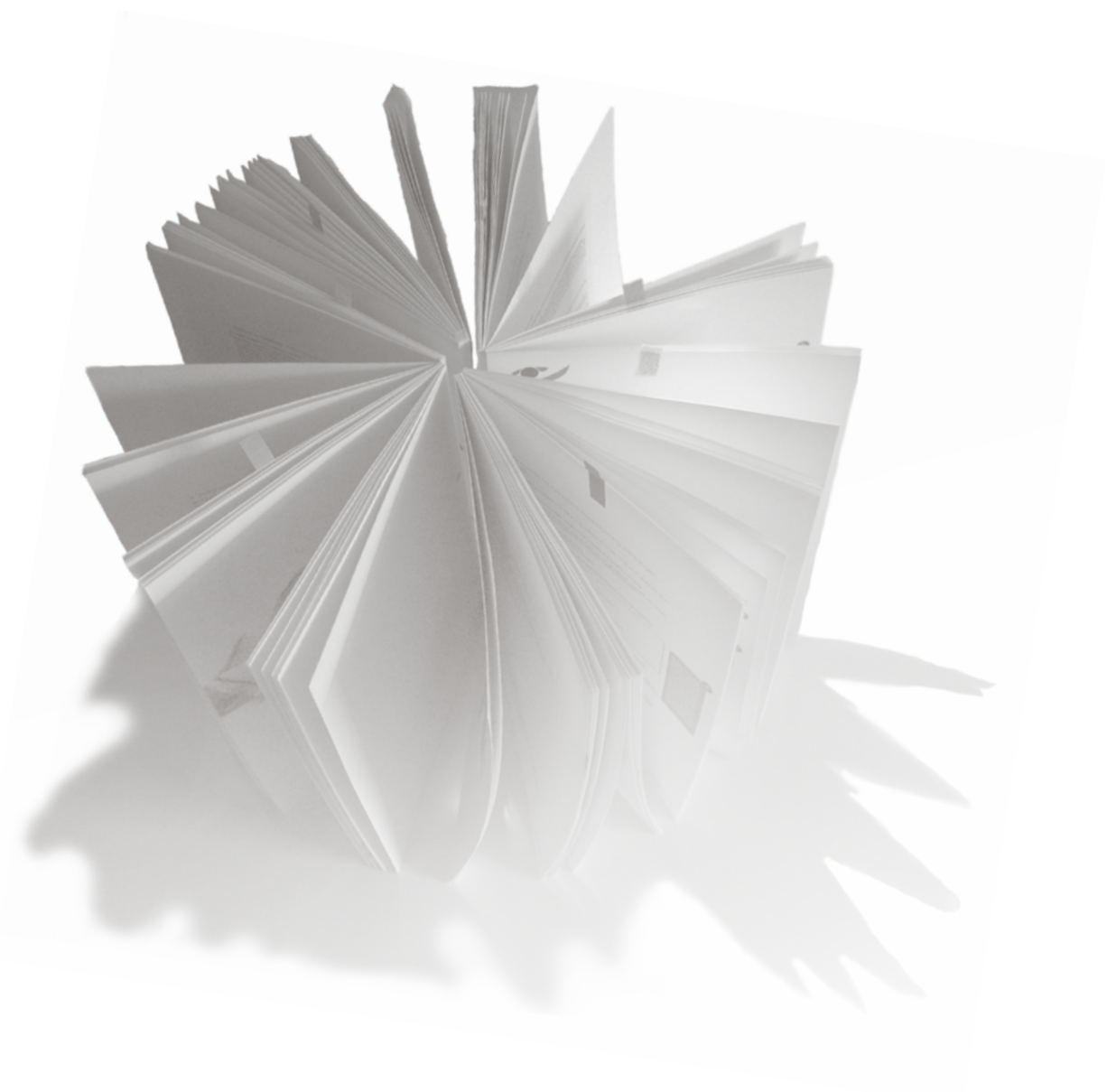
Van toepassing vanaf 31 december 2010.



Omzendbrief V.I. nr. 2011/416 - 485/1 van 24 oktober 2011.

6^e Deel

Basisgegevens



I. VT-statuut. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, §1, 5° en 6°) vanaf 1 september 2011

Welvaart 0,7%

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 03 april 2007 (2e uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11 763,02 en 2 177,65 EUR (tegen de spilindex 103,14 basis 1996=100) niet bereiken; die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden – Op 1 september 2011 (welvaart K.B. 13.08.2011 – B.S. 24.08.2011)

| Gerechtigden | Personen ten laste |
|---------------|--------------------|
| 15 782,42 EUR | 2 921,74 EUR |



Omzendbrief V.I. nr. 2011/360 - 3991/228 van 1 september 2011.

II. Herwaardering van de uitkeringen op 1 september 2011

1. Basiselementen

Wettelijke basis:

- Artikel 6 van het Koninklijk besluit van 5 juni 2007 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskunde verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 29 06.2007, ed.3)
- Koninklijk besluit van 6 juli 2011 tot verhoging van sommige pensioenen in de regeling voor werknemers en tot uitvoering van artikel 7, tiende lid, van het Koninklijk besluit nr. 50 van 24 oktober 1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers (B.S. van 22.07.2011)

- Koninklijk besluit van 6 juli 2011 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 28.07.2011)
- Koninklijk besluit van 8 juli 2011 tot verhoging van sommige pensioenen van zelfstandigen (B.S. van 20.07.2011 Ed. 2).

2. Algemene regeling

a. Herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005 (recurrentie van 6 jaar) (conjuncturele maatregel)

Met ingang van 1 september 2011 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2005 tot 31 december 2005, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

b. Herwaardering van de uitkeringen “minimum regelmatig werknemer” voor gerechtigden met last en alleenstaanden tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor loontrekkenden (+ 2 %) (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor loontrekkenden worden als volgt aangepast op 1 september 2011 (basis 103,14):

- Het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 12 361,17 EUR naar 12 608,39 EUR
- Het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 9 892,05 EUR naar 10 089,89 EUR.

Vanaf 1 september 2011 worden de, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- Gerechtigden met gezinslast: 51,2499 EUR, afgerond 51,25 EUR
- Alleenstaanden: 41,0128 EUR, afgerond 41,01 EUR.

c. Herwaardering van de uitkering “minimum regelmatig werknemer” voor samenwonenden (+ 2 %) (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag “minimum regelmatige werknemer” voor samenwonende gerechtigden stijgt op 1 september 2011 van 27,1850 EUR naar 27,7287 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt de, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, dagelijkse uitkering voor samenwonende gerechtigden “regelmatige werknemers” als volgt vastgesteld: 35,1655 EUR, afgerond op 35,17 EUR.

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

De bedragen op jaarbasis van het leefloon worden als volgt toegepast op 1 september 2011 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 9 526,34 EUR naar 9 716,87 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 7 144,75 EUR naar 7 287,65 EUR.

Vanaf 1 september 2011 worden de, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “niet regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 39,4966 EUR, afgerond op 39,50 EUR
- gerechtigden zonder gezinslast: 29,6224 EUR, afgerond op 29,62 EUR.

e. Verhoging van het 1ste plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut met last) (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van het 1ste plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut met last) van 660,4241 naar 707,0700 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde bedrag van het 1ste plafond op 896,7062 EUR vastgelegd, afgerond 896,71 EUR.

f. Herwaardering met 2 % van het 3de plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut alleenstaande – vervangingsinkomens) (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van het 3de plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut alleenstaande – vervangingsinkomens) van 762,9204 naar 778,1788 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, bedrag van het 3de plafond op 986,8864 EUR vastgelegd, afgerond 986,89 EUR.

g. Verhoging met 3 EUR van het forfait “Hulp van derden” (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering “hulp van derden” van 10,4466 naar 12,8122 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, forfait op 16,2484 EUR vastgelegd, afgerond 16,25 EUR.

3. Regeling der zelfstandigen

a. Verhoging van de forfaits voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet tengevolge van de verhoging van de uitkeringen “minimum regelmatig werknemer” van de algemene regeling (+ 2 %) (conjuncturele maatregel)

Forfaits voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2011, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling. Deze forfaits worden als volgt vastgelegd op 1 september 2011 (spilindex 114,97):

- forfait met gezinslast: 51,2499 EUR, afgerond 51,25 EUR
- forfait alleenstaande: 41,0128 EUR, afgerond 41,01 EUR
- forfait samenwonende: 35,1655 EUR, afgerond 35,17 EUR.

b. Herwaardering van de forfaits toegekend aan de gerechtigden met gezinslast (+ 2,11 %) en aan alleenstaanden (+ 2,37 %) in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen worden als volgt aangepast op 1 september 2011 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 12 142,12 EUR naar 12 398,32 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 9 308,83 EUR naar 9 529,45 EUR.

