

Inhoud

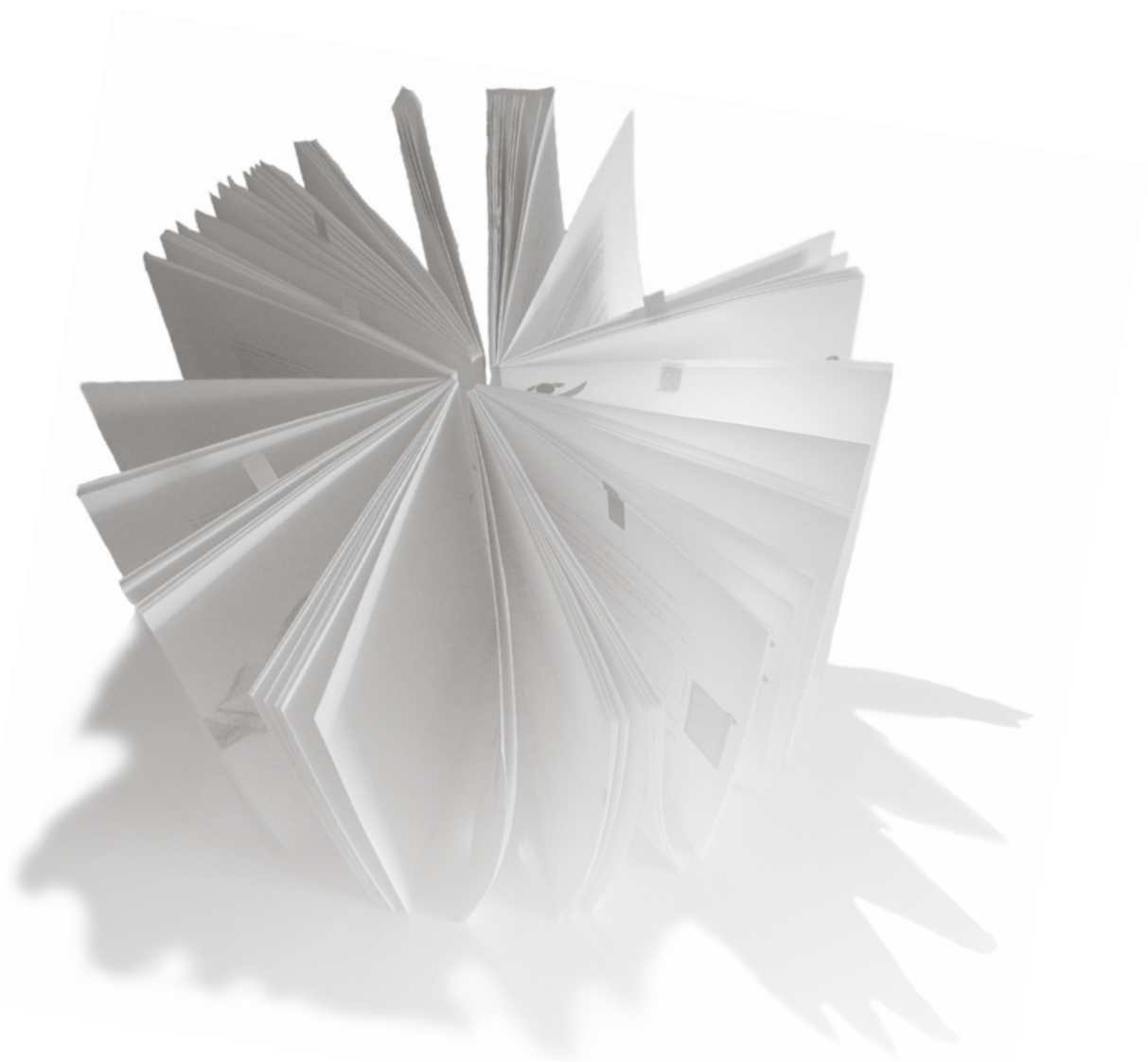
1 ^e	Deel – Studies ¹	439
	Expertise in het kader van de wet medische ongevallen Door M. Stevens	440
2 ^e	Deel – Evolutie van de wetgeving over de geneeskundige verzorging en uitkeringen	467
	3 ^{de} trimester 2012	468
3 ^e	Deel – Rechtspraak	477
	I. Grondwettelijk Hof van 20 december 2012, prejudiciële vragen Handvest van de Sociaal Verzekerde, artikel 2 Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, artikel 3 Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen – Regeling voor de aanvullende ziektekostenverzekering – Handvest van de Sociaal Verzekerde	478
	II. Arbeidshof van Brussel, 22 november 2012 Grondwet, artikel 159 – Exceptie van onwettigheid Beslissing van het RIZIV – Kennisgeving door een verzekeringsinstelling – Administratieve handeling	484
	III. Arbeidshof van Brussel, 7 januari 2013 Gebonden bevoegdheid – Rechter Vordering in vrijwaring – Burgerlijke aansprakelijkheid – Aanrekenbaarheid	487
	IV. Arbeidshof van Gent afd. Gent, 12 november 2012 Gerechtelijk recht, artikelen 782 en 785 – Vonnis – Nietigheid Gerechtelijk recht, artikel 973, § 1 – Deskundigenonderzoek – Tegensprekelijk karakter	491
	V. Arbeidshof van Antwerpen afd. Hasselt, 13 december 2012 Gerechtelijk recht, artikelen 1054 en 1056 – Incidenteel beroep – hoedanigheid partijen	492

