

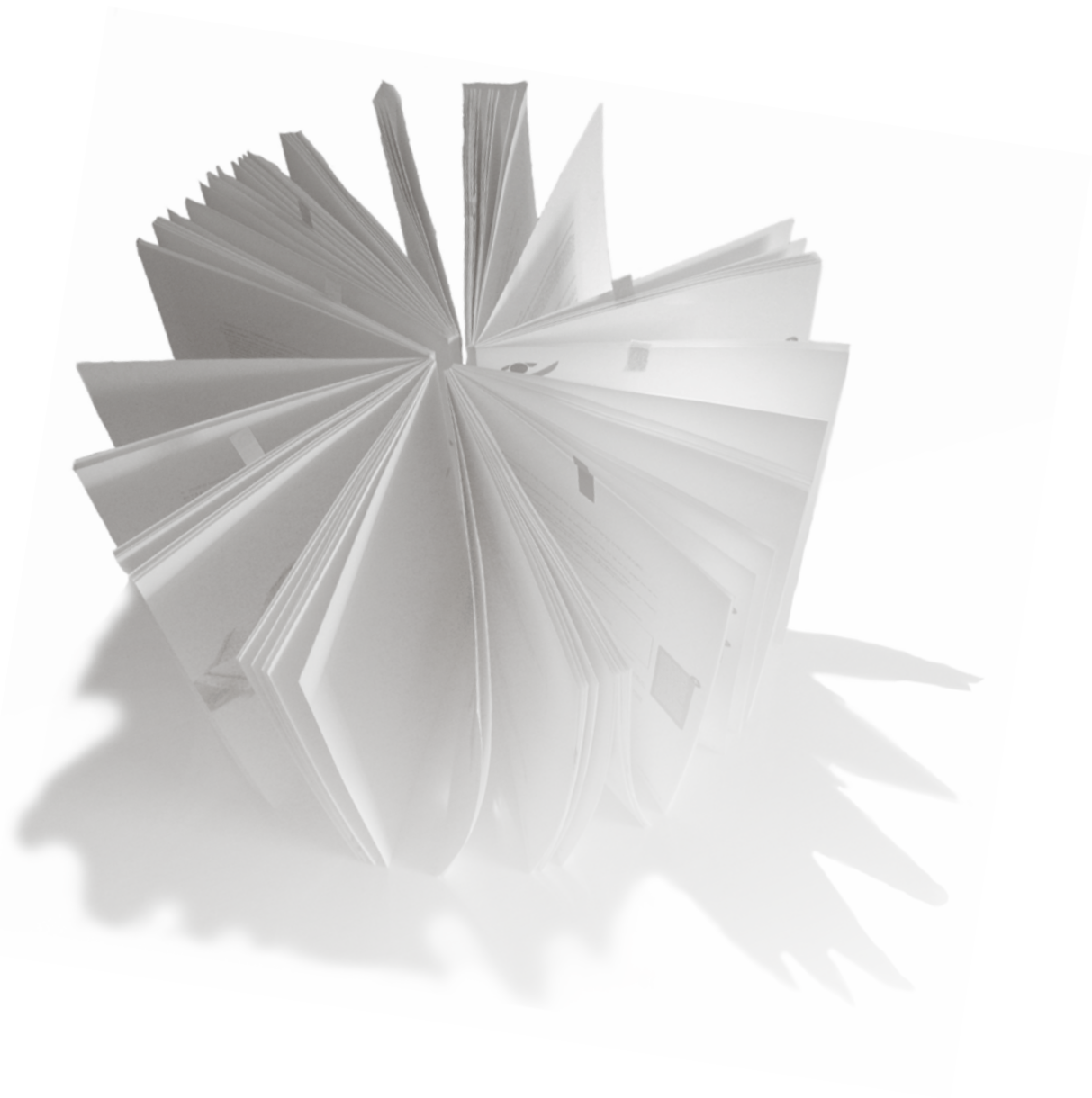
Inhoud

1 ^e Deel - Studies ¹	3
Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (1995 – 2010), Door Inge MEYERS en Paul-André BRIFFEUIL	4
2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	45
4 ^e trimester 2011	46
3 ^e Deel - Rechtspraak	61
I. Raad van State, Afdeling Bestuursrechtspraak, 8 maart 2012 Cassatieprocedure tegen een beslissing van de Kamer van Beroep ingesteld bij de DGEC.	62
II. Arbeidshof van Bergen, 9 februari 2012 Verordening E.E.G. 1408/71, artikel 22 - Zwitserland – Wet van 30 januari 2002	65
III. Arbeidshof van Bergen, 2 februari 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, 1 ^e lid, 5 ^o en 3 ^e lid - Verjaring na vijf jaar van bedrieglijke handelingen - Redelijke termijn – Sluiting van de loop van de interessen	67
IV. Arbeidshof van Brussel, 10 februari 2012 Wet van 14 juli 1994, artikel 55 <i>bis</i> – K.B. van 2 augustus 2002 – Sociaal plan kiné - De niet-retroactiviteit van de wetten en besluiten – Artikel 23 van de Grondwet – Beginsel van gewettigd vertrouwen	71
4 ^e Deel - Parlementaire vragen en antwoorden	77
I. Wijkgezondheidscentra Voordelen	78
II. Sociale identiteitskaart Co-ouderschap – Attest van sociaal verzekerde	82
III. Rookstopbegeleiding	83

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

IV. Ouderen	
Gezondheidszorgbeleid – Residentiële sector - Rusthuisbedden	85
V. Palliatieve zorg	
Aanpak	88
5 ^e Deel - Basisgegevens	91
I. Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex	92
1. Algemene regeling	92
2. Regeling van de zelfstandigen	104
6 ^e Deel - Statistieken	111
Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 2011	112
7 ^e Deel – Publicatie van de prijzen	133
Publicaties van het RIZIV en tarieven voor 2012	134

1^e Deel Studies



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

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

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

Het gaat om de volgende arresten: RvS, 29.06.1998, nr. 74.711, M.; RvS, 04.10.2001, nr. 99.489, D. B. ; RvS, 17.01.2002, nr. 102.632, D. J. ; RvS, 17.01.2002, nr. 102.633, M.

De franstalige rechtspraak van de Raad van State is reeds behandeld in een kroniek gepubliceerd in het informatieblad van het RIZIV 2011/2.

Inge MEYERS, Attaché en Paul-André BRIFFEUIL, Adviseur
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Juridische directie

1. Raad van State (10^e k.), V., arrest nr. 65.295¹ van 18 maart 1997

ZIV-reglementering – Miskenning – Strafbaar zonder bedrieglijk of frauduleus inzicht / Strafmaat – Beslissing van de strafrechter - Bedrieglijk opzet niet bewezen - Gezag *erga omnes*

De wet eist niet dat de ZIV-reglementering met opzet wordt miskend. Iemand is strafbaar van zodra hij zich niet schikt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de gecoördineerde wet. Het verbod van verzekeringstegemoetkoming kan in geval van louter administratieve vergissingen opgelegd worden. Er moet dan niet bewezen worden dat met bedrieglijk of frauduleus inzicht werd gehandeld.

De tuchtrechter mag bij de straftoemeting geen feiten in aanmerking nemen waarvan het bestaan door de strafrechter werd ontkend. De bestreden beslissing rust op wettelijk niet toelaatbare motieven wanneer, om de strafmaat te verantwoorden, gesteund wordt op het bestaan van een "frauduleus systeem", terwijl dat door de strafrechter niet voldoende bewezen werd geacht. Het zou een miskenning van het gezag *erga omnes* van de beslissing van de strafrechter uitmaken.

(vernietiging en verwijzing)

1. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 08.12.1993.

2. Raad van State (7^e k.), F., arrest nr. 65.320² van 18 maart 1997

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Motiveringsplicht – Artikel 97 van de Grondwet (art. 149 van de gecoördineerde Grondwet)

Overeenkomstig artikel 97 van de Grondwet (thans art. 149 van de gecoördineerde Grondwet van 17.02.1994) moet elk vonnis met redenen omkleed zijn. De in die bepaling vervatte rechterlijke motiveringsplicht moet ook door de administratieve rechtscolleges, zoals de Commissie van beroep, worden nageleefd.

De motiveringsplicht dwingt de rechter ertoe om op een duidelijke en ondubbelzinnige wijze de gronden te vermelden waarop zijn beslissing steunt en om eis en verweer van de partijen te beantwoorden.

Wanneer er niet wordt ingegaan op een door de verzoeker uitdrukkelijk opgeworpen middel, voldoet de beslissing niet aan de motiveringsplicht. Door alleen maar de motieven van de Beperkte Kamer te hernemen, zonder op het verweer van verzoeker te antwoorden, voldoet de bestreden beslissing ook niet aan de voornoemde motiveringsplicht.

(vernietiging en verwijzing)

3. Raad van State (7^e k.), M., arrest nr. 74.711³ van 29 juni 1998

Verkeerde datering van inkomende post – Geval van overmacht – Belang

De verzoeker dient in principe in te staan voor de fouten van zijn raadslieden en hun lasthebbers of aangestelden. Daarbij kan geen verschil worden gemaakt al naargelang vergissingen begaan werden door eigen werknemers of door uitzendkrachten waarop een beroep wordt gedaan.

De verkeerde datering van inkomende post op een advocatenkantoor kan niet als een geval van overmacht worden beschouwd. Er moet worden vastgesteld dat verzoeker belang ontbreekt.

(debatten worden heropend, uitspraak wordt opgeschort en er worden prejudiciële vragen aan het Arbitragehof gesteld)

2. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 16.03.1993.

3. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 18.02.1997; Zie Arbitragehof, arrest nr. 94/99 van 15.07.1999 en RvS, 24.11.1999, nr. 83.605. M. (verworpen).

4. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 79.230⁴ van 11 maart 1999

Koninklijk besluit van 14 september 1984 – Ontwerp van reglementair besluit – Advies van de Raad van State – Afdeling wetgeving – Hoogdringendheid / Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Artikel 159 van de gecoördineerde Grondwet – Toetsing van wettigheid / Zorgverlener – Goede trouw / Raad van State – Bevoegdheid – Strafmaat – Onevenredigheid tussen fout en straf / Nomenclatuur – Interpretatie

Artikel 18 van de gewone wet van 9 augustus 1980 tot hervorming der instellingen bepaalt dat “buiten het met bijzondere redenen omklede geval van hoogdringendheid”, de tekst van alle ontwerpen van reglementaire besluiten aan het beredeneerd advies van de afdeling wetgeving moet worden onderworpen.

Volgens artikel 159 van de gecoördineerde Grondwet (vroeger art. 107 van de Grondwet) heeft elk met eigenlijke rechtspraak belast orgaan de macht en de plicht de wettigheid te toetsen van de besluiten welke het toepast. Bij de uitoefening van de bevoegdheid om de toepassing van onwettige verordeningen te weigeren, mag een rechtscollege zich niet in de plaats van de politiek verantwoordelijke overheid stellen om te oordelen of een besluit bij “hoogdringendheid”, dat is zonder het advies van de afdeling wetgeving in te winnen, moet worden genomen.

Het rechtscollege is anderzijds verplicht na te gaan of de bevoegde overheid, toen zij zich op de dringende noodzakelijkheid beriep, de bepaling van artikel 3, § 1, van de gecoördineerde wetten volgens haar juiste draagwijdte heeft gehanteerd. Dat wil zeggen dat zij moet nagaan of de overheid, toen zij het begrip “dringende noodzakelijkheid” op de omstandigheden van de zaak toepaste, van dat begrip niets anders is gaan maken en de rechtskwalificatie die de wetgever er aan heeft gegeven zodoende niet heeft miskend.

In de bijzondere redengeving moeten de omstandigheden eigen aan de zaak worden vermeld die de dringende noodzakelijkheid om geen advies van de afdeling wetgeving in te winnen rechtvaardigen. Uit die bijzondere motivering moet niet blijken waarom het niet meer mogelijk was een advies binnen ten hoogste drie dagen te vragen zoals geregeld in artikel 84 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State. Artikel 84 regelt de organisatie van de afdeling wetgeving en houdt geen verplichting in om in bepaalde gevallen een spoedadvies te vragen.

De dringende noodzakelijkheid om de afdeling wetgeving van de Raad van State niet te raadplegen in de aanhef van het Koninklijk besluit van 14 september 1984 werd als volgt gemotiveerd: “Overwegende dat een afdoende werking van de Rijksadministratie het noodzakelijk maakt dat de volgnummers die in de nomenclatuur de geneeskundige verstrekkingen aanwijzen zo vlug mogelijk moeten worden bekendgemaakt opdat ze vanaf 1 januari 1985 kunnen worden gebruikt”.

De overheid gaf dus aan dat het voor de goede werking van het bestuur onontbeerlijk was dat de nieuwe nomenclatuurnummers, die vanaf 1 januari 1985 moesten worden gebruikt, zonder uitstel zouden worden gepubliceerd.

Die motivering is geen loutere stijfformule of een puur formele motivering, zoals verzoeker beweert. De tijdspanne van meer dan drie maanden die noodzakelijk werd geacht om de toepassing van het nieuwe besluit voor te bereiden, is niet onredelijk lang wanneer men in aanmerking neemt dat de vroegere nomenclatuur volledig werd vervangen en dat alle geneeskundige verstrekkingen een nieuw codenummer toebedeeld kregen. Bij die operatie waren duizenden zorgverleners betrokken en die moesten de tijd krijgen om de nodige maatregelen te nemen zodat de nieuwe nomenclatuurnummers op 1 januari 1985 konden worden toegepast.

4. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 25.07.1995.

Uit één en ander volgt dat de Minister terecht heeft kunnen oordelen dat het noodzakelijk was om de nieuwe reglementering bekend te maken ruim drie maanden vóór ze uitwerking zou krijgen.

De bevoegde Minister is zijn appreciatiebevoegdheid niet te buiten gegaan wanneer hij oordeelde dat het besluit om die reden zo dringend was geworden dat er geen tijd meer was om nog het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State te vragen.

De exceptie afgeleid uit het niet raadplegen van de afdeling wetgeving door de Commissie van beroep werd dus terecht verworpen.

Het feit dat verzoeker reeds meer dan 30 jaar praktiseert zonder dat hij reeds voor de Beperkte Kamer diende te verschijnen, kan geen verschoningsgrond uitmaken voor de niet correcte toepassing van de nomenclatuur. De goede trouw van de verstrekker sluit de toepassing van een sanctie niet uit.

Het komt de Raad van State niet toe zijn oordeel omtrent de strafmaat in de plaats van het oordeel van de beroepscommissie te stellen. De Raad mag enkel nagaan of er voor de in aanmerking genomen feiten een sanctie kan worden opgelegd en of die sanctie niet buiten alle verhoudingen tot de feiten staat. Er kan slechts tot de onevenredigheid tussen straf en fout worden besloten wanneer het in redelijkheid ondenkbaar is dat die straf voor die fouten wordt opgelegd.

Indien de correcte wijze van aanrekenen de betrokkene niet voldoende duidelijk was, had hij het RIZIV om verduidelijking moeten verzoeken. Het was hem hoe dan ook niet toegelaten de prestatie op grond van een eigen interpretatie van de nomenclatuur aan te rekenen.

(verworpen)

5. Raad van State (7^e k.), R., arrest nr. 81.398⁵ van 28 juni 1999

Afwezigheid van raadsman wegens ziekte – Vraag van uitstel / Verzoekschrift niet gemotiveerd – Ontvankelijkheid van het beroep / Tegensprekelijk debat – Rechten van verdediging

Verzoeker verzocht bij monde van zijn advocaat om uitstel ter zitting van de Commissie van beroep omwille van de afwezigheid wegens ziekte van zijn toenmalige raadsman, Mr. H. (die de *dominus litis* was). De ziekte toonde hij aan met een medisch attest van 24 september 1994.

De Commissie van beroep heeft evenwel vastgesteld dat het verzoekschrift tot beroep tegen de beslissing van de Beperkte Kamer niet gemotiveerd was zoals bepaald door artikel 249, § 1, van voornoemd Koninklijk besluit van 9 november 1963.

De Commissie wenste, volgens het zittingsblad, geen uitstel toe te staan en weerhield de zaak om vervolgens te besluiten tot de ontvankelijkheid van het beroep.

De Commissie van beroep heeft zodoende uitspraak gedaan over de ontvankelijkheid, zonder een tegensprekelijk debat te laten plaatsvinden. Op die manier heeft zij aan verzoekers raadsman de mogelijkheid ontnomen om over de ontvankelijkheid van het hoger beroep te pleiten.

Bovendien heeft de Commissie van beroep geenszins gemotiveerd waarom niet kon worden ingegaan op de vraag tot uitstel.

De Commissie van beroep heeft dus de rechten van verdediging van verzoeker geschonden.

5. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 22.11.1994.

(vernietiging en verwijzing)

6. Raad van State (7^e k.), D.B., arrest nr. 99.489⁶ van 4 oktober 2001

Artikel 142 van de gecoördineerde wet – Verplichte vermeldingen in beslissing / Raad van State – Stellen van een prejudiciële vraag – Verplichting

Noch artikel 18 van het Koninklijk besluit van 12 december 1990 houdende nadere organisatie van de controlecommissie en de Commissie van beroep opgericht bij artikel 79*bis* van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een verzekering voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, noch enige andere bepaling, schrijft voor dat de Commissie van beroep in haar beslissing moet vermelden dat de niet stemgerechtigde leden in hun advies werden gehoord of dat de beslissing bij eenparigheid van stemmen werd genomen.

De verzoeker voor de commissie van beroep werpt de schending op van de toenmalige artikelen 6 en 6*bis* van de Grondwet door artikel 90*bis* van de wet van 9 augustus 1963, waaromtrent hij om het stellen van een prejudiciële vraag aan het Arbitragehof verzocht.

De aangevoerde schending van het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel komt er samengevat op neer dat de wetgever dat beginsel heeft geschonden door een bijzondere sanctie, meer bepaald het verbod van de derdebetalersregeling, in te stellen. Die sanctie treft enkel de geneesheren die aan de derdebetalersregeling onderworpen prestaties verstrekken.

Indien een vraag ten aanzien van een schending door een wet van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor de Raad van State wordt opgeworpen, moet de Raad van State krachtens artikel 26, § 1, 3^o en § 2, eerste lid van de bijzondere wet op het Arbitragehof van 6 januari 1989, het Arbitragehof verzoeken over die vraag uitspraak te doen.

De Raad van State is van die verplichting slechts vrijgesteld wanneer de vordering niet ontvankelijk is om procedurerechten ontleend aan normen die zelf niet het onderwerp uitmaken van het verzoek tot het stellen van de prejudiciële vraag of wanneer de beslechting van het geschil niet door het antwoord van het Arbitragehof kan worden beïnvloed.

De Raad van State is in tegenstelling tot de commissie van beroep niet vrijgesteld van de verplichting om het Arbitragehof te consulteren wanneer dat college reeds uitspraak heeft gedaan over een beroep met hetzelfde onderwerp.

(debatten worden heropend en er worden prejudiciële vragen aan het Arbitragehof gesteld)

6. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 22.12.1993; Zie: Arbitragehof, arrest nr. 94/2002, 05.06.2002 en RvS, 24.04.2003, nr. 118.636, D. B. (afstand van het geding).

7. Raad van State (7^e k.), N., arrest nr. 101.249⁷ van 29 november 2001

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege / Artikel 779 Gerechtelijk wetboek – Wijziging in de samenstelling – Herneming *ab initio* van de zaak – Zittingsblad

De commissie van beroep is een administratief rechtscollege.

De rechten van de partijen die optreden voor een rechtsprekend orgaan worden enkel ten volle geëerbiedigd wanneer de samenstelling van dat orgaan niet wordt gewijzigd tijdens het verloop van de rechtspleging.

Dat beginsel wordt voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde verwoord in artikel 779 van het Gerechtelijk wetboek. Dat artikel bepaalt dat de rechters die het vonnis wijzen alle zittingen over de zaak bijgewoond moeten hebben, “één en ander op straffe van nietigheid”.

Dat betekent dat ingeval het nodig is tijdens de rechtspleging de samenstelling van het rechtscollege te wijzigen, de behandeling van de zaak daadwerkelijk opnieuw, in haar geheel, *ab initio*, moet worden overgedaan.

Met het Hof van Cassatie (arrest van 30.05.1995, Arr. Cass. 1995, 534) stelt de Raad van State vast dat geen wetsbepaling vereist dat, na wijziging van de samenstelling van het rechtscollege, uitdrukkelijk op het zittingsblad zou worden vermeld dat de zaak in haar geheel wordt hernomen. Dergelijke herneming kan ook blijken uit de stukken van de rechtspleging.

Het feit dat op het zittingsblad van de zitting van 20 februari 1996 niet expliciet is vermeld dat de zaak *ab initio* werd hernomen, sluit derhalve geenszins uit dat uit andere vermeldingen op dat blad, of op een andere wijze, zou kunnen blijken dat de zaak wel degelijk volledig werd overgedaan.

(debatten worden heropend)

8. Raad van State (7^e k.), C.-D., arrest nr. 102.581⁸ van 17 januari 2002

Vormvereisten – Rechtsgeldigheid / Redelijke termijn – Dubbele aanleg en bijkomende onderzoeksmaatregel / Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Motiveringsplicht – Wet van 29 juli 1991 is niet van toepassing / Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State – Cassatierechter

Een onregelmatigheid bij de betekening tast de rechtsgeldigheid en regelmatigheid van de beslissing niet aan.

De beslissingen van de Commissie van beroep worden bij meerderheid van stemmen genomen. Er is echter geen enkele bepaling die voorschrijft dat de beslissing moet vermelden dat zij met meerderheid van stemmen genomen is.

7. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 26.03.1996; Zie: RvS, 27.02.2003, nr. 116.560, N. (vernietiging).

8. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 21.08.1998 en tegen de beslissing van de geneesheer-inspecteur-generaal van 24.08.1998.

De Commissie van beroep kon een verbod van de derdebetalersregeling opleggen. Geen enkele bepaling schrijft echter voor dat de Commissie ook zelf de datum waarop het verbod van verzekeringstegemoetkoming ingaat, moet bepalen.

De Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid, dat op straffe van rechtsweigeringspraak moet doen over het bij haar ingesteld beroep.

Zelfs een niet verantwoorde vertraging bij het verlenen van een uitspraak kan de Commissie van beroep niet ontheffen van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

Een tijdspanne van drie jaar sinds de verwijzing van de zaak naar de beperkte kamer is *in casu* niet onredelijk lang, rekening houdend met in het bijzonder de dubbele aanleg en het uitvoeren van een bijkomende onderzoeksmaatregel tijdens de beroepsprocedure.

In het licht van de talrijke en tijdrovende onderzoeksverrichtingen kan moeilijk staande worden gehouden dat het aanvullend onderzoek overdreven of onredelijk lang heeft geduurd. Wanneer verzoekster bovendien het aanvullend onderzoek zelf heeft gevraagd, is zij minstens mee verantwoordelijk voor de beweerde overschrijding van de redelijke termijn. Er blijkt dus niet dat in de procedure ergens een onverantwoorde of onredelijke achterstand werd opgelopen.

De Commissie van beroep is een administratief rechtscollege. Als dusdanig is de wet van 29 juli 1991 betreffende de motivering van de bestuurshandelingen niet van toepassing.

De Raad van State kan zich als administratief cassatierechter niet in de plaats van de Commissie van beroep stellen voor wat betreft de feitenbevinding.

(verworpen)

9. Raad van State (7^e k.), D. J., arrest nr. 102.632⁹ van 17 januari 2002

Artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet – Toepassingsgebied / Stellen van een prejudiciële vraag / Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

Artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet regelt enkel de verhouding tussen de verzekeringsinstelling en haar verzekerde. De vordering van de Dienst is niet onderworpen aan de daarin gestelde verjaringstermijn.

Indien een vraag ten aanzien van een schending door een wet van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor de Raad van State wordt opgeworpen, moet de Raad van State krachtens artikel 26, § 1, 3^o en § 2, eerste lid van de bijzondere wet op het Arbitragehof van 6 januari 1989, het Arbitragehof verzoeken over die vraag uitspraak te doen.

De Raad van State is van die verplichting slechts vrijgesteld wanneer de vordering niet ontvankelijk is om procedurerechten ontleend aan normen die zelf niet het onderwerp uitmaken van het verzoek tot het stellen van de prejudiciële vraag of wanneer de beslechting van het geschil niet door het antwoord van het Arbitragehof kan worden beïnvloed.

9. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 23.12.1997; Zie RvS 28.12.2003, nr. 126.554, D. J. (verworpen).

Het komt de Raad van State niet toe in de plaats van het Arbitragehof te treden om na te gaan of er inderdaad sprake is van een ongelijke behandeling van gelijke toestanden.

De bevoegdheid van een administratief rechtscollege raakt de openbare orde. Een middel daaromtrent is dus ontvankelijk, ook al werd de desbetreffende exceptie niet vooraf aan de feitenrechter voorgelegd.

De Commissie van beroep is op basis van artikel 142, § 2 van de gecoördineerde wet door de wetgever bevoegd gemaakt om van de hogere beroepen tegen de beslissingen van de controlecommissie kennis te nemen en uitspraak erover te doen.

Artikel 6 EVRM waarborgt in geval van een betwisting over een burgerlijk recht, het recht op toegang tot een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie. De Commissie van beroep is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De commissie bestaat uit twee magistraten die stemgerechtigd zijn, uit vier geneesheren aangeduid door de representatieve organisaties van geneesheren en vier geneesheren aangeduid door de verzekeringsinstellingen, welke slechts een raadgevende functie hebben.

De Dienst voor geneeskundige controle wordt ter zitting gehoord in zijn middelen. De Dienst is echter niet vertegenwoordigd in de Commissie en neemt helemaal niet deel aan de beraadslagingen van de Commissie van beroep. De Commissie van beroep is geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen ten aanzien van het RIZIV. De Commissie van beroep voldoet dus aan de vereisten van een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie.

Wanneer de gesuggereerde prejudiciële vraag betrekking heeft op een onderwerp dat de openbare orde raakt, en de belangen van geen van de partijen geschonden wordt door de herformulering in de laatste memorie van die vraag, is er grond om de vraag, zoals bedoeld in de laatste memorie, aan het Arbitragehof voor te leggen.

(debatten worden heropend en er worden prejudiciële vragen aan het Arbitragehof gesteld)

10. Raad van State (7^e k.), M., arrest nr. 102.633¹⁰ van 17 januari 2002

Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Onafhankelijkheid en onpartijdigheid / Stellen van een prejudiciële vraag

De bevoegdheid van een administratief rechtscollege raakt de openbare orde. Een middel daaromtrent is dus ontvankelijk, ook al werd de desbetreffende exceptie niet vooraf aan de feitenrechter voorgelegd.

De Commissie van beroep is op basis van artikel 142, § 2 van de gecoördineerde wet door de wetgever bevoegd gemaakt om van de hogere beroepen tegen de beslissingen van de controlecommissie kennis te nemen en uitspraak erover te doen.

Artikel 6 EVRM waarborgt in geval van een betwisting over een burgerlijk recht, het recht op toegang tot een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie. De Commissie van beroep is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De Commissie bestaat uit twee magistraten die stemgerechtigd zijn, uit vier geneesheren aangeduid door de representatieve organisaties van geneesheren en vier geneesheren aangeduid door de verzekeringsinstellingen, welke slechts een raadgevende functie hebben.

10. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 06.04.1998. Zie: Raad van State, 18.12.2003, nr. 126.553, M. C. (verworpen).

De Dienst voor geneeskundige controle wordt ter zitting gehoord in zijn middelen. De Dienst is echter niet vertegenwoordigd in de Commissie en neemt helemaal niet deel aan de beraadslagingen van de Commissie van beroep. De Commissie van beroep is geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen ten aanzien van het RIZIV. De Commissie van beroep voldoet dus aan de vereisten van een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie. Het feit dat in de desbetreffende procedure niet de mening van een instantie, vergelijkbaar met het arbeidsauditoraat, wordt ingewonnen, doet daaraan geen afbreuk.

Indien een vraag ten aanzien van een schending door een wet van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet voor de Raad van State wordt opgeworpen, moet de Raad van State krachtens artikel 26, § 1, 3^o en § 2, eerste lid van de bijzondere wet op het Arbitragehof van 6 januari 1989, het Arbitragehof verzoeken over die vraag uitspraak te doen.

De Raad van State is van die verplichting slechts vrijgesteld wanneer de vordering niet ontvankelijk is om procedurerechten ontleend aan normen die zelf niet het onderwerp uitmaken van het verzoek tot het stellen van de prejudiciële vraag of wanneer de beslechting van het geschil niet door het antwoord van het Arbitragehof kan worden beïnvloed.

Wanneer de gesuggereerde prejudiciële vraag betrekking heeft op een onderwerp dat de openbare orde raakt, en de belangen van geen van de partijen geschonden wordt door de herformulering in de laatste memorie van die vraag, is er grond om de vraag, zoals bedoeld in de laatste memorie, aan het Arbitragehof voor te leggen.

(debatten worden heropend en er wordt een prejudiciële vraag gesteld aan het Arbitragehof)

11. Raad van State (7^e k.), S., arrest nr. 108.833¹¹ van 4 juli 2002

Afstand van proceduremiddel – Stilzwijgend akkoord – Geen uitdrukkelijke afstand

De afstand van het desbetreffende middel tegen de beslissing die in eerste aanleg door de Beperkte Kamer werd genomen, werd niet op het zittingsblad genoteerd.

Er mag worden verwacht dat een procedurehandeling met dergelijke strekking op het zittingsblad van de Commissie van beroep wordt genoteerd, temeer dit middel van cruciaal belang is voor de zaak. De verzoeker voerde immers voor de Commissie aan dat de hem ten laste gelegde inbreuken een gevolg zijn van een computerprogramma, waaromtrent de door hem aangevoerde, doch door de Commissie geweigerde getuige, de nodige verduidelijkingen had kunnen verschaffen.

Een eventueel stilzwijgend akkoord houdt geen uitdrukkelijke afstand in.

(vernietiging en verwijzing)

11. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 29.08.1997.

12. Raad van State (7^e k.), K., arrest nr. 115.461¹² van 6 februari 2003

Onderzoeksmaatregel – Noodzakelijkheid en opportuniteit – Beoordelingsbevoegdheid van de Commissie van beroep / Verplichting uitspraak te doen op straffe van rechtsweigering / Redelijke termijn / Opschorting van uitspraak – Strafprocedure

De Commissie van beroep oordeelt binnen de grenzen van haar bevoegdheid over de noodzakelijkheid en de opportuniteit van een onderzoeksmaatregel. Ze oordeelt op onaantastbare wijze over de waarde en de bewijskracht van de haar overgelegde bewijsmiddelen en over de vraag of ze nopens de feitelijke toedracht van de zaak voldoende is ingelicht dan wel of daarvoor nog bijkomende onderzoeksmaatregelen, zoals het horen van getuigen, nodig zijn.

De Commissie van beroep is door het aanbod tot het leveren van het tegenbewijs, onder meer door een getuigenverhoor, af te wijzen, de grenzen van haar appreciatiebevoegdheid niet te buiten gegaan. Zij heeft evenmin blijk gegeven van enige partijdigheid.

De Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid, dat op straffe van rechtsweigering uitspraak moet doen over het bij haar ingesteld beroep.

Zelfs een niet verantwoorde vertraging bij het verlenen van een uitspraak kan de Commissie van beroep niet ontheffen van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

De beslissingstermijn van zes weken is een termijn van orde en is dus niet voorgeschreven op straffe van nietigheid.

De verzoeker kan er zich bezwaarlijk over beklagen dat hij onredelijk lang op de uitspraak heeft moeten wachten, vermits hij zelf bij de Commissie van beroep heeft aangedrongen om voor iedere uitspraak het resultaat van het strafonderzoek af te wachten.

Er is geen bepaling die voorschrijft dat de beslissing van de commissie van beroep moet vaststellen dat zij genomen is bij meerderheid van stemmen. Evenmin moet er melding gemaakt worden van de inhoud van de adviezen van de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve beroepsverenigingen.

Er is geen wetsbepaling die voorschrijft dat de Commissie van beroep haar uitspraak moet opschorten tot er een definitieve uitspraak in de strafprocedure is.

(verworpen)

¹². Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 18 02.1992.

13. Raad van State (7^e k.), N., arrest nr. 116.560¹³ van 27 februari 2003

Afstand van proceduremiddel – Duidelijkheid

Afstand van een middel moet duidelijk zijn. De Commissie van beroep kan als administratief rechtscollege, uit de vaststelling dat het niet duidelijk was of de verzoeker het middel nog handhaafde, niet afleiden dat er afstand van het betrokken proceduremiddel werd gedaan.

(vernietiging en verwijzing)

14. Raad van State (7^e k.), H., arrest nr. 116.561¹⁴ van 27 februari 2003

Nomenclatuur – Niets toevoegen aan de reglementering

Indien het de bedoeling van de stellers van het nomenclatuurbesluit was het nomenclatuurnummer in kwestie voor te behouden voor “speciale verstrekkingen” hadden zij dat als dusdanig uitdrukkelijk moeten vermelden in plaats van te bepalen dat “om het even welk procédé” in aanmerking komt.

Er wordt niet aangetoond dat alleen “speciale verstrekkingen” een “heelkundige bewerking” of een “heelkundige behandeling” kunnen zijn.

De bestreden beslissing voegt dus iets toe aan de reglementering wanneer zij stelt dat het onder het desbetreffende nomenclatuurnummer bedoelde wegnemen of uitroeien, moet beantwoorden aan het vereiste van een “speciale verstrekking”.

(vernietiging en verwijzing)

15. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 119.724¹⁵ van 22 mei 2003

Onregelmatigheden – Geen bedrieglijk opzet vereist / Nomenclatuur / Schending van gelijkheidsbeginsel – Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Bevoegdheid Commissie van beroep – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State – Cassatierechter

Artikel 44 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel staat de Beperkte Kamers en de Commissie van Beroep toe een verbod van verzekeringstegemoetkoming uit te spreken voor de geneeskundige verstrekkingen verleend door een persoon of inrichting “die zich niet schikken naar de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering”.

13. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 26.03.1996.

14. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 19.04.1994.

15. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 04.07.1989.

De wet eist niet dat het RIZIV of de verzekeringsinstellingen bij de vastgestelde onregelmatigheden verlies zouden hebben geleden. De wetsbepaling vereist evenmin een bijzonder opzet. Het verbod van verzekeringstegemoetkoming kan ook worden opgelegd in geval van louter administratieve vergissingen en nalatigheden. Er is geen bedrieglijk opzet vereist opdat er een verbod van verzekeringstegemoetkoming zou kunnen worden opgelegd.

Het feit dat de toenmalige nomenclaturebepalingen door de evolutie van de medische wetenschap achterhaald zijn, doet geen afbreuk aan de vaststelling dat de bestreden beslissing de toen geldende bepalingen in rechte correct heeft toegepast. De ingeroepen latere wijzigingen van de nomenclatuur hebben geen terugwerkende kracht. Dat wil zeggen dat de vóór die wijzigingen opgelegde administratieve sancties voor inbreuken op de voordien geldende nomenclaturebepalingen niet zijn opgeheven.

Een verzoeker die in zijn beroepschrift voor de Commissie niet de schending van het gelijkheidsbeginsel heeft aangevoerd, mag dat niet voor het eerst voor de administratieve cassatierechter doen.

Noch de administratieve verwerkingswijze van het ziekenhuis, noch de organisatie van een beurtrol-systeem tijdens de verlofregeling, nemen de strafbaarheid weg van de feiten die erin bestaan prestaties te attesteren die niet door de ondertekenende geneesheer zelf zijn verstrekt. De Commissie van beroep oordeelt soeverein of de ten laste gelegde feiten gepleegd zijn. De Raad van State beoordeelt als administratieve cassatierechter de feiten zelf niet.

Het komt de Raad van State niet toe zijn oordeel omtrent de strafmaat in de plaats van dat van de Commissie van beroep te stellen. Hij mag enkel nagaan of de in aanmerking genomen feiten niet kennelijk onredelijk worden bestraft.

(verworpen)

16. Raad van State (7^e k.), G., arrest nr. 121.047¹⁶ van 26 juni 2003

Commissie van beroep – Geen pariteit tussen leden – Onregelmatige samenstelling

De wetgever heeft ter vrijwaring van de belangen van de partijen en voor de onpartijdigheid van de Commissie van beroep gewild dat de partijen van wie de belangen bij de zaak betrokken zijn, paritair zouden vertegenwoordigd zijn door de leden die met raadgevende stem de drie magistraten van de rechterlijke orde die beslissingsrecht hebben, moeten bijstaan.