De forfaits toegekend aan de gerechtigden met gezinslast en aan de alleenstaanden in primaire ongeschiktheid alsook aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, worden vanaf 1 september 2011 (aangepast aan de spilindex 114,97) als volgt vastgesteld:

- forfait met gezinslast: 50,3960 EUR, afgerond 50,40 EUR
- forfait alleenstaande: 38,7348 EUR, afgerond 38,73 EUR.

c. Herwaardering van het forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet (+ 2 %) (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag van het forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet verhoogt van 24,3153 EUR naar 24,8016 EUR op 1 september 2011 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, forfait samenwonende voor gerechtigden in primaire ongeschiktheid en de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet op 31,4534 EUR vastgelegd, afgerond 31,45 EUR.

d. Verhoging van het 1ste plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut met last) (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van het 1ste plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut met last) van 660,4241 naar 707,0700 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, bedrag van het 1ste plafond op 896,7062 EUR vastgelegd, afgerond 896,71 EUR.

e. Herwaardering met 2 % van het 3de plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut alleenstaande – vervangingsinkomens) (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van het 3de plafond van het toegelaten inkomen personen ten laste (statuut alleenstaande – vervangingsinkomens) van 762,9204 naar 778,1788 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, bedrag van het 3de plafond op 986,8864 EUR vastgelegd, afgerond 986,89 EUR.

f. Verhoging met 3 EUR van het forfait “Hulp van derden” (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering “hulp van derden” van 10,4466 naar 12,8122 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2011 wordt het, aan spilindex 114,97 geïndexeerde, forfait op 16,2484 EUR vastgelegd, afgerond 16,25 EUR.

De tabel D, opgenomen in bijlage, vervangt deze opgenomen in omzendbrieven V.I. nr. 2011/186 – 45/229 van 6 mei 2011 en nr. 2011/185 – 482/109 van 6 mei 2011.

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

| Vanaf - Tot en met | | 01-01-2011 | 30-04-2011 | 01-05-2011 | 31-08-2011 | vanaf 01-09-2011 | | Volgende indexatie | | | |
|---|--|-----------------------------|---|------------|------------|------------------|---------|--------------------|---------|---------|-------|
| Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14) | | 112,72 | 1,2434 | 114,97 | 1,2682 | 114,97 | 1,2682 | 117,27 | 1,2936 | | |
| I. LOONTREKKENDEN | | | | | | | | | | | |
| 1 - Dagelijkse ZIV-loongrens | | | | | | | | | | | |
| Begin arbeidsongeschiktheid | vóór 01/01/2005 | 116,2662 | | 118,5852 | | 118,5852 | | 120,9603 | | | |
| | vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006 | 118,5915 | | 120,9569 | | 120,9569 | | 123,3794 | | | |
| | vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008 | 119,7775 | | 122,1665 | | 122,1665 | | 124,6133 | | | |
| | vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010 | 120,7356 | | 123,1437 | | 123,1437 | | 125,6101 | | | |
| | vanaf 01/01/2011 | 121,5808 | | 124,0057 | | 124,0057 | | 126,4894 | | | |
| 2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering) | | | | | | | | | | | |
| Maximum | vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008 | 71,8665 | 71,87 | 73,2999 | 73,30 | 73,2999 | 73,30 | 74,7680 | 74,77 | | |
| | vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010 | 72,4414 | 72,44 | 73,8862 | 73,89 | 73,8862 | 73,89 | 75,3661 | 75,37 | | |
| | vanaf 01/01/2011 | 72,9485 | 72,95 | 74,4034 | 74,40 | 74,4034 | 74,40 | 75,8936 | 75,89 | | |
| Minimum | Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid | regelmatische werknemer | 49,2624 | 49,26 | 50,2450 | 50,25 | 51,2499 | 51,25 | 52,2763 | 52,28 | |
| | | met gezinslast | 39,4224 | 39,42 | 40,2086 | 40,21 | 41,0128 | 41,01 | 41,8342 | 41,83 | |
| | | alleenstaanden | 33,8018 | 33,80 | 34,4760 | 34,48 | 35,1655 | 35,17 | 35,8698 | 35,87 | |
| | | samenwonenden | | | | | | | | | |
| niet-regelmatische werknemer | 37,9649 | 37,96 | 38,7221 | 38,72 | 39,4966 | 39,50 | 40,2876 | 40,29 | | | |
| met gezinslast | 28,4737 | 28,47 | 29,0416 | 29,04 | 29,6224 | 29,62 | 30,2157 | 30,22 | | | |
| zonder gezinslast | | | | | | | | | | | |
| 3 - Invaliditeit | | | | | | | | | | | |
| Daguitkering | Maximum | Begin arbeidsongeschiktheid | vóór 01/10/1974 | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 50,0592 | 50,06 | 51,0577 | 51,06 | 51,0577 | 51,06 | 52,0803 | 52,08 |
| | | | zonder gezinslast | 33,5015 | 33,50 | 34,1697 | 34,17 | 34,1697 | 34,17 | 34,8541 | 34,85 |
| | | | vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002 | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 79,2552 | 79,26 | 80,8360 | 80,84 | 80,8360 | 80,84 | 82,4550 | 82,46 |
| | | | alleenstaande | 67,0621 | 67,06 | 68,3997 | 68,40 | 68,3997 | 68,40 | 69,7696 | 69,77 |
| | | | samenwonende | 48,7724 | 48,77 | 49,7452 | 49,75 | 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 | 79,2510 | 79,25 | 79,2510 | 79,25 | 80,8383 | 80,84 |
| | | | alleenstaande | 65,7472 | 65,75 | 67,0586 | 67,06 | 67,0586 | 67,06 | 68,4016 | 68,40 |
| | | | samenwonende | 47,8161 | 47,82 | 48,7698 | 48,77 | 48,7698 | 48,77 | 49,7466 | 49,75 |
| | | | invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006 | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 79,2552 | 79,26 | 80,8360 | 80,84 | 80,8360 | 80,84 | 82,4550 | 82,46 |
| | | | alleenstaande | 67,0621 | 67,06 | 68,3997 | 68,40 | 68,3997 | 68,40 | 69,7696 | 69,77 |
| | | | samenwonende | 48,7724 | 48,77 | 49,7452 | 49,75 | 49,7452 | 49,75 | 50,7415 | 50,74 |
| | | | vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2005 | | | | | | | | |
| | | | invalide voor 01/01/2007 | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 77,7012 | 77,70 | 79,2509 | 79,25 | 80,8360 | 80,84 | 82,4550 | 82,46 |
| | | | alleenstaande | 65,7472 | 65,75 | 67,0586 | 67,06 | 68,3997 | 68,40 | 69,7696 | 69,77 |
| | | | samenwonende | 47,8161 | 47,82 | 48,7698 | 48,77 | 49,7452 | 49,75 | 50,7415 | 50,74 |
| | | | invalide vanaf 01/01/2007 ¹ | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 78,4782 | 78,48 | 80,0435 | 80,04 | 81,6443 | 81,64 | 83,2795 | 83,28 |
| | | | alleenstaande | 66,4046 | 66,40 | 67,7291 | 67,73 | 69,0837 | 69,08 | 70,4673 | 70,47 |
| | | | samenwonende | 48,2943 | 48,29 | 49,2575 | 49,26 | 50,2427 | 50,24 | 51,2489 | 51,25 |
| | | | vanaf 01/01/2006 tot en met 31/12/2007 | | | | | | | | |
| | | | invalide voor 01/01/2007 ² | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 77,7012 | 77,70 | 79,2509 | 79,25 | 79,2509 | 79,25 | 80,8382 | 80,84 |
| | | | alleenstaande | 65,7472 | 65,75 | 67,0586 | 67,06 | 67,0586 | 67,06 | 68,4016 | 68,40 |
| | | | samenwonende | 47,8161 | 47,82 | 48,7698 | 48,77 | 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 | 80,0435 | 80,04 | 80,0435 | 80,04 | 81,6466 | 81,65 |
| | | | alleenstaande | 66,4046 | 66,40 | 67,7291 | 67,73 | 67,7291 | 67,73 | 69,0856 | 69,09 |
| | | | samenwonende | 48,2943 | 48,29 | 49,2575 | 49,26 | 49,2575 | 49,26 | 50,2441 | 50,24 |
| | | | invalide vanaf 01/01/2009 ¹ | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 79,1060 | 79,11 | 80,6838 | 80,68 | 80,6838 | 80,68 | 82,2997 | 82,30 |
| | | | alleenstaande | 66,9358 | 66,94 | 68,2709 | 68,27 | 68,2709 | 68,27 | 69,6382 | 69,64 |
| | | | samenwonende | 48,6806 | 48,68 | 49,6516 | 49,65 | 49,6516 | 49,65 | 50,6460 | 50,65 |
| | | | vanaf 01/01/2008 | | | | | | | | |
| | | | invalide voor 01/01/2009 ² | | | | | | | | |
| | | | met gezinslast | 77,8554 | 77,86 | 79,4082 | 79,41 | 79,4082 | 79,41 | 80,9986 | 81,00 |
| | | | alleenstaande | 65,8776 | 65,88 | 67,1916 | 67,19 | 67,1916 | 67,19 | 68,5373 | 68,54 |
| | | | samenwonende | 47,9110 | 47,91 | 48,8666 | 48,87 | 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 | 80,0435 | 80,04 | 80,0435 | 80,04 | 81,6466 | 81,65 |
| | | | alleenstaande | 66,4046 | 66,40 | 67,7291 | 67,73 | 67,7291 | 67,73 | 69,0856 | 69,09 |
| | | | samenwonende | 48,2943 | 48,29 | 49,2575 | 49,26 | 49,2575 | 49,26 | 50,2440 | 50,24 |
| | | | invalide vanaf 01/01/2011 | | | | | | | | |
| met gezinslast | 79,0275 | 79,03 | 80,6037 | 80,60 | 80,6037 | 80,60 | 82,2181 | 82,22 | | | |
| alleenstaande | 66,8694 | 66,87 | 68,2032 | 68,20 | 68,2032 | 68,20 | 69,5692 | 69,57 | | | |
| samenwonende | 48,6323 | 48,63 | 49,6023 | 49,60 | 49,6023 | 49,60 | 50,5957 | 50,60 | | | |
| Minimum | | Regelmatische werknemer | 49,2624 | 49,26 | 50,2450 | 50,25 | 51,2499 | 51,25 | 52,2763 | 52,28 | |
| | | met gezinslast | 39,4224 | 39,42 | 40,2086 | 40,21 | 41,0128 | 41,01 | 41,8342 | 41,83 | |
| | | alleenstaanden | 33,8018 | 33,80 | 34,4760 | 34,48 | 35,1655 | 35,17 | 35,8698 | 35,87 | |
| | | samenwonenden | | | | | | | | | |
| Niet-regelmatische werknemer | 37,9649 | 37,96 | 38,7221 | 38,72 | 39,4966 | 39,50 | 40,2876 | 40,29 | | | |
| met gezinslast | 28,4737 | 28,47 | 29,0416 | 29,04 | 29,6224 | 29,62 | 30,2157 | 30,22 | | | |
| zonder gezinslast | | | | | | | | | | | |

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 | | 01-01-2011 | 30-04-2011 | 01-05-2011 | 31-08-2011 | vanaf 01-09-2011 | | Volgende indexatie | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|--------------------|---------------|--------|
| Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14) | | 112,72 | 1,2434 | 114,97 | 1,2682 | 114,97 | 1,2682 | 117,27 | 1,2936 | |
| I. LOONTREKKENDEN (vervolg) | | | | | | | | | | |
| 4 - Moederschap, vaderschap & adoptie | | | | | | | | | | |
| Maximum moederschap, vaderschap, adoptie en werkverwijdering | vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008 | | | | | | | | | |
| | Vad. & adopt. | 82,0 % | 98,2175 | 98,22 | 100,1765 | 100,18 | 100,1765 | 100,18 | 102,1829 | 102,18 |
| | Moederschap | 79,5 % | 95,2231 | 95,22 | 97,1223 | 97,12 | 97,1223 | 97,12 | 99,0675 | 99,07 |
| | | 75,0 % | 89,8331 | 89,83 | 91,6249 | 91,62 | 91,6249 | 91,62 | 93,4599 | 93,46 |
| | Werkverwijdering | 60,0 % | 71,8665 | 71,87 | 73,2999 | 73,30 | 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 | 100,9779 | 100,98 | 100,9779 | 100,98 | 103,0003 | 103,00 |
| | Moederschap | 79,5 % | 95,9848 | 95,98 | 97,8993 | 97,90 | 97,8993 | 97,90 | 99,8600 | 99,86 |
| | | 75,0 % | 90,5517 | 90,55 | 92,3578 | 92,36 | 92,3578 | 92,36 | 94,2076 | 94,21 |
| | Werkverwijdering | 60,0 % | 72,4414 | 72,44 | 73,8862 | 73,89 | 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 | 100,9779 | 100,98 | 100,9779 | 100,98 | 103,0003 | 103,00 |
| | Moederschap | 79,5 % | 95,9848 | 95,98 | 97,8993 | 97,90 | 97,8993 | 97,90 | 99,8600 | 99,86 |
| | | 75,0 % | 90,5517 | 90,55 | 92,3578 | 92,36 | 92,3578 | 92,36 | 94,2076 | 94,21 |
| | Werkverwijdering | 60,0 % | 72,4414 | 72,44 | 73,8862 | 73,89 | 73,8862 | 73,89 | 75,3661 | 75,37 |
| | vanaf 01/01/2011 | | | | | | | | | |
| | Vad. & adopt. | 82,0 % | 99,6962 | 99,70 | 101,6847 | 101,68 | 101,6847 | 101,68 | 103,7213 | 103,72 |
| | Moederschap | 79,5 % | 96,6567 | 96,66 | 98,5846 | 98,58 | 98,5846 | 98,58 | 100,5591 | 100,56 |
| | 75,0 % | 91,1856 | 91,19 | 93,0043 | 93,00 | 93,0043 | 93,00 | 94,8670 | 94,87 | |
| Werkverwijdering | 60,0 % | 72,9485 | 72,95 | 74,4034 | 74,40 | 74,4034 | 74,40 | 75,8936 | 75,89 | |
| | 78,237 % | 95,1211 | 95,12 | 97,0184 | 97,02 | 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 | 1 443,5446 | 1 443,54 | 1 443,5446 | 1 443,54 | 1 472,4044 | 1 472,40 | |
| | Onthaalmoeder (dagelijks) | 54,4323 | 54,43 | 55,5209 | 55,52 | 55,5209 | 55,52 | 56,6309 | 56,63 | |
| | Onthaalmoeder (uurloon) | 8,5946 | 8,59 | 8,7665 | 8,77 | 8,7665 | 8,77 | 8,9417 | 8,94 | |
| | Schijf toegelaten arbeid | 11,2652 | | 11,4899 | | 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 | - | - | - | - | - | - | |
| II. ZELFSTANDIGEN | | | | | | | | | | |
| 1 - Primaire ongeschiktheid | | | | | | | | | | |
| | met gezinslast | 48,3895 | 48,39 | 49,3546 | 49,35 | 50,3960 | 50,40 | 51,4053 | 51,41 | |
| | alleenstaande | 37,0981 | 37,10 | 37,8380 | 37,84 | 38,7348 | 38,73 | 39,5106 | 39,51 | |
| | samenwonende | 30,2336 | 30,23 | 30,8367 | 30,84 | 31,4534 | 31,45 | 32,0833 | 32,08 | |
| 2 - Invaliditeit | | | | | | | | | | |
| | Zonder stopzetting bedrijf | | | | | | | | | |
| | met gezinslast | 48,3895 | 48,39 | 49,3546 | 49,35 | 50,3960 | 50,40 | 51,4053 | 51,41 | |
| | alleenstaande | 37,0981 | 37,10 | 37,8380 | 37,84 | 38,7348 | 38,73 | 39,5106 | 39,51 | |
| | samenwonende | 30,2336 | 30,23 | 30,8367 | 30,84 | 31,4534 | 31,45 | 32,0833 | 32,08 | |
| | Met stopzetting bedrijf | | | | | | | | | |
| | met gezinslast | 49,2624 | 49,26 | 50,2450 | 50,25 | 51,2499 | 51,25 | 52,2763 | 52,28 | |
| | alleenstaande | 39,4224 | 39,42 | 40,2086 | 40,21 | 41,0128 | 41,01 | 41,8342 | 41,83 | |
| | samenwonende | 33,8018 | 33,80 | 34,4760 | 34,48 | 35,1655 | 35,17 | 35,8698 | 35,87 | |
| 3 - Moederschapsuitkering & adoptie | | | | | | | | | | |
| | Wekelijkse uitkering | | 383,24 | | 390,88 | | 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 | 837,5498 | 837,55 | 896,7062 | 896,71 | 914,6658 | 914,67 | |
| | plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen) | 948,6152 | 948,62 | 967,5357 | 967,54 | 986,8864 | 986,89 | 1 006,6521 | 1 006,65 | |
| | plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen) | 1 415,2398 | 1 415,24 | 1 443,5446 | 1 443,54 | 1 443,5446 | 1 443,54 | 1 472,4044 | 1 472,40 | |
| IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN | | | | | | | | | | |
| | | 12,9893 | 12,99 | 13,2484 | 13,25 | 16,2484 | 16,25 | 16,5739 | 16,57 | |
| V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN | | | | | | | | | | |
| 1 - Minimum dagdrempel | | | | | | | | | | |
| | met gezinslast | | 54,06 | | 55,14 | | 55,14 | | 56,24 | |
| | zonder gezinslast | | 44,88 | | 45,78 | | 45,78 | | 46,69 | |
| 2 - Gedeeltelijke inhouding | | | | | | | | | | |
| | met gezinslast tussen | | 54,07 | | 55,15 | | 55,15 | | 56,25 | |
| | en | | 56,01 | | 57,13 | | 57,13 | | 58,27 | |
| | zonder gezinslast tussen | | 44,89 | | 45,79 | | 45,79 | | 46,70 | |
| | en | | 46,50 | | 47,43 | | 47,43 | | 48,37 | |
| 3 - Volledige inhouding vanaf | | | | | | | | | | |
| | met gezinslast | | 56,02 | | 57,14 | | 57,14 | | 58,28 | |
| | zonder gezinslast | | 46,51 | | 47,44 | | 47,44 | | 48,38 | |
| VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK | | | | | | | | | | |
| | Dagelijks bedrag | 30,8239 | 30,82 | 30,8239 | 30,82 | 30,8239 | 30,82 | 31,4387 | 31,44 | |
| | Jaarlijks bedrag | 1 232,9181 | 1 232,92 | 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) | | | | | | | | | | |
| | | | | 200,000 | 200,00 | 200,000 | 200,00 | 204,0056 | 204,01 | |



Omzendbrieven V.I. nrs. 2011/329 - 45/230, 482/111 van 12 augustus 2011.