Wanneer er geen pariteit bestaat tussen de leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de leden voorgedragen door de representatieve organisaties van verpleegkundigen, is de Commissie van beroep niet regelmatig samengesteld en is haar beslissing onwettig.

(vernietiging en verwijzing)

16. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 28.03.1995.

17. Raad van State (7^e k.), Z., arrest nr. 123.740¹⁷ van 2 oktober 2003

Nomenclatuur – Interpretatie – Bedoeling van de opstellers

De bedoeling van de opstellers van de nomenclatuur primeert op de “normale (medische) betekenis” van de gehanteerde begrippen.

(verworpen)

18. Raad van State (7^e k.), H., arrest nr. 123.741¹⁸ van 2 oktober 2003

Nomenclatuur – Interpretatie – Geen deductie

Wanneer de nomenclatuur een omschrijving geeft van een bepaalde prestatie, is het desbetreffende nummer toepasselijk. Het komt aan de stellers van de nomenclatuur toe, wanneer zij een bepaald nummer alleen willen doen gelden voor een prestatie die op een bepaalde manier wordt uitgevoerd, dat ook ondubbelzinnig te formuleren in de nomenclatuur zelf.

De nomenclatuur moet duidelijk geformuleerd zijn, en moet niet door deductie worden geïnterpreteerd.

(vernietiging en verwijzing)

19. Raad van State (7^e k.), V.D.P., arrest nr. 123.742¹⁹ van 2 oktober 2003

Motiveringsplicht – Artikel 149 van de gecoördineerde Grondwet

Wanneer nergens in de aangevochten beslissing wordt geantwoord op het verweer van verzoekster in verband met het aanrekenen van prestaties voor wondverzorging, is de beslissing niet voldoende gemotiveerd.

(vernietiging en verwijzing)

17. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 28.03.1995.

18. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 23.06.1995.

19. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 26.02.1999.

20. Raad van State (7^e k.), M., arrest nr. 126.553²⁰ van 18 december 2003

Ontvankelijkheid van een nieuw middel

Na kennisname van het arrest van het Arbitragehof, heeft de verzoeker voor het eerst in zijn memorie, ingediend na de uitspraak van het Arbitragehof, nieuwe argumenten aangevoerd tegen de voor de Controlecommissie en de Commissie van beroep toegepaste procedures. Het betreft hier nieuwe middelen die door verzoeker niet voor het eerst kunnen worden aangevoerd nadat de door hem gesuggereerde prejudiciële vraag negatief werd beantwoord. Zonder die prejudiciële vraagstelling zou de vordering reeds zijn afgewezen en zou het geding reeds zijn afgehandeld. Bijgevolg zijn die middelen, ongeacht het feit of ze al dan niet de openbare orde raken, laattijdig en dus onontvankelijk.

(verworpen)

21. Raad van State (7^e k.), R. arrest nr. 126.555²¹ van 18 december 2003

Nomenclatuur – Interpretatie / Commissie van beroep – Bevoegdheid / Verbod van verzekeringstegemoetkoming

Door zich halsstarrig vast te klampen aan zijn eigen opvattingen verhoogt appellant het risico op sanctionering. De zorgverstrekker kan of mag niet eigenmachtig oordelen een bepaalde behandeling onder te brengen in één van de behandelingen voorzien onder een bepaald nomenclatuurnummer.

De bevoegdheid van de Commissie van beroep is beperkt tot het opleggen van een verbod van verzekeringstegemoetkoming en tot het terugvorderen van de uitgaven met betrekking tot de verstrekkingen die niet conform de wettelijke en reglementaire bepalingen zijn bevonden. De Commissie van beroep is niet bevoegd om van een “tegenvordering tot herstel in eer en rechten” kennis te nemen.

Het verbod van verzekeringstegemoetkoming is geen sanctie.

(verworpen)

20. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 06.04.1998; Zie ook: RvS, 18.12.2003, nr 126.554, D. J. (verworpen).

21. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 06.03.2001.

22. Raad van State (7^e k.), M., arrest nr. 128.290²² van 19 februari 2004

Verpleegkundige – Zaakvoerder van rechtspersoon – Hoedanigheid van zorgverlener / Nomenclatuur / Artikel 156 van de gecoördineerde wet – Sanctie uit te spreken – Appreciatiebevoegdheid / Gelijkheidsbeginsel

Wanneer een erkende verpleegkundige die aan de ziekte- en invaliditeitsregelgeving onderworpen is, in de uitoefening van zijn functies als zaakvoerder van de bedoelde rechtspersoon, verzamelgeuigschriften van verstrekkingen die niet aanrekenbaar worden geacht, heeft opgesteld, ondertekend en uitgereikt, is die verpleegkundige wel degelijk een zorgverlener in de zin van artikel 2, n) van de gecoördineerde wet. Het feit dat de verzoeker optreedt als zaakvoerder van een vennootschap ontnemt hem zijn hoedanigheid van zorgverlener dus niet. De inbreuken op de wets- of verordeningbepalingen betreffende de ziekteverzekering die de verzoeker heeft begaan, optredend als zaakvoerder van een vennootschap, kunnen hem dus persoonlijk worden toegerekend.

Wanneer een voorschrift onvolledig is, verleent dat een andere persoon dan een geneesheer geenszins het recht dat voorschrift aan te vullen, op gevaar af de nomenclatuebepaling zinloos te maken. Daarbij maakt het niet uit of het feit dat het voorschrift onvolledig is, een inbreuk uitmaakt in hoofde van de geneesheer.

Artikel 156 van de gecoördineerde wet bepaalt dat de Beperkte Kamers de verzekeringsinstellingen het tegemoetkomen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen kunnen verbieden over een tijdvak van vijf dagen tot één jaar, wanneer ze worden verleend door een zorgverlener die de wets- of verordeningbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleeft. Het gebruik van het woord “kunnen” houdt, behoudens tegenindicatie, in dat het bevoegde orgaan niet verplicht is een sanctie uit te spreken, maar dat het over een appreciatiebevoegdheid beschikt.

Die discretionaire bevoegdheid betekent evenwel niet dat men over een willekeurige macht beschikt.

Het feit dat andere zorgverleners die zagezegd dezelfde inbreuken hebben begaan niet voor de Beperkte Kamer werden gedaagd, is vreemd aan de beslissing van de Commissie van beroep en kan dus niet leiden tot een schending van het gelijkheidsbeginsel.

(gedeeltelijke vernietiging en verwijzing en voor het overige verworpen)

23. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 128.759²³ van 4 maart 2004

Nomenclatuur – Bedoeling van de opstellers / Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Verplichting uitspraak te doen – Op straffe van rechtswegering / Termijn van orde / Redelijke termijn

Wanneer het de bedoeling van de opstellers van de nomenclatuur was een bepaalde voorwaarde te stellen voor iets, dan moet dat ondubbelzinnig uit de tekst van de nomenclatuur zelf blijken.

22. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 30.11.2000; Zie ook: RvS, 19 .02.2004, nr. 128.291, D. W.

23. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 17.07.1995.

De Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid, dat op straffe van rechtsweigeringsuitspraak moet doen over het bij haar ingesteld beroep.

Zelfs een niet verantwoorde vertraging bij het verlenen van een uitspraak kan de Commissie van beroep niet ontheffen van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

Een termijn van orde is geen op straffe van nietigheid voorgeschreven termijn.

Bij het beoordelen van het verstrijken van de redelijke termijn moet rekening gehouden worden met het aantal tenlasteleggingen en de complexiteit van de zaak.

(vernietiging en verwijzing)

24. Raad van State (7^e k.), H., arrest nr. 128.761²⁴ van 4 maart 2004

Ontvankelijkheid – Belang – Nadeel

Wanneer de verzoekende partij geen nadeel kan ondervinden van de vernietiging van de bestreden beslissing, is het beroep onontvankelijk.

(verworpen)

25. Raad van State (7^e k.), R., arrest nr. 129.419²⁵ van 18 maart 2004

Raad van State – Afdeling wetgeving – Advies – Hoogdringendheid / Artikel 159 van de gecoördineerde Grondwet – Wettigheid van besluiten / Nomenclatuur / Raad van State – Cassatierechter – Bevoegdheid – Strafmaat – Onevenredigheid tussen fout en straf

Artikel 18 van de gewone wet van 9 augustus 1980 tot hervorming der instellingen bepaalt dat “buiten het met bijzondere redenen omklede geval van hoogdringendheid”, de tekst van alle ontwerpen van reglementaire besluiten aan het beredeneerd advies van de afdeling wetgeving moet worden onderworpen.

Volgens artikel 159 van de gecoördineerde Grondwet (vroeger art. 107 van de Grondwet) heeft elk met eigenlijke rechtspraak belast orgaan de macht en de plicht de wettigheid te toetsen van de besluiten welke het toepast. Bij de uitoefening van de bevoegdheid om de toepassing van onwettige verordeningen te weigeren, mag een rechtcollege zich niet in de plaats van de politiek verantwoordelijke overheid stellen om te oordelen of een besluit bij “hoogdringendheid”, dat is zonder het advies van de afdeling wetgeving in te winnen, moet worden genomen.

24. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 08.10.1996; in I.B. – RIZIV, 2004/2-3, blz. 217.

25. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 25.07.1995.

Het rechtscollege is anderzijds verplicht na te gaan of de bevoegde overheid, toen zij zich op de dringende noodzakelijkheid beriep, de bepaling van artikel 3, § 1, van de gecoördineerde wetten volgens haar juiste draagwijdte heeft gehanteerd. Dat wil zeggen dat zij moet nagaan of de overheid, toen zij het begrip “dringende noodzakelijkheid” op de omstandigheden van de zaak toepaste, van dat begrip niets anders is gaan maken en de rechtskwalificatie die de wetgever eraan heeft gegeven zodoende niet heeft miskend.

In de bijzondere redengeving moeten de omstandigheden eigen aan de zaak worden vermeld die de dringende noodzakelijkheid om geen advies van de afdeling wetgeving in te winnen rechtvaardigen. Uit die bijzondere motivering moet niet blijken waarom het niet meer mogelijk was een advies binnen ten hoogste drie dagen te vragen zoals geregeld in artikel 84 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State. Artikel 84 regelt de organisatie van de afdeling wetgeving en houdt geen verplichting in om in bepaalde gevallen een spoedadvies te vragen.

Wanneer de nomenclatuurnummers in een bepaald specialisme niet logisch geordend zijn, betekent dat niet dat er in dat onderdeel geen enkele logica zou aanwezig zijn.

Het komt de Raad van State niet toe zijn oordeel omtrent de strafmaat in de plaats van het oordeel van de Commissie van beroep te stellen. De Raad mag enkel nagaan of er voor de in aanmerking genomen feiten een sanctie kan worden opgelegd en of die sanctie niet buiten alle verhoudingen tot de feiten staat. Er kan slechts tot de onevenredigheid tussen fout en straf worden besloten wanneer het in redelijkheid ondenkbaar is dat een bepaalde straf voor die bepaalde fouten wordt opgelegd.

(verworpen)

26. Raad van State (7^e k.), M., arrest nr. 132.001²⁶ van 3 juni 2004

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Verplichting uitspraak te doen op straffe van rechtswegering / Beslissingstermijn – Termijn van orde / Redelijke termijn – Beoordeling *in concreto* – Termijn lang maar niet onredelijk lang

De Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid, dat op straffe van rechtswegering uitspraak moet doen over het bij haar ingesteld beroep.

Zelfs een niet verantwoorde vertraging bij het verlenen van een uitspraak kan de Commissie van beroep niet ontheffen van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

Een termijn van orde is geen op straffe van nietigheid voorgeschreven termijn. Het loutere verstrijken van een termijn van orde onttrekt de zaak niet aan de bevoegdheid van de Commissie van beroep. Die laatste blijft er dus ook na het verstrijken van die termijn toe gehouden uitspraak te doen.

Iedere rechterlijke uitspraak moet binnen een redelijke termijn worden gedaan. Ook die uitspraken die uitgaan van een administratief rechtscollege zoals de Commissie van beroep, en ook die uitspraken die niet kaderen in de ingeroepen EVRM-bepaling.

26. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 10.08.1995.

Praktische en organisatorische moeilijkheden binnen haar schoot, kunnen door de verwerende partij, tegen een rechtzoekende, niet worden ingeroepen om een overschrijding van de redelijke termijn te rechtvaardigen. Het komt aan de overheid toe zich zo te organiseren dat hij de redelijke termijn kan respecteren.

De vraag of de redelijke termijn is overschreden moet *in concreto*, dat wil zeggen rekening houdend met de specifieke gegevens van de zaak, worden beoordeeld. De verstreken termijn kan misschien lang zijn, maar in het licht van de concrete gegevens niet onredelijk lang. Er moet immers rekening worden gehouden met de talrijke tenlasteleggingen en de lijkigheid van het dossier.

(verworpen)

27. Raad van State (7^e k.), W., arrest nr. 132.233²⁷ van 10 juni 2004

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege / Artikel 159 van de gecoördineerde Grondwet – Wettigheid van besluiten / Evocatierecht en devolutive werking van het hoger beroep / Redelijke termijn – Verplichting uitspraak te doen op straffe van rechtsweigering / Beoordeling van de bewijsvoering / Rechten van verdediging – Bepaling van de sanctie

Artikel 159 van de Grondwet bepaalt dat de hoven en rechtbanken de algemene, provinciale en plaatselijke besluiten en verordeningen alleen toepassen in zover zij met de wetten overeenstemmen. Die bepaling impliceert dat elk met eigenlijke rechtspraak belast orgaan, zoals de Commissie van beroep, de macht en de plicht heeft de wettigheid te toetsen van de besluiten welke het toepast.

Nu voor de Commissie door de verzoeker expliciet werd aangevoerd dat de op hem toegepaste nomenclaturebepalingen uit diverse oogpunten onwettig zijn, moest dit administratief rechtscollege wel degelijk de wettigheid van die bepalingen toetsen, en antwoorden op de in dat verband door de verzoeker aangehaalde argumenten.

Vermits de bedoelde grondwetsbepaling alleen toepasselijk is op rechtsprekende organen, en dus niet op organen van het actief bestuur, zoals de Beperkte kamer, moest en kon in rechte de verzoeker die bepaling daar niet inroepen, en kan de verwerende partij geen argument putten uit het feit dat die middelen niet ter sprake zijn gekomen voor de Beperkte kamer.

Vermits die middelen alleen voor de Commissie van beroep konden worden ingeroepen, en de bestreden beslissing steunt op de door de verzoeker bekritiseerde nomenclaturebepalingen, vastgesteld bij Koninklijk besluit, moest de Commissie om de hierboven vermelde redenen die middelen beantwoorden, ongeacht eender welk evocatierecht, en ongeacht de devolutive werking van het hoger beroep.

27. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 30.12.1996; Zie ook: RvS (7e k.) 02.02.2006, nr. 154.424, W.; RvS, 10.06.2004, nr. 132.234, B. en RvS, 10.06.2004, nr. 132.235, V. O.

Het rechtscollege waarnaar een zaak wordt verwezen na vernietiging op grond van de overschrijding van de redelijke termijn, moet op straffe van rechtsweigering opnieuw een uitspraak doen over het beroep. Dat college moet bij het nemen van de nieuwe beslissing, de te lange duur van de procedure betrekken bij de beoordeling van de bewijsvoering en bij het onderzoek naar het respecteren van de rechten van de verdediging en, waar dat het geval is, bij het bepalen van de sanctie.

(debatten worden heropend)

28. Raad van State (7^e k.), D.V., arrest nr. 133.273²⁸ van 29 juni 2004

Redelijke termijn – Rechten van verdediging – Algemeen rechtsbeginsel – Beoordeling *in concreto* – Termijn lang maar niet onredelijk lang / Onderzoeksmaatregel – Beoordelingsbevoegdheid van de Commissie van beroep / Verplichting uitspraak te doen op straffe van rechtsweigering / Termijn van orde

De redelijke termijn-vereiste en de verplichting de rechten van de verdediging te respecteren gelden als algemene rechtsbeginselen voor alle rechtscolleges, dus ook voor de administratieve rechtscolleges, zoals de Commissie van beroep.

De vraag of de Commissie van beroep er al dan niet terecht is van uitgegaan dat zij niet onderworpen is aan artikel 6 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens is dan ook niet van belang voor de oplossing van de zaak, wanneer niet wordt aangetoond dat de uit die bepaling voortvloeiende verplichtingen *in casu* werden miskend.

De redelijke termijn moet altijd *in concreto* beoordeeld worden. Het tijdsverloop nodig voor het opstellen van het verslag van de geneesheer inspecteur en voor het oproepen ter terechtzitting - ongeveer anderhalf jaar - is weliswaar lang, maar de verzoekster toont niet aan dat het gelet op het aantal tenlasteleggingen en de complexiteit van de zaak, onredelijk lang is.

Ook uit het enkele feit dat de beraadslaging zeven maanden heeft geduurd, kan geen overschrijding van de redelijke termijn worden afgeleid. De duur van de beraadslaging wordt immers mee bepaald door de complexiteit van de zaak, daarbij begrepen de te beoordelen feiten en de omstandigheden.

De feitenrechter oordeelt op onaantastbare wijze of een aanvullende onderzoeksmaatregel, zoals een confrontatie met getuigen, noodzakelijk of opportuun is om tot zijn overtuiging te komen.

Het komt niet aan de Raad van State, als cassatierechter, toe in de beoordeling van de zaak te treden en zijn oordeel daaromtrent in de plaats van dat van de Commissie van beroep te stellen.

De Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid, dat op straffe van rechtsweigering uitspraak moet doen over het bij haar ingesteld beroep.

Zelfs een niet verantwoorde vertraging bij het verlenen van een uitspraak kan de Commissie van beroep niet ontheffen van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

Een termijn van orde is geen op straffe van nietigheid voorgeschreven termijn.

(verworpen)

28. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 30.12.1996.

29. Raad van State (7^e k.), B., arrest nr. 133.274²⁹ van 29 juni 2004

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Motiveringsplicht

Het komt aan de Commissie van beroep toe aan te tonen dat de verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan de hem ten laste gelegde feiten. Wanneer de Commissie van beroep in haar bestreden beslissing niet ingaat op het verweermiddel van de verzoeker en zij geen enkele indicatie verschaft waaruit zou kunnen blijken waarom de verzoeker niet onder een bepaalde uitzondering zou kunnen vallen, en het nut van de bedoelde combinatie van technieken in diens praktijk niet bestaat, motiveert zij niet voldoende dat de bedoelde verstrekkingen overbodig waren.

(vernietiging en verwijzing)

30. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 133.337³⁰ van 29 juni 2004

Nomenclatuur – Fysieke afhankelijkheidstoestand – Evaluatieschaal / Gebrek aan verzet vanwege de adviserend geneesheer

De beoordeling door de verpleegkundige van de fysieke afhankelijkheidstoestand van een patiënt gebeurt aan de hand van de in de nomenclatuur opgenomen evaluatieschaal. De fysieke afhankelijkheidsgraad en de duur van de behandeling worden door de verpleegkundige ingevuld op een formulier, het zogenaamde formulier 703^{ter}N, dat aan de adviserend geneesheer wordt bezorgd.

Overeenkomstig artikel 8, § 8b, van de nomenclatuur “is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd behoudens verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren”.

De nomenclatuuurbepaling houdt ten aanzien van de hier in het geding zijnde tussenkomst van de adviserend geneesheer alleen twee aspecten in. Enerzijds dat het formulier tot staving van de aanvraag tot forfaitaire honoraria, dat door de verpleegkundige moet worden ingevuld, aan de adviserend geneesheer moet worden bezorgd. En anderzijds dat de tegemoetkoming lastens het stelsel van de ziekteverzekering alleen verschuldigd is behoudens verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren.

Die bepaling heeft alleen betrekking op de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de desbetreffende verstrekkingen, en in rechte kan er niet worden uit afgeleid dat, bij gebrek aan dergelijk verzet, de nomenclatuur correct werd toegepast door de verpleegkundige.

(verworpen)

29. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 24.06.1997.

30. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 30.12.1996.

31. Raad van State (7^e k.), A., arrest nr. 133.338³¹ van 29 juni 2004

Diagnostische en therapeutische vrijheid / Raad van State – Cassatierechter / Commissie van beroep – Rechtsprekend orgaan – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Zittingen in het gebouw van het RIZIV – Betekening van de beslissing door een ambtenaar van het RIZIV

Luidens artikel 73, vierde lid, van de ZIV-wet dienen het onnodig dure karakter van onderzoeken en behandelingen en het overbodig karakter van verstrekkingen geëvalueerd te worden in vergelijking met de onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen “die een zorgverlener voorschrijft, verricht of laat verrichten in gelijkaardige omstandigheden”.

Bij het bepalen daarvan stond de wetgever noodzakelijkerwijs een normaal voorzichtig en bedachtzame zorgverstrekker, geplaatst in omstandigheden gelijkwaardig aan die waarin de betrokken zorgverstrekker zich bevond, voor ogen (Arbitragehof, nr. 28/93, 01.04.1993, B.S. 07.05.1993, zie considerans B.4.2).

Artikel 73 legt nergens een vergelijking met het voorschrijfgedrag van andere geneesheren op, maar verwijst als beoordelingsnorm naar de referentiezorgverstrekker optredend met de normale bedachtzaamheid en voorzichtigheid van een goede geneesheer.

De Raad van State, optredend als cassatierechter, mag zich niet in de plaats van de Commissie van beroep stellen voor wat betreft de feitelijke beoordeling.

Het komt de Raad van State als cassatierechter niet toe de wetenschappelijke informatie en documentatie waarop de bestreden beslissing is gebaseerd, inhoudelijk te gaan beoordelen.

Overeenkomstig artikel 14, § 2, van de Raad van State-wet, zoals gewijzigd bij de wet van 25 mei 1999, mag de Raad niet in de beoordeling van de zaken zelf treden.

De Commissie van beroep is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De commissie bestaat uit twee magistraten die stemgerechtigd zijn, uit vier geneesheren aangeduid door de representatieve organisaties van geneesheren en vier geneesheren aangeduid door de verzekeringsinstellingen, welke slechts een raadgevende functie hebben.

De Dienst voor geneeskundige controle wordt ter zitting gehoord in zijn middelen. De Dienst is echter niet vertegenwoordigd in de commissie en neemt helemaal niet deel aan de beraadslagingen van de Commissie van beroep. De Commissie van beroep is geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen ten aanzien van het RIZIV. De Commissie van beroep voldoet dus aan de vereisten van een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie.

Het feit dat de zittingen van de Commissie van beroep in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, kan de onafhankelijkheid van de Commissie van beroep niet in het gedrang brengen.

De notificatie van de beslissing maakt geen bestanddeel uit van de beslissing zelf, ze is alleen een materiële daad van uitvoering, welke onder meer tot doel heeft de beroepstermijn te doen ingaan.

31. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 27.02.1996.

Het feit dat de betekening van de bestreden beslissing gebeurt door een ambtenaar van het RIZIV leidt er niet toe dat die persoon op het tot stand komen van de uitspraak enige invloed heeft uitgeoefend.

(verworpen)

32. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 137.092³² van 9 november 2004

Raad van State – Cassatieberoep – Arrest van nietigverklaring – Gezag van gewijsde

Artikel 15 van de Raad van State-wet legt de administratieve rechtscolleges, waarnaar de Raad van State de zaak na een arrest van nietigverklaring in een administratief cassatieberoep heeft verwezen, op zich naar het in dat arrest beslechte rechtspunt te gedragen. Iets anders zou het gezag van gewijsde verbonden aan het vermelde arrest van de Raad van State schenden.

(vernietiging en verwijzing)

33. Raad van State (7^e k.), D.M., arrest nr. 139.578³³ van 20 januari 2005

Ontvankelijkheid van het middel – Belang / Motiveringsplicht

Een middel is onontvankelijk wanneer de partij die het opwerpt er geen belang bij heeft.

Een beslissing is voldoende gemotiveerd wanneer ze specificiert welke wets- en verordeningbepalingen zij door de verzoeker geschonden acht, en door welke handelingen de verzoeker die wetsbepalingen schendt.

(verworpen)

34. Raad van State (7^e k.), N., arrest nr. 139.579³⁴ van 20 januari 2005

Motiveringsplicht / Artikel 156 van de gecoördineerde wet – Materiële handeling / Raad van State – Cassatierechter

Een middel moet voldoende geargumenteed zijn. Het komt niet aan de Raad van State toe om zelf in de plaats van de verzoeker de vermelde rechtspraak te analyseren, en te onderzoeken of daaruit al dan niet zou kunnen worden afgeleid dat de procedure die tot de thans bestreden beslissing heeft geleid een burgerlijk recht betreft, en of en hoe die rechtspraak zou kunnen betrokken worden op het in het middel bedoelde “advies”.

32. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 29.08.1997.

33. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 01.07.1998.

34. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 01.07.1998.

Een beslissing is voldoende gemotiveerd wanneer ze specificceert welke wets- en verordeningsbepalingen zij door de verzoeker geschonden acht, en door welke handelingen de verzoeker die wetsbepalingen schendt.

Artikel 156 van de ZIV-wet maakt het mogelijk een verbod van verzekeringstegemoetkoming op te leggen voor “een zorgverlener die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleeft”. Het artikel bepaalt niet dat als “zorgverlener” zou kunnen worden beschouwd, “elke ‘persoon’ die betrokken is bij een eventuele overtreding van de RIZIV-regelgeving ...”.

Een zorgverlener pleegt een inbreuk op de wets- en verordeningsbepalingen van de ziekte- en invaliditeitswetgeving door het verrichten van de materiële handeling van het ondertekenen van verzamelattesten die niet overeenstemmen met de werkelijkheid, waardoor ambulante prestaties van klinische biologie ten onrechte in rekening worden gebracht.

Het feit dat de in de verzamelstaten geattesteerde prestaties door een andere zorgverstrekker werden verricht, staat er niet aan in de weg dat het wel degelijk de verzoeker is die in zijn hoedanigheid van zorgverstrekker de in de bestreden beslissing gesanctioneerde materiële handelingen heeft gesteld.

Het komt de Raad van State, als administratieve cassatierechter, niet toe om in de beoordeling van de feiten te treden.

(verworpen)

35. Raad van State (7^e k.), S., arrest nr. 139.581³⁵ van 20 januari 2005

Nomenclatuur / Commissie van beroep – Beslissing – Vormvereisten

Uit de samenlezing van de artikelen 4, § 1, en 5 van de nomenclatuur volgt dat het verwijderen van tandsteen slechts aan de ziekteverzekering mag worden aangerekend voor zover die verstrekking door een tandheekkundige wordt verleend. Dat voorschrift houdt onmiskenbaar in dat de volledige behandeling door een tandheekkundige moet gebeuren. Telkens tandsteen wordt verwijderd, hoe klein het weggehaald deeltje ook is, moet dat door een tandheekkundige geschieden. De nomenclatuur maakt geen uitzondering.

Alleen tandartsen en licentiaten in de tandheekkunde mogen tandsteen, en dus ook “restanten” van tandsteen verwijderen. Een tandarts met een beroepspraktijk moest dat als de verzoeker weten. Door die stelling te poneren, wordt er dus niets toegevoegd aan de nomenclatuur.

De beslissingen van de Commissie van beroep worden bij meerderheid van stemmen genomen. Er is echter geen enkele bepaling die voorschrijft dat de beslissing expliciet moet vermelden dat zij met meerderheid van stemmen genomen is.

(verworpen)

35. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 02.12.1997.

36. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 145.289³⁶ van 2 juni 2005

Beginnelsen van behoorlijk bestuur / Redelijke termijn – Elementen van beoordeling / Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet – Vaststellingen / Raad van State – Cassatierechter

De beginselen van behoorlijk “bestuur” zijn gericht tot het “bestuur”.

Zonder een uitspraak te moeten doen over de vraag of de voorliggende zaak wel valt onder het toepassingsgebied van artikel 6 van het EVRM, dient te worden vastgesteld dat het middel, zoals het in het verzoekschrift is geformuleerd, alleen maar inhoudt dat “de feiten” zich voordeden in de periode van 1 april 1993 tot 30 september 1993 en daarover uitspraak werd gedaan op 31 augustus 1998.

De ingewikkeldheid van het administratief dossier, het moeilijk verloop van het vooronderzoek, en een gebrek aan spontane en volledige medewerking van de verzoeker tijdens dat vooronderzoek zijn elementen die een invloed hebben op het beoordelen van de vraag of de redelijke termijn al dan niet overschreden is.

De bestreden beslissing werd genomen minder dan zestien maanden na het instellen van het beroep tegen de beslissing van de Beperkte kamer. In het licht van de chronologie der feiten en de omvang van de zaak, is dat geen onredelijk lange beslissingstermijn.

De vaststellingen bedoeld in artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet zijn de vaststellingen in de gewone betekenis van het woord, gedaan door de ambtenaar bevoegd om daarover procesverbaal op te maken.

Door de Raad van State werd in zijn arresten nr. 79.230, van 11 maart 1999 en nr. 129.419, van 18 maart 2004 reeds gezegd dat het feit dat de nomenclatuurnummers in het specialisme gastro-enterologie niet logisch geordend zijn op zich niet hoeft te betekenen dat er in dat onderdeel geen enkele logica zou aanwezig zijn en de tekst niet duidelijk kan zijn.

Het is niet de taak van de Raad van State, wanneer hij oordeelt als administratieve cassatierechter, om in de plaats van de verzoeker middelen te herformuleren, zodat ze gekwalificeerd kunnen worden als algemene rechtsbeginselen die zouden gelden voor de administratieve rechter, en in de plaats van de verzoeker uiteen te zetten waarom dat dan zo zou zijn.

(verworpen)

37. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 145.290³⁷ van 2 juni 2005

Onafhankelijkheid en onpartijdigheid / Beginselen van behoorlijk bestuur / Redelijke termijn / Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet – Vaststellingen / Raad van State – Cassatierechter

In een voetnoot naar “uittreksels” uit een krant verwijzen, volstaat niet om de bewering dat de Commissie van beroep verzoekers zaak reeds vooraf had beslecht te staven.

36. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 31.08.1998.

37. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 19.06.2000.

De beginselen van behoorlijk “bestuur” zijn gericht tot het “bestuur”.

Wanneer een middel de openbare orde niet raakt, kan het niet voor het eerst voor de cassatierechter worden opgeroepen. Een middel met betrekking tot de redelijke termijn heeft geen betrekking op de materiële bevoegdheid van de Commissie van beroep en raakt de openbare orde niet.

De vaststellingen bedoeld in artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet zijn de vaststellingen in de gewone betekenis van het woord, gedaan door de ambtenaar bevoegd om daarover procesverbaal op te maken.

Het is niet de taak van de Raad van State, wanneer hij oordeelt als administratieve cassatierechter, om in de plaats van de verzoeker middelen te herformuleren zodat ze gekwalificeerd kunnen worden als algemene rechtsbeginselen die zouden gelden voor de administratieve rechter, en in de plaats van de verzoeker uiteen te zetten waarom dat dan zo zou zijn.

(verworpen)

38. Raad van State (7^e k.), B., arrest nr. 146.546³⁸ van 23 juni 2005

Beginnelsen van behoorlijk bestuur / Redelijke termijn – Elementen van beoordeling / Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet – Vaststellingen

De beginselen van behoorlijk “bestuur” zijn gericht tot het “bestuur”.

Zonder een uitspraak te moeten doen over de vraag of de voorliggende zaak wel valt onder het toepassingsgebied van artikel 6 van het EVRM, dient te worden vastgesteld dat het middel, zoals het in het verzoekschrift is geformuleerd, alleen maar inhoudt dat “de feiten” zich voordeden in de periode van 1 april 1993 tot 30 september 1993 en daarover uitspraak werd gedaan op 31 augustus 1998.

De ingewikkeldheid van het administratief dossier, het moeilijk verloop van het vooronderzoek, en een gebrek aan spontane en volledige medewerking van de verzoeker tijdens dat vooronderzoek zijn elementen die een invloed hebben op het beoordelen van de vraag of de redelijke termijn al dan niet overschreden is.

De bestreden beslissing werd genomen minder dan zestien maanden na het instellen van het beroep tegen de beslissing van de Beperkte kamer. In het licht van de chronologie der feiten en de omvang van de zaak, is dat geen onredelijk lange beslissingstermijn.

De vaststellingen bedoeld in artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet zijn de vaststellingen in de gewone betekenis van het woord, gedaan door de ambtenaar bevoegd om daarover procesverbaal op te maken.

Door de Raad van State werd in zijn arresten nr. 79.230, van 11 maart 1999 en nr. 129.419, van 18 maart 2004 reeds gezegd dat het feit dat de nomenclatuurnummers in het specialisme gastro-enterologie niet logisch geordend zijn op zich niet hoeft te betekenen dat er in dat onderdeel geen enkele logica zou aanwezig zijn en de tekst niet duidelijk kan zijn.

(verworpen)

38. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 31.08.1998; Zie ook: RvS, 23.06.2005, nr. 146.547, G.; RvS, 23.06.2005, nr. 146.548, H. en RvS, 23.06.2005, nr. 146.549, R.

39. Raad van State (7^e k.), D.V., arrest nr. 147.137³⁹ van 30 juni 2005

Beperkte kamers – Administratieve overheden / Commissie van beroep – Administratief rechtcollege – Volle rechtsmacht – Eerste en laatste aanleg

Wanneer de Beperkte kamers de verzekeringsinstellingen verbieden tegemoet te komen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen gedaan door een zorgverlener die zich niet schikt naar de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, beslissen ze niet als administratieve rechtcolleges maar treden ze op als administratieve overheden.

Wanneer de Commissie van beroep dan uitspraak doet over het “hoger beroep” tegen de beslissing van de beperkte kamer, doet ze uitspraak in eerste en laatste aanleg en niet in hoger beroep na een uitspraak van een administratief rechtcollege van eerste aanleg.

De Commissie van beroep put uit artikel 156 van de gecoördineerde wet volle rechtsmacht waardoor ze verplicht is haar eigen beslissing in ieder geval in de plaats te stellen van die van de Beperkte kamer wanneer bij haar beroep is ingesteld tegen één van de beslissingen van die kamer. Die substitutieplichting houdt in dat ze de bestreden beslissing vernietigt en vervangt door haar eigen beslissing.

(verworpen)

40. Raad van State (7^e k.), F., arrest nr. 149.700⁴⁰ van 3 oktober 2005

Commissie van beroep – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid / Motiveringsplicht / Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State – Strafmaat – Marginale toetsing / Zorgvuldigheidsbeginsel / Nomenclatuur – Opereerstreken

Het onafhankelijkheids- en onpartijdigheidsbeginsel zijn algemene rechtsbeginselen die van toepassing zijn op alle rechtsprekende colleges, en dus ook op de Commissie van beroep.

De Commissie van beroep is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De commissie bestaat uit drie magistraten die stemgerechtigd zijn, uit drie geneesheren aangeduid door de representatieve organisaties van geneesheren en drie geneesheren aangeduid door de verzekeringsinstellingen, welke slechts een raadgevende functie hebben.

De Dienst voor geneeskundige controle wordt ter zitting gehoord in zijn middelen. De Dienst is echter niet vertegenwoordigd in de commissie en neemt helemaal niet deel aan de beraadslagingen van de Commissie van beroep. De Commissie van beroep is geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen ten aanzien van het RIZIV. De Commissie van beroep voldoet dus aan de vereisten van een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie.

39. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 29.01.1999.

40. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 21.04.1998.

Het komt aan de Raad van State niet toe zijn beoordeling van de strafmaat in de plaats te stellen van die van de Commissie van beroep. De Raad kan enkel een marginale toetsing uitvoeren. De verzoeker toont niet aan dat de opgelegde sanctie *in casu* kennelijk disproportioneel is.

De motiveringsplicht houdt in dat de Commissie van beroep de redenen doet kennen op grond waarvan zij tot een bepaalde sanctie komt. *In casu* is op grond van een zeer uitgebreide motivering, die bovendien zeer concreet is, aangegeven hoe tot de opgelegde sanctie werd gekomen.

Wanneer de Commissie van beroep echter enkel zou verwijzen naar de motivering van de bestreden beslissing, voldoet zij niet aan haar motiveringsplicht.

De Raad van State mag als administratieve cassatierechter het feitenonderzoek niet overdoen. Hij moet echter wel nagaan of de bestreden beslissing in het licht van de aangevoerde feiten voldoende gemotiveerd is, en of de bewijswaarde van de verschillende verklaringen werd geapprecieerd en gerespecteerd.

Het loutere feit dat de nomenclatuur (nog) niet zou zijn aangepast aan de modernste technieken impliceert op zich niet dat het zorgvuldigheidsbeginsel zou zijn geschonden. De Raad van State heeft niet de bevoegdheid om uit te maken welke medische handelingen volgens de meest recente stand van de wetenschap al dan niet in aanmerking komen voor terugbetaling. De Raad van State heeft daarover slechts een marginale toetsingsbevoegdheid.

Indien een zorgenverstrekker van oordeel is dat de nomenclatuur voorbijgestreefd is, komt het hem niet toe deze naast zich neer te leggen. Het komt hem wel toe de nodige initiatieven te nemen om de bevoegde instanties ertoe aan te zetten de nomenclatuur te actualiseren.

Artikel 15, § 3 van de bijlage bij Koninklijk besluit van 14 september 1984 bepaalt dat wanneer verscheidene heelkundige bewerkingen in eenzelfde opereerstreek tijdens eenzelfde zitting worden verricht, alleen de hoofdbewerking wordt gehonoreerd.

Artikel 15, § 4, eerste lid, bepaalt dat wanneer verscheidene bewerkingen tijdens eenzelfde zitting in aparte opereerstreken worden verricht, de hoofdbewerking tegen 100 % en de andere bewerking of bewerkingen tegen 50 % van de voor die verstrekkingen aangegeven waarden worden gehonoreerd. Het tweede lid bepaalt dat die bepaling niet geldt voor de verstrekkingen waarvoor wordt vermeld dat ingrijpen in verschillende opereerstreken nodig is of kan zijn, noch voor onder meer technieken ter mogelijke aanvulling van sommige, onder een algemene benaming aangegeven bewerkingen, en dat in zulke gevallen alleen de hoofdbewerking mag worden gehonoreerd.

(vernietiging en verwijzing)

41. Raad van State (7^e k.), D.J., arrest nr. 153.948⁴¹ van 19 januari 2006

Commissie van beroep – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Stellen van een prejudiciële vraag

Wanneer de Raad van State kennis neemt van een beroep tot vernietiging van een beslissing van de Commissie van beroep, zetelt hij als administratieve cassatierechter. Alleen degene die partij waren voor het administratief rechtscollege kunnen de beslissing ervan voor de Raad van State aanvechten.

De duidelijke wetteksten laten er geen twijfel over bestaan dat de Commissie van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV en bedoeld bij artikel 155 van de gecoördineerde Z.I.V.-wet, door de wetgever bevoegd is gemaakt om kennis te nemen van de hogere beroepen tegen de beslissingen van de Beperkte kamer en erover uitspraak te doen.

De algemene bevoegdheid van de arbeidsrechtbank op grond van de artikelen 580, 581 en 583 van het Gerechtelijk Wetboek en van artikel 167 van de gecoördineerde Z.I.V.-wet zijn dus niet toepasselijk.

Artikel 6 EVRM waarborgt in geval van een betwisting over een burgerlijk recht, het recht op toegang tot een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie. De Commissie van beroep is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De commissie bestaat uit drie magistraten die stemgerechtigd zijn, uit drie leden die tot dezelfde beroepsgroep behoren als de zorgverlener ten laste van wie de vaststellingen zijn gedaan en drie leden aangeduid door de verzekeringsinstellingen, welke slechts een raadgevende functie hebben.

De Dienst voor geneeskundige controle wordt ter zitting gehoord in zijn middelen. De Dienst is echter niet vertegenwoordigd in de commissie en neemt helemaal niet deel aan de beraadslagingen van de Commissie van beroep. De Commissie van beroep is geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen ten aanzien van het RIZIV.

De Commissie van beroep voldoet dus aan de vereisten van een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie. Het feit dat de mening van een instantie, vergelijkbaar met het arbeidsauditooraat, niet wordt ingewonnen, doet daaraan geen afbreuk.

Er is dus, onafgezien van de vraag of het voorliggend geding al dan niet burgerlijke rechten betreft, geen schending van de onafhankelijkheids- en onpartijdigheidsplicht zoals verwoord in artikel 6 van het EVRM en artikel 14.1 van het BUPO-verdrag of van “het recht van verdediging” of het rechtszekerheidsbeginsel.

Wanneer het Arbitragehof reeds eerder uitspraak heeft gedaan op een vraag met een identiek onderwerp als dat van de door de eerste verzoekster voorgestelde vraag, is de Raad van State niet gehouden die prejudiciële vraag nogmaals aan het Arbitragehof voor te leggen.⁴²

(verworpen)

41. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 29.01.1999; Zie ook: RvS, 19.01.2006, nr. 153.949, S.; RvS, 19.01.2006, nr. 153.950, D. V. en RvS, 19.01.2006, nr. 153.951, D.

42. Artikel 26, § 2, 2^o van de Bijzondere wet van 06.01.1989 op het Arbitragehof.

42. Raad van State (7^e k.) W., arrest nr. 154.424⁴³ van 2 februari 2006

Redelijke termijn – Organisatorische moeilijkheden – Gevolgen van een overschrijding

De Commissie van beroep is er als administratief rechtscollege toe gehouden haar uitspraken te verlenen binnen een redelijke termijn, ongeacht het al dan niet toepasselijk zijn van artikel 6 van het EVRM op voorliggend geding.

Het blijkt niet dat het onderzoek van het bestaan van de feiten en van de strijdigheid daarvan met de toegepaste nomenclaturebepaling een abnormaal lange tijd vergde. Een beslissingstermijn van 28 maanden, daar waar de wettelijke termijn zes weken bedraagt, ook al gaat het om een termijn van orde, is in het licht van de vaststellingen inderdaad onredelijk lang.

De Dienst kan zich niet beroepen op een overbelasting van de rol en praktische moeilijkheden bij de samenstelling van de zetel, en meer in het bijzonder de ziekte van de voorzitter, om de overschrijding van de redelijke termijn te rechtvaardigen. Ze had de nodige maatregelen moeten nemen om daaraan te remediëren. De rechtsonderhorigen mogen niet het slachtoffer zijn van organisatorische moeilijkheden waaraan zij vreemd zijn.

Overeenkomstig artikel 15 van de Raad van State-wet, is het administratief rechtscollege waarnaar de Raad van State de zaak na een arrest van nietigverklaring heeft verwezen, ertoe gehouden zich naar dat arrest te gedragen ten aanzien van de daarin beslechte rechtspunten. De Kamer van beroep moet bij het nemen van haar beslissing na de verwijzing, de overschrijding van de redelijke termijn betrekken in haar beoordeling van de zaak en in haar eindbeslissing.

(vernietiging en verwijzing)

43. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 159.457⁴⁴ van 1 juni 2006

Machtsoverschrijding en/of machtsafwending / Gelijkheidsbeginsel / Beginselen van behoorlijk bestuur

Een letterlijke interpretatie van de toepasselijke nomenclaturebepalingen kan geen machtsoverschrijding en/of machtsafwending uitmaken in hoofde van de Commissie van beroep.

Opdat er een schending van het gelijkheidsbeginsel zou zijn, is er een onevenwicht vereist tussen de weerhouden inbreuken en de opgelegde sanctie.

De Commissie van beroep is als administratief rechtscollege niet onderworpen aan de beginselen van behoorlijk bestuur.

(verworpen)

43. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 30.12.1996; zie ook: RvS (7e k.) 02.02.2006, nr. 154.425, B. en RvS (7e k.) 02.02.2006, nr. 154.426, V. O.

44. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 20.04.1999.

44. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 163.210⁴⁵ van 5 oktober 2006

Commissie van beroep – Administratief rechtscollege – Beginselen van behoorlijk bestuur / Redelijke termijn – Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Commissie van beroep – Niet in de tenlastelegging opgenomen feiten / Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet – Vaststellingen

De Commissie van beroep is als administratief rechtscollege niet onderworpen aan de beginselen van behoorlijk bestuur.

Zonder een uitspraak te moeten doen over de vraag of de voorliggende zaak wel valt onder het toepassingsgebied van artikel 6 van het EVRM, dient te worden vastgesteld dat het middel, zoals het in het verzoekschrift is geformuleerd, alleen maar inhoudt dat “de feiten” zich voordeden in de periode van 2 juni 1991 tot 15 juli 1992 en daarover uitspraak werd gedaan op 11 januari 1995 door de Beperkte kamer en op 31 juli 1995 door de Commissie van beroep.

De bestreden beslissing werd dus genomen minder dan zes maanden na het instellen van het beroep tegen de beslissing van de Beperkte kamer, hetgeen uiteraard niet onredelijk laat is.

Een middel dat de openbare orde niet raakt, kan niet voor het eerst aan de cassatierechter worden voorgelegd.

Het behoort niet tot de opdracht van de Commissie van beroep zich uit te spreken over feiten waarvoor de zorgverlener uiteindelijk niet is vervolgd en die dus niet bij de Beperkte Kamer waren aanhangig gemaakt.

De vaststelling dat bepaalde feiten niet in de tenlastelegging zijn opgenomen, betekent niet dat de gecoördineerde wet in die gevallen werd nageleefd.

De vaststellingen bedoeld in artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet zijn de vaststellingen in de gewone betekenis van het woord, gedaan door de ambtenaar bevoegd om daarover proces-verbaal op te maken. De verwijzing van de zaak naar de Beperkte kamer wordt er niet mee bedoeld.

(verworpen)

45. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 31.07.1995.

45. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 163.774⁴⁶ van 19 oktober 2006

Artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet – Vaststellingen / Commissie van beroep – Verplichting uitspraak te doen op straffe van rechtsweigerings – Termijn van orde / Cassatiemiddelen / Recht op een eerlijk proces en op een onpartijdige rechter – Algemene rechtsbeginselen / Prejudiciële vraag aan het Europees Hof voor de rechten van de mens

De vaststellingen bedoeld in artikel 174, 10^o van de gecoördineerde wet zijn de vaststellingen in de gewone betekenis van het woord, gedaan door de ambtenaar bevoegd om daarover proces-verbaal op te maken. De verwijzing van de zaak naar de Beperkte kamer wordt er niet mee bedoeld.

De Commissie van beroep, ingesteld bij de dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV, is een orgaan met rechtsprekende bevoegdheid dat op straffe van rechtsweigerings uitspraak moet doen over het ingesteld beroep.

Een termijn van orde is geen op straffe van nietigheid voorgeschreven termijn. Het verstrijken van die termijn ontheft de Commissie van beroep dus niet van de haar door de wet opgelegde verplichting uitspraak te doen over het bij haar aanhangig gemaakt beroep.

Een middel opgeworpen voor de cassatierechter moet gericht zijn tegen de bestreden beslissing en niet tegen de tenlastelegging die tot de beslissing geleid heeft, noch tegen de wijze van onderzoek door de geneesheer-inspecteur.

Een cassatiemiddel moet de geschonden rechtsregel precies en correct aanwijzen. Louter zeggen dat er een schending is van “het motiveringsbeginsel” zonder er verder op in te gaan, is niet voldoende.

Het recht op een eerlijk proces op tegenspraak gewezen en het recht op een onpartijdige rechter gelden als algemene rechtsbeginselen ten aanzien van elke juridictionele beslissing. De vraag of artikel 6 van het EVRM al dan niet toepasselijk is, is dan ook overbodig.

Uit artikel 155 van de gecoördineerde wet blijkt dat de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen “leden” zijn van de Commissie van beroep, weliswaar met raadgevende stem. Zij geven als lid van dat rechtscollege, hun “advies” tijdens de geheime beraadslaging. De tijdens de beraadslaging geformuleerde meningen kunnen niet gelijkgesteld worden met adviezen van het openbaar ministerie.

Het feit dat de verzoekster een zelfstandige verpleegkundige is, volstaat op zich niet om te concluderen dat de leden van de Commissie van beroep, voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verpleegkundigen, partijdig zijn of die schijn wekken.

De Raad van State kent geen verdrags- of wetsbepaling die haar toelaat, laat staan oplegt, een prejudiciële vraag aan het Europees Hof voor de rechten van de mens te stellen.

(verworpen)

46. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 23.12.1999; In I.B.- RIZIV, 2007/2, blz. 203.

46. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 164.821⁴⁷ van 16 november 2006

Artikel 156 van de gecoördineerde wet – Appreciatiemogelijkheid

Artikel 156 van de gecoördineerde wet laat een appreciatiemogelijkheid aan het bevoegde orgaan van het RIZIV om, na vaststelling van een inbreuk op de ZIV-regelgeving, al dan niet een sanctie uit te spreken.

Overmacht kan een grond zijn om te besluiten tot het niet opleggen van een sanctie, en kan ook betrokken worden bij de keuze van de sanctie. Een andere interpretatie zou artikel 156 van de gecoördineerde wet miskennen.

De stelling dat overmacht geen grond kan zijn om te besluiten tot het niet opleggen van een sanctie, maar alleen kan betrokken worden op de keuze van de sanctie, is dus een foutieve stelling.

De zorgverlener die de attesten en verzamelstaten heeft ondertekend, moet niet steeds gesanctioneerd worden. Dat geldt eens te meer wanneer die zorgverlener onder het gezag en toezicht stond van het ziekenhuisbeheer en zich diende te houden aan de richtlijnen opgelegd door zijn opdrachtgever.

(gedeeltelijke vernietiging en voor het overige verworpen)

47. Raad van State (7^e k.), P., arrest nr. 168.119⁴⁸ van 22 februari 2007

Comité – Bestuursorgaan / Algemeen rechtsbeginsel – Onpartijdigheid / Zittingsblad - authentieke akte / Artikel 2, tweede lid SW – Toepassing van de nieuwe mildere wet / Ontvankelijkheid van een nieuw middel

Wanneer het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle overeenkomstig artikel 141, § 1, 9^o, van de gecoördineerde Z.I.V.-wet de vaststellingen gedaan ten laste van een zorgverlener naar de Beperkte kamer verwijst, treedt het niet op als administratief rechtscollege, maar als bestuursorgaan van de Dienst voor geneeskundige controle.⁴⁹

Het algemeen rechtsbeginsel van onpartijdigheid, vermeld in artikel 6.1 EVRM en artikel 14.1 BUPO, geldt enkel voor rechterlijke instanties, en is dus niet van toepassing op de administratieve beslissingen van het Comité.

Een algemeen rechtsbeginsel kan niet opwegen tegen de uitdrukkelijke wil en duidelijke bedoeling van de wetgever.

47. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 12.02.2001.

48. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 25.02.2003; in I.B.- RIZIV, 2007/2, blz. 212.

49. Artikel 141, § 1, 9^o opgeheven bij Wet (II) 24.12.2002, B.S. 31.12.2002 – ed. 1.

Wanneer uit het zittingsblad blijkt dat een zaak *ab initio* werd hernomen, is het, wat de regelmatigheid van de rechtspleging betreft, van geen belang dat iemand een eerdere zitting niet heeft bijgewoond.

Het zittingsblad van de Commissie van beroep bij de Dienst voor geneeskundige controle is een authentieke akte, die alleen kan worden aangevochten door betichting van valsheid of door klacht wegens valsheid. Nu de verzoeker die procedures niet heeft ingesteld, moet de vermelding betreffende de herneming *ab initio* van de zaak aanzien worden als overeenstemmend met de werkelijkheid.

Zowel het Arbitragehof als het Hof van Cassatie hebben het karakter van het algemeen rechtsbeginsel van de in artikel 2, tweede lid van het Strafwetboek uitgedrukte regel erkend. (Arbitragehof nr. 76/99 van 30.06.1999; Cass. 18.02.2002 ARS01.0138N)

Artikel 2, tweede lid van het Strafwetboek bepaalt namelijk dat wanneer de sanctie opgelegd door de nieuwe wet op het ogenblik van de uitspraak lichter is dan de sanctie die voorzien was door de oude wet ten tijde van de inbreuk, de nieuwe wet op dat punt moet worden toegepast.

Volgens artikel 156 van de gecoördineerde wet konden de Beperkte kamers, en in beroep de Commissie van beroep ten tijde van de inbreuk, “de verzekeringsinstellingen het tegemoetkomen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen verbieden over een tijdvak van vijf dagen tot één jaar wanneer ze werden verleend door een zorgverlener die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleefden”.

Artikel 29, 4^o van de programmawet (II) van 24 december 2002 heft die bepaling op. Die opheffing is in werking getreden op 15 februari 2003, met andere woorden nadat de commissie de voorliggende zaak in beraad had genomen doch vóór ze erin uitspraak had gedaan.

Met ingang van 15 februari 2003 geldt een andere administratieve sanctie. De administratieve geldboete komt in de plaats van het verbod van verzekeringstegemoetkoming. Die administratieve geldboete is een lichtere sanctie dan het verbod op verzekeringstegemoetkoming.⁵⁰

De verwerende partij brengt daartegen tevergeefs de overgangsbepaling in die opgenomen is in artikel 48 van de programmawet (II) van 24 december 2002, waardoor in zijn nieuwe versie artikel 216, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, onder meer bepaalt dat “de commissies bedoeld in artikel 155, derde lid, de beroepen blijven behandelen die hen zijn voorgelegd en waar de appellante of diens raadsman, reeds verschenen is voor de opheffing van artikel 156”.

Die bepaling betreft uitsluitend een kwestie van formeel recht (de bevoegdheid van het rechtscollege) en laat de vraag naar de toe te passen sanctie (een aangelegenheid van materieel recht) onverlet.

Indien het de bedoeling was dat de Commissies van beroep ook nog na inwerkingtreding van de nieuwe wet in de hangende zaken een verbod van verzekeringstegemoetkoming konden uitspreken, had zulks duidelijk in de overgangsbepaling moeten zijn bepaald, hetgeen niet het geval is.

Eens de nieuwe wet met de lichtere sanctie van kracht was, met andere woorden vanaf 15 februari 2003, had de Commissie van beroep niet meer op grond van de vroegere debatten uitspraak mogen doen. Ze had de debatten moeten heropenen om de appellante in de mogelijkheid te stellen zich in verband met de toepassing van de nieuwe sanctie nuttig te verdedigen.

50. Zie RvS, 28.06.2007, nr. 172.919, R.; RvS 28.06.2007, nr. 172.920, M.; RvS 28.06.2007, nr. 172.922, V.; RvS, 28.06.2007, nr. 172.921, J.

Het recht van verdediging is geen algemeen rechtsbeginsel dat de openbare orde raakt. De miskenning er van kan dus ook niet voor het eerst in de memorie van wederantwoord aangevoerd worden.

(vernietiging en verwijzing)

48. Raad van State (7^e k.), V.L., arrest nr. 168.369⁵¹ van 1 maart 2007

Raad van State – Rechtsmacht – Cassatieberoepen / Artikel 156, eerste lid van de gecoördineerde wet – Appreciatiebevoegdheid / Algemeen rechtsbeginsel – *Non bis in idem* – Hiërarchie der rechtsnormen

De Commissie van beroep, waarvan de beslissing wordt aangevochten, is een administratief rechtscollege. Krachtens artikel 14, § 2 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State doet de afdeling administratie van de Raad van State bij wijze van arresten uitspraak over de cassatieberoepen ingesteld tegen de beslissingen van administratieve rechtscolleges, tenzij een wettelijke bepaling die bevoegdheid zou beperken.

Artikel 156, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals van toepassing op het ogenblik van de feiten, luidde als volgt:

“Onverminderd de eventuele strafrechtelijke en tuchtvervolging en afgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen, bedoeld in titel III, kunnen de in artikel 141, § 2, bedoelde beperkte kamers de verzekeringsinstellingen het tegemoetkomen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen verbieden over een tijdvak van vijf dagen tot één jaar, wanneer ze worden verleend door een zorgverlener die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleeft.”

Het gebruik in het eerste lid van het woord “kunnen” houdt, tenzij anders vermeld, in dat het bevoegd orgaan niet verplicht is een sanctie uit te spreken maar dat het over een appreciatiebevoegdheid beschikt.

Uit het gebruik van het woord “onverminderd” blijkt dan weer de duidelijke bedoeling van de wetgever om cumulatie tussen administratiefrechtelijke sancties enerzijds en strafrechtelijke en tucht-rechtelijke sancties anderzijds toe te laten.

Het *non bis in idem* beginsel is als algemeen rechtsbeginsel in de hiërarchie der rechtsnormen ondergeschikt aan de wet. Het beginsel kan echter niet worden afgeleid uit artikel 6 EVRM.

Zo de Commissie van beroep, voor wat het opleggen van een verbod van verzekeringstegemoetkoming betreft, over een ruime beoordelingsbevoegdheid beschikt, moet haar beslissing om die sanctie niet uit te spreken, rusten op in rechte aanvaardbare motieven. Ze kan haar weigering om die sanctie op te leggen niet motiveren door te verwijzen naar een algemeen principe dat niet van toepassing is. Door anders te beslissen, heeft de Commissie van beroep dat algemeen rechtsbeginsel miskend en de vernietiging van het door de Beperkte kamer opgelegd verbod niet wettig met redenen omkleed.

(gedeeltelijke vernietiging en voor het overige verworpen)

51. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 13.05.2003; in I.B. - RIZIV, 2007/2, blz. 217.

49. Raad van State (7^e k.), V.D.S., arrest nr. 170.603⁵² van 26 april 2007

Niet conforme verstrekkingen – Terugvordering / Middel dat steunt op vernietigd besluit / Raad van State – Bevoegdheid – Wettelijkheid van de voorgelegde beslissing van de Commissie van beroep / Rechten van verdediging / Ontvankelijkheid van een nieuw middel

Overeenkomstig het toenmalige artikel 156, tweede lid van de gecoördineerde wet kunnen de beperkte kamers de uitgaven met betrekking tot de verstrekkingen ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen die niet conform de bovengenoemde wettelijke en reglementaire bepalingen zijn bevonden van de zorgverlener terugvorderen.

Het is daarbij niet relevant wie de bedragen heeft geïnd voor de niet-conforme verstrekkingen.

Wanneer een Koninklijk besluit vernietigd wordt door de Raad van State, wordt het geacht nooit te hebben bestaan. Men kan zich dan ook niet meer beroepen op het vernietigd besluit. Een middel dat steunt op een vernietigd besluit kan dus niet tot de vernietiging van de bestreden beslissing leiden.

Het komt de Raad van State enkel toe uitspraak te doen over de wettelijkheid van de hem voorgelegde beslissing van de Commissie van beroep. De Raad van State kan geen uitspraak doen over het eventueel ontbreken van sancties ten opzichte van andere zorgverleners die dezelfde inbreuken zouden hebben gepleegd. De Commissie van beroep was niet gevat voor een procedure tegen die personen.

Het recht van verdediging is niet geschonden wanneer de zorgverlener precies geïnformeerd werd omtrent het niet naleven van zijn wettelijke verplichtingen.

Ook middelen die de openbare orde raken, moeten in principe, om de rechten van verdediging van de andere partijen te vrijwaren, in het verzoekschrift worden ontwikkeld.

Een middel dat geen geschonden rechtsregel aanduidt en dat niet of nauwelijks gestaafd is, is niet ontvankelijk.

(verworpen)

50. Raad van State (7^e k.), R., arrest nr. 172.919⁵³ van 28 juni 2007

Artikel 2, tweede lid SW – Algemeen rechtsbeginsel – Toepassing van de nieuwe mildere wet

Zowel het Arbitragehof als het Hof van Cassatie hebben het karakter van het algemeen rechtsbeginsel van de in artikel 2, tweede lid van het strafwetboek uitgedrukte regel erkend (Arbitragehof nr. 76/99 van 30.06.1999; Cass. 18.02.2002 ARS01.0138N).

52. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Commissie van beroep van 29.06.2001; In I.B. - RIZIV, 2007/3, blz. 372.

53. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 26.09.2006; Zie ook: RvS (7^e k.) 28.06.2007, nr. 172.920, M., RvS (7^e k.) 28.06.2007, nr. 172.922, V. en RvS (7^e k.) 27.09.2007, nr. 175.091, V.

Artikel 2, tweede lid van het Strafwetboek bepaalt dat wanneer de sanctie opgelegd door de nieuwe wet op het ogenblik van de uitspraak lichter is dan deze welke door de oude wet was voorzien ten tijde van de inbreuk, de nieuwe wet op dit punt moet worden toegepast.

Met ingang van 15 februari 2003 komt de administratieve geldboete in de plaats van het vroegere verbod van verzekeringstegemoetkoming. De administratieve geldboete is een lichtere sanctie dan het verbod op verzekeringstegemoetkoming.

Indien het de bedoeling was dat de Kamer van beroep ook nog na de inwerkingtreding van de nieuwe wet in de hangende zaken de uitgaven met betrekking tot de prestaties welke door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werden ten laste genomen geheel of gedeeltelijk kon terugvorderen van de zorgverlener, had dat duidelijk in de overgangsbepaling bepaald moeten zijn, hetgeen niet het geval is.

(vernietiging en verwijzing)

51. Raad van State (7^e k.), J., arrest nr. 172.921⁵⁴ van 28 juni 2007

RIZIV – Cassatieberoep / Artikel 2, tweede lid SW – Algemeen rechtsbeginsel – Toepassing van de nieuwe mildere wet

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Het is een administratief rechtscollege dat bij deze Dienst is ingesteld. Het is een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De Kamer van beroep is het RIZIV geen enkele verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen. Zo de leden van het secretariaat aangewezen worden door de geneesheer-directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit de personeelsleden van deze dienst, is dat ter zake zonder belang. De leden van het secretariaat nemen immers geen deel aan het tot stand komen van de beslissingen van de Kamer van beroep en oefenen er geen invloed op uit.

Het RIZIV was partij in het geding voor de Kamer van beroep en heeft dan ook de hoedanigheid om de cassatie te vorderen van de door dit rechtscollege genomen beslissing.

Zowel het Arbitragehof als het Hof van Cassatie hebben het karakter van het algemeen rechtsbeginsel van de in artikel 2, tweede lid van het strafwetboek uitgedrukte regel erkend (Arbitragehof nr. 76/99 van 30.06.1999; Cass. 18.02.2002 ARS01.0138N).

Artikel 2, tweede lid van het Strafwetboek bepaalt dat wanneer de sanctie opgelegd door de nieuwe wet op het ogenblik van de uitspraak lichter is dan deze welke door de oude wet was voorzien ten tijde van de inbreuk, de nieuwe wet op dit punt moet worden toegepast.

Met ingang van 15 februari 2003 komt de administratieve geldboete in de plaats van het vroegere verbod van verzekeringstegemoetkoming. De administratieve geldboete is een lichtere sanctie dan het verbod op verzekeringstegemoetkoming.

Indien het de bedoeling was dat de Kamer van beroep ook nog na de inwerkingtreding van de nieuwe wet in de hangende zaken de uitgaven met betrekking tot de prestaties welke door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werden ten laste genomen geheel of gedeeltelijk kon terugvorderen van de zorgverlener, had zulks duidelijk in de overgangsbepaling bepaald moeten zijn, hetgeen niet het geval is.

(vernietiging en verwijzing)

54. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 12.10.2006.

52. Raad van State (7^e k.), V.D., arrest nr. 176.303⁵⁵ van 29 oktober 2007

Artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet – Toepassingsgebied / Redelijke termijn – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / Kamer van beroep – Administratief rechtscollege – Volle rechtsmacht / Belang / Ontvankelijkheid van een nieuw middel

Artikel 174, 6^o, van de gecoördineerde wet regelt enkel de verhouding tussen de verzekeringsinstelling en haar verzekerde. De terugvordering van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle op een zorgverlener valt niet onder de verjaringstermijn van artikel 174 van de gecoördineerde wet.

De verzoeker stelt dat de prestaties die het voorwerp uitmaken van de RIZIV-procedure werden verleend in de periode van 15 mei 2000 tot en met 2 september 2002, dat de processen-verbaal van vaststelling dateren van 24 april 2002, 3 mei 2002, 2 september 2002 en 8 november 2002, dat de beslissing van het Comité tussenkwam op 31 maart 2006, zijnde meer dan drie en een half jaar na het laatste proces-verbaal van vaststelling en dat de Kamer van beroep uitspraak deed op 8 februari 2007, zijnde meer dan vier jaar na het laatste proces-verbaal van vaststelling.

Als administratieve cassatierechter komt het de Raad van State niet toe na te gaan of op het ogenblik dat de hem voorgelegde beslissing werd genomen de redelijke termijn werd overschreden. Wanneer de Raad van State optreedt als administratieve cassatierechter, is hij slechts bevoegd om na te gaan of de feitenrechter uit de gegevens die hij onaantastbaar vaststelt wettig heeft kunnen afleiden dat de redelijke termijn niet is verstreken.

Wanneer het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een administratieve geldboete oplegt en/of de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen uitspreekt, treedt het op als bestuursorgaan en niet als administratief rechtscollege. De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege in eerste en laatste aanleg, met volle rechtsmacht. Door het beroep tegen de beslissing van het Comité wordt de zaak in haar geheel aan haar voorgelegd. De Kamer van beroep heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. Haar eigen beslissing komt in de plaats van die van het Comité en dat ongeacht of ze het beroep inwilligt dan wel verwerpt.

Al had de Kamer van beroep de beslissing van het Comité op de door verzoeker aangevoerde grond vernietigd, dan nog had ze de zaak niet kunnen verwijzen naar het Comité maar zelf uitspraak moeten doen over verzoekers beroep omdat zij als rechter in feitelijke aanleg daartoe gehouden was ingevolge het beroep dat bij haar was ingesteld.

Een middel is onontvankelijk wanneer de partij die het opwerpt er geen belang bij heeft.

Het komt de Raad van State niet toe na te gaan in hoeverre de handelswijze van verzoeker in het licht van de voorgehouden onduidelijkheid van de nomenclatuur kan gerechtvaardigd worden. Als administratieve cassatierechter mag hij enkel de rechtmatigheid van de beslissing van de Kamer van beroep controleren. Wanneer de Raad van State als cassatierechter een jurisdictionele beslissing aan de wet toetst, treedt hij niet op als rechter in hoger beroep die op aanvraag van de rechtzoekende de ware toedracht van de feiten gaat beoordelen.

55. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 08.02.2007; In I.B.- RIZIV, 2008/1, blz. 22.

Een middel mag niet voor het eerst voor de cassatierechter worden ingeroepen wanneer het de openbare orde niet raakt.

(verworpen)

53. Raad van State (7^e k.), V.D.M. arrest nr. 204.604⁵⁶ van 3 juni 2010

Keuzerecht van de patiënt – Therapeutische vrijheid / Raad van State – Rechtsmacht – Schending van de wet / Beoordelingsbevoegdheid van de Kamer van beroep – Volle rechtsmacht / Redelijke termijn

Het keuzerecht van de patiënt en de therapeutische vrijheid hebben betrekking op de verstrekking, en niet op de mogelijkheid tot aanrekening er van in de nomenclatuur.

De Raad van State kan een beslissing van de Kamer van beroep verbreken wanneer ze genomen is met schending van de wet. De beslissing van de Kamer van beroep kan niet verbroken worden omdat ze de rechtspraak van de Raad van State miskent.

De Kamer van beroep neemt met volle rechtsmacht kennis van de ingestelde beroepen. De Kamer van beroep heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid zowel ten aanzien van de feiten als ten aanzien van het recht. Ze kan echter geen algemeen bindende interpretatie geven. Het komt de Kamer toe in de bij haar aanhangige zaken zo nodig de toepasselijke wets- en reglementsbepalingen uit te leggen, waaronder de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De bodemrechter oordeelt op onaantastbare wijze welk gevolg gegeven moet worden aan de door hem vastgestelde overschrijding van de redelijke termijn. Wanneer hij beslist om op die grond een strafvermindering toe te kennen oordeelt hij in feite en op grond van de concrete gegevens van de zaak in welke mate en onder welke voorwaarden die vermindering kan worden toegekend, op voorwaarde dat die vermindering reëel en meetbaar is.

(verworpen)

56. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.09.2009; In I.B. - RIZIV, 2010/2-3, blz. 247.

54. Raad van State (7^e k.), F., arrest nr. 207.751⁵⁷ van 30 september 2010

Artikel 174 van de gecoördineerde wet / Gebrek aan verzet vanwege de adviserend geneesheer⁵⁸ – Verantwoordelijkheid van de zorgverlener – Toepassing van de nomenclatuur / Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / Ontvankelijkheid van een nieuw middel / Redelijke termijn

Artikel 174 van de gecoördineerde wet luidde ten tijde van de bestreden beslissing : “(...) 6/ De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed; (...) 10/ voor de toepassing van artikel 142, § 1, moeten de vaststellingen, op straffe van nietigheid, binnen de twee jaar plaatsvinden: a) te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de strafbare feiten hebben ontvangen; (...) Een ter post aangetekend schrijven volstaat om een in dit artikel bedoelde verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd. (...)”.

In artikel 174 van de gecoördineerde wet is niet bepaald dat die termijn van twee jaar ook geldt voor het aanhangig maken van de zaak bij het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Artikel 174 van de gecoördineerde wet regelt enkel de verhouding tussen de verzekeringsinstelling en haar verzekerde.

Artikel 8, § 7, 3^o van de nomenclatuur bepaalt onder meer dat, behoudens verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van de adviserend geneesheren, de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd is voor de verrichte verstrekkingen, en dat dit verzet de weigering van verzekeringstegemoetkoming impliceert voor alle verstrekkingen verricht vanaf de datum van de betekening van het verzet aan de rechthebbende, tot een eventuele andere beslissing. Die nomenclaturebepaling maakt uitdrukkelijk melding van de betekening van het verzet aan de rechthebbende.

Deze bepaling heeft alleen betrekking op de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de desbetreffende verstrekkingen, en er kan in rechte niet uit worden afgeleid dat, bij gebrek aan dergelijk verzet, de nomenclatuur correct werd toegepast door de verpleegkundige.

Volgens deze bepaling is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd “behoudens verzet”. Die tegemoetkoming is verschuldigd aan de patiënt, en niet aan de zorgverlener. Deze bepaling bevat dus een waarborg voor de patiënt, maar heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de toepassing van de evaluatiecriteria.

Artikel 8, § 7 van de nomenclatuur vormt geen beletsel voor de controleorganen van het RIZIV om na de verzetstermijn op te treden tegen verpleegkundigen die de evaluatieschaal verkeerd hebben toegepast.

De omstandigheid dat door de adviserend geneesheer geen verzet wordt gedaan, ontslaat de verpleegkundige niet van de verplichting de forfaitaire honoraria slechts aan te rekenen voor zover aan de in de nomenclatuur gestelde voorwaarden van fysieke afhankelijkheid is voldaan. Het ontbreken van verzet vanwege de adviserend geneesheer ontnemt het laakbaar karakter niet aan de vastgestelde feiten.

57. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 14.12.2009; In I.B. - RIZIV, 2010/2-3, blz. 253.

58. Zie ook RvS, 29.06.2004, nr. 133.337, D.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle is bijgevolg wel degelijk bevoegd een onderzoek in te stellen naar de realiteit en de conformiteit van de prestaties van een zorgverlener, zelfs al heeft de adviserend geneesheer van een verzekeringsinstelling zich niet verzet tegen de verzekeringstegemoetkoming.

De Raad van State kan de beslissing van de bodemrechter slechts vernietigen wanneer die genomen is met overtreding van de wet of met schending van substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen. Volgens artikel 14, § 2 van de wet op de Raad van State, treedt de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State in geval van cassatieberoep niet in de beoordeling van de zaak zelf.

Een middel mag niet voor het eerst voor de cassatierechter worden ingeroepen wanneer het de openbare orde niet raakt.

De redelijke termijn wordt *in concreto* beoordeeld aan de hand van de feitelijke gegevens van de zaak.

(verworpen)

2^e Deel

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



4^{de} trimester 2011

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Heffing op vergoedbare farmaceutische specialiteiten

In de programmawet is de inning van de heffingen op het zakencijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor het jaar 2012 geregeld.¹

De basisheffing die sinds 2006 voorzien is, wordt verdergezet in 2012, met een percentage van 6,73 %. De verderzetting van deze heffing in 2012 laat toe een continuïteit te handhaven op budgettair niveau in vergelijking met het in vorige jaren gevoerde beleid. Het percentage van de heffing bedroeg immers aanvankelijk 9,73 % in 2006 en wordt vanaf 2010 vastgelegd op 6,73 %.

Gezien de huidige budgettaire conjunctuur, wordt de bijdrageheffing van 1 % eveneens verdergezet. Deze heffing heeft eveneens als doel om de farmaceutische bedrijven te laten bijdragen aan het behoud van de budgettaire situatie.

2. Sociale akkoorden

a. Sociaal akkoord van 2000

Om aan de fondsen sociale maribel opgericht voor de verschillende sectoren betrokken bij de uitvoering van het sociale akkoord van 2000 de nodige financiële middelen te geven is er in het Koninklijk besluit van 2 december 2011 een bedrag te voorzien van 50 955 685 EUR.²

Dit bedrag is als volgt bepaald:

- Thuisverpleging privé : 32 509 239 EUR
- Thuisverpleging publiek : 988 573 EUR
- Diensten voor het Rode Kruis : 8 136 784 EUR
- Wijkgezondheidscentra : 9 321 089 EUR.