III. Aanpassing van de tabel IV die als bijlage van de omzendbrief in verband met de aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex wordt opgegeven: werkloosheidsuitkeringen, wachtuitkeringen en overbruggingsuitkeringen

1. Basiselementen

Tabel IV in bijlage, vervangt vanaf 1 september 2011 de tabel IV die opgegeven werd in omzendbrief V.I. nr 2011/186 – 45/229 van 6 mei 2011.

2. Toepassingsdatum

1 september 2011

Deze omzendbrief wijzigt omzendbrief V.I. nr 2011/186 – 45/229 van 6 mei 2011.

| Tabel IV | | Periode vanaf 01 september 2011 |
|--|--|---------------------------------|
| | | Minimumbedrag |
| Werkloosheidsuitkeringen | | |
| Zonder anciënniteitstoelage: | | |
| A. – samenwonende met gezinslast | | |
| • 1 ^{ste} periode A (maand 1-6) | | 41,13 |
| • 1 ^{ste} periode B (maand 7-12) | | 41,13 |
| • 2 ^{de} periode | | 41,13 |
| N. – alleenwonende | | |
| • 1 ^{ste} periode A (maand 1-6) | | 34,55 |
| • 1 ^{ste} periode B (maand 7-12) | | 34,55 |
| • 2 ^{de} periode | | 34,55 |
| B. – samenwonende | | |
| • 1 ^{ste} periode A (maand 1-6) | | 25,90 |
| • 1 ^{ste} periode B (maand 7-12) | | 25,90 |
| • 2 ^{de} periode | | 25,90 |
| forfaitperiode (eventueel) | | |
| “gewoon” | | 18,25 |
| “bevoorrecht” | | 23,96 |
| Met anciënniteitstoelage | | |
| A. – samenwonende met gezinslast | | 43,11 |
| N. – alleenwonende | | |
| 50 <= 54 | | 36,07 |
| 55 <= 64 | | 39,63 |
| B. – samenwonende | | |
| 2 ^{de} periode (nieuwe regeling) | | |
| 50 <= 54 | | 29,30 |
| 55 <= 57 | | 32,64 |
| 58 <= 64 | | 35,88 |
| Forfaitperiode (eventueel) | | |
| “gewoon” | | 21,85 |
| “bevoorrecht” | | 27,56 |
| <i>Wachttuitkeringen en overbruggingsuitkeringen</i> | | |
| A. – samenwonende met gezinslast | | 40,08 |
| N. – alleenwonende | | |
| < 18 | | 11,39 |
| 18-20 | | 17,89 |
| >= 21 | | 29,64 |
| B. – samenwonende | | |
| “gewoon” | | |
| < 18 | | 9,66 |
| >= 18 | | 15,42 |
| “bevoorrecht” | | |
| < 18 | | 10,23 |
| >= 18 | | 16,44 |

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

1. Basiselementen

Vanaf **1 januari 2012** dienen de refertebedragen van het gemiddelde dagloon vereist om de hoedanigheid van regelmatig werknemer te verkrijgen geherwaardeerd te worden.

Deze herwaardering gebeurt door de bedragen vermeld in omzendbrief V.I. nr. ° 2010/371 - 424/40 te vermenigvuldigen met 1,0200, de coëfficiënt die de verhouding uitdrukt tussen de minimum invaliditeitsuitkering met gezinslast op 1 januari 2011 en 1 januari 2010 (49,2624 EUR : 48,2957 EUR = 1,0200 EUR).

Het resultaat van deze vermenigvuldiging geeft:

52,8063 EUR voor de gerechtigden van 21 jaar of ouder,

39,5927 EUR voor de gerechtigden van 18 tot 20 jaar en

26,4032 EUR voor de gerechtigden van minder dan 18 jaar.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2012

Deze omzendbrief vervangt omzendbrief V.I. nr. 2010/371 - 424/40 van 7 oktober 2010.



Omzendbrief V.I. nr. 2011/406 – 424/41 van 6 oktober 2011.

V. Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen

Uitgezonderd de omzendbrieven V.I. nr. 2011/376, 2011/318, 2011/319 en 2011/320, geven wij hieronder een overzicht van de meest recente evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners die tussen 1 augustus en 31 oktober 2011 in werking zijn getreden

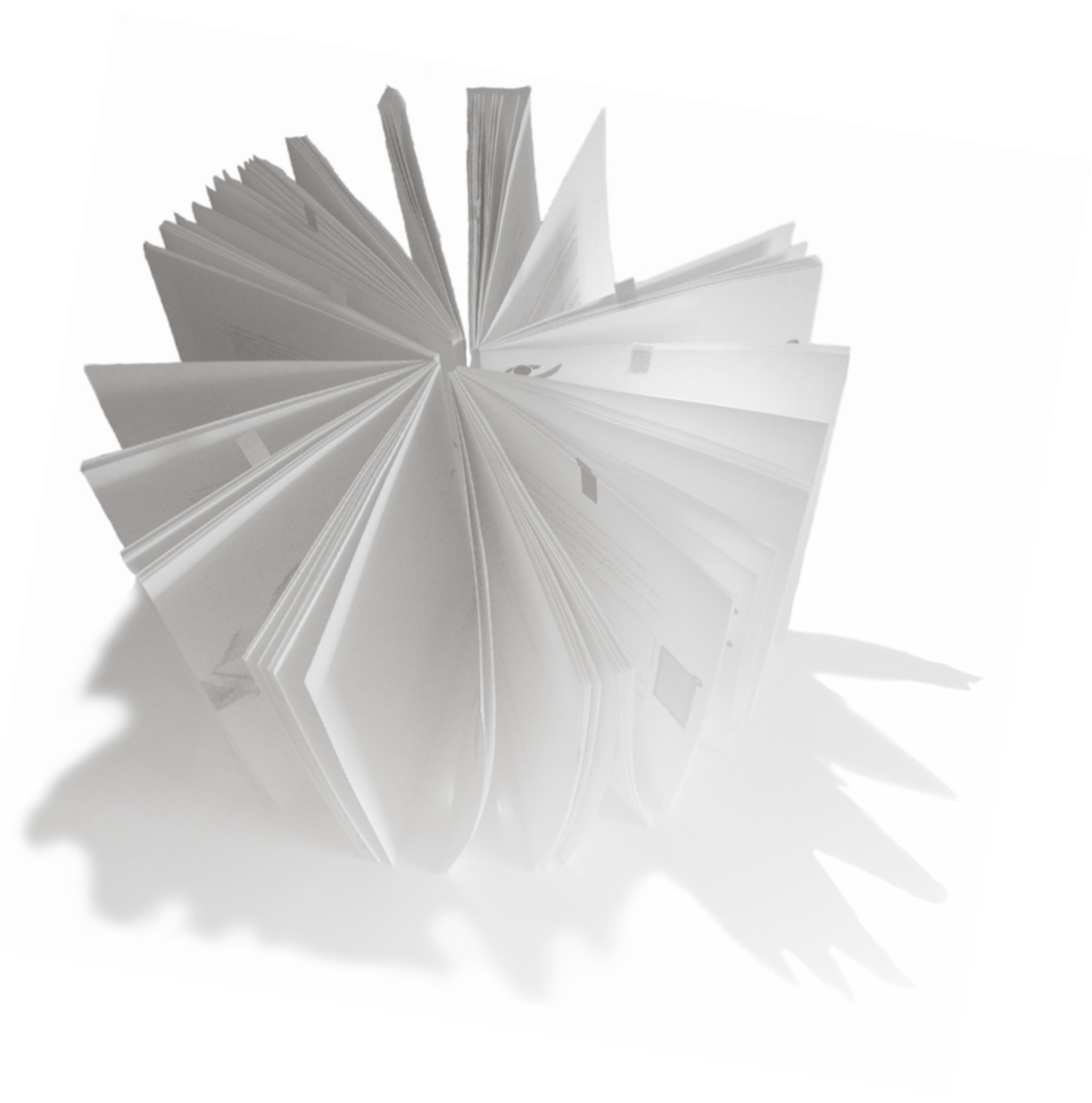


Voor meer details verwijzen wij de lezer naar de tabellen op de internetsite van het RIZIV www.riziv.be, rubriek "Verzekeringsinstellingen" > honoraria, prijzen en vergoedingen