1. Wet van 28.12.2011 houdende diverse bepalingen, B.S. van 30.12.2011 (Ed. 4), blz. 81644, art. 10-14.

2. K.B. van 02.12.2011 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2000 door de federale Regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, voor het kalenderjaar 2011, B.S. van 15.12.2011 (Ed. 2), blz. 74529.

b. Sociaal akkoord van 2005

Om aan de fondsen sociale maribel opgericht voor de verschillende sectoren betrokken bij de uitvoering van het sociaal akkoord van 2005 de nodige financiële middelen te geven voor de uitvoering van dit sociale akkoord in 2011 is er in het Koninklijk besluit van 2 december 2011 een bedrag te voorzien gelijk aan 12 742 203 EUR.³

In dit sociale akkoord zijn er verschillende maatregelen voorzien. De financiële opsplitsing is als volgt:

Attractiviteitspremie: 8 075 454 EUR

- Thuisverpleging privé : 6 425 930 EUR
- Thuisverpleging publiek : 195 327 EUR
- Diensten voor het Rode Kruis: 662 126 EUR
- Wijkgezondheidscentra: 792 071 EUR.

Bijkomende tewerkstelling: 4 188 385 EUR

- Thuisverpleging privé + Thuisverzorging: 4 136 030 EUR
- Thuisverpleging publiek: 52 355 EUR.

Zondagnacht : supplement 50 -> 56 %; beschikbaar bedrag 227 326 EUR:

- Thuisverpleging privé : 219 373 EUR
- Thuisverpleging publiek : 6 647 EUR
- Diensten voor het Rode Kruis: 1 306 EUR.

Functiecomplement hoofdverpleegkundige in een dienst voor thuisverpleging: 251 038 EUR

- Thuisverpleging privé : 243 655 EUR
- Thuisverpleging openbaar : 7 383 EUR.

c. Attractiviteitsplan 2010

Op 4 maart 2010 is een akkoord gesloten tussen de federale regering met de betrokken representatieve organisaties van werkgevers en werknemers voor de vergoeding van onregelmatige prestaties. In de begrotingsdoelstelling voor 2011 is hetzelfde bedrag als voor 2010 voorzien. De indexatie van dit bedrag leidt tot een bijkomend bedrag van 25 398 EUR of in totaal tot 781 948 EUR.⁴

Onderverdeeld tussen privé en openbaar:

- Thuisverpleging privé : 693 748 EUR
- Thuisverpleging openbaar : 21 018 EUR
- Wijkgezondheidscentra: 67 182 EUR.

3. K.B. van 02.12.2011 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale Regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op peterschap en op de maatregel van bijkomend verlof voor het kalenderjaar 2011, B.S. van 15.12.2011 (Ed. 2), blz. 74528 en K.B. van 02.12.2011. K.B. tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale Regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, voor het kalenderjaar 2011, B.S. van 15.12.2011 (Ed. 2), blz. 74525.

4. K.B. van 02.12.2011 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties, voorzien in het akkoord van 04.03.2010 dat werd ondertekend door de federale Regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers, en dat kadert in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voor de sector van de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra, voor het kalenderjaar 2011, B.S. van 15.12.2011 (Ed. 2), blz. 74527.

d. Sociaal akkoord van 2011

Voor bepaalde federale gezondheidszorgsectoren is een bijkomende vergoeding ingevoerd voor de creatie van tewerkstelling en voor de ongemakkelijke prestaties, voor zover deze betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, de wijkgezondheidscentra en de openbare psychiatrische verzorgingstehuizen.⁵

BIJKOMENDE TEWERKSTELLING: 6 861 860 EUR

- Psychiatrische verzorgingstehuizen publiek: 245 000 EUR
- Thuisverpleging privé: 4 097 360 EUR
- Thuisverpleging publiek: 196 000 EUR
- Wijkgezondheidscentra privé: 2 250 000 EUR
- Wijkgezondheidscentra publiek: 73 500 EUR.

ONGEMAKKELIJKE PRESTATIES 50 000 EUR

- Thuisverpleging privé : 48 525 EUR
- Thuisverpleging openbaar : 1 475 EUR.

3. Algemeen beheerscomité

Sinds 12 december 2011 heeft het Algemeen beheerscomité van het RIZIV een gewijzigd huishoudelijk reglement.⁶ Deze wijzigingen brengen een aantal aanbevelingen van het Rekenhof met betrekking tot de reglementering overheidsopdrachten in de praktijk.

De drempelwaarden met betrekking tot de overheidsopdrachten worden aangepast aan de nieuwe drempelwaarden en de bedragen worden tevens omgezet in EUR.

Daarnaast wijzigt het reglement ook om:

- de terminologie in overeenstemming te brengen met de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en de modaliteiten en termijnen die nu worden toegepast
- elke verwijzing naar de Administratieve cel te verwijderen (opgeheven sinds 01.06.2001)
- de organisatie van de vergaderingen voor te bereiden op de nieuwe procedure voor de elektronische verdeling van documenten.

4. Farmaceutische heffingen

Om de eventueel geschatte overschrijding van het budget voor een bepaald jaar 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 maximum 100 miljoen EUR per jaar.

5. K.B. van 02.12.2011 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties en de creatie van bijkomende tewerkstelling, voorzien in de akkoorden van 04.02.2011 en 25.02.2011 die werden ondertekend door de federale Regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers van de federale gezondheidssectoren voor de sector van de thuisverpleging, in de wijkgezondheidscentra en de psychiatrische verzorgingstehuizen voor het kalenderjaar 2011, B.S. van 15.12.2011 (Ed. 2), blz. 74526.

6. K.B. van 18.11.2011 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 08.12.1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Algemeen Beheerscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, B.S. van 12.12.2011 (Ed. 2), blz. 72948.

Voor 2011 is het percentage vastgesteld dat op de omzet wordt toegepast om het voorschot en de afrekening te bepalen alsook de methode voor de uitzonderingen van sommige farmaceutische specialiteiten (onder andere geforfaitariseerde geneesmiddelen).

De berekeningsmethode om de geforfaitariseerde geneesmiddelen vrij te stellen is dezelfde zowel voor het voorschot als voor het saldo van deze subsidiaire heffing 2011. De berekeningswijze voor de geforfaitariseerde specialiteiten in het ziekenhuis blijft hetzelfde zowel voor het voorschot als voor het saldo van de subsidiaire heffing 2011.⁷

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Sociale derdebetalersregeling

Vanaf 1 juli 2011 vereenvoudigt de administratieve procedure om de derdebetalersregeling toe te passen.⁸

Om de toepassing van de derdebetalersregeling aan te moedigen en te vereenvoudigen voorziet de reglementering een uniforme procedure voor alle gevallen waarin de algemeen geneeskundige de derdebetalersregeling toepast. Dit ten gunste van sociale categorieën, zoals momenteel het geval is, maar ook voor de andere gevallen waarin hij de derdebetalersregeling kan toepassen: zoals het globaal medisch dossier, technische verstrekkingen, enz...

Hiervoor wordt het toepassingsgebied van de betalingstermijn die van toepassing is in geval van de "sociale derdebetalersregeling" uitgebreid tot alle verstrekkingen van algemeen geneeskundigen. Tevens wordt de betalingstermijn op 30 dagen gebracht te rekenen vanaf de dag volgend op die waarop de verzekeringsinstelling het getuigschrift voor verstrekte hulp heeft ontvangen. Voorheen diende de betaling te gebeuren ten laatste tijdens de maand die volgde op die waarin de verzekeringsinstelling het getuigschrift heeft ontvangen.

b. Persoonlijk aandeel bij raadpleging huisarts

De berekening van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria van de raadplegingen van de huisarts en de supplementen vereenvoudigen vanaf 1 december 2011.⁹ Voortaan bestaat enkel nog het onderscheid tussen patiënten met globaal medisch dossier en patiënten zonder.

Voor de raadplegingen beperkt het persoonlijk aandeel tot:

- voor de rechthebbende met voorkeurregeling met GMD: 1 EUR
- voor de rechthebbende met voorkeurregeling zonder GMD: 1,50 EUR
- voor de rechthebbende zonder voorkeurregeling met GMD: 4 EUR
- voor de rechthebbende zonder voorkeurregeling zonder GMD: 6 EUR.

7. K.B. van 30.11.2011 tot vaststelling van het percentage van het voorschot van de subsidiaire heffing voorzien door art. 191, eerste lid, 15^e *undecies* van de wet GVU en tot vaststelling van de uitzonderingsmodaliteiten voor sommige farmaceutische specialiteiten – 2011, B.S. van 09.12.2011 (Ed. 2) blz. 72348.

8. K.B. van 13.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 23.11.2011, blz. 69263.

9. K.B. van 02.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 18.10.2011, blz. 63700 en K.B. van 03.10.2011 tot wijziging van art. 37 *bis* van de wet GVU, B.S. van 18.10.2011, blz. 63701.

Het persoonlijk aandeel voor de bijkomende honoraria voor raadplegingen 's nachts, op een zaterdag, zondag of een feestdag wordt afgeschaft.

c. Chronisch zieken

Vanaf 28 november 2011 bestaat er een forfaitaire tegemoetkoming aan personen die lijden aan een onbehandelbare vorm van incontinentie, maar uit de boot vallen voor het bestaande incontinentieforfait gelet op het daarvoor gestelde afhankelijkheids criterium (forfait B of C).¹⁰ Deze maatregel kadert in een reeks van maatregelen die het Comité voor Advies inzake de Zorgverlening ten aanzien van de Chronische ziekten en Specifieke Aandoeningen heeft voorgesteld met het oog op een betere tenlasteneming van patiënten die aan incontinentie lijden en dit in het raam van het door de minister voorgestelde plan "prioriteit aan chronisch zieken".

2. Zorgverleners

a. Artsen

In de huidige regelgeving met betrekking tot de remgeldverlaging voor de rechthebbende met een globaal medisch dossier zijn geen bepalingen opgenomen met betrekking tot groeperingen in de huisartsgeneeskunde. Dit wijzigt vanaf 1 januari 2011.¹¹

De aanpassingen verwijzen naar het begrip van een huisartsgroepering, zoals dit is gedefinieerd door het Koninklijk besluit van 15 september 2006.¹² De groepering bevat minstens twee erkende huisartsen, die in een schriftelijk samenwerkingsakkoord bevestigen dat ze samenwerken, hetzij op dezelfde installatieplaats, hetzij op verschillende installatieplaatsen die zich bevinden in dezelfde huisartszone of in twee aan elkaar grenzende huisartszones.

- Het bestaande recht op remgeldverlaging van 30 % wordt uitgebreid tot de prestaties van alle huisartsen van eenzelfde groepering die door het RIZIV geregistreerd is
- Eén van de voorwaarden voor de administratieve verlenging van het GMD is momenteel dat de GMD-beheerder in de loop van het verlengingsjaar een contact heeft aangerekend aan de rechthebbende. Deze voorwaarde wordt uitgebreid tot de contacten met andere huisartsen dan de GMD-beheerder die lid zijn van dezelfde geregistreerde groepering.

b. Kinesitherapeuten

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort voor 2010 een bedrag van 1 403,42 EUR per kinesitherapeut, die aan de voorwaarden voldoet, voor de regeling van de sociale voordelen.¹³

10. K.B. van 07.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 02.06.1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in art. 34, 14°, van de wet GVU, B.S. van 18.11.2011 (Ed. 2), blz. 68658.

11. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 16.11.2011, blz. 68370, K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 18.02.2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier, B.S. van 16.11.2011, blz. 68374 en K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van art. 37bis van de wet GVU, B.S. van 16.11.2011, blz. 68382.

12. K.B. van 15.09.2006 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan, B.S. van 28.09.2006, blz. 50289.

13. K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.01.2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 13.12.2011, blz. 73130.

c. Apothekers

SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd waardoor het voor 2010 op 2 599,80 EUR wordt vastgesteld.¹⁴ Het bedrag wordt verminderd tot:

- 1 949,85 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1 299,90 EUR Indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

MAGISTRALE BEREIDINGEN

Vanaf 1 december 2011 hebben de apothekers recht op een uniek honorarium voor dermatologische bereidingen.¹⁵ De verzekeringstegemoetkoming die voor de invoering van dit honorarium gold werd ontoereikend bevonden. Voor de toekenning ervan werd aandacht gegeven aan de moeilijkheid van de dermatologische bereiding enerzijds en de belangrijke verhoging van de bestede tijd van de apotheker die niet in verhouding staat tot de hoeveelheid van de bereiding anderzijds.

d. Centra voor dagverzorging

Vanaf 1 januari 2012 treden maatregelen in werking die bijdragen tot een betere omkadering van dementerende personen met een beperkt verlies van fysieke zelfredzaamheid en voor palliatieve patiënten.¹⁶

- Actualisering van de lijst van de verstrekkingen die zijn opgenomen in het forfait en die in de rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging worden verleend
- Opening van de centra voor dagverzorging voor alle dementerende personen, ongeacht hun fysieke zelfredzaamheid
- Invoering van een bepaling die voorziet in de oprichting van centra voor dagverzorging voor palliatieve patiënten.

In afwachting van de opening van de centra voor dagverzorging voor palliatieve patiënten worden de overeenkomsten betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging verlengd tot 31 december 2011.¹⁷

14. K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 13.12.2011, blz. 73129.

15. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 12.10.2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten, B.S. van 16.11.2011, blz.68375.

16. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 07.11.2011 (Ed. 3), blz. 67325.

17. K.B. van 16.09.2011 tot wijziging van het K.B. van 08.12.2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging, B.S. van 05.10.2011, blz. 61893.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

ALGEMENE GENEESKUNDE

Vanaf 1 februari 2012 bestaat de mogelijkheid een beroep te kunnen doen op een huisarts in geval van een acuut of chronisch somatisch probleem bij een zieke die in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen.¹⁸ De nauwe samenwerking tussen de huisarts en de psychiater van de patiënt wordt georganiseerd via het ziekenhuisdossier van de patiënt.

De geneesheer-specialist in de psychiatrie zal in eerste instantie beroep doen op de behandelende huisarts van de patiënt. Dit kan maximaal 2 maal per maand en maximaal 12 maal per jaar.

De inning van de honoraria kan op drie manieren plaatsvinden:

- op klassieke wijze door de huisarts via het getuigschrift voor verstrekte hulp en de inning van de honoraria ter plaatse
- via de toepassing van het systeem van de derdebetalersregeling
- via de centrale inning van de honoraria op vrijwillige basis en in gemeenschappelijk akkoord van de betrokken huisarts met het ziekenhuis.

TECHNISCH GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

Sinds 1 juli 2009, wanneer het baarmoederhalsuitstrijkje nog maar 1 keer om de 2 jaar terugbetaalbaar is¹⁹, zijn er interpretatieproblemen gerezen, in verband met een onduidelijkheid over het gebruik van de woorden “per jaar”. Een Koninklijk besluit legt met terugwerkende kracht, vanaf diezelfde datum, vast dat hieronder een kalenderjaar dient te worden begrepen.²⁰

Vanaf 1 januari 2012 vermindert de verstrekking “wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling” in waarde.²¹

Vanaf 1 januari 2012 wijzigen de verstrekkingen in verband met de actieve implantaten. Het gaat om neurostimulatoren, pacemakers, ICD, enz.²² Deze wijziging heeft tot resultaat dat er thans eenvoudige verstrekkingen bestaan voor de inplanting en vervanging van actieve implantaten alsook voor de inplanting en vervanging van elektroden of katheters verbonden aan het apparaat.

Voorheen bestonden er verschillende verstrekkingen verspreid over de nomenclatuur zodat er geen eenvormigheid was en sommige vergoedingen verschillend waren naargelang het specialisme hoewel het over gelijkaardige technieken ging.

18. K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 23.12.2011 (Ed. 2), blz. 80401, K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het art. 2, J, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.12.2011 (Ed. 2), blz. 80403 en K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 23.12.2011 (Ed. 2), blz. 80402..

19. I.B. 2009/3-4, blz. 388.

20. K.B. van 13.11.2011 tot wijziging van de art. 3, § 1, B, en C, II, en 32, § 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 12.12.2011 (Ed. 2), blz. 72946.

21. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het art. 11, § 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 16.11.2011, blz. 68377.

22. K.B. van 26.10.2011 tot wijziging van de art. 11, §§ 1, 4 en 5, 13, § 1, 14, b), e), en j), 15, § 8, 20, § 1, en 25, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69951 en het erratum, B.S. van 23.12.2011 (Ed. 2), blz. 80404.

Afdeling 4 van de nomenclatuur kent een uitbreiding van het opschrift van artikel 13. De specialismen geriatrie, medische oncologie, urgentiegeneskunde en acute geneeskunde zijn sinds 1 januari 2012 opgenomen.²³

Vanaf 1 januari 2012 ligt het honorarium van de verstrekking “verwijderen van een gezwel van de huid of de slijmvliezen of ander letsel rechtstreeks toegankelijk door excisie met plastie en/of greffe” in de plastische heelkunde gelijk aan de identieke verstrekking in de dermatologie.²⁴

Vanaf 1 januari 2012 wordt er een besparing gerealiseerd inzake de verstrekkingen van correctieve heelkunde op het oor.²⁵ Het gaat om gevallen van heelkunde van de “uitstaande oren” die in de meeste gevallen als esthetische chirurgie kan worden beschouwd.

In de otorhinolaryngologie verlaagt de waarde van de verstrekking tympanoscopie vanaf 1 januari 2012.²⁶

De connexiteitsregels van artikel 20 wijzigen op 1 januari 2012.²⁷ In de eerste plaats worden verstrekkingen toegewezen aan de medische oncoloog, de specialist in de urgentiegeneskunde, in de acute geneeskunde en voor de artsen met een bijzondere beroepsbekwaming intensieve zorgen. Daarnaast worden een aantal wijzigingen in de nomenclatuur van deze specialismen aangebracht.

In de cardiologie zijn met ingang van 1 januari 2012 volgende wijzigingen aangebracht:²⁸

- Aanpassing van de coëfficiënten van de drie verstrekkingen voor controle van een pacemaker en interne hartdefibrillator
- Toevoegen van de resynchronisatie-pacemaker bij de verstrekking voor de controle van een DDD-pacemaker
- Toevoegen van een regel waarvoor bij elke controle het nemen van een electrocardiogram inbegrepen is. Deze verstrekking kan niet meer op dezelfde dag gecumuleerd worden met een controle.

Vanaf 1 januari 2012 wijzigt de waarde van 2 verstrekkingen in de dermato-venereologie:²⁹

- De vergoeding voor “Ablatie of vernietiging door om het even welk procédé van een oppervlakkig goed- of kwaadaardig gezwel van de huid of van de slijmvliezen of van elk ander niet traumatisch, direct toegankelijk letsel” wordt gelijkgeschakeld met de vergoeding voor “Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling”
- Het honorarium van de verstrekking “Verwijderen van een gezwel van de huid of de slijmvliezen of een ander, direct toegankelijk letsel door excisie met hechting” vermindert met een klein bedrag.

23. K.B. van 07.10.2011 tot wijziging van art. 13, § 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 07.11.2011 (Ed. 3), blz. 67321.

24. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het art. 14, c), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.11.2011, blz. 68378.

25. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van de art. 14, c) en i), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.11.2011, blz. 68379.

26. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het art. 14, i), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.11.2011, blz. 68380.

27. K.B. van 26.10.2011 tot wijziging van het art. 20, §§ 1, a) en c), en 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69960 en het erratum, B.S. van 19.12.2011 (Ed. 2), blz. 78885.

28. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het art. 20, § 1, 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 16.11.2011, blz. 68381.

29. K.B. van 07.10.2011 tot wijziging van art. 21, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.11.2011 (Ed. 3), blz. 67324.

Vanaf 1 januari 2012 wijzigt de nomenclatuur inzake fysiotherapie.³⁰

- De revalidatie na een heelkundige ingreep of na een verblijf in de dienst Intensieve Zorg wordt geschrapt van de limitatieve lijst van aandoeningen voor pluridisciplinaire revalidatie
- Voor de behandelingen van pluridisciplinaire revalidatie worden kortere zittingen aangerekend als het door de toestand van de patiënt onmogelijk is een zitting uit te voeren met een duur die is vastgesteld in de limitatieve lijst (van art. 23, § 11).

De gynaecologen kunnen vanaf 1 januari 2012 voor de echografie van het kleine bekken een bijkomend honorarium aanrekenen indien de verstrekking dringend wordt uitgevoerd of tijdens het weekend of op een feestdag.³¹

HEELKUNDE

De herniachirurgie wijzigt vanaf 1 januari 2012.³²

- De omschrijvingen in de abdominale heelkunde schrappen hun referentie naar de techniek. De operatie kan dus bestaan met verstrekkingen door laparotomie of door laparoscopie
- Daarnaast introduceert de wijziging 4 nieuwe verstrekkingen en schrapt een aantal bestaande verstrekkingen.

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 februari 2012 kunnen de radiologen een aantal verstrekkingen aanrekenen uit het hoofdstuk chronische pijnbehandeling.³³ Het gaat dan heel concreet om interventionele behandelingen van rugpathologie.

Deze bijzondere verstrekkingen medische beeldvorming zijn ingevoegd in het hoofdstuk chronische pijnbehandeling van artikel 12 van de nomenclatuur.

Eveneens vanaf 1 februari 2012 kent de nomenclatuur inzake radiologie twee nieuwe verstrekkingen voor de 3D opname van het "faciaal massief".³⁴ Het herschrijven van de bestaande verstrekkingen en het invoeren van 2 nieuwe verstrekkingen heeft als reden dat voor bepaalde indicaties (zoals chronische sinusitis/inflammatoire pathologie) men geen contrastvloeistof nodig heeft terwijl dit in de oorspronkelijke verstrekking niet was voorzien.

Op vraag van de betrokken specialismen werd vanaf 1 januari 2012 een verduidelijking aangebracht in de nomenclatuur betreffende de coronarografie en de hartcatheterisatie.³⁵ Dit naar aanleiding van interpretatieproblemen rond de nomenclatuur van de cardiologische interventionele beeldvorming.

30. K.B. van 07.10.2011 tot wijziging van art. 23 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.11.2011 (Ed. 3), blz. 67322.

31. K.B. van 07.10.2011 tot wijziging van art. 26, § 13, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.11.2011 (Ed. 3), blz. 67323.

32. K.B. van 24.10.2011 tot wijziging van de art. 14, d), 15, § 15 en 25, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 22.11.2011, blz. 69109.

33. K.B. van 13.11.2011 tot wijziging van de art. 12, §§ 1, e), 4, c) en d), 5 en 6, en 17^{ter}, A, 9°, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.12.2011 (Ed. 2), blz. 72945 en de rechtzetting, B.S. van 06.01.2012, blz. 477.

34. K.B. van 07.11.2011 tot wijziging van het art. 17, § 1, 11° en 12°, 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 06.12.2011, blz. 71779.

35. K.B. van 26.10.2011 tot wijziging van de art. 17, § 1, 17^{ter}, A en B, 20, § 1, e), 24, § 2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12 en 34, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69955 en K.B. van 19.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 26.10.2011 tot wijziging van de art. 17, § 1, 17^{ter}, A en B, 20, § 1, e), 24, § 2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12 en 34, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. 28.12.2011, blz. 80732.

Op 2 vlakken treden wijzigingen op:

- Creatie van nieuwe verstrekkingen voor de coronaro-CT
- Herziening van de verstrekkingen omtrent de coronarografie en de hartcatheterisatie.

RADIOTHERAPIE

Vanaf 1 februari 2012 wijzigt de nomenclatuur die voorziet in een tegemoetkoming in brachytherapie bij prostaatkanker.³⁶ De verstrekking kan niet meer worden aangerekend voor patiënten van categorie 8 met behandeling voor prostaatkanker door permanente implantatie van radioactieve zaadjes.

b. Tandheekundigen

Inzake het attesteren op getuigschriften voor verstrekte hulp, in de sector van de tandheelkunde, noteren we vanaf 1 januari 2012 volgende wijzigingen:³⁷

- Er wordt verduidelijkt welk RIZIV-identificatienummer een tandheekundige die tevens als geneesheer werkzaam is, dient te gebruiken op het verzamelgetuigschrift
- De Technisch tandheekundige raad is bevoegd om de tandheekundige verstrekkingen aan te duiden waarvoor er op het getuigschrift een tandnummer moet worden vermeld. De lijst van tandheekundige codenummers waarvoor de verplichting zal gelden, wordt geïntegreerd in de omzendbrief verzekeringsinstellingen met de tarieven voor de tandheekundigen.

c. Vroedvrouwen

Artikel 9 a) van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 januari 2012.³⁸

- De invoering van een onderscheid van plaats voor de prenatale verzorging, het toezicht en de hulp aan de vrouw tijdens de arbeidsfase, de hulp bij een door een geneesheer verrichte verlossing en de postnatale verzorging naargelang die handelingen:
 - thuis
 - in het ziekenhuismilieu
 - niet bij de patiënte thuis en buiten het ziekenhuismilieu worden verricht.
- Precisering voor de ambulante verstrekkingen “Postnataal toezicht en verzorging” vanaf de dag van de verlossing tot en met de vijfde dag van het postpartum, dat deze verstrekkingen thuis moeten worden verleend. Deze maatregel streeft het comfort van de bevallen vrouw in de eerste dagen na de bevalling na door te vermijden dat zij zich moet verplaatsen om die verzorging te verkrijgen
- Voor de verstrekkingen “postnataal toezicht en verzorging” wordt onder meer bepaald dat die verstrekkingen het postnataal onderzoek van moeder en kind omvatten (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de noodzakelijke parameters en andere observaties). Van deze observaties en het zorgplan wordt een verslag in het zwangerschapsdossier genoteerd
- Het cumulverbod op vergoedbare verzorging door een verpleegkundige en vergoedbare verzorging door een vroedvrouw op dezelfde dag wordt opgeheven.

36. K.B. van 30.11.2011 tot wijziging van het art. 18, § 1, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.12.2011 (Ed. 2), blz. 79072.

37. Verordening van 19.09.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet GVU, B.S. van 21.11.2011, blz. 68930.

38. K.B. van 07.11.2011 tot wijziging van het art. 9, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.11.2011 (Ed. 3), blz. 69259 en het corrigendum, B.S. van 14.12.2011, blz. 73262.

d. Bandagisten

De nomenclatuur van mobiliteitshulpmiddelen kent een reeks grondige wijzigingen vanaf 1 januari 2012.³⁹

- Tot nu toe bestaat de enige mogelijkheid tot terugbetaling van de extra-brede rolstoelen in de invoering van een aanvraagdossier voor maatwerk terwijl deze rolstoelen geen echt maatwerk zijn maar gefabriceerd worden in kleine serie. Daarom zijn er 3 specifieke verstrekkingen voorzien voor de terugbetaling van rolstoelen met een zitbreedte tussen 58 cm en 75 cm inbegrepen
- Voor de manuele verzorgingsrolstoelen komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet bij zitbreedteaanpassingen van meer dan 48 cm tot en met 58 cm
- Kleinere aanpassingen aan de manuele actieve rolstoelen
- De actieve rolstoelen met individuele maatvoering zijn niet conform de huidige omschrijving van een actieve rolstoel en kunnen vervolgens niet terugbetaald worden. Voor de gebruikers die weten in welke positie ze willen zitten (d.w.z. de ervaren gebruikers, die al minstens 4 jaar actief een rolstoel gebruiken), is het wenselijk dat de zitpositie niet meer verstelbaar is. Het zitkader wordt in de fabriek gemaakt op basis van individuele maten. Daardoor is de rolstoel steviger en efficiënter.

Voor deze actieve rolstoelen met individuele maatvoering is een afzonderlijke subgroep gecreëerd, aangezien er tussen de 2 types van rolstoelen fundamentele technische verschillen bestaan.

- Sommige bepalingen betreffende de elektronische scooters werden eveneens gewijzigd.

e. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Sinds 1 september 2009 werden de implanteerbare onderdelen van de totale gewrichtsprothesen van de heup, de knie en de schouder heringedeeld als medische hulpmiddelen van klasse III in toepassing van de Europese richtlijn. Fabrikanten moeten daarom de vereiste evaluatieprocedure voor klasse III volgen voordat ze deze medische hulpmiddelen op de markt mogen brengen.

De nieuwe procedure had tot gevolg dat sommige oudere systemen niet werden heringedeeld. Het op de markt brengen ervan is dus niet meer toegestaan.

Deze implantaten worden echter nog gebruikt voor revisie. Ze laten immers een gedeeltelijke revisie toe die minder ingrijpend is voor de patiënt. Zonder deze mogelijkheid moet de chirurg een totale revisie uitvoeren, wat ook een meerkost meebrengt.

De nomenclatuur wijzigt in die zin vanaf 1 januari 2012 zodat minder ingrijpende gedeeltelijke revisies opnieuw voor vergoeding in aanmerking komen.⁴⁰

Vanaf 1 januari 2012 is er een verduidelijking aangebracht in de nomenclatuur met betrekking tot het beendermassief van het gelaat.⁴¹ Platen en schroeven kunnen niet enkel bij reconstructie van schedelbeenderen worden aangerekend maar ook bij reconstructie van gelaat of kaakbeen.

39. K.B. van 14.09.2011 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.11.2011, blz. 68361.

40. K.B. van 07.11.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69963.

41. K.B. van 24.10.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.11.2011 (Ed. 2), blz. 68663.

Vanaf 1 december 2011 worden er in artikel 35 van de nomenclatuur nieuwe verstrekkingen met betrekking tot de osteosyntheseplaten ingevoegd.⁴²

NEUROCHIRURGIE

Vanaf 1 januari 2012 is er terugbetaling voorzien voor de elektroden voor lokalisatie van de doelgebieden in geval van refractaire epilepsie.⁴³ Voorheen was vergoeding enkel voorzien bij preoperatieve lokalisatie.

BLOEDVATENHEELKUNDE

Vanaf 1 januari 2012 verlaagt het persoonlijk aandeel van het vascular closure device van 90 % naar 55 %.⁴⁴

Vanaf dezelfde datum wordt de nomenclatuur van de coronaire stents herzien.⁴⁵ Het gaat om de verstrekking die tegemoetkomt in het geheel van materiaal voor het verrichten van een percutane coronaire interventie.

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Vanaf 1 januari 2012 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in materiaalverstrekkingen voor abdominale herniachirurgie.⁴⁶ Hiervoor worden 4 nieuwe verstrekkingen ingevoegd in de nomenclatuur aan een forfaitaire terugbetaling. Er is een persoonlijk aandeel van 25 %.⁴⁷

f. Orthopedisten

Vanaf 1 januari 2012 is er een nieuwe bepaling in de nomenclatuur opgenomen om de voortijdige vervanging van de schedelhelm toe te staan indien er zich een anatomische wijziging voordoet of wanneer de schedelhelm onbruikbaar en onherstelbaar is geworden door veelvuldige traumata.⁴⁸

g. Medische hulpmiddelen

Het persoonlijk aandeel dat ten laste valt van de rechthebbende in het raam van de diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen wordt vanaf 1 januari 2012 geïndexeerd.⁴⁹

42. K.B. van 26.09.2011 tot wijziging van art. 28, §1 en 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.10.2011 (Ed. 2), blz. 64044.

43. K.B. van 07.11.2011 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69964.

44. K.B. van 07.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 08.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 25.11.2011 (Ed. 3), blz. 69965.

45. K.B. van 24.10.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.11.2011 (Ed. 2), blz. 68662.

46. K.B. van 24.11.2011 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 22.11.2011, blz. 69105.

47. K.B. van 24.11.2011 tot wijziging van het K.B. van 06.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van artikel 35*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 22.11.2011, blz. 69111.

48. K.B. van 24.10.2011 tot wijziging van art. 29, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.11.2011, blz. 68929.

49. K.B. van 28.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, B.S. van 30.12.2011 (Ed. 5), blz. 81949.

De lijst van vergoedbare medische hulpmiddelen wijzigt op verschillende vlakken vanaf 1 december 2011:⁵⁰

- Uitbreiding van de vergoedbare zuurstofconcentratoren
- Uitbreiding van lijst van de vergoedbare infusiepompen
- Vaststellen van de kost van de bloeddrukmeters in het raam van het zorgtraject “chronische nierinsufficiëntie”. Het maximum bedrag van de tegemoetkoming voor de bloeddrukmeter bedraagt 60 EUR.

h. Farmaceutische specialiteiten

Vanaf 1 januari 2012 wordt het persoonlijk aandeel dat ten laste valt van de rechthebbenden in het raam van de dieetvoeding voor medisch gebruik en voor magistrale bereidingen geïndexeerd.⁵¹ De honoraria, prijzen, aandelen of persoonlijke aandelen van de rechthebbenden worden gekoppeld aan de waarde, van toepassing in het kalenderjaar ervoor, van het rekenkundig gemiddelde van het gezondheidsindexcijfer van de maand juni en de indexcijfers van de 3 voorafgaande maanden.

III. Uitkeringen

1. Zelfstandigen

Het beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen van de dienst voor uitkeringen kan verzaken aan de terugvordering van de onverschuldigd betaalde ziekte-uitkeringen ten aanzien van de verzekerde die een niet toegelaten activiteit heeft hervat, wanneer deze zich in een behatenswaardige toestand bevindt.

De behatenswaardigheid wordt beoordeeld aan de hand van:

- De sociale en financiële situatie van het gezin van de gerechtigde
- De billijke evenredigheid tussen de omvang van de terugvordering enerzijds en de ernst van de inbreuk en/of omvang van de beroepswinsten anderzijds.

Vanaf 31 december 2010 wordt daar nog een criterium aan toegevoegd⁵²:

- De al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteit aan de sociale zekerheid

Ook wordt er verwezen naar de mogelijkheid voor de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige om een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid verder te zetten met de voorafgaandelijke toelating van de geneeskundige raad voor invaliditeit op voorstel van de adviserend geneesheer, door een verwijzing op te nemen naar artikel 20*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971.

50. K.B. van 17.10.2011 tot wijziging van het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in art. 34, eerste lid, 20°, van de wet G.V.U., B.S. van 16.11.2011, blz. 68371.

51. K.B. van 28.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, B.S. van 30.12.2011 (Ed. 5), blz. 81948 en K.B. van 28.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 07.05.1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, B.S. van 31.12.2011 (Ed. 5), blz. 81950.

52. 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 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a), van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde, B.S. van 03.10.2011, p. 61636

2. Werknemers

a. Toegelaten activiteit

Mits de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds kunnen de arbeidsongeschikte gerechtigden gedeeltelijk het werk hervatten. Het uitkeringsbedrag dat bij een deeltijdse tewerkstelling kan worden betaald, wordt bepaald in functie van de hoogte van het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen.

In een aantal gevallen kan de combinatie van een gedeeltelijk beroepsinkomen en een gedeeltelijke uitkering een inkomen opleveren dat hoger is dan het loon bij een voltijdse tewerkstelling.

Om deze inkomensval op te heffen wijzigt de reglementering vanaf 1 januari 2012.⁵³ Het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen wordt slechts in aanmerking genomen ten belope van het volgende percentage, bepaald per inkomensschijf:

- een eerste schijf van 11,8278 EUR van het beroepsinkomen is vrijgesteld
- een tweede schijf van 7,0967 EUR wordt voor 20 % aangerekend
- een derde schijf van 7,0967 EUR wordt voor 50 % aangerekend
- alles wat hoger ligt dan het totaal van de vorige schijven wordt voor 75 % aangerekend.