| Evolutie van de honoraria en van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van de zorgverleners | | |
|--|---|--|
| | | Nr. Omzendbrief V.I. |
| Geneesheren | Medische verstrekkingen | |
| | <p>Vanaf 1 augustus 2011</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 11 juni 2011 (B.S. van 30.06.2011) worden de tarieven als volgt aangepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> afschaffen van de verstrekkingen 252431-252442, vervangen van de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen 252490-252501 en toevoegen van de verstrekkingen 252593-252604 en 252615-252626 in de tabel "F. c. Plastische heekunde"; afschaffen van de verstrekkingen 227511-227522 in tabel "F. e. Heekunde op de thorax"; toevoegen van de verstrekking 477606 in tabel "J. 6. Neuro-psychiatrie". | 2011/307 |
| | <p>Vanaf 1 oktober 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 19 augustus 2011 (B.S. van 19.09.2011) worden de tarieven als volgt aangepast :</p> <ul style="list-style-type: none"> schrappen van de verstrekkingen 477234-477245 in tabel "J. 6. Neuro-psychiatrie". | 2011/396 |
| Tandheelkundigen | <p>Vanaf 1 maart 2011 – met terugwerkende kracht</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 31 augustus 2011 (B.S. van 15.09.2011) worden de verstrekkingen 377230-377241 in tabel "§ 1. 7. Radiografieën" en 307230-307241, 307252-307263 in tabel "§ 2. 8. Radiografieën" toegevoegd.</p> | 2011/376 |
| Implantaten | <p>Art. 28</p> <p>Vanaf 1 oktober 2011</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 13 en 21 juli 2011 en van 19 augustus 2011 (B.S. van 5, 10 en 29.08.2011) wijzigen de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikel 28, § 1 vanaf oktober 2011.</p> <p>Art. 35 en 35bis</p> <p>Vanaf 1 februari 2011 – met terugwerkende kracht</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 15 november 2010 (B.S. van 17.12.2010) en van 28 juni 2011 (B.S. van 19.07.2011) wijzigen de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikel 35 en 35bis vanaf 1 februari 2011.</p> <p>Vanaf 1 april 2011 – met terugwerkende kracht</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 8 en 23 december 2010 (B.S. van 01 en 25.02.2011) wijzigen de tarieven voor verstrekkingen van artikel 35 en 35bis vanaf 1 april 2011.</p> | <p>2011/386</p> <p>2011/318</p> <p>2011/319</p> |

| Evolutie van de honoraria en van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen van de zorgverleners | | |
|--|--|-------------------------|
| | | Nr. Omzendbrief V.I. |
| | Vanaf 1 oktober 2011 Ingevolge de Koninklijke besluiten van 13 en 21 juli 2011 en van 19 augustus 2011 (B.S. van 5, 10 en 29.08.2011) wijzigen de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikel 35 en 35 <i>bis</i> vanaf 1 oktober 2011. | 2011/387 |
| | Vanaf 1 oktober 2011 Ingevolge de wijzigingsclausule inzake de revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren van 14 november 2011, wijzigen de tarieven die van toepassing zijn voor de verstrekkingen van artikels 35 en 35 <i>bis</i> vanaf 1 oktober 2011. | 2011/502 |

7^e Deel
Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1ste semester 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 ziekten | 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 opticiens | 6.116 | 12.077 | 17.434 | 22.834 | 29.729 |
| 11. Verzorging door audiciens | 11.438 | 21.824 | 32.767 | 43.539 | 40.400 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 3.426 | 6.970 | 10.582 | 14.364 | 14.490 |
| 13. Verpleegdagprijs | 1.122.717 | 2.265.839 | 3.428.615 | 4.626.531 | |
| 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 | 4.827.149 | 5.022.137 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 1.387 | 2.091 | 5.160 | 6.630 | 7.507 |
| 15. Dialyse | | | | | |
| a) Geneesheren | 34.464 | 67.754 | 102.057 | 139.930 | |
| b) Forfait nierdialyse | 31.881 | 63.122 | 94.022 | 128.831 | |
| c) Thuis, in een centrum | 25.235 | 49.197 | 73.277 | 102.052 | |
| d) Nachtdialyse | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Totaal dialyse | 91.580 | 180.073 | 269.356 | 370.813 | 376.821 |

| Tabel 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) Rustoorden voor bejaarden | 215.012 | 417.858 | 626.811 | 846.297 | |
| c) Dagverzorgingscentra | 3.457 | 6.788 | 10.250 | 13.843 | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 83.242 | 149.678 | 215.801 | 281.847 | |
| e) Syndicale premie | 2.295 | 2.295 | 2.295 | 2.295 | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 189 | 189 | 10.983 | 13.012 | |
| g) Palliatieve dagcentra | 0 | 0 | 542 | 542 | |
| Totaal | 572.217 | 1.096.237 | 1.644.218 | 2.203.113 | 2.180.172 |
| 17. Einde loopbaan | 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-pediatrie 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 | 22.823.459 | 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 | 578.491 | | | |
| b) Medische beeldvorming | 265.925 | 548.189 | | | |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 481.137 | 921.764 | | | |
| d) Speciale verstrekkingen | 295.200 | 599.227 | | | |
| e) Heelkunde | 267.290 | 539.713 | | | |
| f) Gynaecologie | 22.858 | 45.751 | | | |
| g) Toezicht | 91.284 | 184.835 | | | |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 3.180 | 3.180 | | | |
| i) Forfait medisch dossier | 0 | 0 | | | |
| j) Forfait Telematica | 46 | 6.181 | | | |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | 0 | 0 | | | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | 4.924 | 33.832 | | | |
| m) Impulsfonds | 906 | 3.004 | | | |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 430 | 542 | | | |
| Totaal geneesheren | 1.715.378 | 3.464.709 | 0 | 0 | 7.110.317 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 198.154 | 388.839 | | | 797.272 |
| b) Forfait accreditering | 7 | 12 | | | 13.198 |
| Totaal tandheelkundigen | 198.161 | 388.851 | 0 | 0 | 810.470 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 1.091.498 | 2.187.393 | | | 4.295.729 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 269.534 | 542.800 | | | 1.128.320 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 10.639 | 11.295 | | | 20.006 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 159.486 | 316.575 | | | 585.715 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 58.879 | 123.040 | | | 261.062 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 137.405 | 273.121 | | | 677.402 |
| 10. Verzorging door opticiens | 6.589 | 12.397 | | | 30.085 |
| 11. Verzorging door audiciens | 11.962 | 24.057 | | | 45.988 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 3.846 | 7.541 | | | 15.737 |
| 13. Verpleegdagprijs | 1.216.571 | 2.465.321 | | | 5.120.839 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 51.959 | 107.264 | | | 213.069 |
| Vervoer | 0 | 0 | | | 238 |
| Totaal | 1.268.530 | 2.572.585 | 0 | 0 | 5.334.146 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 2.278 | 5.205 | | | 7.667 |
| 15. Dialyse | | | | | |
| a) Geneesheren | 35.638 | 71.437 | | | 149.630 |
| b) Forfait nierdialyse | 32.692 | 65.673 | | | 140.214 |
| c) Thuis, in een centrum | 25.795 | 51.448 | | | 106.447 |
| d) Nachtdialyse | 0 | 0 | | | 0 |
| Totaal dialyse | 94.125 | 188.558 | 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 | 580.949 | | | |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 220.883 | 427.173 | | | |
| c) Dagverzorgingscentra | 3.773 | 7.677 | | | |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | 76.257 | 144.467 | | | |
| e) Syndicale premie | 2.341 | 2.341 | | | |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 5.048 | 7.309 | | | |
| g) Palliatieve dagcentra | 0 | 0 | | | |
| Totaal | 604.424 | 1.169.916 | 0 | 0 | 2.367.070 |
| 17. Einde loopbaan | 34.469 | 55.688 | | | 97.155 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 22.934 | 46.475 | | | 106.370 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 9.268 | 18.349 | | | 41.201 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 590 | 1.260 | | | 2.634 |
| Totaal | 32.792 | 66.084 | 0 | 0 | 150.205 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 115.340 | 243.652 | | | 561.805 |
| 20. Bijzonder Fonds | 5.367 | 8.483 | | | 17.643 |
| 21. Logopedie | 19.587 | 39.551 | | | 72.903 |
| 22. Medisch-pediatische centra | 0 | 0 | | | 0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 7.597 | 14.324 | | | 25.904 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -40.299 | -65.669 | | | -71.017 |
| 25. Maximumfactuur | | | | | |
| a) Sociale MAF | 125.352 | 160.709 | | | 379.760 |
| b) Fiscale MAF | 0 | 0 | | | |
| Totale Maximumfactuur | 125.352 | 160.709 | 0 | 0 | 379.760 |
| 26. Chronische zieken | 20.769 | 35.658 | | | 96.927 |
| 27. Palliatieve zorgen | 3.567 | 7.668 | | | 12.422 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 3.254 | 6.344 | | | 20.092 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 1.207 | 2.583 | | | 8.980 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 121 | 235 | | | 526 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | | |
| a) SISD | 127 | 225 | | | 568 |
| b) COMA | 119 | 247 | | | 783 |
| c) Therapeutische projecten | 134 | 263 | | | 1.335 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 380 | 735 | 0 | 0 | 2.686 |
| 32. Geïnterneerden | 4.889 | 5.070 | | | 32.620 |
| 33. Tabaksontwenning | 224 | 430 | | | 2.535 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 58 | 1.248 | | | 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 | 0 | | | 50.000 |
| 36. Fonds verslaving | 3.000 | 3.000 | | | 3.000 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | 0 | 0 | | | 0 |
| 38. Medische huizen | 19.498 | 41..040 | | | 84.896 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 1.408 | 3.239 | | | 8.563 |
| 40. Chronische zieken extra | 0 | 0 | | | 9.069 |
| 41. Zorgtrajecten | 0 | 0 | | | 0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | 0 | 0 | | | 0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0 | 0 | | | 12.507 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0 | 0 | | | 2.964 |
| 45. Sociaal akkoord | 0 | 0 | | | 17.930 |
| 46. Diversen | 1.297 | 1.480 | | | 30.821 |
| - Affectatie toekomstfonds | | | | | 0 |
| - Initiatieven 2010 BMF | | | | | 0 |
| - Compensatie uitgaven buiten doelstelling | | | | | 55.147 |
| - Bijdragen sociale zekerheid evenwicht | | | | | 1.093.460 |
| Totaal | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.148.607 |
| Algemeen totaal | 5.992.611 | 11.919.595 | 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 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. 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 2010.1 | 2011.2 2010.2 | 2011.3 2010.3 | 2011.4 2010.4 |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | -7,4 | -4,1 | -100,0 | -100,0 |
| b) Medische beeldvorming | -0,7 | 0,7 | -100,0 | -100,0 |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 5,5 | 5,0 | -100,0 | -100,0 |
| d) Speciale verstrekkingen | 0,8 | 2,1 | -100,0 | -100,0 |
| e) Heelkunde | 4,3 | 5,2 | -100,0 | -100,0 |
| f) Gynaecologie | 2,9 | 3,2 | -100,0 | -100,0 |
| g) Toezicht | 0,3 | 3,4 | -100,0 | -100,0 |
| h) Forfait accreditering geneesheren | 11,3 | 11,2 | -100,0 | -100,0 |
| i) Forfait medisch dossier | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| j) Forfait Telematica | 475,0 | 0,3 | -100,0 | -100,0 |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | -64,1 | 73,4 | -100,0 | -100,0 |
| m) Impulsfonds | -31,4 | -14,3 | -100,0 | -100,0 |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | -55,3 | -62,6 | -100,0 | -100,0 |
| Totaal geneesheren | 0,3 | 2,5 | -100,0 | -100,0 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 3,9 | 2,0 | -100,0 | -100,0 |
| b) Forfait accreditering | 0,0 | -14,3 | -100,0 | -100,0 |
| Totaal tandheelkundigen | 3,9 | 2,0 | -100,0 | -100,0 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 4,0 | 4,0 | -100,0 | -100,0 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 4,9 | 3,6 | -100,0 | -100,0 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 14,8 | 21,8 | -100,0 | -100,0 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 6,5 | 5,1 | -100,0 | -100,0 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 8,7 | 7,5 | -100,0 | -100,0 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 7,0 | 7,2 | -100,0 | -100,0 |
| 10. Verzorging door opticiens | 7,7 | 2,6 | -100,0 | -100,0 |
| 11. Verzorging door audiciens | 4,6 | 10,2 | -100,0 | -100,0 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 12,3 | 8,2 | -100,0 | |
| 13. Verpleegdagprijs | 8,4 | 8,8 | -100,0 | -100,0 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 8,8 | 10,1 | -100,0 | -100,0 |
| Vervoer | -100,0 | -100,0 | -100,0 | -100,0 |
| Totaal | 8,4 | 8,9 | -100,0 | -100,0 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 64,2 | 148,9 | -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 | 5,4 | -100,0 | -100,0 |
| b) Forfait nierdialyse | 2,5 | 4,0 | -100,0 | -100,0 |
| c) Thuis, in een centrum | 2,2 | 4,6 | -100,0 | -100,0 |
| d) Nachtdialyse | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| Totaal dialyse | 2,8 | 4,7 | -100,0 | -100,0 |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 10,5 | 11,8 | -100,0 | -100,0 |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 2,7 | 2,2 | -100,0 | -100,0 |
| c) Dagverzorgingscentra | 9,1 | 13,1 | -100,0 | -100,0 |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | -8,4 | -3,5 | -100,0 | -100,0 |
| e) Syndicale premie | 2,0 | 2,0 | -100,0 | -100,0 |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 2.570,9 | 3.767,2 | -100,0 | -100,0 |
| g) Palliatieve dagcentra | | | | |
| Totaal | 5,6 | 6,7 | -100,0 | -100,0 |
| 17. Einde loopbaan | -1,2 | 3,0 | -100,0 | -100,0 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 5,8 | 11,1 | -100,0 | -100,0 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | -2,2 | 0,2 | -100,0 | -100,0 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 7,3 | 16,1 | -100,0 | -100,0 |
| Totaal | 3,4 | 7,9 | -100,0 | -100,0 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 2,0 | 4,8 | -100,0 | -100,0 |
| 20. Bijzonder Fonds | 33,4 | 3,2 | -100,0 | -100,0 |
| 21. Logopedie | 8,3 | 7,1 | -100,0 | -100,0 |
| 22. Medisch-pediatrische centra | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 23,2 | 17,7 | -100,0 | -100,0 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | -18,7 | -15,3 | -100,0 | -100,0 |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 3,7 | -7,3 | -100,0 | -100,0 |
| b) Fiscale MAF | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| Totale Maximumfactuur | 3,7 | -7,3 | -100,0 | -100,0 |
| 26. Chronische zieken | 0,8 | 0,2 | -100,0 | -100,0 |
| 27. Palliatieve zorgen | 3,4 | 6,9 | -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 | 2,5 | -100,0 | -100,0 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | -15,9 | -3,5 | -100,0 | -100,0 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | -5,5 | -2,9 | -100,0 | -100,0 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | 49,4 | 18,4 | -100,0 | -100,0 |
| b) COMA | 0,8 | -0,4 | -100,0 | -100,0 |
| c) Therapeutische projecten | 15,5 | 22,3 | -100,0 | -100,0 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 19,1 | 12,6 | -100,0 | -100,0 |
| 32. Geïnterneerden | -44,9 | -63,1 | -100,0 | -100,0 |
| 33. Tabaksontwenning | 89,8 | 56,9 | -100,0 | -100,0 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 0,0 | -25,4 | 0,0 | 0,0 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 109,6 | 0,0 | -100,0 | -100,0 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | | |
| 38. Medische huizen | 11,4 | 14,2 | -100,0 | -100,0 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 29,8 | 33,1 | -100,0 | -100,0 |
| 40. Chronische zieken extra | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 41. Zorgtrajecten | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0,0 | | | |
| 45. Sociaal akkoord | 0,0 | | | |
| 46. Diversen | 213,3 | -21,0 | -100,0 | -100,0 |
| Algemeen totaal | 4,3 | 4,9 | -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 | 48,7 | 0,0 | 0,0 |
| 2. a) Honoraria van tandheelkundigen | 24,9 | 48,8 | 0,0 | 0,0 |
| b) Forfait accreditering | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Totaal tandheelkundigen | 24,5 | 48,0 | 0,0 | 0,0 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 25,4 | 50,9 | 0,0 | 0,0 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 23,9 | 48,1 | 0,0 | 0,0 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 53,2 | 56,5 | 0,0 | 0,0 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 27,2 | 54,0 | 0,0 | 0,0 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 22,6 | 47,1 | 0,0 | 0,0 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | | | | |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 20,3 | 40,3 | 0,0 | 0,0 |
| 10. Verzorging door opticiens | 21,9 | 41,2 | 0,0 | 0,0 |
| 11. Verzorging door audiciens | 26,0 | 52,3 | 0,0 | 0,0 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 24,4 | 47,9 | 0,0 | 0,0 |
| 13. Verpleegdagprijs | 23,8 | 48,1 | 0,0 | 0,0 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 24,4 | 50,3 | 0,0 | 0,0 |
| Vervoer | 0,0 | 0,0 | | |
| Totaal | 23,8 | 48,2 | 0,0 | 0,0 |
| 14. Militair hospitaal - all-in prijs | 29,7 | 67,9 | 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 |
| a) Geneesheren | 23,8 | 47,7 | 0,0 | 0,0 |
| b) Forfait nierdialyse | 23,3 | 46,8 | 0,0 | 0,0 |
| c) Thuis, in een centrum | 24,2 | 48,3 | 0,0 | 0,0 |
| d) Nachtdialyse | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| Totaal dialyse | 23,8 | 47,6 | 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) Rustoord 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 | 25,5 | 49,4 | 0,0 | 0,0 |
| 17. Einde loopbaan | 35,5 | 57,3 | 0,0 | 0,0 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 21,6 | 43,7 | 0,0 | 0,0 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 22,5 | 44,5 | 0,0 | 0,0 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 22,4 | 47,8 | 0,0 | 0,0 |
| Totaal | 21,8 | 44,0 | 0,0 | 0,0 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 20,5 | 43,4 | 0,0 | |
| 20. Bijzonder Fonds | 30,4 | 48,1 | 0,0 | 0,0 |
| 21. Logopedie | 26,9 | 54,3 | 0,0 | 0,0 |
| 22. Medisch-pediatrie centra | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 29,3 | 55,3 | 0,0 | 0,0 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | 56,7 | 92,5 | 0,0 | 0,0 |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 33,0 | 42,3 | 0,0 | 0,0 |
| b) Fiscale MAF | 0,0 | | 0,0 | 0,0 |
| Totale Maximumfactuur | 33,0 | 42,3 | 0,0 | 0,0 |
| 26. Chronische zieken | 21,4 | 36,8 | 0,0 | 0,0 |
| 27. Palliatieve zorgen | 28,7 | 61,7 | 0,0 | 0,0 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 16,2 | 31,6 | 0,0 | 0,0 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 13,4 | 28,8 | 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 | 44,7 | 0,0 | 0,0 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | 22,4 | 39,6 | 0,0 | 0,0 |
| b) COMA | 15,2 | 31,5 | 0,0 | 0,0 |
| c) Therapeutische projecten | 10,0 | 19,7 | 0,0 | 0,0 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | 14,1 | 27,4 | 0,0 | 0,0 |
| 32. Geïnterneerden | 15,0 | 15,5 | 0,0 | 0,0 |
| 33. Tabaksontwenning | 8,8 | 17,0 | 0,0 | 0,0 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | 1,5 | 32,6 | 0,0 | 0,0 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 36. Fonds verslaving | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | | | 0,0 | 0,0 |
| 38. Medische huizen | 23,0 | 48,3 | 0,0 | 0,0 |
| 39. MS/ALS/Huntington | 16,4 | 37,8 | 0,0 | 0,0 |
| 40. Chronische zieken extra | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 41. Zorgtrajecten | | | 0,0 | 0,0 |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | 0,0 | 0,0 |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 44. Zeldzame ziekten | 0,0 | 0,0 | | |
| 45. Sociaal akkoord | 0,0 | 0,0 | | |
| 46. Diversen | 4,2 | 4,8 | 0,0 | 0,0 |
| Algemeen totaal | 23,2 | 46,1 | 0,0 | 0,0 |

| Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Omschrijving | September 2010 (1) | December 2010 (2) | Maart 2011 (3) | Juni 2011 (4) |
| 1. Honoraria van geneesheren | | | | |
| a) Klinische biologie | 6,14 | -2,94 | -7,30 | -7,93 |
| b) Medische beeldvorming | 2,82 | -0,35 | -1,97 | -1,25 |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen | 4,29 | -0,09 | 0,79 | 1,57 |
| d) Speciale verstrekkingen | 3,92 | 2,69 | 2,21 | 2,26 |
| e) Heelkunde | 4,38 | 3,18 | 3,29 | 4,71 |
| f) Gynaecologie | 1,88 | 0,32 | 0,72 | 2,10 |
| g) Toezicht | 6,22 | 3,73 | 2,10 | 3,60 |
| h) Forfait accreditering geneesheren | -0,09 | -9,88 | 0,65 | 45,09 |
| i) Forfait medisch dossier | -100,00 | -100,00 | | |
| j) Forfait Telematica | 6,04 | 6,56 | 7,14 | -1,69 |
| k) Kwaliteitscontrole klinische biologie | | | | |
| l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten) | -21,25 | -16,12 | -52,66 | 5,53 |
| m) Impulsfonds | -13,42 | -13,46 | -14,40 | -12,75 |
| n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde | 14,27 | 26,41 | 9,60 | 5,09 |
| Totaal geneesheren | 4,19 | 0,43 | -0,81 | 0,15 |
| 2. a) Honoraria van tandheekkundigen | 5,22 | 2,99 | 2,86 | 1,48 |
| b) Forfait accreditering | 3,00 | 7,53 | 7,48 | 7,45 |
| Totaal tandheekkundigen | 5,18 | 3,05 | 2,93 | 1,56 |
| 3. Farmaceutische verstrekkingen | 2,78 | 3,14 | 4,09 | 4,41 |
| 4. Honoraria van verpleegkundigen | 6,03 | 6,40 | 5,55 | 4,60 |
| 5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging | 6,68 | 7,02 | 8,86 | 12,42 |
| 6. Verzorging door kinesitherapeuten | 7,33 | 5,64 | 5,26 | 4,67 |
| 7. Verzorging door bandagisten | 11,46 | 11,19 | 10,74 | 9,53 |
| 8. Verzorging door orthopedisten | 8,88 | 5,23 | 6,36 | 5,14 |
| 9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren | 5,68 | 6,24 | 6,67 | 7,88 |
| 10. Verzorging door opticiens | 5,18 | 1,10 | 2,87 | 1,19 |
| 11. Verzorging door audiciens | 13,65 | 11,91 | 7,49 | 9,07 |
| 12. Verlossingen door vroedvrouwen | 9,81 | 7,19 | 8,28 | 6,47 |
| 13. Verpleegdagprijs | 0,67 | 2,68 | 4,95 | 7,22 |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen | 5,27 | 2,61 | 4,49 | 6,91 |
| Vervoer | | | | |
| Totaal | 0,86 | 2,68 | 4,93 | 7,20 |
| (1) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008) | | | | |
| (2) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009) | | | | |
| (3) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) | | | | |
| (4) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) | | | | |

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

| Omschrijving | September 2010 (1) | December 2010 (2) | Maart 2011 (3) | Juni 2011 (4) |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| 14 Militair hospitaal - all-in prijs | -0,71 | -19,69 | -13,03 | 57,62 |
| 15. Dialyse | | | | |
| a) Geneesheren | 3,39 | 2,77 | 2,71 | 3,11 |
| b) Forfait nierdialyse | 2,58 | 1,84 | 1,75 | 2,08 |
| c) Thuis, in een centrum | 5,47 | 5,15 | 4,05 | 3,81 |
| d) Nachtdialyse | | | | |
| Totaal dialyse | 3,66 | 3,08 | 2,74 | 2,94 |
| 16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra | | | | |
| a) Rust- en verzorgingstehuizen | 11,37 | 10,56 | 9,50 | 9,62 |
| b) Rustoorden voor bejaarden | 0,69 | 1,06 | 0,94 | 0,85 |
| c) Dagverzorgingscentra | 11,45 | 8,39 | 7,78 | 4,91 |
| d) Loonharmonisering personeel RVT | -9,85 | 6,64 | 3,30 | 0,94 |
| e) Syndicale premie | 0,00 | 0,00 | 2,00 | 2,00 |
| f) Zorgvernieuwing (art. 56) | 6.964,10 | 6.641,97 | 4.578,27 | 230,47 |
| g) Palliatieve dagcentra | | | | |
| Totaal | 4,47 | 6,82 | 6,12 | 5,57 |
| 17. Einde loopbaan | 17,44 | 16,49 | 8,70 | 7,12 |
| 18. Geestelijke gezondheidszorg | | | | |
| a) Psychiatrische verzorgingstehuizen | 2,37 | 1,15 | 2,30 | 6,90 |
| b) Initiatieven van beschut wonen | 4,54 | 2,05 | -0,43 | 1,81 |
| c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen | 11,61 | 13,14 | 10,86 | 7,10 |
| Totaal | 3,14 | 1,60 | 1,64 | 5,42 |
| 19. Revalidatie en herscholing | 7,14 | 6,35 | 5,46 | 5,19 |
| 20. Bijzonder Fonds | 79,94 | 68,77 | 82,85 | 35,01 |
| 21. Logopedie | 9,49 | 7,64 | 7,40 | 6,73 |
| 22. Medisch-pediatische centra | -100,00 | -100,00 | | |
| 23. Andere kosten van verblijf en reiskosten | 59,18 | 39,32 | 27,86 | 17,74 |
| 24. Regularisaties + Herfacturatie | 29,50 | 20,10 | -18,32 | -11,05 |
| 25. Maximumfactuur | | | | |
| a) Sociale MAF | 16,52 | 6,78 | -0,68 | -6,80 |
| b) Fiscale MAF | -83,72 | -100,00 | -100,00 | -100,00 |
| Totale Maximumfactuur | 17,01 | 7,27 | -0,37 | -6,64 |

(1) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)

(2) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)