De invloed op het bedrag van de ziekte-uitkering wordt dus groter naarmate het beroepsinkomen hoger is.

b. Berekening van de uitkeringen

De reglementering tot vaststelling van het gederfd loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de uitkeringen wanneer er geen referentieloon voorhanden is, wijzigt vanaf 1 januari 2012.⁵⁴

- Voor de industriële leerlingen die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid verbonden zijn door een leerovereenkomst is het gederfde loon gelijk aan de leervergoeding waarop zij aanspraak hadden kunnen maken op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid
- Een nieuwe regeling is uitgewerkt voor een categorie van werknemers, gegroepeerd onder: “uitzendkracht, seizoenarbeider en tijdelijke werknemer”. Voorheen was er enkel sprake van “arbeiders bij tussenpozen en seizoenarbeiders”
- Voor de werklozen wijzigt de berekening van het gederfd loon voor zover het jonge werklozen betreft, werklozen in de derde periode (langdurig werklozen) of de gerechtigden in een tijdvak van werkloosheid die niet voldoen aan de voorwaarden voor de toekenning van de werkloosheidsuitkeringen zonder echter de hoedanigheid te hebben van gecontroleerde werkloze en die hun recht op uitkeringen hebben behouden via de voortgezette verzekering
- Voor de werkloze gerechtigden die bij de aanvang van het risico niet beschikken over een referentieloon, wordt de periode waarin de uitkering nog wordt berekend op basis van het laatste loon uitgebreid tot 30 dagen na beëindiging van de arbeidsovereenkomst (voorheen was dit tot 14 dagen na beëindiging van de arbeidsovereenkomst)
- Er is voorzien in een berekeningswijze van de uitkeringen in de bijzondere situatie van de gerechtigde die op het ogenblik dat de arbeidsongeschiktheid optreedt al meer dan 30 dagen niet langer onderworpen is aan het Belgische stelsel van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Voorheen was dit na 14 dagen het geval

53. K.B. van 28.12.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 30.12.2011 (Ed. 5), blz. 81945.

54. Verordening van 16.11.2011 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e, van de wet G.V.U., B.S. van 29.12.2011 (Ed. 2), blz. 81053.

- Tevens treden er wijzigingen op voor wat de berekening van de uitkeringen betreft in de gevallen waar een tijdvak van arbeidsongeschiktheid onmiddellijk volgt op een tijdvak van moederschapsbescherming en omgekeerd en dit ondermeer voor de industriële leerlingen en de onthaalmoeders
- Ingeval de verzekeringsinstelling niet over de gegevens van het Inlichtingsblad beschikt die nodig zijn om het bedrag van het gederfd loon vast te stellen, zal de uitkering worden berekend op basis van het minimumloon dat door het Aanvullend Nationaal Paritair Comité voor Bedienden is vastgesteld voor een bediende van categorie I met een beroepservaring van niveau 0. De helft van dit loon wordt in aanmerking genomen voor de gerechtigden die volgens een deeltijdse uurregeling tewerkgesteld waren.

3. Mijnwerkers

Met ingang van 1 september 2011 wordt het invaliditeitspensioen voor de mijnwerkers aangepast aan de welvaartsindex.⁵⁵

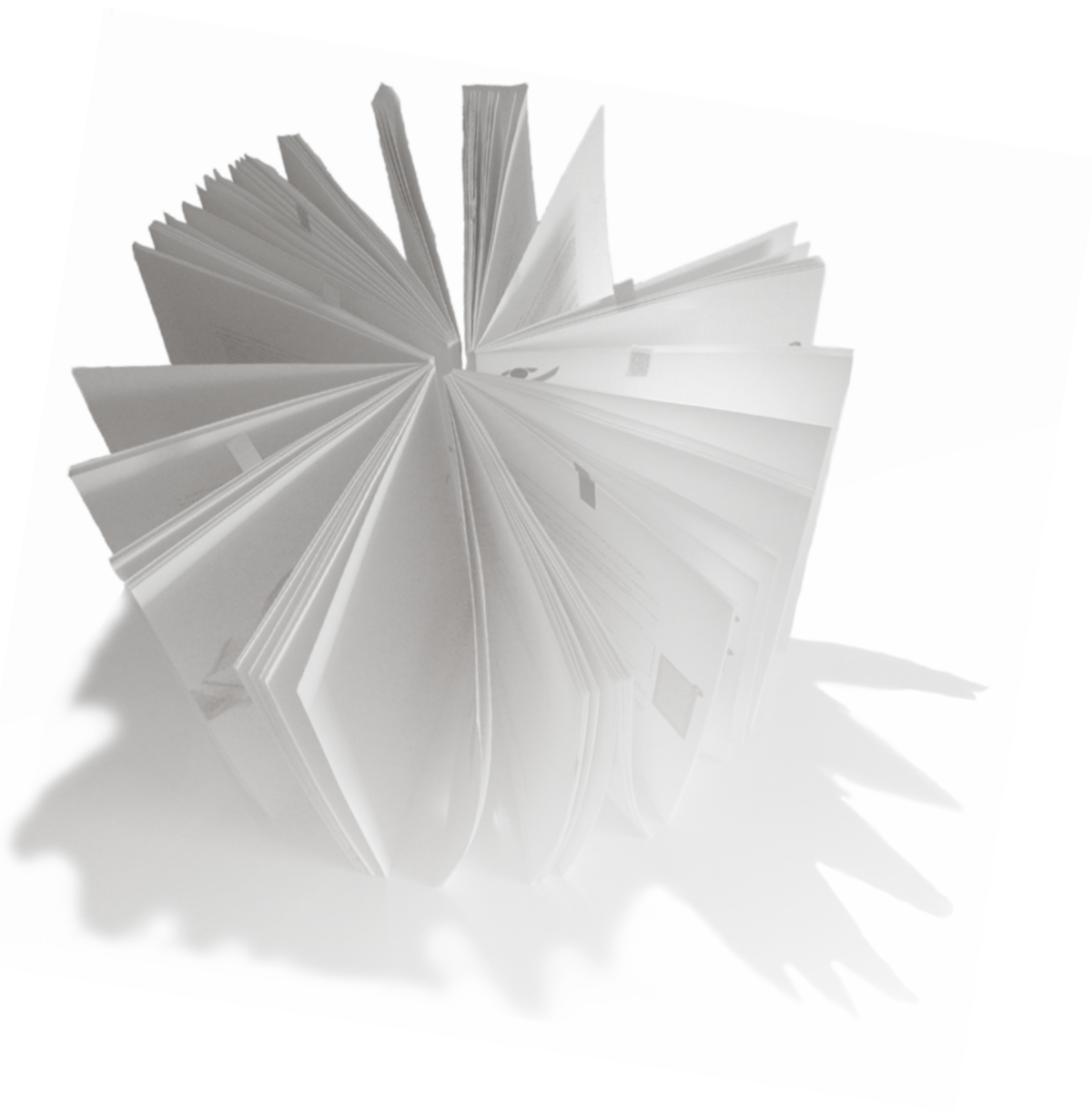
4. Herwaarderingsmaatregelen

Vanaf 1 september 2011 worden de bedragen van de sociale uitkeringen aangepast buiten index.⁵⁶

55. K.B. van 12.09.2011 tot wijziging van het K.B. van 19.11.1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel van de mijnwerkers, B.S. van 04.10.2011, blz. 61792.

56. Aanpassing buiten index op 01.09.2011 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 26.10.2011, blz. 64889.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Raad van State, Afdeling Bestuursrechtspraak, 8 maart 2012

Cassatieprocedure tegen een beslissing van de Kamer van Beroep ingesteld bij de DGE

Eerste middel

Een middel dat kritiek uitoefent op de weigering om de opschorting toe te staan vindt voldoende steun in het tweede motief van de bestreden beslissing. Zelfs indien de wettigheidskritiek op het eerste motief gegrond zou zijn, kan het middel aldus niet tot cassatie leiden.

Tweede middel

Krachtens artikel 20, § 2 derde lid Rvs-wet worden cassatieberoepen slechts toelaatbaar verklaard voor zover de middelen de strekking van de beslissing hebben beïnvloed. De verzoekende partij kan dat niet aannemelijk maken daar waar zij stelt dat artikel 19, § 4 Prodecureglement is geschonden doordat de reden van de vertraging niet in de uitspraak is vermeld en uit de bestreden beslissing niet valt op te maken wanneer over de zaak werd beraadslaagd, noch wat de reden van vertraging was om een tweede zitting te organiseren teneinde een beslissing te nemen.

Derde middel

Het middel dat kritiek uitoefent op een gedeelte van de bestreden beslissing dat volledig strookt met wat door de verzoeker in cassatie werd gevraagd in de syntheseconclusie voor de Kamer van beroep kan niet worden aangenomen bij gebrek aan belang. In casu werd in ondergeschikte orde aan de Kamer van beroep gevraagd om de BVBA van de zorgverlener, die voor het eerst vrijwillig tussenkwam in de procedure voor de Kamer van beroep, mee hoofdelijk te laten veroordelen op grond van artikel 164, tweede lid GVU-wet.

M.Z. en BVBA t./RIZIV

Arrest 218.344

...

IV. Feiten

4.1. Omdat de eerste verzoeker, die huisarts is, zeer frequent de nomenclatuurnummers 144012 (epidurale inspuiting) en 355493 (lumbale punctie) aanrekent start de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een onderzoek naar de realiteit en de conformiteit van die prestaties. De getuigschriften voor verstrekte hulp model C waarmee prestaties worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering worden door hemzelf ingevuld voor rekening van de tweede verzoekende partij.

4.2. Als gevolg van dit onderzoek wordt aan de eerste verzoeker, voor de periode van 1 september 2003 tot 30 november 2004, ten laste gelegd getuigschriften voor verstrekte hulp te hebben opgemaakt en uitgereikt voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd, die niet overeenstemmen met de omschrijving gesteld in de nomenclatuur en/of voor verstrekkingen die niet overeenstemmen met de werkelijk verleende prestaties, terwijl de werkelijk verleende prestaties niet aanrekenbaar waren.

4.3. Op 30 maart 2007 verklaart het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de ten laste gelegde feiten bewezen. Het Comité beslist dat de betrokkene bijgevolg, krachtens artikel 141, § 5, “laatste lid”, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet) de waarde van de weerhouden ten onrechte aangerekende verstrekkingen, 18 724,31 EUR, moet regulariseren en legt bovendien “gezien de in de nota Comité voornoemde antecedenten en de zwaarwichtigheid van de vastgestelde feiten”, een bijkomende effectieve administratieve geldboete op van 30 719,99 EUR, “nl. 200 % van 5 267,05 EUR (tll. 1) + 150 % van 13 457,26 EUR (tll. 2 en 3)”.

4.4. De eerste verzoeker tekent tegen deze beslissing hoger beroep aan. De tweede verzoekende partij komt vrijwillig tussen in deze beroepsprocedure. Dit beroep wordt behandeld op de zitting van 14 februari 2011.

Op 5 mei 2011 neemt de Nederlandstalige Kamer van Beroep ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV de thans bestreden beslissing, waarbij de beslissing van het Comité wordt bevestigd met dien verstande dat de tweede verzoekende partij, hoofdelijk aansprakelijk is voor de ten onrechte aangerekende prestaties voor een totaalbedrag van 18 724,31 EUR en dat de bijkomende administratieve geldboete van 30 719,99 EUR door appellant, thans de eerste verzoeker, dient te worden geregulariseerd.

V. Onderzoek van de middelen

Eerste middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

5. In het eerste middel voeren de verzoekende partijen aan dat de bestreden beslissing is genomen met schending van artikel 112 van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, juncto artikel 141, § 7, derde lid van de ZIV-wet, doordat hun vordering in ondergeschikte orde om de administratieve geldboete op te schorten wordt verworpen omdat het artikel waarop ze zich beroepen om opschorting te verkrijgen intussen werd opgeheven, “terwijl de oude wetgeving krachtens de overgangsbepaling van artikel 112 van de wet van 13 december 2006, zoals vervangen door artikel 261 van de wet van 27 december 2006, nog steeds van toepassing is wat betreft feiten van vóór 15 mei 2007”.

BEOORDELING

6. Blijkens de motivering van de bestreden beslissing wordt de eerste verzoeker om een dubbele reden de gunst van de opschorting van de administratieve geldboete ontzegd, enerzijds omdat de wetsbepaling die daarin voorziet werd opgeheven, en anderzijds omdat “de appellant verschillende antecedenten in de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle kende waarbij telkens verschillende inbreuken werden weerhouden”.

De wettingheidskritiek van de eerst verzoekende partij, zoals aangevoerd in de ontvankelijke processtukken, betreft enkel het eerste motief. Zelfs indien deze kritiek gegrond zou zijn, dan vindt de weigering om de opschorting toe te staan nog voldoende steun in het tweede motief.

Het eerste middel kan dan ook niet tot cassatie van de bestreden beslissing leiden.

Tweede middel

Standpunt van de verzoekende partijen

7. In het tweede middel voeren de verzoekende partijen aan dat artikel 19, § 4, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamer van Beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV (hierna : K.B. van 09.05.2008) is geschonden, doordat het proces-verbaal van de zitting van 28 maart 2011 niet de reden van vertraging van de uitspraak vermeldt en doordat uit de bestreden beslissing niet valt op te maken wanneer over de zaak werd beraadslaagd, noch wat de reden van vertraging was om een tweede zitting te organiseren teneinde een beslissing te nemen.

BEOORDELING

8. Krachtens artikel 20, § 2, derde lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, worden slechts toelaatbaar verklaard, de cassatieberoepen waarvan de middelen een schending van de wet of een substantiële of op straffe van nietigheid voorgeschreven vormvereiste aanvoeren, voor zover het erin aangevoerde middel niet kennelijk ongegrond is en die schending daadwerkelijk van die aard is dat ze tot cassatie van de bestreden beslissing kan leiden en de strekking van de beslissing kan hebben beïnvloed. De verzoekende partijen maken niet aannemelijk dat de beweerde onregelmatigheid de strekking van de bestreden juridictionele beslissing heeft beïnvloed.

DERDE MIDDEL

Standpunt van de verzoekende partijen

9. Het derde middel steunt op de schending van artikel 19, § 6, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008, doordat “de bestreden beslissing geenszins gemotiveerd is wat betreft de “hoofdelijkheid van de veroordeling tot terugbetaling tussen verzoeker en zijn BVBA”.

BEOORDELING

10. In de syntheseconclusie aan de Kamer van Beroep wezen de huidige verzoekende partijen op artikel 164, tweede lid, van de ZIV-wet, in verband met de hoofdelijke aansprakelijkheid van de zorgverlener en de rechtspersoon voor de terugbetaling van ten onrechte aangerekende prestaties. In ondergeschikte orde vroegen zij een eventuele veroordeling overeenkomstig deze wetsbepaling ook uit te spreken ten aanzien van de BVBA Dokterspraktijk M. Zwaenepoel.

De Kamer van Beroep is hierop ingegaan. In het beschikkend gedeelte van de bestreden beslissing wordt gesteld dat “de vrijwillig tussenkomende partij hoofdelijk aansprakelijk is met de appellant voor de ten onrechte aangerekende prestaties voor een totaal bedrag van 18 724,31 EUR”. Dit gedeelte van de bestreden beslissing strookt volledig met wat in de syntheseconclusie werd gevraagd. De verzoekende partijen tonen niet aan welk voordeel zij zouden kunnen verkrijgen bij het gegrond bevinden van het middel.

Het derde middel wordt niet aangenomen.

...

II. Arbeidshof van Bergen, 9 februari 2012

Verordening E.E.G. 1408/71, artikel 22 - Zwitserland – Wet van 30 januari 2002

Bij de wet van 30 januari 2002 zijn de bepalingen van de Verordening E.E.G. 1408/71 in de relaties tussen de Belgische en de Zwitserse staat van kracht geworden.

Uit de bepalingen van artikel 22 van de Verordening vloeit voort dat de onderdaan van een lidstaat die zich op het grondgebied van een andere lidstaat begeeft om zich te laten verzorgen de toestemming moet vragen bij de instelling van de bevoegde staat die het recht heeft dat te weigeren wanneer die verzorging binnen de normale termijnen in die staat kan worden verleend. Voorts wordt het recht op verstrekkingen slechts geopend indien de instelling van de woonplaats of van de verblijfplaats zelf, alsof de betrokkene erbij was aangesloten, op basis van de bepalingen van de wetgeving die zij toepast die kosten ten laste neemt.

L.P. t./RIZIV en V.I.
A.R. 2009/AM/21572

...

Décision

1. L'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs et comprennent : 7° les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle.

L'expression "rééducation fonctionnelle" au sens strict s'entend d'une rééducation "physique" mais s'est étendue aux soins dispensés dans les centres de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes. Différentes conventions ont été conclues entre l'INAMI et des centres thérapeutiques qui ne sont pas reconnus comme centres hospitaliers.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que l'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation du Collège des médecins-directeurs pour les prestations prévues aux conventions visées à l'article 22, 6°, de la loi coordonnée (art. 138). Les demandes d'intervention sont introduites par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de la mutualité, au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance (art. 139). Le médecin-conseil transmet sans délai les demandes concernant les prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis, par l'intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur (art. 140, § 1^{er}). En cas d'accord, le Collège des médecins-directeurs détermine pour chaque cas un programme de rééducation fonctionnelle comportant notamment la nature, le nombre, le rythme et la durée des prestations accordées ainsi que la dénomination et les autres conditions de lieu. Le Collège des médecins-directeurs fixe, dans chaque cas particulier, la date à partir de laquelle l'intervention est accordée. Sauf dispositions contraires, l'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil (art. 142, §§ 1^{er} et 2).

L'article 136, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose dans le principe que les prestations sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge, le Roi pouvant déterminer les conditions dans lesquelles elles peuvent toutefois être accordées. L'arrêté royal du 3 juillet 1996, § 1^{er}, 8°, prévoit que les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle ou professionnelle s'effectue à l'étranger.

2. Dans la mesure où la situation présente un élément d'extranéité, il convient de s'en référer aux normes internationales applicables en la matière.

Les dispositions du règlement CEE n° 1408/71 ont été rendues applicables dans les relations entre l'État belge et l'État suisse par la loi du 30 janvier 2002 *"portant assentiment à la Convention entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et de la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, faite à Luxembourg le 21 juin 1999"*.

En vertu de l'article 22 du règlement CEE n° 1408/71, le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre sur le territoire d'un autre État membre pour y recevoir des soins appropriés à son état, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'État compétent (§ 1^{er}, c), (i). L'autorisation requise ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence (§ 2).

Ces dispositions sont applicables par analogie aux membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié (§ 3).

3. Il se déduit de ces dispositions que le ressortissant d'un État membre qui se rend sur le territoire d'un autre État membre en vue de s'y faire soigner doit demander l'autorisation auprès de l'institution de l'État compétent, laquelle est en droit de refuser cette autorisation lorsque les soins concernés peuvent être utilement dispensés dans cet État dans des délais normaux. Le droit aux prestations en nature n'est par ailleurs ouvert que si l'institution du lieu de séjour ou de résidence prend elle-même ces frais en charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si l'intéressé y était affilié. En d'autres termes, la prise en charge par la sécurité sociale belge du coût des soins dispensés aux Foyers des R. est subordonnée à la prise en charge des mêmes soins par le système de sécurité sociale suisse.

4. Il résulte des pièces du dossier que la décision de l'INAMI du 6 février 2008 est justifiée pour les motifs suivants :

- l'INAMI a produit en pièce 17 de son dossier une liste des centres de rééducation fonctionnelle existant en Belgique, où Mlle P. L. aurait pu séjourner en tenant compte de sa situation médicale et de ses antécédents au moment où l'autorisation a été sollicitée, et répondant au programme de rééducation prescrit, soit une hospitalisation dans un environnement fermé et spécialisé et une combinaison tant de désintoxication, sevrage et psychothérapie que d'une réintégration sociale; la plupart des établissements mentionnés dans cette liste étaient géographiquement éloignés du milieu de vie de Mlle P.L., ce qui était souhaité par le prescripteur; il n'est pas établi que les soins ne pouvaient être dispensés dans ces établissements dans les délais utiles pour obtenir le traitement requis par l'état de l'intéressée

- il n'est pas davantage établi que la sécurité sociale suisse prenne en charge les frais de séjour aux Foyers R.; l'INAMI produit un échange de courriel avec l'administration suisse, dont il ressort qu'à la question : "Je voudrais savoir si : 1. Les activités du Foyer R. à Sion se circonscrivent au sein du système légal de sécurité sociale suisse et 2. Les prestations servies (hébergement, soins de santé, ...) dans le cadre d'un traitement lors d'un séjour dans le foyer R. à Sion sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire suisse", le correspondant a répondu : "Le foyer R. à Sion n'est pas un fournisseur de prestations admis par l'assurance-maladie obligatoire suisse. Par conséquent les prestations servies dans le cadre d'un traitement lors d'un séjour dans ce foyer ne sont pas prises en charge. Seules les prestations ambulatoires servies par les médecins, pharmacies, physiothérapeutes, etc... sont à charge de l'assurance-maladie, pour autant que ces prestations sont facturées selon les tarifs cantonales"; les pièces produites par Mlle P.L. sont relatives à divers systèmes de subventions, lesquels ne s'identifient pas aux prestations de sécurité sociale.

Selon déclarations du conseil de Mlle P.L., consignées au procès-verbal de l'audience publique du 26 janvier 2012, les frais médicaux et pharmaceutiques ont été intégralement remboursés, de sorte que seuls restent en litige les frais de séjour aux Foyers des R.

Pour les motifs exposés ci-dessus, ces frais ne peuvent être mis à charge de l'INAMI.

...

III. Arbeidshof van Bergen, 2 februari 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, 1^e lid, 5^o en 3^e lid.
Verjaring na vijf jaar in geval van bedrieglijke handelingen -
Redelijke termijn – Stuiting van de loop van de interesten

Het bedrog of de bedrieglijke handelingen welke de verjaringstermijn op 5 jaar brengen zijn in het kader van de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering niet door de wetgever omschreven.

In het algemeen worden de situaties van bedrog of arglist bedoeld waaronder het volgende valt:

- voor het bedrog alle gevallen van overrompeling, bedrog, sluwheid, veinerij evenals elke andere negatieve manier om iemand te misleiden
- voor de arglist de voor de wet bedrieglijke handelingen met telkens als gemeenschappelijk kenmerk het bestaan van onthouding(en), weglating(en) of vrijwillige, ongeoorloofde handelingen waarvan de rechthebbende op sociale uitkeringen gebruik maakt om ten onrechte de toekenning van een vervangingsinkomen te bekomen of te behouden, zonder dat de toekenning of het behoud het gevolg van een gewone administratieve fout is. Daaruit vloeit voort dat de sociaal verzekerde zich ervan bewust moet zijn dat zijn handelingen of het ontbreken van zijn aangifte tot gevolg hadden dat hij prestaties heeft ontvangen waarop hij geen recht had.

De sanctie voor de overschrijding van de redelijke termijn zoals bepaald bij artikel 6 van het EVRM kan nooit het verlies van het recht op vordering zijn maar slechts de herleiding ervan tot het normale gebruik of de vergoeding voor de schade waartoe het misbruik ervan aanleiding heeft gegeven, zonder uit het oog te verliezen dat de zaak voor de rechter brengen de verjaring tot het einde van het geding stuit.

Indien uit het onderzoek van de stukken van de procedure in eerste aanleg en/of in beroep blijkt dat de abnormale duur van de procedure evengoed aan de passiviteit van de schuldenaar als aan het gebrek aan snelheid van de schuldeiser te wijten is, kan aan de vraag tot stuiting van de loop van de interesten geen gevolg worden gegeven.

Wat het bewijs van het bedrieglijk opzet betreft, kon de appellant de onjuistheid van de inkomstenaangifte natuurlijk niet negeren. Na 10 kennisgevingen van machtiging om een activiteit uit te oefenen, was hij perfect op de hoogte van al zijn verplichtingen.

Het doelbewuste bedrog neemt elk oorzakelijk verband weg.

De bedrieglijke handelingen zijn bewezen en de verjaringstermijn bedraagt 5 jaar.

D.C. t./V.I. en RIZIV
A.R. 2007/AM/20.901

...

V-2 En ce qui concerne le délai de prescription applicable

V-2-1 L'article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que : *"l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué"*.

V-2-2 L'article 174, alinéa 3, dispose également que : *"les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans"*.

V-2-3 La fraude ou les manœuvres frauduleuses dont il est question n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

V-2-4 L'existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l'octroi de prestations indues - ayant pour effet- par application de l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - de prolonger de deux à cinq ans le délai de prescription de l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées - ne peut résulter - ni de la considération que leur bénéficiaire pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son O.A. - ni de la (simple) constatation que la personne concernée n'a pas déclaré audit O.A. la poursuite d'une activité (voir : Cass., 3^e ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, J.T.T., 2007, pp. 22 et suiv.).

V-2-5 En visant la fraude, le législateur a voulu *"viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n'avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d'affirmation sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité, en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné"* (voir : J. Leclercq, dans *"La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale"*, La doctrine du judiciaire, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318). Le législateur n'ayant cependant pas défini les manœuvres frauduleuses, celles-ci supposent, conformément aux principes du droit commun, un agissement malhonnête, réalisé malicieusement en vue de tromper l'O.A.; l'application du principe général du droit *"Fraus omnia corrumpit"* suppose de même l'existence d'une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle (voir : Cass., 3^e ch., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, J.T.T., 2007, pp. 222 et suiv.).

V-2-6 S'agissant de fraude ou de manœuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un
- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi,

avec à chaque fois, trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d'une simple erreur administrative (voir Leclercq, *op. cit.*, p. 316).

V-2-7 Il en découle que l'assuré social doit avoir eu conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit (voir en ce sens : C.T. Mons, 08.06.2006, R.G. 19.199, *Juridat JS62049_1*).

V-2-8 En l'espèce, de 1994 à 1998, l'appelant a reçu 10 notifications d'autorisation d'exercer une activité au cours d'une incapacité de travail lui rappelant ainsi les restrictions de cette autorisation en mentionnant une activité autorisée de "gérance d'un garage (ou de carrosserie)". La première de ces notifications précisait même qu'il s'agissait de "gérant de garage (administratif) indépendant", point qui n'a pu lui échapper puisqu'il le reprit spécialement dans son attestation du 20 mai 1994. Ces 10 notifications mentionnaient également les heures autorisées, étant ajouté que "La présente autorisation n'est et ne reste valable que pour autant que les conditions qui y sont définies soient respectées" et que "en cas de reprise complète de travail ou du chômage, vous devez immédiatement en informer mes services (...)". C'est ainsi parfaitement informé de l'ensemble des obligations à sa charge que l'appelant a complété, d'octobre 1994 à juillet 1997, non moins de 27 attestations de reprises de travail ou déclarations de revenus dans lesquelles il déclare exercer une activité de gérance de garage à raison d'une heure par jour (10 heures par semaine pour mai et juin 1997). L'appelant ne pouvait évidemment ignorer l'inexactitude de ces déclarations. Si par ailleurs l'appelant n'a pas respecté ses obligations, c'est bien intentionnellement puisqu'il déclara le 15 juillet 1999 : "En effet, je ne peux pas renvoyer un client sous prétexte qu'il arrive en dehors des heures de l'accord". Sans précision, l'appelant invoque alors l'existence d'un contrôle de l'O.A. ainsi que l'hypothétique contenu des renseignements qu'il lui a(urait) communiqués. L'existence d'un (possible) contrôle intervenant nécessairement *a posteriori*, après l'introduction des formulaires, n'est pas exclusif des manœuvres frauduleuses à apprécier au moment de la rentrée desdits formulaires. Par ailleurs, si l'appelant souhaite sous entendre que, sans les éventuelles négligences de son O.A., l'indu n'aurait pas été possible, encore faut-il alors rappeler que, comme le notent Monsieur FAGNART et Madame DENEVE "la jurisprudence considère, non sans raison, que la faute délibérée absorbe toute la causalité. Celui qui agit méchamment ne peut se prévaloir de ce que, sans une imprudence de la victime, il n'aurait pu parvenir à ses fins; en voulant le dommage, le prévenu a, en réalité, fait de l'imprudence de la victime un instrument de sa faute, ce qui exclus le partage de responsabilité" (J.L. FAGNART et M. DENEVE, *La responsabilité civile*, JT, 1985, p. 468, n° 31).

V-2-9 Les manœuvres frauduleuses sont par conséquent établies, de sorte que le délai de prescription à appliquer est bien de 5 ans.

V-2-10 Le premier acte interruptif étant un courrier du 1^{er} mars 2000, la récupération des indemnités relatives à la période du 28 octobre 1994 au 28 février 1995 inclus est donc prescrite.

V-3 Pour ce qui est de la perte d'assurabilité, y compris en soins de santé

V-3-1 On notera simplement sur ce point que l'article 101 de la loi coordonnée étant inapplicable, l'appelant a de ce fait perdu la couverture en soins de santé.

V-3-2 L'appelant soutient alors qu'en ce qui concerne le délai de prescription, il faudrait distinguer entre les soins de santé qui ont été remboursés pour des prestations fournies à lui-même et celles qui le furent au profit de ses trois enfants en manière que pour porter à cinq ans le délai de prescription, l'O.A. devrait démontrer l'existence de manœuvres frauduleuses, non plus dans son chef, mais dans le chef de ses enfants. L'appelant souhaiterait en conséquence une ventilation entre les bénéficiaires des soins de santé.

V-3-3 Pour rappel, l'article 174, alinéa 1^{er}, 6^o, et alinéa 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que : "6^o L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. (...). Les prescriptions prévues aux 5^o, 6^o, 7^o ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des **manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité**. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans (...)".

V-3-4 En l'occurrence, l'appelant a "profité" des remboursements des frais de soins de santé prodigués à ses enfants au sens du texte légal applicable dans la mesure où il a en effet reçu sur son compte le remboursement des frais qu'il avait avancés au titre de frais de soins de santé pour ses enfants. Le délai de prescription doit donc être porté à cinq ans, même pour le remboursement des frais de soins de santé payés pour des personnes à charge d'un assuré auteur de manœuvres frauduleuses.

V-3-5 Pour le reste, concernant la période récupérable, l'appelant indique trois périodes d'hospitalisation dans ses conclusions déposées le 14 juin 2011 : soit du 2 au 7 février 1997, du 24 février 1997 au 8 mars 1997 et du 26 juin 1997 au 1^{er} juillet 1997, renvoyant en cela aux périodes retenues par l'INAMI.

V-3-6 Il n'y a toutefois effectivement, comme le Ministère public l'a judicieusement indiqué dans son avis écrit, trace de périodes d'hospitalisation que dans le rapport de l'INAMI du 1^{er} février 2000, et encore uniquement pour les deux premières. L'O.A. ne s'en est pas expliquée et **aucun décompte mensuel de paiement en indemnité n'étant déposé**, il n'est pas possible de vérifier si l'O.A. a ou non comptabilisé les périodes d'hospitalisation dans l'indu réclamé, de sorte qu'il y a lieu d'ordonner réouverture des débats à ce sujet avec production de documents.

V-4 À propos de la suspension du cours des intérêts

V-4-1 L'appelant sollicite la suspension du cours des intérêts durant trois périodes, soit du 21 mars 2000 au 30 octobre 2003, du 2 décembre 2004 au 20 avril 2006 et du 26 octobre 2007 au 16 novembre 2010.

V-4-2 Tel genre de demande repose implicitement sur la théorie de l'abus de droit, et accessoirement sur une violation de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme par le biais du dépassement du délai raisonnable. Néanmoins, si l'article 6 précité consacre le droit de toute personne à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable, cette disposition ne prévoit en tant que telle aucune sanction, de sorte que seule la théorie de l'abus de droit peut déboucher sur une indemnisation au départ de la notion de préjudice.

V-4-3 Selon cette théorie, la sanction ne peut être la déchéance du droit d'action, mais seulement la réduction de celui-ci à son usage normal ou la réparation du dommage que son abus a causé (voir notamment : Cass. 07.02.1994, JC94271, et Cass. 08.02.2001, JC01281), sans oublier que l'introduction de la cause en justice interrompt la prescription, et qu'il est acquis que cette interruption vaut jusqu'à la clôture de l'instance (voir Cass. 13.09.1993, JTT 1993, 841).

V-4-4 Il ne paraît ainsi pas justifié de sanctionner l'abus de droit consistant en un retard excessif de la mise en état de l'action introduite par :

- l'écartement pur et simple de tout intérêt moratoire sur les sommes réclamées en principal
- ou la réduction du taux auquel les intérêts doivent être calculés dès lors que ceux-ci sont légaux.

V-4-5 Par contre, il est légalement admissible, lorsqu'une demande de réduction des intérêts a été formulée, de réduire la période de calcul desdits intérêts, sans violer le prescrit légal qui n'en détermine que le principe et le point de départ.

V-4-6 De surcroît, une telle mesure s'avère particulièrement adéquate au regard du but poursuivi, soit la réparation du préjudice, étant entendu que si la déchéance du droit aux intérêts a été expressément formulée, il est permis de considérer que l'on sollicite implicitement, et à tout le moins à titre subsidiaire, le rejet d'une partie de ceux-ci (*voir en ce sens C.T. Mons, 6^e ch., 13.10.2006, R.G. 14.358 en cause de R.V. c./ASBL GROUPE S*).

V-4-7 Dans ce contexte, il y a cependant lieu de vérifier préalablement la réalité factuelle de l'argumentation sous-tendant une telle demande.

V-4-8 Si l'examen des pièces de la procédure d'instance et/ou d'appel révèle que la durée anormale de la procédure est tout aussi imputable à l'inertie de la partie débitrice qu'à l'absence de diligence de la partie créancière, il ne pourrait en aucun cas être fait droit à la demande de suspension du cours des intérêts.

...

IV. Arbeidshof van Brussel, 10 februari 2012

Wet van 14 juli 1994, artikel 55bis - K.B. van 2 augustus 2002 – Sociaal plan kiné - De niet-retroactiviteit van de wetten en besluiten – Artikel 23 van de Grondwet – Beginsel van gewettigd vertrouwen

Om te weten of een Koninklijk besluit terugwerkende kracht heeft, moet worden nagegaan of het een situatie in twijfel trekt die op de datum van de inwerkingtreding ervan onherroepelijk was vastgesteld.

Artikel 23 van de Grondwet bevat een effect van standstill dat zich ertegen verzet dat de bevoegde overheid de graad van bescherming, die door de geldende wetgeving wordt geboden, zou verminderen zonder dat daarvoor redenen van algemeen belang voorhanden zijn.

Een belangrijke regressie van de toegekende sociale bescherming kan slechts worden aangevoerd wanneer de gerechtigde op de datum van inwerkingtreding van de gelaakte tekst geen verworven recht kon aanvoeren.

Het beginsel van gewettigd vertrouwen wordt slechts geschonden in geval van een administratieve fout waarna aan een burger een voordeel is toegekend dat niet kan worden ingetrokken zonder zeer gegronde redenen welke die intrekking verantwoorden.

RIZIV t./P.P.
A.R. 2010/AB/00566

...

III. Discussion

A. Le cadre juridique et les différentes questions soumises à la Cour

9. L'article 32 de la loi-programme du 2 août 2002 a introduit dans la loi sur l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, un article 55bis rédigé comme suit :

"Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, charger l'Institut de prendre à charge du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités les frais résultant de mesures prises en vue d'augmenter ou de réduire le nombre de kinésithérapeutes.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'application du présent article".

Cette disposition devait permettre au gouvernement de rendre opérationnel un plan social pour les kinésithérapeutes (voir *Doc. Parl., Ch. Repr., 50-1823/001, p. 15*).

Un arrêté royal du 2 août 2002 portant exécution de cet article 55bis a été publié au Moniteur du 14 septembre 2002.

Son préambule précise :

"Considérant que le Fonds de participation avance depuis le 1^{er} mai 2002 des indemnités octroyées en faveur de kinésithérapeutes indépendants dans le cadre des mesures de reconversion, en application de l'article 74, § 1^{er}, 7^o, de la loi du 28 juillet 1992 portant des dispositions fiscales et financières; qu'il importe de faire connaître sans délai les éléments sur la base desquels les indemnités précitées peuvent être fixées, même si le droit aux indemnités ne prend cours qu'au 1^{er} janvier 2003, afin d'intégrer le préfinancement du Fonds de participation dans le cadre approprié; qu'il est en outre indiqué que les kinésithérapeutes indépendants concernés puissent vérifier sans délai si les indemnités qu'ils perçoivent à titre de préfinancement pourraient être conformes aux indemnités auxquelles ils pourront avoir droit sur la base du présent arrêté".

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

10. En ce qui concerne les conditions d'octroi des indemnités, l'article 4 de l'arrêté royal du 2 août 2002, précise :

"1^o l'indemnité résulte d'une demande introduite par lettre recommandée, par un travailleur indépendant qui n'avait pas encore atteint l'âge de 60 ans au 1^{er} août 2002, au fonds de participation le 31 décembre 2002 au plus tard selon le modèle joint en annexe. La demande est définitive;

2^o l'INAMI a pris en charge pendant les années 1998, 1999 et 2000 en moyenne au moins 4 462 EUR pour les prestations que le demandeur a fournies en tant que kinésithérapeute;

3^o l'indemnité est égale à :

(...)

e) 2 627,67 EUR lorsque le demandeur a choisi le paiement d'une prime mensuelle et si pour les années de référence un montant moyen d'au moins 18 592 EUR a été enregistré;

(...).".

Un modèle de formulaire de demande était joint à l'arrêté royal.

11. Les indemnités dues par l'INAMI ont été pré-financées par le Fonds de participation en vertu d'un arrêté ministériel du 2 août 2002, entré en vigueur le 1^{er} mai 2002.

En vertu de l'article 1^{er} de cet arrêté ministériel,

"§ 1. Le Fonds de participation est chargé du préfinancement, pour le compte de l'INAMI, des indemnités prévues par l'arrêté royal du 2 août 2002, portant exécution de l'article 55bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Le coût total pour le Fonds de participation résultant de l'application du présent arrêté ne peut dépasser 37 millions d'EUR. "

L'arrêté royal du 13 janvier 2003 portant octroi d'une intervention à certains kinésithérapeutes indépendants qui suivent une formation d'infirmier gradué, organise l'octroi des indemnités, à partir du 1^{er} septembre 2002, aux kinésithérapeutes ayant entamé une formation d'infirmier à partir de l'année académique 2002-2003. Il précise :

- *"Ouvrent le droit à une intervention financière à charge de l'INAMI, les kinésithérapeutes indépendants à titre principal qui ont introduit une demande en application de l'article 4 de l'arrêté royal du 2 août 2002 portant exécution de l'article 55bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et qui ont choisi une formation d'une durée supérieure à 9 mois, à savoir la formation d'infirmier gradué à partir de l'année scolaire 2002-2003. L'intervention financière est accordée pour autant que la formation soit effectivement suivie ou poursuivie, y compris les années d'étude recommencées, et n'est plus due à partir du moment où la formation est terminée. Seuls les candidats qui figurent parmi les 350 premiers candidats valables, selon la date d'introduction, entrent en considération pour l'application du présent arrêté" (art. 2 de l'A.R. du 13.01.2003)*
- *"Par dérogation à la dernière option figurant à l'annexe jointe à l'arrêté royal précité du 2 août 2002, le Fonds de participation assure le préfinancement des indemnités visées à l'article 4 de cet arrêté et dues en application de l'article 2 du présent arrêté, à partir du 1^{er} septembre 2002" (art. 5, al. 1 de l'A.R. du 13.01.2003).*

Il résulte également de l'article 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 13 janvier 2003 que l'indemnité accordée aux kinésithérapeutes optant pour une formation d'infirmier s'élève à 2 627,67 EUR par mois. Comme précisé à l'article 2, cette indemnité est due pendant toute la durée des études.

Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, à l'exception de l'article 5, premier alinéa, qui a produit ses effets le 1^{er} septembre 2002 : l'objectif était en effet de donner une base légale aux indemnités versées aux kinésithérapeutes ayant, comme M. P., entamé des études d'infirmier en septembre 2002.

12. En l'espèce, M. P. soulève l'illégalité de l'arrêté royal du 2 août 2002 en évoquant une violation du principe de la non-rétroactivité des actes réglementaires, une méconnaissance de l'effet de standstill que comporte l'article 23 de la Constitution ainsi qu'une violation du principe de confiance.

Le tribunal a fait droit à cette argumentation.

B. Examen des motifs de contestation soulevés par M. P.

B.a. Le principe de non-rétroactivité des actes réglementaires

13. L'arrêté royal du 2 août 2002 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Il n'est pas contesté que cet arrêté royal a pour conséquence que celui qui sollicite le bénéfice du plan social kiné, renonce définitivement à demander un numéro d'identification comme kinésithérapeute auprès de l'INAMI.

L'annexe à l'arrêté royal du 2 août 2002 précise en ce sens que le demandeur "*accepte que son inscription de kinésithérapeute à l'INAMI soit définitivement supprimée le jour du premier versement (de l'indemnité)*".

M. P. soutient qu'en ce qu'il implique une renonciation définitive à l'inscription comme kinésithérapeute, l'arrêté royal du 2 août 2002 a un effet rétroactif qui le rend illégal.

14. Selon l'article 2 du Code civil, la loi ne dispose que pour l'avenir et n'a point d'effet rétroactif.

La non-rétroactivité des lois et des arrêtés réglementaires est un principe général de droit, garant des intérêts individuels et de la sécurité juridique (Cass. 22.10.1970, Pas. 1971, I, p. 1444).

La portée du principe de non-rétroactivité doit toutefois être précisée.

En règle, une loi nouvelle s'applique - sans qu'il en résulte un effet rétroactif - non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur, mais aussi aux effets futurs des situations nées sous l'empire de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés (Cass., 03.06.2004, RG C.03.0070.N, Pas., 2004, n° 302; 09.09.2004, R.G. C.03.0492.F, Pas., 2004, n° 399; 24.01.2005, R.G. C.04.0233.N, Pas., 2005, n° 48; 27.04.2007, R.G. C.06.0363.N, Pas., 2007, n° 213).

Pour savoir si un arrêté royal a un effet rétroactif, il faut donc vérifier s'il remet en cause une situation qui à la date de son entrée en vigueur, était irrévocablement fixée.

15. En l'espèce, à la date du 1^{er} janvier 2003, M. P. n'avait pas définitivement acquis le droit à bénéficier d'une aide à la reconversion tout en conservant la possibilité de recouvrer un numéro INAMI de kinésithérapeute.

La circulaire explicative jointe à la lettre du Ministre des Affaires sociales du 23 mai 2002 évoquait la suppression, et non pas une simple suspension, de l'inscription INAMI.

Le formulaire signé le 5 août 2002 par M. P. indiquait que l'inscription comme kinésithérapeute à l'INAMI serait supprimée le jour du premier versement : il résultait à suffisance des termes utilisés que la renonciation au numéro INAMI était définitive.

Enfin, la lettre que l'INAMI a adressée à M. P. le 17 octobre 2002 précisait, sans équivoque, que l'acceptation du plan social avait pour conséquence que "*l'inscription comme kinésithérapeute ayant le droit d'effectuer et d'attester des prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé sera définitivement supprimée le 1^{er} septembre 2002*".

S'il estimait que l'accord ainsi donné par l'INAMI ne correspondait pas à ce à quoi il avait précédemment souscrit dans le formulaire du 5 août 2002, il appartenait à M. P. de refuser les indemnités dans l'attente d'une éventuelle clarification de l'accord entre parties. Or, il a accepté ces indemnités sans formuler la moindre observation.

Ainsi, M. P. ne peut se prévaloir d'un accord existant à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 2 août 2002 qui aurait prévu l'octroi d'indemnités de 2 627,67 EUR par mois sans suppression définitive du numéro INAMI.

L'éventuel accord, en ce sens, manquerait du reste de toute base légale.

À cet égard, c'est vainement que M. P. soutient qu'il avait introduit sa demande non pas dans le cadre du plan social kiné mais dans le cadre du "*projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux*" qui ne prévoyait pas la suppression définitive de l'inscription INAMI.

En effet, outre le document qu'il a signé le 25 juillet 2002 est intitulé "*formulaire de demande PLAN SOCIAL KINÉ*", il apparaît que le "*projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux*" était largement échu puisqu'il concernait la rentrée académique 2001-2002 et supposait l'introduction d'une demande avant le 12 octobre 2001.

16. Il est exact que l'arrêté royal du 13 janvier 2003 portant octroi d'une intervention financière en faveur de certains kinésithérapeutes indépendants suivant une formation d'infirmier gradué est, pour partie, entré en vigueur avec effet rétroactif, au 1^{er} septembre 2002.

M. P. serait toutefois sans intérêt à contester cet effet rétroactif puisque sans ce dernier ce serait de manière indue que le Fonds de participation lui a versé entre septembre et décembre 2002, une indemnité de 2 627,67 EUR par mois.

En résumé, le principe de non-rétroactivité des actes réglementaires n'a pas été violé.

B.b. L'article 23 de la Constitution et l'effet de standstill qu'il comporte

17. Les droits économiques et sociaux qu'il appartient aux législateurs de garantir en vertu de l'article 23 de la Constitution, comprennent notamment, "*le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible...*".

Ces droits doivent être garantis "*en tenant compte des obligations correspondantes*".

18. L'article 23 comporte un effet de standstill qui "*s'oppose à ce que l'autorité compétente réduise sensiblement le degré de protection offert par la législation applicable, sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général*" (C.C., arrêt n° 121/2008, du 01.09.2008, B.11.1.; C.E., arrêt n° 215.309 du 23.09.2011).

Puisqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 2 août 2002, M. P. ne pouvait pas se prévaloir d'un droit à une reconversion indemnisée sans suppression définitive du numéro INAMI (cfr. ci-dessus), c'est vainement qu'il évoque une régression significative.

19. Surabondamment, cette éventuelle régression significative serait justifiée par un objectif d'intérêt général.

La décision de réduire le nombre de kinésithérapeutes pouvant attester des prestations ouvrant le droit à remboursement à charge de l'assurance obligatoire soins de santé, relève de l'intérêt général et, plus particulièrement, de l'équilibre budgétaire qu'il appartient au législateur et au pouvoir exécutif en charge de l'assurance soins de santé, de préserver.

En l'espèce, la mesure n'a pas d'effets disproportionnés dès lors que pour atteindre l'objectif qu'elle poursuit, elle accorde d'importantes indemnités en contrepartie de la suppression définitive du numéro INAMI et laisse subsister la possibilité d'exercer une activité de kinésithérapeute en-dehors du cadre de l'assurance soins de santé.

Pour autant que de besoin, il paraît utile de relever que d'autres mesures de contingentement du nombre de kinésithérapeutes autorisés à délivrer des attestations, n'ont suscité d'observation, quant à leur compatibilité avec l'article 23 de la constitution, ni de la section de législation du Conseil d'État (avis n° 34.200/3 du 21.01.2003, Doc. Parl., Ch. Repr., 50-2392/001, p. 13 et s.; avis n° 35.930/3 du 14.10.2003, Doc. Parl., Ch. Repr., 51-1016/001, p. 13), ni de la Cour constitutionnelle (arrêt n° 103/2006, du 21.06.2006, en particulier B.3.6.).

Dans ces conditions, c'est vainement que M. P. évoque une violation de l'article 23 de la Constitution.

20. De même, c'est vainement qu'en page 11 de ses conclusions de synthèse il conteste l'existence et/ou la validité de la renonciation au libre choix de son activité professionnelle qui pouvait découler de son adhésion au plan social kiné :

- l'acceptation des indemnités impliquait un accord sur les conditions de la lettre de l'INAMI du 17 octobre 2002
- la référence au site internet citée au début de la page 12 des conclusions de synthèse de M. P., ne concerne pas le plan social kiné de 2002 mais le "projet fédéral de recyclage kinésithérapeutes et paramédicaux" de 2001.

B.c. Le principe de confiance légitime

21. Le principe de confiance légitime "implique notamment que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration et en vertu duquel les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître en son chef" (Cass., 29.11.2004, J.T.T., 2005, p. 104; Cass. 14.06.1999, Pas., 1999, I, p. 352).

Le Conseil d'État définit, quant à lui, le principe de confiance comme "l'un des principes de bonne administration en vertu duquel le citoyen doit pouvoir se fier à une ligne de conduite constante de l'autorité ou à des concessions ou des promesses que les pouvoirs publics ont faites dans le cas concret" (C.E. (ass. gén.), 06.02.2001, n° 93.103, Missorten).

On admet ainsi que le principe de confiance n'est violé qu'en présence d'une "erreur de l'administration, à la suite de laquelle un avantage a été attribué à un administré, avantage qui ne peut être retiré à l'administré en l'absence de très bonnes raisons susceptibles de justifier ce retrait" (V. Scoriels, "Le principe de confiance légitime en matière fiscale et la jurisprudence de la Cour de cassation", J.T., 2003, p. 302; voy. aussi M. Van Damme, "Het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel", in *Beginselen van behoorlijk bestuur*, Die Keure, p. 350; J. Jaumotte, "Les principes généraux du droit administratif à travers la jurisprudence administrative", in *Le Conseil d'État de Belgique cinquante ans après sa création (1946-1996)*, Bruylant, 1999, p. 686).

22. Il est exact que certaines informations diffusées par le Ministre des affaires sociales n'insistaient pas sur le fait que le plan social kiné (de 2002), à la différence du plan de 2001, impliquait qu'à l'avenir, aucun numéro INAMI ne pourrait être ré-attribué en tant que kinésithérapeute.

Il était malgré tout question dans ces informations, d'une suppression (voir la circulaire explicative jointe à la lettre du Ministre des affaires sociale du 23.05.2002), ce qui ne pouvait pas être compris comme une simple suspension pendant la durée de la formation.

Par ailleurs, l'INAMI n'a, de son côté, jamais laissé entendre à M. P. qu'il pourrait solliciter, à l'issue de sa formation, un nouveau numéro INAMI comme kinésithérapeute.

Il résulte au contraire de la lettre du 17 octobre 2002 que la suppression serait définitive.

Dès lors, que compte tenu de cette lettre, M. P. savait, ou à tout le moins, devait savoir que le bénéficiaire du plan social impliquait une suppression définitive du numéro d'inscription à l'INAMI, le principe de confiance légitime n'a pas été méconnu en l'espèce par l'INAMI.

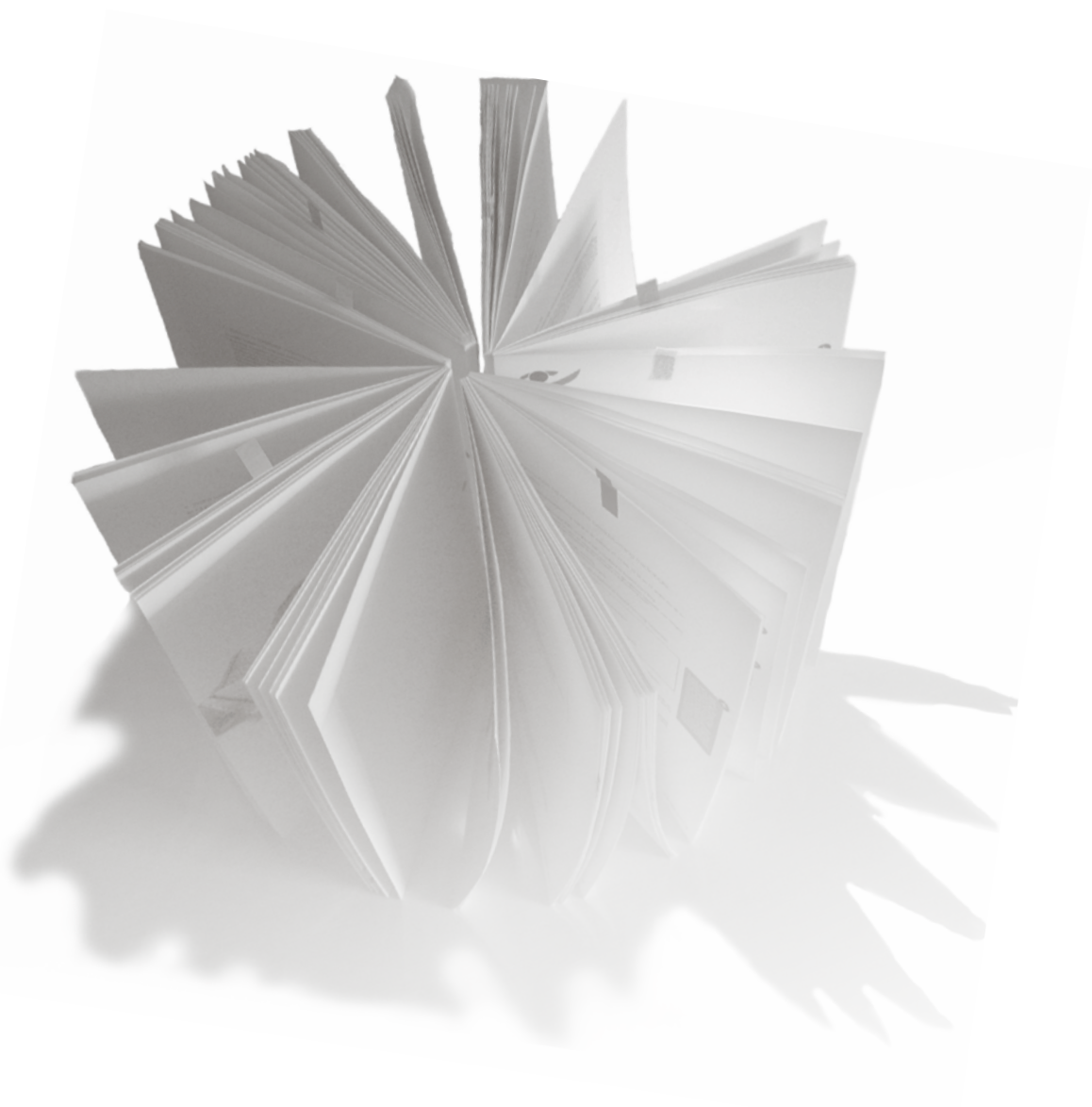
C. Conséquences

23. M. P. n'a plus droit à un numéro INAMI en tant que kinésithérapeute.

Le jugement doit, dès lors, être réformé en ce qu'il condamne l'INAMI à procéder sans délai à la réinscription de M. P. comme kinésithérapeute.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Wijkgezondheidscentra

Voordelen

Vraag nr. 5-4563, gesteld op 23 december 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culture instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Het gecumuleerd positief effect van wijkgezondheidscentra wordt zowat door iedereen met oog en hart voor de gemeenschap bevestigd. Toch vindt dit zo bejubelde concept maar bij mondjesmaat ingang in de Belgische gezondheidszorg.

Hierover de volgende vragen:

1. Beamt de geachte minister de cumul van positieve eigenschappen van de wijkgezondheidscentra? Kan zij deze positieve gevolgen illustreren met cijfers en andere data? Vindt zij ook punten van kritiek op het concept van de wijkgezondheidscentra, zo ja welke en waarom?
2. Hoeveel wijkgezondheidscentra zijn er momenteel operationeel in België, dit per provincie en voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Heeft de geachte minister informatie over centra die op korte termijn zullen starten?
3. Beschikt zij over cijfergegevens over de besparingen die worden gerealiseerd door de wijkgezondheidscentra?

Antwoord

Onze maatschappij staat vandaag voor belangrijke uitdagingen: de vergrijzing, de stijgende prevalentie van chronische ziekten, kortere verblijven in het ziekenhuis, enz. In die context versterken we bij voorrang de eerstelijnsgezondheidszorg, en meer bepaald de complementariteit van en samenwerking tussen de hulpverleners in de eerste lijn.

Het systeem van de wijkgezondheidscentra vormt één van de interessante formules binnen het kader van die huidige specifieke uitdagingen in de (eerstelijns)gezondheidszorg. De wijkgezondheidscentra zijn een sector in volle ontwikkeling. Er wordt een bijna exponentiële groei van het aantal effectieve wijkgezondheidscentra vastgesteld.

Merk op dat voor het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de benaming "wijkgezondheidscentra" geen specifieke benaming vormt. Het gaat om groepspraktijken, die dus hetzelfde statuut als dat van elke andere groepspraktijk hebben.

Verder kan ook elke huisarts de forfaitaire betaling in plaats van de betaling per prestatie aanvragen. Het zijn dus niet alleen de wijkgezondheidscentra die hiervoor in aanmerking komen.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

1) De positieve eigenschappen en gevolgen van wijkgezondheidscentra tonen zich op verschillende gebieden.

De meeste wijkgezondheidscentra werken in een systeem van forfaitaire betaling, waarbij de raadplegingen voor de patiënt kosteloos zijn. Dit systeem bevordert de financiële toegankelijkheid tot de eerste lijn.

De nood aan een financieel toegankelijk aanbod van eerstelijnsgezondheidszorg komt onder meer naar voor in een studie over het gedrag, de attitudes en noden van de gezondheidszorgconsumenten, uitgevoerd door Deloitte (Survey of Health Care Consumers in Belgium, 2011). De resultaten tonen dat van de 17 % personen die zeggen geen arts of gezondheidsbeoefenaar te bezoeken als ze ziek of gewond zijn, 39 % aangeeft dat de reden hiervoor de hoge kost voor de zorgen is.

De wijkgezondheidscentra (zowel degene met een systeem van forfaitaire betaling als een systeem van betaling per prestatie) bevorderen tevens een multidisciplinaire en integrale zorg. Wijkgezondheidscentra organiseren niet alleen op structurele wijze intern multidisciplinair overleg. Ze werken ook actief samen met verscheidene lokale en regionale (beleids)partners op de domeinen van gezondheid en welzijn. Ze spenderen daarbij tijd en aandacht aan zowel lichamelijke, psychische als sociale componenten van gezondheid.

Stefanie De Winter ("Forfait versus Prestatiegeneeskunde", 2010) onderzocht door middel van kwalitatief onderzoek de perceptie van huisartsen op de twee grote betaalsystemen in de huisartsgeneeskunde en hun mogelijke invloed op de arts-patiënt relatie. Ze stelt vast dat er in de prestatiegeneeskunde een duidelijke vraag bestaat van de artsen naar administratieve vereenvoudiging. Voor vele artsen is een goede praktijkondersteuning en -organisatie van primordiaal belang om goed te kunnen functioneren als arts. Wijkgezondheidscentra die gebruik maken van het forfaitair systeem hebben hier een voordeel.

Een ander voordeel van het forfaitair betalingssysteem, toegepast in het merendeel van de wijkgezondheidscentra, is dat het toelaat tijd te besteden aan de ontwikkeling en uitvoering van preventieve en gezondheidsbevorderende acties. Wijkgezondheidscentra voeren zowel individuele als groepsgerichte ziektepreventie uit, naar zowel de eigen patiëntenpopulatie als de lokale gemeenschap.

Het Kenniscentrum heeft het systeem van forfaitaire betaling en het systeem van betaling per prestatie vergeleken, en dit op het vlak van toegankelijkheid, kwaliteit en kosteneffectiviteit van de zorg (Annemans et al, KCE reports vol.85A: "Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringsystemen voor de eerstelijnszorg in België", 2008). Uit de studie blijkt dat wijkgezondheidscentra gebaseerd op het forfaitair betalingssysteem beter scoren op vlak van preventieve zorg (vaccinatie en screening) dan bij betaling per prestatie.

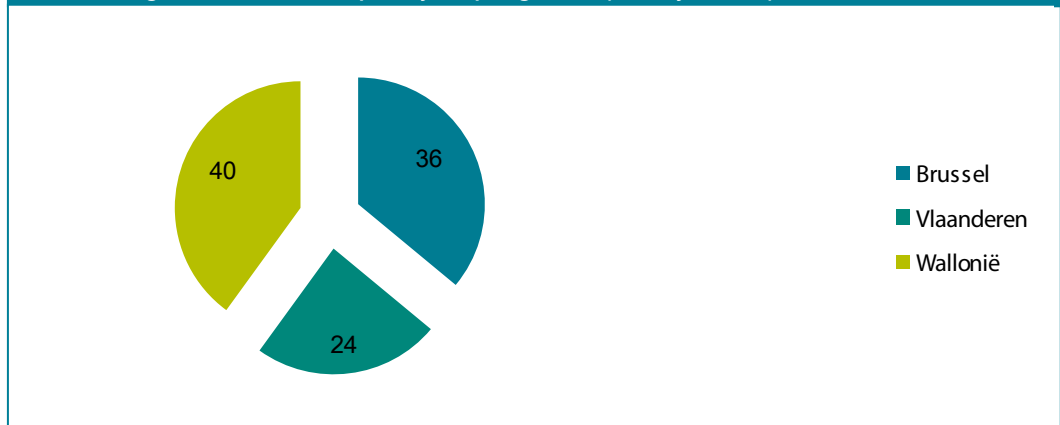
In de studie van De Winter (2010) brengen de ondervraagde artsen de grotere aandacht voor preventie in het forfaitaire systeem als een belangrijk aandachtspunt naar voren.

Tot op de dag van vandaag bereiken, op nationaal niveau, wijkgezondheidscentra toch een beperkte en specifieke doelgroep. De studie uitgevoerd door het KCE (2008) stelt vast dat wijkgezondheidscentra de meest kwetsbare groepen in de samenleving verzorgen.

2) Het RIZIV beschikt over gegevens met betrekking tot het aantal wijkgezondheidscentra dat werkt in een forfaitair systeem.

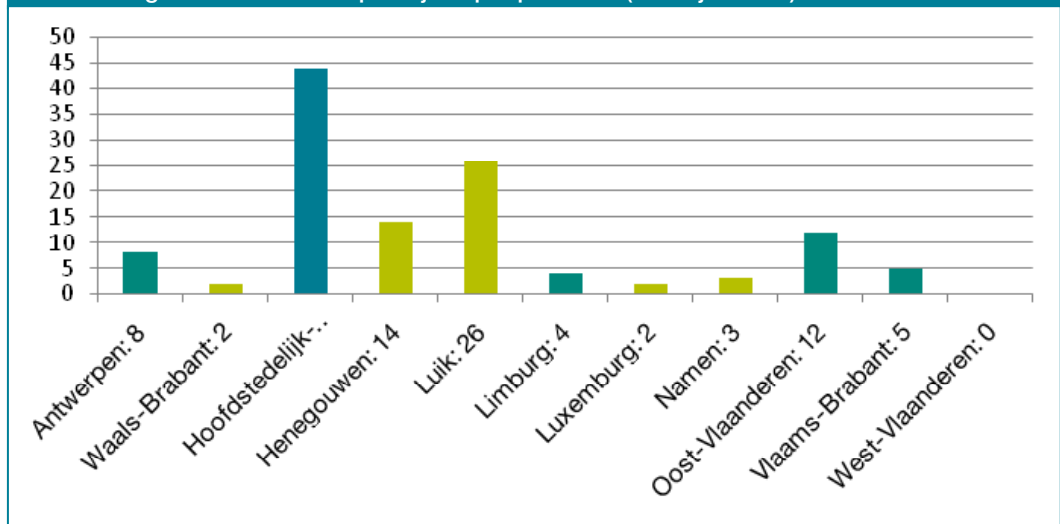
Op 1 juli 2011 waren er 120 dergelijke centra operationeel in België, die in totaal de zorg opnamen van ongeveer 250 000 personen. Op 1 juli 2011 telde Wallonië 40 % van de wijkgezondheidscentra, Brussel 36 %, Vlaanderen 24 %.

Herverdeling van de forfaitaire praktijken per gewest (RIZIV juli 2011)



Per provincie en voor Brussel waren er dit: 8 in Antwerpen, 2 in Waals-Brabant, 44 in het Hoofdstedelijk Brussels Gewest, 14 in Henegouwen, 26 in Luik, 4 in Limburg, 2 in Luxemburg, 3 in Namen, 12 in Oost-Vlaanderen, 5 in Vlaams-Brabant, en geen in West-Vlaanderen.

Herverdeling van de forfaitaire praktijken per provincie (RIZIV juli 2011)



Cijfers over het totaal aantal wijkgezondheidscentra in België, zowel per prestatie als forfaitair, worden verzameld door de gefedereerde entiteiten die de wijkgezondheidscentra erkennen. Een groepspraktijk, met forfaitaire betaling of betaling per prestatie, kan zich echter ook vestigen zonder vooraf de lokale overheden steun of erkenning te vragen.

3) De forfaitaire centra zijn niet enkel financieel interessanter voor de patiënt. Op het vlak van kosteneffectiviteit stelt de studie van het KCE (2008) vast dat patiënten die verzorgd worden in het forfaitair stelsel, in vergelijking met patiënten die in de betaling per prestatie worden verzorgd, minder gebruik maken van specialistische zorg, en minder in het ziekenhuis worden opgenomen (behalve voor psychiatrische aandoeningen). Ze ondergaan tevens minder technisch onderzoek (laboratorium en medische beeldvorming). Op het vlak van geneesmiddelen, blijkt dat wijkgezondheidscentra minder antibiotica en meer generische geneesmiddelen voorschrijven.

De resultaten van de studie met betrekking tot de financiële implicaties van de twee betaalsystemen worden samengevat weergegeven in de volgende twee tabellen.

Impact type betaalsysteem (KCE, 2008)

	Forfaitair	Per prestatie
Voor de patiënt	Gratis	Remgeld of tarief volgens overeenkomst medico-mut
Voor de samenleving	De kosten van de twee systemen voor de gemeenschap zijn gelijk	
Kwaliteitsindicatoren	IDEM voor de twee systemen, maar de forfaitaire medische huizen respecteren wel vaker de aanbevelingen bij het voorschrijven van antibiotica	
Preventie	Beter (bijvoorbeeld opsporen van borstkanker, vaccinatie tegen griep, enz.)	
Efficiëntie (uitgaven/kwaliteitsindicatoren)	Beter	
Zorgtoegankelijkheid	Beter	
Gebruik van de tweedelijnszorg	Minder	

Vergelijking van de grote uitgavencategorieën (KCE, 2008)

Cohorten		
	1. Forfait (Jaarlijks gemiddelde)	2. Per prestatie - gestandaardiseerd (jaarlijks gemiddelde)
Totaal zorg	1 267	1 280
Eerstelijnsuitgaven	216	112
Niet-eerste-lijnsuitgaven	1 051	1 168
GMD*	18	4
Totaal uitgaven**	1 285	1 284

*GMD : forfait per patiënt en per jaar voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier. Deze financiering is toegankelijk voor beide types van praktijkvoering.

** exclusief terugbetalingen in kader van maximumfactuur

II. Sociale identiteitskaart

Co-ouderschap – Attest van sociaal verzekerde

Vraag nr. 5-4566, gesteld op 23 december 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Iedere inwoner van België beschikt over een SIS-kaart, voor een aantal verrichtingen in het kader van de gezondheidszorg/sociale zekerheid. Deze kaart is persoonlijk en wordt uitgereikt op basis van het domicilieadres. Dit betekent dat de SIS-kaart van de kinderen van ouders die gekozen hebben voor co-ouderschap altijd bij de ouder is waarbij de kinderen hun domicilieadres hebben. Met als gevolg dat de kinderen die kaart telkens zij naar de andere ouder gaan, dienen mee te nemen. Dit wordt regelmatig vergeten, waarbij dan bijvoorbeeld bij de apotheker of in het ziekenhuis de volle pot moet betaald worden. Dat kan dan achteraf wel worden gerecupereerd, maar dat moet dan via de ouder die het kind ten laste (voor het ziekenfonds) heeft, wat ook heel wat problemen oplevert.

Hierover de volgende vragen:

- 1) Is de minister op de hoogte van deze problematiek? Beamt hij de relevantie hiervan, waarbij een noodzakelijk en goed bedoeld bureaucratisch instrument in sommige gevallen niet beoogde maar erg vervelende effecten sorteert? Heeft de minister al iets ondernomen om deze problematiek te verhelpen?
- 2) Heeft men reeds de piste onderzocht om een tweede SIS-kaart aan gescheiden ouders te verstrekken? Wat zijn daarbij de mogelijke knelpunten? Zijn er andere alternatieven onderzocht om deze problematiek te verhelpen en welke zijn deze?

Antwoord

Ik kan u meedelen dat de sociale identiteitskaart ("SIS" – kaart) een uniek identificatie-instrument is, en elke verzekerde dus maar over één kaart kan beschikken.

Ik ben ervan op de hoogte dat in sommige gevallen problemen kunnen ontstaan. Het is precies om die reden dat de reglementering inzake de sociale identiteitskaart voorziet in de mogelijkheid tot het toekennen van een attest van sociaal verzekerde, dat dezelfde gegevens bevat als de gegevens op de kaart.

Dit attest kan worden uitgereikt in afwachting van de daadwerkelijke uitreiking van een nieuwe kaart, maar ook in behartigenswaardige gevallen, die als dusdanig erkend worden door de dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. In het laatste geval heeft het attest een hernieuwbare geldigheidsduur van zes maanden.

Onder de sociaal behartigenswaardige gevallen, die als dusdanig worden erkend door de dienst voor administratieve controle, komen problematische situaties van scheiding van ouders voor, maar ook de situatie van co-ouderschap.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

De mogelijkheid om een attest te krijgen in niet limitatieve sociaal behartigenswaardige situaties, laat in het algemeen toe snel gepaste oplossingen te bieden voor situaties waarin het doorgeven van de SIS-kaart een probleem stelt, of voor uitzonderlijke situaties die zich kunnen voordoen, zonder daarbij uiteraard afbreuk te doen aan het unieke en persoonlijke karakter van de SIS-kaart als identificatie-instrument in de sociale zekerheid.

In een omzendbrief van 1 december 2000 van de dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), wordt bepaald hoe dit attest verkregen kan worden. Dit gebeurt aan de hand van een verklaring bij het ziekenfonds, waarbij de sociaal verzekerde is aangesloten, en die het attest kan afleveren. De verklaring voorziet dat daarbij het stuk wordt gevoegd die de juridische situatie aantoont in het kader waarvan het attest wordt aangevraagd.

III. Rookstopbegeleiding

Vraag nr. 117, gesteld op 12 januari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw SMEYERS, Volksvertegenwoordigster¹

Studerende jongeren tussen 18 en 24 jaar worden sinds kort door het Tabaksontwenningencentrum van de Vrienden van het Instituut Bordet begeleid om te stoppen met roken. Het gaat hier om een studentenproject, opgericht in samenwerking met hogescholen en universiteiten. Dergelijke begeleiding duurt zeven maanden en gebeurt in groepsessies, een werkwijze die het Bordet-centrum al sinds 2009 toepast bij werkzoekenden. De volgende resultaten konden hieruit al worden opgetekend: in 2009 stopte 49 % van de deelnemers uiteindelijk met roken, na drie maanden. In 2010 stopte nog 38 % binnen de drie maanden.

Dit nieuwe project wordt gesteund door de FOD Volksgezondheid en wordt betaald door het Fonds ter Bestrijding van Verslavingen (een begeleiding kost ongeveer 650 EUR per persoon). Verschillende programma's in België zijn erop gericht de gezondheidswerkers te motiveren en de bevoegdheid te geven om rokers advies te geven.

Met betrekking tot het aantal personen dat stopt met roken rijzen de volgende vragen.

1. In 2010 rookte één Belg op vier: 19 % in Vlaanderen, tegenover 20 % in Brussel en 14 % in Wallonië.
 - a) Hoeveel Belgen rookten in de periode januari-juni 2011 en de periode juli-november 2011?
 - b) Hoe verhoudt dit aantal zich tot de Gewesten?
2. Hoeveel mensen schreven zich in totaal in voor een traject rookstopbegeleiding via één van de mogelijke kanalen in ons land, in 2010, in de periode januari-juni 2011 en de periode juli-november 2011?

1. Bulletin nr. 058, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 231.

3. Hoe groot was de vraag naar rookstopbegeleiding in deze periodes bij respectievelijk jongeren onder de 18 jaar en jongeren tussen 18 en 25 jaar?
4. Bij het Insitituut Bordet duurt een behandeling gemiddeld 7 tot 13 maanden, en kost deze ongeveer 650 EUR per persoon.
Hoelang duurt dit gemiddeld en wat is de geraamde prijs per persoon voor een behandeling, als we het globale plaatje bekijken?
5. De raadplegingen om een patiënt te helpen stoppen met roken worden gedeeltelijk terugbetaald: Voor de eerste raadpleging wordt 30 EUR terugbetaald en voor de zeven daaropvolgende raadplegingen is dat 20 EUR. Bij zwangere vrouwen wordt voor alle acht raadplegingen 30 EUR terugbetaald.
Hoeveel kostte rookstopbegeleiding de federale overheid in totaal in 2010, in de periode januari-juni 2011 en de periode juli-november 2011?
6. Na de rookstopbegeleiding voor werklozen, zullen studenten hier binnenkort eveneens op kunnen rekenen.
Met welke specifieke noden zal men hierbij rekening houden (waarin verschilt deze begeleiding van "normale" rookstopbegeleiding)?

Antwoord

1. De Gezondheidsenquête via interview van het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) wordt ongeveer om de vier jaar gehouden en brengt het rookgedrag in kaart. Er bestaan dus geen cijfers waarmee we het eerste semester van 2011 met het tweede semester van 2011 kunnen vergelijken. Volgens de laatste Gezondheidsenquête via interview die in 2008 en 2009 gehouden werd, bedraagt het aantal dagelijkse rokers onder de algemene bevolking 20,6 %. De percentages in de verschillende gewesten bedragen 18,7 % in Vlaanderen, 24,0 % in Wallonië en 22,3 % in Brussel.

2. Er bestaan verschillende kanalen om mensen te helpen stoppen met roken. Sinds oktober 2009, en dit in het kader van het Kankerplan, worden de rookstopsessies bij een tabakoloog of huisarts terugbetaald tegen 20 EUR per sessie. Voor de eerste sessie en voor zwangere vrouwen wordt 30 EUR terugbetaald. Die formule heeft al erg veel succes gehad.