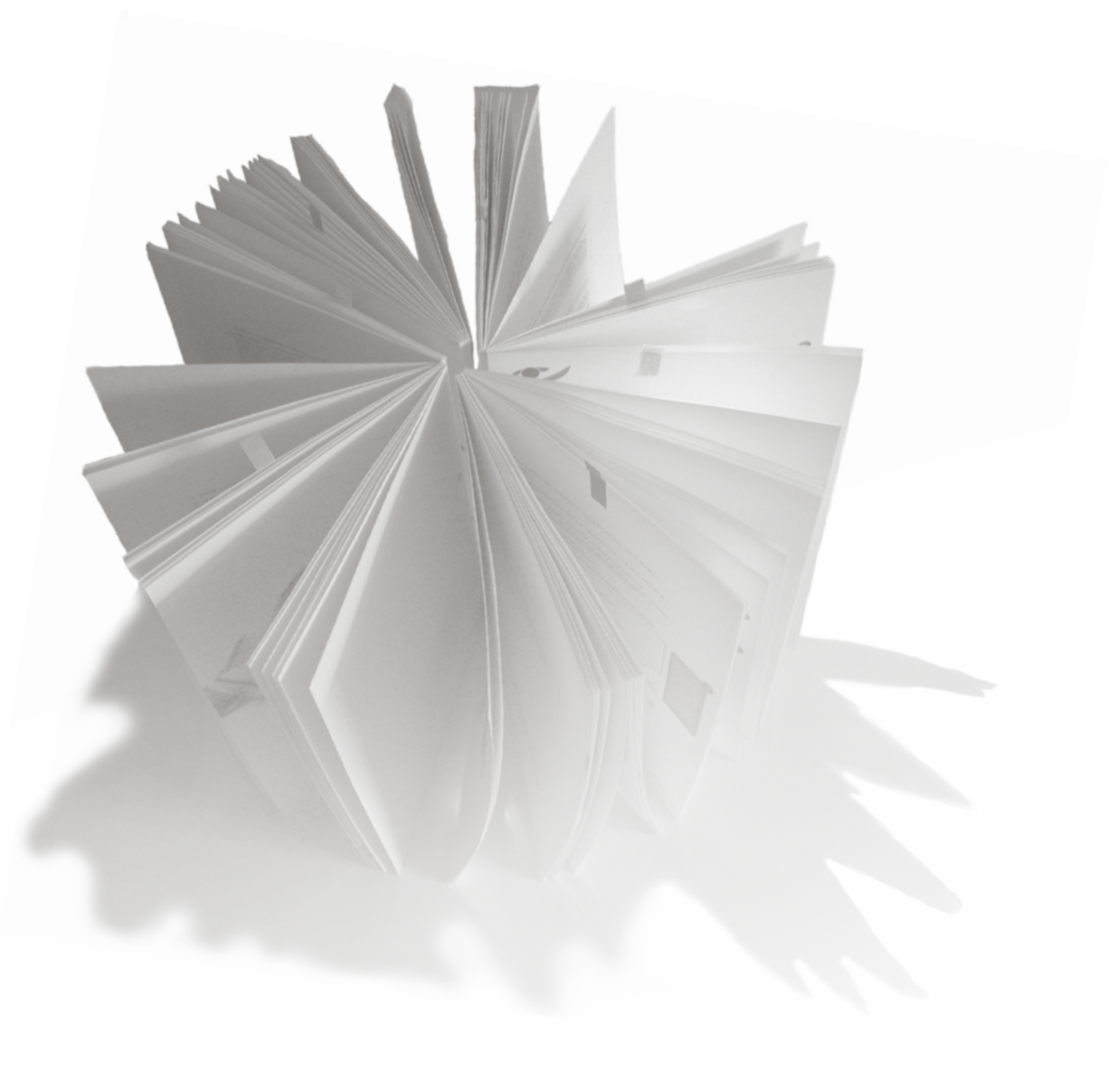
(3) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)

(4) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)

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

| Omschrijving | September 2010 (1) | December 2010 (2) | Maart 2011 (3) | Juni 2011 (4) |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| 26. Chronische ziekten | 6,53 | 6,41 | 2,32 | 2,49 |
| 27. Palliatieve zorgen | 5,79 | 3,07 | 3,17 | 5,79 |
| 28. Palliatieve zorgen (patiënt) | 9,59 | 5,07 | 3,48 | 3,14 |
| 29. Menselijk lichaamsmateriaal | 9,86 | -3,60 | -4,09 | -3,68 |
| 30. Multidisciplinaire teams rolwagens | 24,94 | 10,92 | 4,50 | 0,79 |
| 31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg | | | | |
| a) SISD | -9,37 | -8,98 | 11,81 | 7,24 |
| b) COMA | 10,75 | -1,62 | -2,61 | -2,62 |
| c) Therapeutische projecten | -14,57 | -29,37 | -15,16 | 4,16 |
| Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg | -5,84 | -16,34 | -4,69 | 2,63 |
| 32. Geïnterneerden | 16,41 | 37,45 | -8,16 | -24,60 |
| 33. Tabaksontwenning | 15.733,33 | 1.122,00 | 329,34 | 137,46 |
| 34. Psychiatrisch verzorgingscircuit | -12,25 | -3,08 | 5,40 | -11,77 |
| 35. Stabiliteitsprovisie | | | | |
| 36. Fonds verslaving | 1.370,94 | 343,79 | 116,85 | -18,39 |
| 37. Inhaalbedragen ziekenhuizen | -100,00 | | | |
| 38. Medische huizen | | | | |
| 39. MS/ALS/Huntington | 140,01 | 78,92 | 37,90 | 56,57 |
| 40. Chronische ziekten extra | | | | |
| 41. Zorgtrajecten | | | | |
| 42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie | | | | |
| 43. Fonds voor de medische ongevallen | | | | |
| 44. Zeldzame ziekten | | | | |
| 45. Sociaal akkoord | | | | |
| 46. Diversen | 91,01 | 31,89 | 59,45 | 33,64 |
| Algemeen totaal | 3,50 | 3,16 | 3,33 | 4,00 |
| (1) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008) (2) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009) (3) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) (4) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) | | | | |

8^e Deel
Bibliografie



Gezondheidszorg in een notedop ¹

Auteurs : S. Callens, D. Fornaciari, L. Martens, C. Van der Elst en F. Van Der Mauten

In het boek geven we de regelgeving rond een aantal thema's uit de gezondheidszorg zo eenvoudig en duidelijk mogelijk weer. We kunnen uiteraard niet alle regelgeving die te maken heeft met gezondheidszorg toelichten.

We hebben er dan ook voor geopteerd de thema's te bespreken die een belangrijke impact hebben op de gezondheidszorg. Het boek is ingedeeld in zes titels die de regelgeving rond een verschillend thema uit de gezondheidszorg behandelen.

In de eerste titel staan we eerst stil bij de vraag wie in België bevoegd is om de regels voor de gezondheidszorg uit te werken. Er wordt ook een beknopt overzicht geschetst van enkele Europeesrechtelijke bepalingen die van toepassing zijn op de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit. In de tweede titel bespreken we enkele kenmerken zowel van de gezondheidszorg in het algemeen als van het Belgische gezondheidszorgsysteem.

In de gezondheidszorg is een belangrijke rol weggelegd voor de patiënt. In de derde titel wordt aandacht besteed aan de verschillende patiëntenrechten. Er wordt ook stilgestaan bij het wettelijk kader rond enkele ethische vraagstukken. Tot slot wordt een overzicht gegeven van de verschillende soorten van aansprakelijkheid van de verschillende actoren uit de gezondheidszorg en wordt nagegaan tot wie een patiënt zich kan richten indien er iets mis gaat bij een behandeling.

De vierde titel gaat in op het aanbod van de zorg, met aandacht voor de belangrijkste beroepsbeoefenaren en vooral de werking, de structurering en organisatie van de medische en verpleegkundige activiteit van de ziekenhuizen.

Ook de geneesmiddelenindustrie en de industrie van medische hulpmiddelen zijn belangrijke actoren in de gezondheidszorg. In de vijfde titel gaan we na hoe geneesmiddelen en medische hulpmiddelen worden op de markt gebracht, hoe ze kunnen worden verkocht en hoe ze terugbetaald worden.

Het beleid inzake gezondheidszorg veronderstelt tot slot ook het omgaan met informatie. In de zesde titel wordt specifieke aandacht besteed aan het beroepsgeheim en de patiëntendossiers. Ook wordt besproken hoe gezondheidsinformatie met respect van de privacy van de patiënt kan worden verwerkt.

Op het einde van het boek is een lijst opgenomen met werken waar u, indien u dit wenst, meer informatie kan vinden over de thema's behandeld in dit boek. Op het einde van het boek vindt u eveneens een overzicht van de belangrijkste wetteksten over de thema's behandeld in het boek. De wetteksten zijn voor de duidelijkheid gerangschikt per titel.

1. Uitgever: Die Keure, Kleine Pathoekeweg 3, 8000 Brugge - Tel. 050 42 12 72 – Fax: 050 33 51 54 – E-mail: juridische.uitgaven@diekeure.be
Website: www.diekeure.be