De laatste beschikbare statistieken van het RIZIV bewijzen dat: in 2010 werden 25 678 sessies terugbetaald, waarvan 9 262 "eerste sessies". De cijfers voor 2011 geven een stijging aan: van januari 2011 tot eind september 2011 werden 26 498 sessies terugbetaald, waaronder 9 459 "eerste sessies".

Daarnaast is de Tabakstoplijn, waarvan het nummer op alle pakjes sigaretten staat en die het Fonds tot bestrijding van de verslavingen financiert, een centraal instrument om mensen in ons land te helpen stoppen met roken. In 2011 werden 22.240 contacten geregistreerd, wat overeenkomt met een stijging van 75 % ten opzichte van 2010. Onder meer het aantal telefonische contacten was gestegen met 66 %. Dit komt onder meer doordat het nummer sinds 1 januari 2011 op alle pakjes sigaretten staat, terwijl dat voordien maar bij 1 op 14 pakjes het geval was.

Ook het algemene rookverbod dat op 1 juli (2011) in werking trad en de promotiecampagnes voor de tabakstoplijn hebben in het succes van dit instrument een rol gespeeld.

3. Op basis van de cijfers van het RIZIV kan men geen onderscheid maken tussen verschillende leeftijdscategorieën van patiënten die een terugbetaling vragen. Volgens de cijfers van de Tabakstoplijn komt echter 25 % van de proactieve telefonische oproepen van mensen die tussen 16 en 25 jaar zijn. Er is dus duidelijk een sterke vraag naar rookstopbegeleiding vanuit dat publiek.

4. Het project van de vzw “De Vrienden van het Bordet Instituut” waarnaar u verwijst, is een proefproject dat door het Fonds tot bestrijding van de verslavingen gefinancierd wordt en dat tot doel heeft over het hele land in hogescholen groepsessies voor tabaksontwenning te organiseren.

Er bestaan veel manieren om te stoppen met roken, en het is dan ook onmogelijk om te zeggen hoeveel tijd of geld daar precies aan wordt besteed. Zo slaagt, na één jaar, ongeveer 4 % van de mensen die alleen, zonder psychologische of farmacologische hulp in hun opzet, met roken trachten te stoppen, terwijl het slaagpercentage na een jaar met de methode die gebruikt wordt door de vzw “De Vrienden van het Bordet Instituut” 45 % bedraagt.

5. De totale kosten voor de terugbetaling van de rookstopsessies bedroegen in 2010 610 628 EUR. Voor de eerste negen maanden van 2011 bedroegen die kosten 629 375 EUR. Aangezien er voor het hele jaar 2011 nog geen statistieken beschikbaar zijn, kunnen we de periode van januari tot juni 2011 nog niet met de periode van juli tot december 2011 vergelijken.

6. Wat het project van de vzw “De Vrienden van het Bordet Instituut” betreft, ligt het grote verschil tussen het project “jongeren” en het project “werklozen” in de timing. Gelet op de uurroosters van een schooljaar is het immers erg moeilijk om studenten gedurende dertien maanden te volgen. Uit praktische overwegingen heeft men de timing van die methode dan ook laten samenvallen met de timing van het schooljaar, wat de globale duur dus verkort. Voor de rest werken de begeleidingstechnieken goed bij de verschillende doelgroepen.

IV. Ouderen

Gezondheidszorgbeleid – Residentiële sector – Rusthuisbedden

Vraag nr. 210, gesteld op 18 januari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door de heer LOGGHE, Volksvertegenwoordiger¹

Inzetten op de vergrijzing lijkt voor vele vastgoedbeleggers een vrij zekere belegging. De grote vastgoedinvesteerders laten alsmaar vaker kantoren links liggen en zouden massaal investeren in rusthuizen, de sector van de toekomst. Het gaat blijkbaar niet alleen om privé-initiatieven, maar ook steeds meer om PPS-initiatieven (Publiek-Private Samenwerking). Men hoort steeds vaker namen noemen als Dexia Immorent, KBC, Cofinimmo en Aedifica.

1. Hoeveel gepensioneerden telt België momenteel boven de 75 jaar?
2. a) Hoeveel bejaarden boven 75 jaar zal België vermoedelijk tellen eind 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?
b) Zijn er cijfers op regionaal niveau beschikbaar?

1. Bulletin nr. 058, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 246.

3. Hoeveel bedden zijn er momenteel in de sector van de rusthuizen beschikbaar?
4. Kan u een opsplitsing maken naar de gesubsidieerde openbare rusthuizen, de vzw rusthuizen, de privé-initiatieven rusthuizen en de seniorenresidenties?
5. Is het mogelijk een regionale opsplitsing te maken?
6. Wat is het aantal bedden dat men denkt beschikbaar te hebben eind 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord

In België verdelen de drie overheden van het land (de federale staat, de Gemeenschappen en de Gewesten) de bevoegdheid over de residentiële zorgsector onder elkaar. De institutionele situatie is bijzonder ingewikkeld: de rust- en verzorgingstehuizen (RVT), die historisch uit de reconversie van de ziekenhuisdiensten zijn voortgekomen, vallen onder de federale bevoegdheid voor wat de planning en de normen betreft, maar de aanvullende normen vallen onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten. De rustoorden voor bejaarden (ROB) vallen dan weer onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten. De zorg wordt er op forfaitaire wijze door het RIZIV gefinancierd.

De veelheid aan politieke actoren noopt tot een overleg. Dat gebeurt in de interministeriële conferentie gezondheidszorg (IMC), in een specifieke subgroep "Ouderenzorgbeleid", met de bedoeling om een samenhangend ouderenbeleid uit te werken. Zo sloten de federale overheid en de gefedereerde entiteiten drie protocolakkoorden met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid voor ouderen. Het in 2005 gesloten "protocol 3" legt een reeks gemeenschappelijke doelstellingen met betrekking tot de ouderenzorg vast en stelt een moratorium op het aantal rusthuisbedden in. In december 2011 heeft de Avenant nr. 6 bij het Protocol 3 het moratorium uitgebreid en tot eind december 2012 verlengd. Met de uitvoering van de zesde staatshervorming zullen we deze ingewikkelde institutionele structuur kunnen vereenvoudigen.

1. Volgens de inlichtingen die ik van de Rijksdienst voor Pensioenen mocht ontvangen, betaalde die dienst in december 2011 aan 796 848 gepensioneerden boven de 75 jaar een rust- en/of overlevingspensioen uit, en dit in het stelsel van zowel de werknemers als de zelfstandigen. Deze gepensioneerden kunnen eventueel ook nog een cumulatie hebben met een pensioen van de privésector. De Pensioendienst voor de overheidssector berekende dat voor dezelfde periode 169 027 personen een rustpensioen ontvingen. Het aantal personen dat een pensioen krijgt van pensioendiensten van de kleinste socialezekerheidsinstellingen (bijvoorbeeld spoorwegen, overzeese sociale zekerheid, en zo meer) is in deze cijfers niet meegeteld.

Op 1 januari 2010 bedroeg het totale aantal 75-plussers (ongeacht de betaling van een pensioen):

België	940 727
Vlaamse gemeenschap	561 946
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	80 986
Waals gewest	297 795

2.

Op 1 januari	2010	2011	2012	2013	2014
België	940 727	953 514	965 349	977 729	991 913
Vlaamse gemeenschap	561 946	573 880	584 943	596 554	608 982
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	80 986	80 492	79 982	79 422	79 091
Waals gewest	297 795	299 142	300 424	301 753	303 840



bron: <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/perspectives>

3. Het moratorium op de rusthuisbedden, vastgelegd door Protocol 3 en via zijn Avenant nr. 6 uitgebreid, bedraagt:

	ROB	RVT	Totaal
Waals gewest	35 655	13 687	49 342
Vlaams gewest	44 645	28 661	73 306
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	12 646	5 108	17 754
Duitstalige gemeenschap	540	340	880
België	93 486	47 796	141 282

Op 1 januari 2012 bedroeg het totaal aantal effectief erkende bedden:

Vlaanderen	69 961
Brussel	15 251
Wallonië	47 447
Duitst. Gem.	742

4.

Aantal bedden				
Januari 2012	Openbare instellingen	Instellingen beheerd door vzw	Privé-instellingen	Totaal
Rustoorden voor bejaarden	17 441	18 432	26 902	62 775
Rust- en verzorgingstehuizen	23 309	28 904	16 049	68 262



Meer info op de website van het RIZIV: <http://www.riziv.fgov.be/care/fr/residentialcare/>

Uw vraag over de seniorenresidenties betreft een materie die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten valt.

5. Voor deze vraag verwijs ik u naar de al gegeven antwoorden. De Avenant 6 bij het protocol 3 legt het moratorium tot 31 december 2012 vast. De toekomstige evoluties worden door een groot aantal variabelen bepaald, en het is momenteel onmogelijk om zich over die evoluties uit te spreken.

Sta mij toe dat ik u naar de regeringsverklaring van 7 december 2011 verwijs die, in het kader van de staats hervorming, in de overdracht van de bevoegdheden terzake naar de gefedereerde entiteiten voorziet. Het "Evaluatiecomité van de institutionele hervormingen" zal binnenkort vastleggen hoe die overdracht zal gebeuren.

V. Palliatieve zorg

Aanpak

Vraag nr. 216, gesteld op 18 januari 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw MUYLLE, Volksvertegenwoordigster¹

Palliatieve netwerken en palliatieve multidisciplinaire teams worden wel een gemeenschapsbevoegdheid, maar het aanbod van palliatieve bedden in algemene ziekenhuizen blijft federaal. Het bieden van voldoende opvangcapaciteit is natuurlijk een essentiële voorwaarde om optimale kwaliteitsvolle palliatieve zorg te kunnen bieden, en de sector vraagt een minimum van 6 SP-palliatieve bedden per algemeen ziekenhuis.

Tal van palliatieve patiënten worden, al dan niet tijdelijk, thuis verzorgd, met de huisarts en thuisverpleegkundigen als belangrijkste zorgverleners. Bij de opstart in 2009 van de nierinsufficiëntie en diabetes-zorgtrajecten werd de mogelijkheid van een zorgtraject voor palliatieve patiënten gelanceerd.

1. a) Bent u op de hoogte van de nood aan bijkomende palliatieve bedden?
b) Wordt hieraan in de toekomst tegemoet gekomen door bijkomende financiering?
2. a) Is er nog verder nagedacht over het zorgtraject?
b) Zou dit op korte termijn concreet kunnen worden?

Antwoord

1. a) In het verleden werd, overeenkomstig het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, de behoefte aan Sp-bedden voor palliatieve zorg voor het ganse rijk vastgelegd op maximaal 360 bedden. Momenteel worden er echter 379 Sp-bedden voor palliatieve zorg erkend en gefinancierd.

1. Bulletin nr. 058, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 253.

Vanuit de sector wordt af en toe melding gemaakt van een nood aan bijkomende Sp-bedden voor palliatieve zorg. Voor deze gepercipieerde nood werd tot nu toe echter geen eenduidige bevestiging gevonden. In haar tweede rapport voor de wetgevende Kamers nam de federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg het standpunt in dat, eerder dan het aantal Sp-bedden voor palliatieve zorg te verhogen, het aangewezen is om de palliatieve zorg in het thuismilieu en de residentiële voorzieningen voor ouderenzorg verder te versterken.

Dit moet ertoe bijdragen dat de palliatieve patiënt maximaal in zijn vertrouwde milieu kan verzorgd worden. Het merendeel van de palliatieve patiënten wenst immers thuis verzorgd te worden en daar te overlijden, omringd en ondersteund door zijn naaste omgeving. Ook in de grootschalige studie over palliatieve zorg in België van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uit 2009 werd geen evidentie gevonden voor de nood aan bijkomende Sp-bedden voor palliatieve zorg.

Men mag bovendien niet uit het oog verliezen dat ter ondersteuning van een kwaliteitsvolle palliatieve zorg in de ziekenhuizen de verpleegafdelingen sinds 1997 een beroep kunnen doen op een gespecialiseerde mobiele begeleidingsequipe voor palliatieve zorg, die aanwezig is in ieder algemeen ziekenhuis. Dit mobiel team stelt zijn kennis en expertise op vlak van palliatieve zorg ter beschikking van de afdelingen waar palliatieve patiënten verblijven en kan een belangrijke ondersteunende rol vervullen in de zorg voor palliatieve patiënten in het ziekenhuis.

b) Een bijkomende financiering voor Sp-bedden voor palliatieve zorg is momenteel niet voorzien. Eerst dienen de behoeften verder geobjectiveerd te worden.

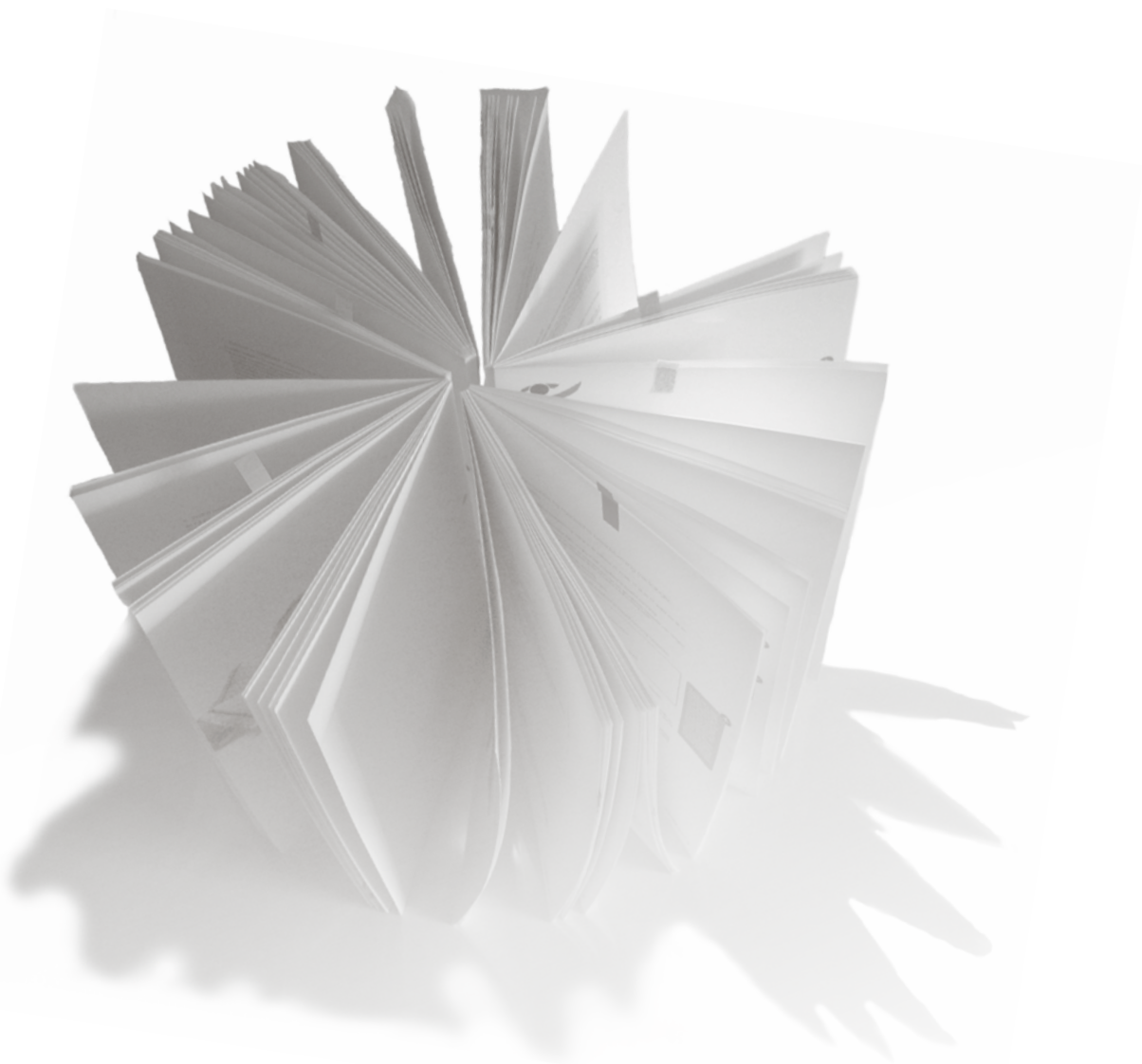
Aan de Evaluatiecel Palliatieve Zorg werd in 2010 formeel de vraag gesteld of de programmatie voor de Sp-bedden voor palliatieve zorg dient verhoogd te worden. De Evaluatiecel zal hierover dit jaar haar advies uitbrengen. Anderzijds werd er binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een werkgroep opgericht die zich buigt over de algemene programmatienorm voor de Sp-bedden. Het eindadvies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zal eveneens afgewacht worden, alvorens eventuele wijzigingen in de programmatie aan te brengen.

2. a) Wat het zorgtraject voor palliatieve zorg betreft, is het belangrijk dat een dergelijk zorgtraject zou kaderen binnen een globale reflectie op de organisatie van palliatieve zorg in ons land. De uitgebreide studie van het KCE waarnaar ik reeds verwees kan hiervoor nuttige elementen aanbrenge. Ook de aanbevelingen van de Evaluatiecel Palliatieve Zorg in verband met de kwaliteit en de continuïteit van palliatieve zorg, die dit jaar verwacht worden, zijn relevant voor deze discussie.

Tot slot zal dit jaar binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de werkgroep “geïntegreerde aanpak van palliatieve zorg” van start gaan. De bevindingen van deze werkgroep zullen eveneens toelaten om de mogelijkheid van een zorgtraject voor palliatieve zorg verder te onderzoeken.

b) De realisatie van een zorgtraject voor palliatieve zorg is op korte termijn niet voorzien. Om een coherente aanpak te garanderen is het noodzakelijk om eerst de hierboven vermelde conclusies en aanbevelingen af te wachten en grondig te evalueren.

5^e Deel
Basisgegevens



I. Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex

1. Algemene regeling

Van toepassing vanaf 1 februari 2012.

a. Basiselementen

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden oktober, november, december 2011 en januari 2012 bereikte 117,27 punten (basis 2004).

Ingevolge artikel 237 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dienen de uitkeringen te worden aangepast aan de gezondheidsindex.

De nieuwe spilindex komt overeen met verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{13} = 1,2936$ tegenover basisindex 103,14 (basis 1996).

Ten einde tegenover de vorige bedragen de eventuele verhogingen te kunnen vaststellen met het doel de berekeningen te vereenvoudigen vindt u in tabel I de coëfficiënten die in aanmerking dienen te worden genomen om een uitkering te becijferen aan indexcijfer 117,27 indien het loon dat in aanmerking wordt genomen aan een andere index is gekoppeld (zie evenwel opmerking bij tabel I).



De vermelde tabellen, behalve de D, zijn hier niet gepubliceerd en zijn te kunen op de website van het RIZIV geraadpleegd worden.

Tabel D geeft u een chronologisch overzicht van de opeenvolgende aanpassingen van de meest gebruikte bedragen en uitkeringen.

N.B. : Ter informatie vindt u, in de grijze zone, de uitkeringen van toepassing bij een volgende indexatie.

b. Toepassingen op 1 februari 2012

PRIMAIRE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 31 januari 2012 dient met 1,02 vermenigvuldigd te worden om de uitkering te bekomen op 1 februari 2012.

Indien de gerechtigde op 31 januari 2012 in het genot was van één der minima of maxima dan wordt hem automatisch het op 1 februari 2012 geïndexeerde minimum of maximum toegekend (Zie II A.3 en II B. 2, 3).

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

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

De gerechtigden die werkloos zijn bij het begin van hun ongeschiktheid behouden gedurende de eerste 6 maanden van die ongeschiktheid de werkloosheidsuitkering waarop zij aanspraak zouden hebben indien zij zich niet in staat van arbeidsongeschiktheid bevonden.

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

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

Voor de gerechtigden die op 31 januari 2012 reeds ongeschikt waren, geschiedt de aanpassing door vermenigvuldiging met 1,02.

c) Voor de gerechtigden die bij het begin van hun arbeidsongeschiktheid werkloos zijn en voor wie bij de berekening van de werkloosheidsuitkering geen looncategorie 5-72 in aanmerking genomen werd (bv. forfait, studenten, enz.) of voor de gerechtigden die niet werkloos zijn maar waarvoor geen loon beschikbaar is (bv. Voortgezette verzekering, vreemde wetgeving, enz.) dient tabel III gebruikt te worden (bedienden van categorie I). Het in aanmerking te nemen loon verschilt naargelang de ervaring ofwel (0 jaar of 9 jaar) afhankelijk van de situatie van de gerechtigde aan het begin van het risico.

Tabel III is van toepassing voor diegenen wier ongeschiktheid ten vroegste aanvangt op 1 januari 2012.

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

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

Het maximumloon is vanaf 1 februari 2012 gelijk aan:

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 = 124,6133 \text{ EUR}$$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 74,768 \text{ EUR afgerond } 74,77 \text{ EUR}$$

b) Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari tot en met 31 december 2010

Het maximumloon is vanaf 1 februari 2012 gelijk aan:

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 = 125,6101 \text{ EUR}$$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR afgerond } 75,37 \text{ EUR}$$

- c) Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2011
Het maximumloon is vanaf 1 februari 2012 gelijk aan:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 = 126,4894 \text{ EUR}$

De maximumuitkering bedraagt 60 % van het maximumloon:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,8936 \text{ EUR}$ afgerond 75,89 EUR

VANAF DE 1^E DAG VAN DE 7^E MAAND VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 31 januari 2012 dient met 1,02 vermenigvuldigd te worden om de uitkering te bekomen op 1 februari 2012.

Indien de gerechtigde op 31 januari 2012 in het genot was van één der minima dan wordt hem automatisch het op 1 februari 2012 geïndexeerde minimum toegekend (Zie II B. 2, 3).

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

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

Vanaf 1 februari 2012 gelden volgende minimumuitkeringen:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,608,39 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 52,2763 \text{ EUR}$ afgerond 52,28 EUR
b) Alleenstaande gerechtigden:
 $10\,089,89 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 41,8342 \text{ EUR}$ afgerond 41,83 EUR
c) Samenwonende gerechtigden:
 $27,7287 \text{ EUR} \times 1,2936 = 35,8698 \text{ EUR}$ afgerond 35,87 EUR

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

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

Vanaf 1 februari 2012 gelden volgende minimumuitkeringen:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $9\,716,87 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 40,2876 \text{ EUR}$ afgerond 40,29 EUR
b) Gerechtigden zonder gezinslast:
 $7\,287,65 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 30,2157 \text{ EUR}$ afgerond 30,22 EUR

INVALIDITEIT

1. Algemene regel: de niet afgeronde uitkering op 31 januari 2012 dient met 1,02 te worden vermenigvuldigd om de uitkering te bekomen op 1 februari 2012.

Indien de gerechtigde op 31 januari 2012 in het genot was van één der minima of maxima dan wordt hem automatisch het op 1 februari 2012 geïndexeerde minimum of maximum toegekend (Zie II B. 2, 3 en II C. 2).

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

Vanaf 1 februari 2012 worden de maximumuitkeringen bepaald als volgt:

- **Begin arbeidsongeschiktheid voor 1 oktober 1974**

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $38,3895 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 52,0803 \text{ EUR}$ afgerond 52,08 EUR
- b) Gerechtigden zonder gezinslast:
 $25,6917 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 34,8541 \text{ EUR}$ afgerond 34,85 EUR

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

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 82,455 \text{ EUR}$ afgerond 82,46 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 69,7696 \text{ EUR}$ afgerond 69,77 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,02 \times 1,008 = 50,7415 \text{ EUR}$ afgerond 50,74 EUR

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

- Invalide vóór 1 januari 2005

 - a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 80,8382 \text{ EUR}$ afgerond 80,84 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 68,4016 \text{ EUR}$ afgerond 68,4 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $93,5067 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 49,7466 \text{ EUR}$ afgerond 49,75 EUR

- Invalide vanaf 1 januari 2005 tot en met 31 december 2006

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,02 \times 1,008 = 82,455 \text{ EUR}$ afgerond 82,46 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,02 \times 1,008 = 69,7696 \text{ EUR}$ afgerond 69,77 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,02 \times 1,008 = 50,7415 \text{ EUR}$ afgerond 50,74 EUR

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

- Invalide vóór 1 januari 2007

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 \times 1,02 = 82,455 \text{ EUR}$ afgerond 82,46 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 \times 1,02 = 69,7696 \text{ EUR}$ afgerond 69,77 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 \times 1,02 = 50,7415 \text{ EUR}$ afgerond 50,74 EUR

- Invalide vanaf 1 januari 2007 ¹

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 \times 1,02 = 83,2795 \text{ EUR}$ afgerond 83,28 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 \times 1,02 = 70,4673 \text{ EUR}$ afgerond 70,47 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 \times 1,02 = 51,2489 \text{ EUR}$ afgerond 51,25 EUR

- **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2006 tot en met 31 december 2007**

- Invalide vóór 1 januari 2007 ²

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 80,8382 \text{ EUR}$ afgerond 80,84 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 68,4016 \text{ EUR}$ afgerond 68,4 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $95,3768 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 49,7466 \text{ EUR}$ afgerond 49,75 EUR

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

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 81,6466 \text{ EUR}$ afgerond 81,65 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 69,0856 \text{ EUR}$ afgerond 69,09 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 50,2441 \text{ EUR}$ afgerond 50,24 EUR

- Invalide vanaf 1 januari 2009 ¹

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% \times 1,008 = 82,2997 \text{ EUR}$ afgerond 82,3 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% \times 1,008 = 69,6382 \text{ EUR}$ afgerond 69,64 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% \times 1,008 = 50,646 \text{ EUR}$ afgerond 50,65 EUR

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

2. Deze rubriek betreft de buitenlandse verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

- o **Begin arbeidsongeschiktheid vanaf 1 januari 2008**

- o Invalide vóór 1 januari 2009 ¹

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% = 80,9986 \text{ EUR}$ afgerond 81 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% = 68,5373 \text{ EUR}$ afgerond 68,54 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% = 49,8453 \text{ EUR}$ afgerond 49,85 EUR

- o Invalide vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% = 81,6466 \text{ EUR}$ afgerond 81,65 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% = 69,0856 \text{ EUR}$ afgerond 69,09 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% = 50,2441 \text{ EUR}$ afgerond 50,24 EUR

- o Invalide vanaf 1 januari 2011

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 65 \% = 82,2181 \text{ EUR}$ afgerond 82,22 EUR
 - b) Alleenstaande gerechtigden:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 55 \% = 69,5692 \text{ EUR}$ afgerond 69,57 EUR
 - c) Samenwonende gerechtigden:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 40 \% = 50,5957 \text{ EUR}$ afgerond 50,6 EUR

3. Cumulatie met de tegemoetkoming aan mindervaliden.

Tabel VI in bijlage geeft de bedragen die van 1 februari 2012 af in aanmerking genomen worden voor de gehandicapten waarop de wet van 27 juni 1969 van toepassing blijft ingevolge de overgangsmaatregelen voorzien in artikel 28 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten (deze bedragen gelden alleen indien de gerechtigde zijn volledige tegemoetkoming geniet).

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

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

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

1. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

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

$$\frac{\text{Bedrag van de gedeeltelijke niet-afgeronde prestatie verschuldigd op 31 januari 2012}}{\text{Niet-afgerond bedrag voor order op 1 februari 2012}} \times \text{Niet-afgerond bedrag voor order op 31 januari 2012}$$

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

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

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

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

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

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

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

Deze drempel bedraagt vanaf 1 februari 2012:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste: 56,24 EUR
- b) Gerechtigden zonder gezinslast: 46,69 EUR

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

- a) Gerechtigden met persoon ten laste: 56,25 EUR tot 58,27 EUR
- b) Gerechtigden zonder gezinslast: 46,7 EUR tot 48,37 EUR

Er is een volledige inhouding op de invaliditeitsuitkeringen vanaf:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste: 58,28 EUR
- b) Gerechtigden zonder gezinslast: 48,38 EUR

MOEDERSCHAP

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

De eerste 30 dagen van de moederschap bedraagt de moederschapsuitkering:

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

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

- 75 % van het begrensde loon.

Vanaf 1 februari 2012 bedraagt de maximum uitkering:

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

- 30 eerste dagen:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 99,0675 \text{ EUR}$ afgerond 99,07 EUR
- Vanaf de 31^e dag:
 $96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 93,4599 \text{ EUR}$ afgerond 93,46 EUR

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

- 30 eerste dagen:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 99,86 \text{ EUR}$ afgerond 99,86 EUR
- Vanaf de 31^e dag:
 $97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 94,2076 \text{ EUR}$ afgerond 94,21 EUR

- **Voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

- 30 eerste dagen:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 79,5 \% = 100,5591 \text{ EUR}$ afgerond 100,56 EUR
- Vanaf de 31^e dag:
 $97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 75 \% = 94,867 \text{ EUR}$ afgerond 94,87 EUR

WERKVERWIJDERING

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

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap

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

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

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding

De gerechtigden ontvangen een uitkering aan 60 % van het gedeerd loon (beperkt tot het ZIV plafond).

Een uitzondering is voorzien voor onthaalmoeders, wiens uitkering berekend wordt op basis van het inkomen opgenomen onder punt K (sociaal statuut voor onthaalouders)

Vanaf 1 februari 2012 bedraagt de maximum uitkering:

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

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en borstvoeding:

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 74,768 \text{ EUR afgerond } 74,77 \text{ EUR}$$

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

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en borstvoeding:

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR afgerond } 75,37 \text{ EUR}$$

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

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap:

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 78,237 \% = 98,2736 \text{ EUR afgerond } 98,27 \text{ EUR}$$

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding:

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,3661 \text{ EUR afgerond } 75,37 \text{ EUR}$$

- **Voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

Werkverwijdering als gevolg van zwangerschap:

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 78,237 \% = 98,9615 \text{ EUR afgerond } 98,96 \text{ EUR}$$

Werkverwijdering als gevolg van borstvoeding:

$$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 60 \% = 75,8936 \text{ EUR afgerond } 75,89 \text{ EUR}$$

GEBOORTEVERLOF

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

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

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

Vanaf 1 februari 2012 bedraagt de maximum uitkering:

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

$$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 102,1829 \text{ EUR afgerond } 102,18 \text{ EUR}$$

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

$$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,0003 \text{ EUR afgerond } 103 \text{ EUR}$$

- **Voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,7213 \text{ EUR}$ afgerond 103,72 EUR

ADOPTIEVERLOF

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

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

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

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

De eerste 3 dagen van het adoptieverlof worden vergoed door de werkgever. De overige dagen worden vergoed aan 82 % van het geplafonneerde loon.

Vanaf 1 februari 2012 bedraagt de maximum uitkering :

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

$96,3306 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 102,1829 \text{ EUR}$ afgerond 102,18 EUR

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

$97,1012 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,0003 \text{ EUR}$ afgerond 103 EUR

- **Voor gevallen vanaf 1 januari 2011**

$97,7809 \text{ EUR} \times 1,2936 \times 82 \% = 103,7213 \text{ EUR}$ afgerond 103,72 EUR

WERKHERVATTING MET TOELATING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

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

Bedragen ter berekening van de inkomenscijven bedragen vanaf 1 februari 2012:

Eerste schijf: $11,8278 \text{ EUR} \times 1,2936 = 15,3004 \text{ EUR}$

Volgende schijven: $7,0967 \text{ EUR} \times 1,2936 = 9,1803 \text{ EUR}$

FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING VOOR HULP VAN DERDEN

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

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt vanaf 1 februari 2012:

$12,8122 \text{ EUR} \times 1,2936 = 16,5739 \text{ EUR}$ afgerond 16,57 EUR

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

TOEGELATEN INKOMEN VAN PERSONEN TEN LASTE

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

Vanaf 1 februari 2012 worden de maandelijkse bedragen berekend als:

707,07 EUR x 1,2936 = 914,6658 EUR afgerond 914,67 EUR

778,1788 EUR x 1,2936 = 1 006,6521 EUR afgerond 1 006,65 EUR

1 387,49 EUR x 1,0612 = 1 472,4044 EUR afgerond 1 472,4 EUR (Basisbedrag vastgesteld op 01.10.2008)

Om als gerechtigde met last te worden beschouwd mag de persoon ten laste geen bruto-inkomen verdienen van meer dan 914,67 EUR per maand.

Een tweede plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto beroepsinkomen hoger is dan 914,67 EUR, maar kleiner is dan 1 472,40 EUR.

Een derde plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto vervangingsinkomen hoger is dan 914,67 EUR, maar kleiner of gelijk is aan 1 006,65 EUR.

SOCIAAL STATUUT VOOR ONTHAALLOUDERS

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

Vanaf 1 februari 2012 is het gewaarborgd minimum inkomen gelijk aan:

- a) Maandelijks loon:
1 387,49 EUR x 1,0612 = 1 472,4044 EUR afgerond 1 472,4 EUR
- b) Dagelijks loon:
1 387,49 EUR x 1,0612 / 26 = 56,6309 EUR afgerond 56,63 EUR
- c) Uurloon:
1 387,49 EUR x 1,0612 * 3 / 494 = 8,9417 EUR afgerond 8,94 EUR

BEGRAFENISKOSTEN

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

De forfaitaire begrafenis-kosten zijn niet gekoppeld aan de gezondheidsindex en bedragen 148,74 EUR.

MAXIMUMVERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK

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

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

Voor het dienstjaar 2011:

Dagelijks bedrag:

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

Jaarlijks bedrag:

 $991,57 \text{ EUR} \times 1,2434 = 1\,232,9181 \text{ EUR}$ afgerond 1 232,92 EUR**Voor het dienstjaar 2012:**

Dagelijks bedrag:

 $24,79 \text{ EUR} \times 1,2682 = 31,4387 \text{ EUR}$ afgerond 31,44 EUR

Jaarlijks bedrag:

 $991,57 \text{ EUR} \times 1,2682 = 1\,257,5091 \text{ EUR}$ afgerond 1 257,51 EUR

Deze bedragen worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op de basis van de verhogingscoëfficiënt die op dat moment van kracht is.

Als de door de vrijwilliger van de Organisatie ontvangen vergoedingen hoger zijn dan de geciteerde bedragen, dan kunnen deze enkel als een terugbetaling van door de vrijwilliger voor de organisatie gemaakte kosten worden beschouwd, indien de echtheid en het bedrag van deze kosten kan aangetoond worden aan de hand van bewijskrachtige documenten.

INHAAL- EN WELVAARTSPREMIE

(art. 237*quinquies* van het K.B. van 03.07.1996 en art. 62 van de wet van 29.12.1990 houdende sociale bepalingen)

Vanaf het jaar 2011 wordt er in de maand mei van elk jaar N een **inhaalpremie** betaald aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

In de loop van de maand januari wordt een **welvaartspremie** gestort aan die gerechtigden die vóór 1 oktober 1974 in arbeidsongeschiktheid zijn getreden. Het bedrag van deze premie wordt niet gekoppeld aan de evolutie van de gezondheidsindex.

De bedragen van deze premies zijn op 1 februari 2012 gelijk aan:

Inhaalpremie:

 $157,7038 \text{ EUR} \times 1,2936 = 204,0056 \text{ EUR}$ afgerond 204,01 EUR

Welvaartspremie:

123,95 EUR

2. Regeling van de zelfstandigen

In toepassing vanaf 9 februari 2012

Basiselementen

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden oktober, november, december 2011 en januari 2012 heeft het spilindexcijfer 117,27 (basis 2004) bereikt. Ingevolge de wet van 2 augustus 1971 (B.S. 20.08.1971) dienen de uitkeringen van de zelfstandigen te worden aangepast aan de gezondheidsindex. Het bereikte spilindexcijfer komt overeen met een verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{13} = 1,2936$ ten opzichte van het basisindexcijfer 103,14 (basis 1996).

Toepassingen

PRIMAIRE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(art. 9 van het K.B. van 20.07.1971)

Sinds 1 januari 2007 worden de forfaits, toegekend aan gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid, met last en alleenstaande gekoppeld aan de bedragen van het minimum pensioen van de zelfstandigen. De basisbedragen van het minimum pensioen van de zelfstandigen zijn jaarlijkse bedragen en moeten dus door 312 gedeeld worden om een dagelijkse basis te krijgen ($312 = 26 \text{ dagen} * 12 \text{ maanden}$).

Deze forfaits worden op 1 februari 2012:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,398,32 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 51,4053 \text{ EUR}$ afgerond 51,41 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $9\,529,45 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 39,5106 \text{ EUR}$ afgerond 39,51 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $24,8016 \text{ EUR} \times 1,2936 = 32,0833 \text{ EUR}$ afgerond 32,08 EUR

INVALIDITEIT

(art. 10 van het K.B. van 20.07.1971)

Invaliden zonder stopzetting van het bedrijf

Sinds 1 januari 2007 worden de forfaits toegekend aan invaliden zonder stopzetting gekoppeld aan de forfaits toegekend aan gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid (zie vorige paragraaf).

Deze forfaits worden op 1 februari 2012:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,398,32 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 51,4053 \text{ EUR}$ afgerond 51,41 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $9\,529,45 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 39,5106 \text{ EUR}$ afgerond 39,51 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $24,8016 \text{ EUR} \times 1,2936 = 32,0833 \text{ EUR}$ afgerond 32,08 EUR

Invaliden met stopzetting van het bedrijf

Vanaf 1 januari 2007 worden de forfaits, toegekend aan invaliden met stopzetting gekoppeld aan de minima voor regelmatige werknemers die van toepassing zijn in de algemene regeling. Deze minima worden, voor wat de gerechtigden met last en alleenstaanden betreft, gekoppeld aan de bedragen van het minimum pensioen van de loontrekkenden die op jaarbasis gegeven zijn. Deze bedragen moeten dus door 312 worden gedeeld om een dagelijkse basis te krijgen (312 = 26 dagen * 12 maanden).

Deze forfaits worden op 1 februari 2012:

- a) Gerechtigden met persoon ten laste:
 $12\,608,39 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 52,2763 \text{ EUR}$ afgerond 52,28 EUR
- b) Alleenstaande gerechtigden:
 $10\,089,89 \text{ EUR} \times 1,2936 / 312 = 41,8342 \text{ EUR}$ afgerond 41,83 EUR
- c) Samenwonende gerechtigden:
 $27,7287 \text{ EUR} \times 1,2936 = 35,8698 \text{ EUR}$ afgerond 35,87 EUR

MOEDERSCHAP

(art. 93 en 94 van het K.B. van 20.07.1971)

Het tijdvak van moederschapsrust is een verplichte periode van 3 weken (1 vóór en 2 na de bevalling). De overige weken zijn, per blok van één of meerdere weken, facultatief op te nemen (max: 8 weken). Dit tijdvak is met een week verlengd in geval van een geboorte van een meerling.

Het bedrag van de wekelijkse moederschapsuitkering bedraagt vanaf 1 februari 2012:

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2936 = 398,71 \text{ EUR}$$

ADOPTIEVERLOF

(K.B. van 20.12.2006 tot uitvoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie uitkering ten gunste van de zelfstandigen – B.S. 11.01.2007)

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

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

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

Het bedrag van de wekelijkse adoptieuitkering bedraagt vanaf 1 februari 2012:

$$308,22 \text{ EUR} \times 1,2936 = 398,71 \text{ EUR}$$

TOEGELATEN JAARLIJKS BEROEPSINKOMEN

(art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971)

In geval van een toegelaten hervatting van een bezoldigde activiteit kan, vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar volgend op het jaar waarin de toegelaten activiteit een aanvang nam, de uitkering ofwel geschorst ofwel verminderd worden. Het bedrag van het beroepsinkomen, dat hierna wordt vermeld, is niet verbonden aan de gezondheidsindex.

De uitkeringen worden geschorst indien het beroepsinkomen uit de toegelaten activiteit tenminste 15 % hoger ligt dan het jaarlijks toegelaten beroepsinkomen dat vastgesteld is op 17 149,19 EUR voor inkomens vanaf 2008.

Indien het beroepsinkomen uit de toegelaten activiteit dit jaarlijks toegelaten beroepsinkomen, met minder dan 15 % overschrijdt, worden de uitkeringen verminderd naar rata van het overschrijdingspercentage.

FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING VOOR HULP VAN DERDEN

(art. 12 van het K.B. van 20.07.1971)

De forfaitaire tegemoetkoming bedraagt vanaf 1 februari 2012:

$$12,8122 \text{ EUR} \times 1,2936 = 16,5739 \text{ EUR afgerond } 16,57 \text{ EUR}$$

TOEGELATEN INKOMEN VAN PERSONEN TEN LASTE

(art. 9, §1, 1^o van het K.B. van 20.07.1971)

Vanaf 1 februari 2012 worden de maandelijkse bedragen berekend als:

$$707,07 \text{ EUR} \times 1,2936 = 914,6658 \text{ EUR afgerond } 914,67 \text{ EUR}$$

$$778,1788 \text{ EUR} \times 1,2936 = 1 006,6521 \text{ EUR afgerond } 1 006,65 \text{ EUR}$$

$$1 387,49 \text{ EUR} \times 1,0612 = 1 472,4044 \text{ EUR afgerond } 1 472,4 \text{ EUR (basisbedrag vastgesteld op 01.10.2008)}$$

Om als gerechtigde met last te worden beschouwd mag de persoon ten laste geen bruto-inkomen verdienen van meer dan 914,67 EUR per maand.

Een tweede plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto beroepsinkomen hoger is dan 914,67 EUR, maar kleiner is dan 1 472,40 EUR.

Een derde plafond staat toe om als alleenstaande beschouwd te worden wanneer het maandelijks bruto vervangingsinkomen hoger is dan 914,67 EUR, maar kleiner of gelijk is aan 1 006,65 EUR.

MAXIMUMVERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK

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

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

Voor het dienstjaar 2011:

Dagelijks bedrag:

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

Jaarlijks bedrag:

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

Voor het dienstjaar 2012:

Dagelijks bedrag:

$24,79 \text{ EUR} \times 1,2682 = 31,4387 \text{ EUR}$ afgerond 31,44 EUR

Jaarlijks bedrag:

$991,57 \text{ EUR} \times 1,2682 = 1\,257,5091 \text{ EUR}$ afgerond 1 257,51 EUR

Deze bedragen worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op basis van de verhogingscoëfficiënt die op dat moment van kracht is.

Als de door de vrijwilliger van de Organisatie ontvangen vergoedingen hoger zijn dan de geciteerde bedragen, dan kunnen deze enkel als een terugbetaling van door de vrijwilliger voor de organisatie gemaakte kosten worden beschouwd, indien de echtheid en het bedrag van deze kosten kan aangetoond worden aan de hand van bewijskrachtige documenten.

INHAALPREMIE

Vanaf het jaar 2011 wordt er in de maand mei van elk jaar (N) een inhaalpremie betaald aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

Inhaalpremie:

$157,7038 \text{ EUR} \times 1,2936 = 204,0056 \text{ EUR}$ afgerond 204,01 EUR

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

Vanaf - Tot en met		01-09-2011	31-12-2011	01-01-2012	31-01-2012	vanaf 01-02-2012		Volgende indexatie		
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936	119,62	1,3195	
I. LOONTREKKENDEN										
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens										
Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/01/2005	118,5852		118,5852		120,9603		123,3821		
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	120,9569		120,9569		123,3794		125,8497		
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	122,1665		122,1665		124,6133		127,1082		
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	123,1437		123,1437		125,6101		128,1250		
	vanaf 01/01/2011	124,0057		124,0057		126,4894		129,0219		
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)										
Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77	76,2649	76,26	
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37	76,8750	76,88	
	vanaf 01/01/2011	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89	77,4131	77,41	
Minimum Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer									
	met gezinslast	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	53,3230	53,32	
	alleenstaanden	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	42,6718	42,67	
	samenwonende	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	36,5880	36,59	
	niet-regelmatige werknemer									
met gezinslast	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29	41,0943	41,09		
zonder gezinslast	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22	30,8207	30,82		
3 - Invaliditeit										
Daguitkering	Maximum Begin primaire arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
		met gezinslast	51,0577	51,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08	53,1230	53,12
		zonder gezinslast	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,8541	34,85	35,5519	35,55
		vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
		met gezinslast	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
		alleenstaande	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77	71,1665	71,17
		samenwonende	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74	51,7575	51,76
		vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
		invalide voor 01/01/2005								
		met gezinslast	79,2510	79,25	79,2510	79,25	80,8382	80,84	82,4567	82,46
		alleenstaande	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40	69,7711	69,77
		samenwonende	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75	50,7426	50,74
		invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
		met gezinslast	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
		alleenstaande	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77	71,1665	71,17
		samenwonende	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74	51,7575	51,76
		vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2005								
		invalide voor 01/01/2007								
		met gezinslast	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46	84,1059	84,11
		alleenstaande	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77	71,1665	71,17
		samenwonende	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74	51,7575	51,76
		invalide vanaf 01/01/2007 ¹								
		met gezinslast	81,6443	81,64	81,6443	81,64	83,2795	83,28	84,9469	84,95
		alleenstaande	69,0837	69,08	69,0837	69,08	70,4673	70,47	71,8782	71,88
		samenwonende	50,2427	50,24	50,2427	50,24	51,2489	51,25	52,2750	52,28
		vanaf 01/01/2006 tot en met 31/12/2007								
		invalide voor 01/01/2007 ²								
		met gezinslast	79,2509	79,25	79,2509	79,25	80,8382	80,84	82,4567	82,46
		alleenstaande	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40	69,7711	69,77
		samenwonende	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75	50,7426	50,74
		invalide vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
		met gezinslast	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65	83,2813	83,28
		alleenstaande	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09	70,4688	70,47
		samenwonende	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2441	50,24	51,2500	51,25
		invalide vanaf 01/01/2009 ¹								
		met gezinslast	80,6838	80,68	80,6838	80,68	82,2997	82,30	83,9475	83,95
		alleenstaande	68,2709	68,27	68,2709	68,27	69,6382	69,64	71,0325	71,03
		samenwonende	49,6516	49,65	49,6516	49,65	50,6460	50,65	51,6600	51,66
		vanaf 01/01/2008								
		invalide voor 01/01/2009 ²								
met gezinslast	79,4082	79,41	79,4082	79,41	80,9986	81,00	82,6203	82,62		
alleenstaande	67,1916	67,19	67,1916	67,19	68,5373	68,54	69,9095	69,91		
samenwonende	48,8666	48,87	48,8666	48,87	49,8453	49,85	50,8433	50,84		
invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010										
met gezinslast	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65	83,2813	83,28		
alleenstaande	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09	70,4688	70,47		
samenwonende	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2441	50,24	51,2500	51,25		
invalide vanaf 01/01/2011										
met gezinslast	80,6037	80,60	80,6037	80,60	82,2181	82,22	83,8642	83,86		
alleenstaande	68,2032	68,20	68,2032	68,20	69,5692	69,57	70,9620	70,96		
samenwonende	49,6023	49,60	49,6023	49,60	50,5957	50,60	51,6088	51,61		
Minimum	Regelmatige werknemer									
	met gezinslast	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	53,3230	53,32	
	alleenstaande	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	42,6718	42,67	
	samenwonende	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	36,5880	36,59	
	Niet-regelmatige werknemer									
met gezinslast	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29	41,0943	41,09		
zonder gezinslast	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22	30,8207	30,82		

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

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

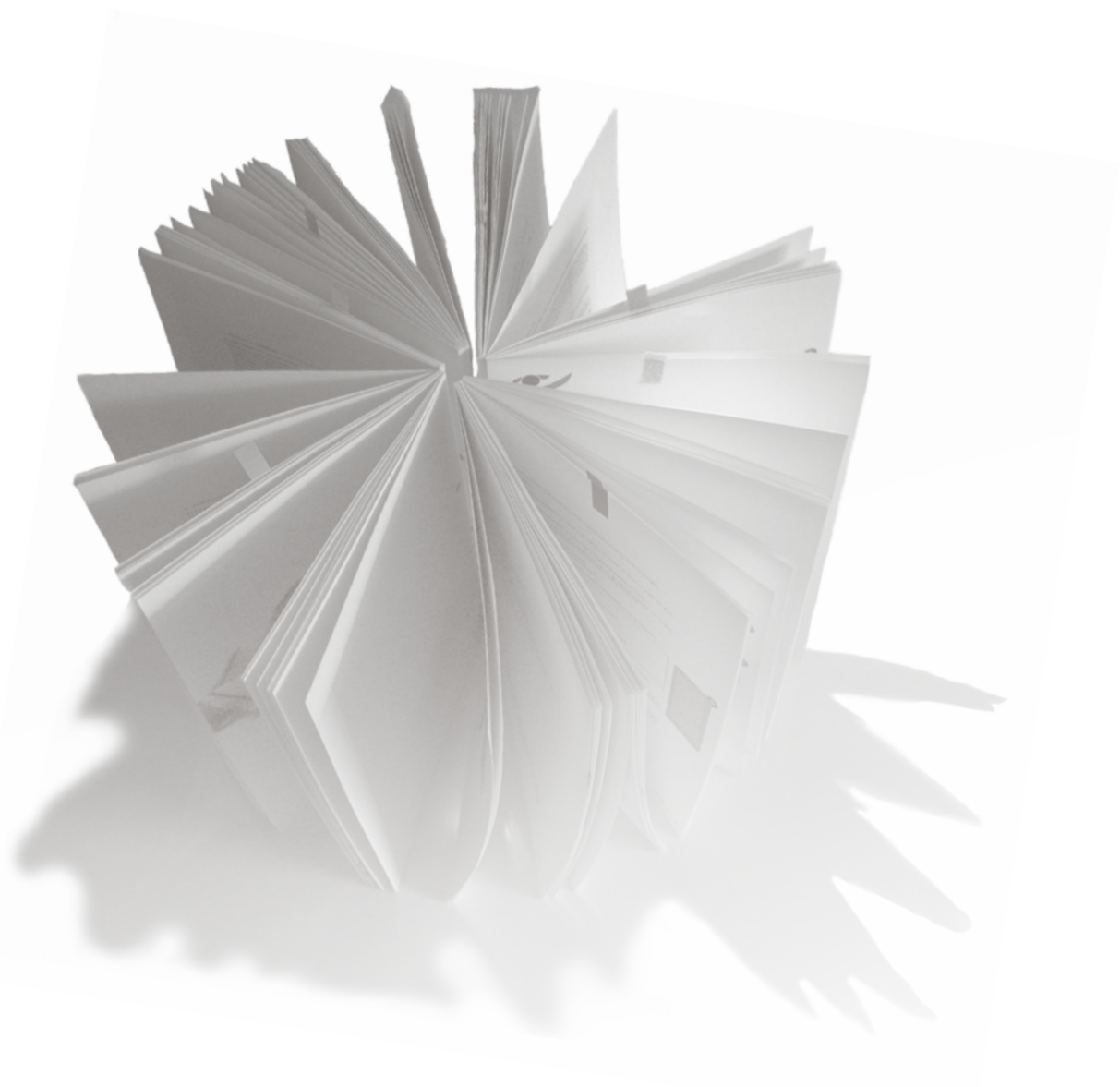
Vanaf - Tot en met		01-09-2011	31-12-2011	01-01-2012	31-01-2012	vanaf 01-02-2012	Volgende indexatie				
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936	119,62	1,3195		
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)											
4 - Moederschap, geboorteverlof & adoptie											
Maximum	Begin moederschap, geboorteverlof, adoptie en werkverwijdering	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008									
		Geboort. & adopt.	100,1765	100,18	100,1765	100,18	102,1829	102,18	104,2287	104,23	
		Moederschap	79,5 %	97,1223	97,12	97,1223	97,12	99,0675	99,07	101,0510	101,05
			75,0 %	91,6249	91,62	91,6249	91,62	93,4599	93,46	95,3312	95,33
		Werkverwijdering	60,0 %	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77	76,2649	76,26
		vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2009									
		Geboort. & adopt.	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00	105,0625	105,06	
		Moederschap	79,5 %	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86	101,8594	101,86
			75,0 %	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21	96,0938	96,09
		Werkverwijdering	60,0 %	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37	76,8750	76,88
		vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010									
		Geboort. & adopt.	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00	105,0625	105,06	
		Moederschap	79,5 %	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86	101,8594	101,86
			75,0 %	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21	96,0938	96,09
		Werkverwijdering	60,0 %	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37	76,8750	76,88
			78,237 %	96,3440	96,34	96,3440	96,34	98,2736	98,27	100,2412	100,24
		vanaf 01/01/2011									
		Geboort. & adopt.	101,6847	101,68	101,6847	101,68	103,7213	103,72	105,7980	105,80	
Moederschap	79,5 %	98,5846	98,58	98,5846	98,58	100,5591	100,56	102,5724	102,57		
	75,0 %	93,0043	93,00	93,0043	93,00	94,8670	94,87	96,7664	96,77		
Werkverwijdering	60,0 %	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89	77,4131	77,41		
	78,237 %	97,0184	97,02	97,0184	97,02	98,9615	98,96	100,9429	100,94		
5 - Diversen											
	Uitkering begrafeniskosten		148,74		148,74		148,74		148,74		
	Onthaalmoeder (maandlijks)	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1 501,82		
	Onthaalmoeder (dagelijks)	55,5209	55,52	55,5209	55,52	56,6309	56,63	57,7623	57,76		
	Onthaalmoeder (uurloon)	8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,9417	8,94	9,1204	9,12		
	1 ^{ste} Schijf toegelaten arbeid	11,4899		15,0000		15,3004		15,6068			
	Volgende schrijven toegelaten arbeid	11,4899		9,0000		9,1803		9,3641			
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01/10/1974)		123,95		123,95		123,95		123,95		
II. ZELFSTANDIGEN											
1 - Primaire ongeschiktheid											
	met gezinslast	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41	52,4346	52,43		
	alleenstaande	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51	40,3016	40,30		
	samenwonende	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08	32,7257	32,73		
2 - Invaliditeit											
	Zonder stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41	52,4346	52,43		
	alleenstaande	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51	40,3016	40,30		
	samenwonende	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08	32,7257	32,73		
	Met stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28	53,3230	53,32		
	alleenstaande	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83	42,6718	42,67		
	samenwonende	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87	36,5880	36,59		
3 - Moederschapsuitkering & adoptie											
	Wekelijkse uitkering		390,88		390,88		398,71		406,70		
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	896,7062	896,71	896,7062	896,71	914,6658	914,67	932,9789	932,98		
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	986,8864	986,89	986,8864	986,89	1 006,6521	1 006,65	1 026,8069	1 026,81		
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40	1 501,8192	1 501,82		
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN											
		16,2484	16,25	16,2484	16,25	16,5739	16,57	16,9057	16,91		
V. INHOUDING VAN 3,5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN											
1 - Minimum dagdrempel											
	met gezinslast		55,14		55,14		56,24		57,37		
	zonder gezinslast		45,78		45,78		46,69		47,63		
2 - Gedeeltelijke inhouding											
	met gezinslast tussen		55,15		55,15		56,25		57,38		
	en		57,13		57,13		58,27		59,44		
	zonder gezinslast tussen		45,79		45,79		46,70		47,64		
	en		47,43		47,43		48,37		49,35		
3 - Volledige inhouding vanaf											
	met gezinslast		57,14		57,14		58,28		59,45		
	zonder gezinslast		47,44		47,44		48,38		49,36		
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK											
	Dagelijks bedrag	30,8239	30,82	31,4387	31,44	31,4387	31,44	32,0683	32,07		
	Jaarlijks bedrag	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	1 257,5091	1 257,51	1 282,6950	1 282,70		
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)											
		200,0000	200,00	200,0000	200,00	204,0056	204,01	208,0902	208,09		



Omszendbrieven V.I. nrs. 2012/62-45/233 en 2012/63-482/113 van 9 februari 2012.

6^e Deel

Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 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-pediatrische centra	3	3	3	3	40
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Regularisaties + Herfacturatie	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) Fiscale MAF	-353	-755	-1.186	-1.409	
Totale Maximumfactuur	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Chronische zieken	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Palliatieve zorgen	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	106	202	319	467	405
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Therapeutische projecten	226	421	564	783	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Geïnterneerden	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Tabaksontwenning	1	1	2	50	3.390
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	107	1.956	1.956	2.016	2.888
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	99.730

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	0	0	234	676	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39. MS/ALS/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40. Chronische ziekten 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	4.827.295	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) 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-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	0
45. Sociaal akkoord	0	0	0	0	0
46. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tabel 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	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Speciale verstrekkingen	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Heelkunde	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynaecologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Toezicht	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180	3.180	9.076	10.611	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.550	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.251	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	7.519	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.942	
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.956.5800	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.289	13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	388.851	579.468	775.564	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	396.291

Tabel 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	881.187	1.186.508	
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Dagverzorgingscentra	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Syndicale premie	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	277	
Totaal	604.424	1.169.916	1.766.594	2.366.241	2.367.070
17. Einde loopbaan	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Totaal	32.792	66.084	101.953	137.069	150.205
19. Revalidatie en herscholing	115.340	243.652	363.792	499.945	561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397	535	526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Therapeutische projecten	134	263	407	521	1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	735	1.098	1.424	2.686
32. Geïnterneerden	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Tabaksontwenning	224	430	629	837	2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	50.000

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Diversen	1.297	1.480	2.745	8.295	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0	0	0	0	1.148.607
Algemeen totaal	5.993.222	11.922.691	17.837.628	24.077.877	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 % - vervolg				
Omschrijving	2010.1 2009.1	2010.2 2009.2	2010.3 2009.3	2010.4 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 % - vervolg				
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. Tabaksonwenning	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	-1,0	-1,4
b) Medische beeldvorming	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	5,5	5,0	3,4	5,2
d) Speciale verstrekkingen	0,8	2,1	2,8	2,8
e) Heelkunde	4,3	5,2	4,3	3,9
f) Gynaecologie	2,9	3,2	4,1	3,4
g) Toezicht	0,3	3,4	3,5	3,2
h) Forfait accreditering geneesheren	11,3	11,2	4,3	-24,6
i) Forfait medisch dossier	0,0		0,0	0,0
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	2,8
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0		0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Impulsfonds	-31,4	-14,3	7,9	-1,8
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	33,7
Totaal geneesheren	0,3	2,5	3,2	4,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accreditering	0,0	-14,3	13,3	13,3
Totaal tandheelkundigen	3,9	2,0	2,3	2,5
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraria van verpleegkundigen	4,2	3,3	5,4	5,7
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	6,5	5,1	4,9	4,6
7. Verzorging door bandagisten	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Verzorging door opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Verzorging door audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Verpleegdagprijs	8,4	8,8	8,4	7,6
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	10,1	10,4	9,3
Vervoer	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal	8,4	8,9	8,4	7,6

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait nierdialyse	2,5	4,0	7,0	6,4
c) Thuis, in een centrum	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Rustoorden voor bejaarden	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Dagverzorgingscentra	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Syndicale premie	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	-100,0	-48,9
Totaal	5,6	6,7	7,4	7,4
17. Einde loopbaan	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatieven van beschut wonen	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	16,1	14,4	14,6
Totaal	3,4	7,9	9,8	9,1
19. Revalidatie en herscholing	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Bijzonder Fonds	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopedie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Medisch-pediatrie centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,2	17,7	16,1	9,6
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,7	-15,3	-15,9	-20,4
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,7	-7,3	0,1	1,0
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	3,7	-7,3	0,1	1,0
26. Chronische zieken	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Palliatieve zorgen	3,4	6,9	6,6	9,5

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	2,5	2,1	3,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Therapeutische projecten	15,5	22,3	5,7	-5,8
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	12,6	6,8	1,5
32. Geïnterneerden	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Tabaksontwenning	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0,0	-25,4	-10,0	-9,2
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0		0,0	0,0
38. Medische huizen	11,4	14,2	17,1	18,9
39. MS/ALS/Huntington	29,8	33,1	29,4	25,7
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	0,0	0,0	0,0	0,0
46. Diversen	213,3	-21,0	19,9	-15,3
Algemeen totaal	4,4	4,9	5,4	5,5

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011				
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	72,3	97,8
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	24,9	48,8	71,0	95,6
b) Forfait accreditering	0,1	0,1	99,4	100,7
Totaal tandheelkundigen	24,5	48,0	71,5	95,7
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,4	51,0	76,0	102,4
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,7	48,0	73,5	98,9
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	48,2	48,2	98,6	98,6
6. Verzorging door kinesitherapeuten	27,2	54,0	78,2	103,6
7. Verzorging door bandagisten	22,6	47,1	70,8	96,6
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	20,3	40,3	59,8	81,4
10. Verzorging door opticiens	21,9	41,2	59,0	77,9
11. Verzorging door audiciens	26,0	52,3	77,1	101,8
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,4	47,9	73,2	98,1
13. Verpleegdagprijs	23,8	48,1	72,5	97,2
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,4	50,3	76,1	103,0
Vervoer	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	23,8	48,2	72,7	97,4

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	29,7	67,9	99,1	123,0
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Geneesheren	23,8	47,7	72,7	98,5
b) Forfait nierdialyse	23,3	46,8	71,8	97,8
c) Thuis, in een centrum	24,2	48,3	74,3	100,5
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	23,8	47,6	72,8	98,8
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Rust- en verzorgingstehuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Rustoorden voor bejaarden	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	25,5	49,4	74,6	100,0
17. Einde loopbaan	35,5	57,3	79,1	100,9
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,6	43,7	67,8	90,2
b) Initiatieven van beschut wonen	22,5	44,5	67,8	93,6
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	22,4	47,8	72,9	97,8
Totaal	21,8	44,0	67,9	91,3
19. Revalidatie en herscholing	20,5	43,4	64,8	89,0
20. Bijzonder Fonds	30,4	48,1	56,4	68,7
21. Logopedie	26,9	54,3	75,5	102,2
22. Medisch-pediatrische centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	29,3	55,3	83,2	111,1
24. Regularisaties + Herfacturatie	56,7	92,5	119,3	140,6
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	33,0	42,3	58,9	86,8
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	33,0	42,3	58,9	86,8
26. Chronische zieken	21,4	36,8	57,2	88,5
27. Palliatieve zorgen	28,7	61,7	85,3	92,3
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	16,2	31,6	47,2	63,2
29. Menselijk lichaamsmateriaal	13,4	28,8	45,2	61,7

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	75,5	101,7
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	22,4	39,6	56,0	71,0
b) COMA	15,2	31,5	47,6	63,9
c) Therapeutische projecten	10,0	19,7	30,5	39,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	14,1	27,4	40,9	53,0
32. Geïnterneerden	19,9	20,5	49,2	94,6
33. Tabaksontwenning	8,8	17,0	24,8	33,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,5	32,6	44,7	46,3
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	23,0	48,3	74,2	102,7
39. MS/ALS/Huntington	16,4	37,8	57,1	75,1
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	0,0	0,0	44,4	100,8
46. Diversen	4,2	4,8	8,9	26,9
Algemeen totaal	23,2	46,1	69,0	93,1

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	Maart 2011 (1)	Juni 2011 (2)	September 2011 (3)	December 2011 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,30	-7,93	-4,33	1,39
b) Medische beeldvorming	-1,97	-1,25	1,58	5,06
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	0,79	1,57	0,88	5,21
d) Speciale verstrekkingen	2,21	2,26	2,94	2,75
e) Heelkunde	3,29	4,71	4,19	3,92
f) Gynaecologie	0,72	2,10	3,83	3,43
g) Toezicht	2,10	3,60	3,57	3,21
h) Forfait accreditering geneesheren	0,65	45,09	3,07	-24,59
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	7,14	-1,69	2,78	2,79
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-52,66	5,53	78,06	114,89
m) Impulsfonds	-14,40	-12,75	16,15	-1,80
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	9,60	5,09	13,63	33,74
Totaal geneesheren	-0,81	0,15	1,53	4,36
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	2,86	1,48	1,46	2,36
b) Forfait accreditering	7,48	7,45	13,60	13,26
Totaal tandheelkundigen	2,93	1,56	1,65	2,53
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,13	4,52	4,12	3,47
4. Honoraria van verpleegkundigen	5,37	4,43	5,79	5,72
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,39	3,39	6,35	5,72
6. Verzorging door kinesitherapeuten	5,26	4,67	4,43	4,60
7. Verzorging door bandagisten	10,74	9,53	7,56	7,45
8. Verzorging door orthopedisten	6,36	5,14	3,25	5,11
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	6,67	7,88	6,57	6,74
10. Verzorging door opticiens	2,87	1,19	0,65	2,68
11. Verzorging door audiciens	7,49	9,07	8,29	7,53
12. Verlossingen door vroedvrouwen	8,28	6,47	8,05	7,52
13. Verpleegdagprijs	4,95	7,22	8,09	7,55
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	4,49	6,91	8,70	9,29
Vervoer				
Totaal	4,93	7,20	8,12	7,62
(1) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)				
(2) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)				
(3) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				
(4) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)				

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

Omschrijving	Maart 2011 (1)	Juni 2011 (2)	September 2011 (3)	December 2011 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-13,03	57,62	18,36	42,19
15. Dialyse				
a) Geneesheren	2,71	4,32	6,86	5,33
b) Forfait nierdialyse	1,75	2,59	6,83	6,44
c) Thuis, in een centrum	4,05	3,44	8,90	4,81
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	2,74	3,47	7,40	5,57
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	9,50	10,70	12,40	13,51
b) Rustoorden voor bejaarden	0,94	1,66	2,58	1,76
c) Dagverzorgingscentra	7,78	8,83	11,87	18,43
d) Loonharmonisering personeel RVT	3,30	1,85	1,75	0,81
e) Syndicale premie	2,00	2,00	87,06	87,06
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	4.578,27	8.807,96	13,23	3,55
g) Palliatieve dagcentra			-100,00	-48,89
Totaal	6,12	6,94	7,28	7,40
17. Einde loopbaan	8,70	7,46	7,12	6,60
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,30	6,58	10,00	10,45
b) Initiatieven van beschermt wonen	-0,43	-0,18	1,88	5,72
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	10,86	14,79	14,54	14,60
Totaal	1,64	4,73	7,71	9,15
19. Revalidatie en herscholing	5,46	5,80	5,37	5,33
20. Bijzonder Fonds	82,85	40,16	27,65	-36,20
21. Logopedie	7,40	6,93	6,89	6,39
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	27,86	18,85	17,07	9,63
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,32	-12,12	-15,03	-20,43
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-0,68	-5,86	-1,29	1,02
b) Fiscale MAF	-100,00	-100,00	-100,00	
Totale Maximumfactuur	-0,37	-5,67	-1,23	1,02

(1) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)

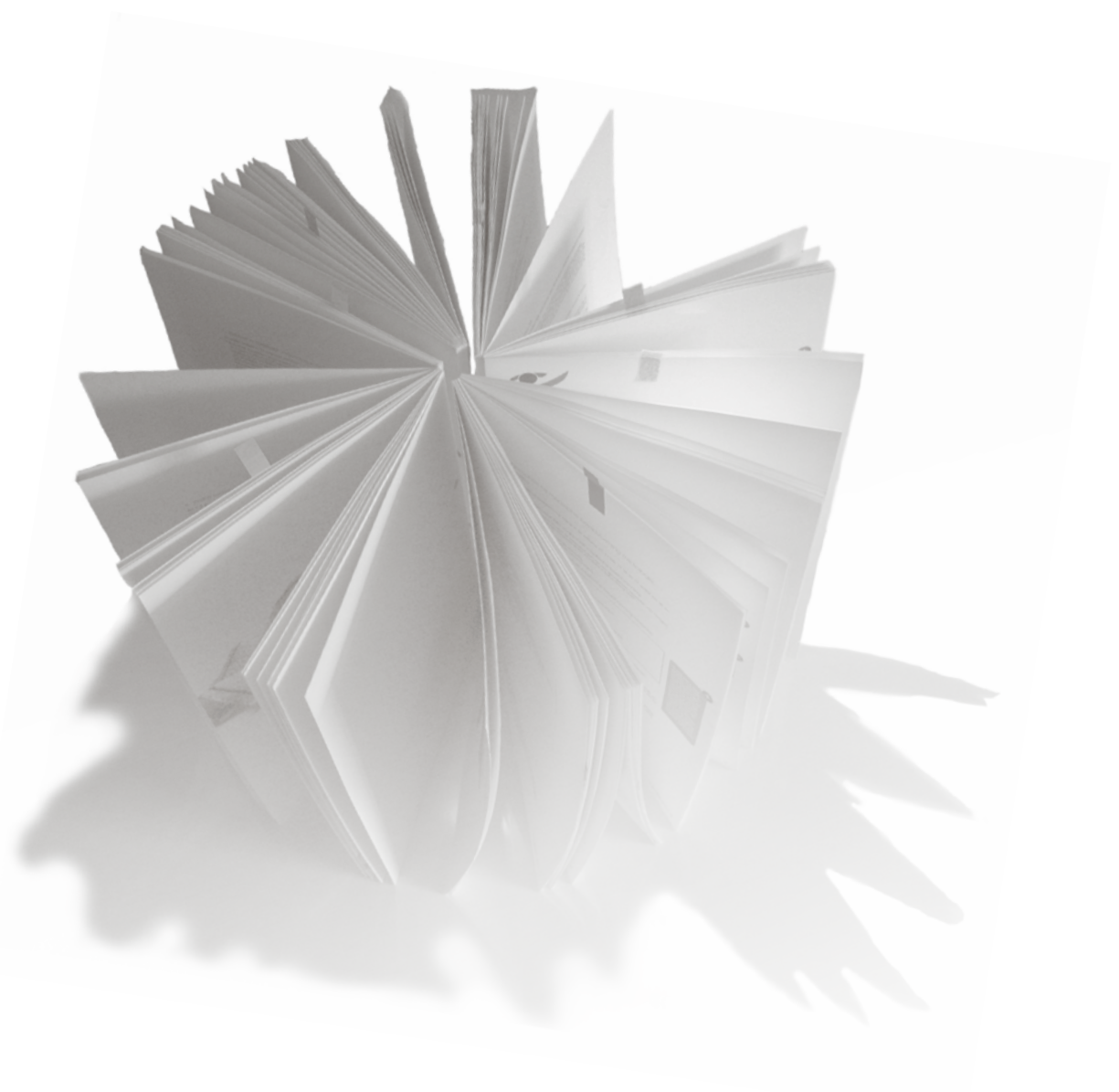
(2) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)

(3) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)

(4) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Maart 2011 (1)	Juni 2011 (2)	September 2011 (3)	December 2011 (4)
26. Chronische zieken	2,32	2,49	2,58	0,62
27. Palliatieve zorgen	3,17	5,79	3,30	9,50
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3,48	3,14	2,13	3,08
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-4,09	-3,68	-17,95	-0,98
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	4,50	0,79	0,19	3,28
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	11,81	7,24	15,08	10,41
b) COMA	-2,61	-2,62	-3,76	3,09
c) Therapeutische projecten	-15,16	4,16	-4,80	-5,79
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-4,69	2,63	0,41	1,50
32. Geïnterneerden	-3,57	-20,20	5,49	-15,16
33. Tabaksontwenning	329,34	137,46	71,16	36,99
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	5,40	-11,77	-10,14	-9,21
35. Stabiliteitsprovisie				0,00
36. Fonds verslaving	116,85	-18,39	-12,84	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	10,70	12,06	16,27	18,94
39. MS/ALS/Huntington	37,90	56,57	32,93	25,70
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	59,45	33,64	43,49	-15,26
Algemeen totaal	3,33	4,02	4,83	5,50
(1) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) (2) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) (3) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) (4) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)				

7^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 (in EUR)

1. Informatieblad

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

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

a. Wet van 14 juli 1994

Brochure 27,00
Bijwerkingen 2013 25,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 17,00
Bijwerkingen 2013 5,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 2,00
Bijwerkingen 2013 12,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 12,00
Bijwerkingen 2013 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 18,00

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

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure	45,00
Bijwerkingen 2013	13,00
Basistekst ² + bijwerkingen 2013 Losbladig	58,00

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

Brochure	6,00
Bijwerkingen 2013	6,00
Basistekst ² + bijwerkingen 2013..... Losbladig	12,00

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

Basistekst ² + bijwerkingen 2013 Losbladig	168,00
Bijwerkingen 2013	52,00

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

Basistekst ² + bijwerkingen 2013 Losbladig	87,00
Bijwerkingen 2013	28,00



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

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

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ² + bijwerkingen 2013..... Losbladig	68,00
Bijwerkingen 2013	45,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ² + bijwerkingen 2013 Losbladig	49,00
Bijwerkingen 2013	8,00



De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen.

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

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

Per blad	0,12
Abonnement ³	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012	CD-Rom 6,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GVU	
Basistekst ⁴ + bijwerkingen 2013	Losbladig 56,00
Bijwerkingen 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV..... gratis

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

Brochure gratis

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

Folder gratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder gratis

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU), vanaf 2013 enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondse

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten gratis

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


Door J. Engels (449 blz.) 12,50




De publicaties vermeld onder 5 (a tot d) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

3. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

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

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

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

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

Redactiecomité

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

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

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

Disponible en français

ISSN 0046-9726