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

4 ^e	Deel – Parlementaire vragen en antwoorden	497
	I. Fonds voor medische ongevallen (FMO) Schadevergoeding als gevolg van gezondheidszorg – Rechthebbenden	498
	II. Actieve 65-plussers Afdoende sociale verzekering – Onderscheid tussen uitkeringsverzekering voor arbeidsongeschiktheid en verzekeringen tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten	499
	III. Extra financiering voor de huizen die met dementerenden werken Nieuwe afhankelijkheidscategorie D – Personeelsnormen	502
	IV. RIZIV Terugvordering van prestatiegelden aan ziekenhuizen – Sancties voor 2012 – Regionale verschillen – Methodologie van de referentiebedragen	504
	V. Strijd tegen sociale fraude Sociale inspectie – Gebruik van het elektronisch proces-verbaal – Kostprijs van het project	506
5 ^e	Deel – Richtlijnen van het RIZIV	511
	I. Aanvraag tot verzaking aan de van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 : Administratieve procedure	512
	II. Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in toepassing van artikel 11 van de verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde: Administratieve procedure	515
6 ^e	Deel – Basisgegevens	519
	I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage	520
	II. VT-statuut Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de recht hebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) voor 2011- 2012	522
	III. VT-statuut Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) vanaf 1 december 2012. Indexering	523

IV. OMNIO-statuut	
Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	524
V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 01.04.2007)	
Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen	524
VI. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134,3 ^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996).	
Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde	525
VII. Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	527
VIII. Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2013	528
IX. Artikel 326, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.	
Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie)	529
X. Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3)	531
7 ^e Deel – Statistiek	533
I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven – 3 ^{de} trimester 2012	534
II. Evolutie van het aantal zorgverleners	555
8 ^e Deel – Publicatie van de prijzen	557
Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013	558
Inhoud jaar 2012	563

1^e Deel Studies



Expertise in het kader van de wet medische ongevallen

Door M. Stevens, Jurist, Fonds voor de Medische Ongevallen

Hoofdstuk I. Inleiding

Wanneer een patiënt lichamelijke schade oploopt in het kader van een zorgverstrekking zal zich al snel de volgende vraag opdringen : “Wie zal dit vergoeden en welke vergoeding gaat het slachtoffer krijgen”?¹ Het behoeft geen betoog dat eenieder recht heeft op een duidelijk antwoord. Een medische expertise kan hierbij soelaas bieden. Het medisch deskundigenonderzoek, uitgevoerd door één of meer beroepsbeoefenaars, heeft namelijk als doel de omvang van de lichamelijke schade in al zijn facetten te beschrijven, teneinde een objectieve, individuele, zowel functionele als situationele schade-evaluatie en schadeloosstelling mogelijk te maken². Een adequate begeleiding van het slachtoffer is hierbij raadzaam.

De evaluatie vergt onder meer de tussenkomst van één of meer beroepsbeoefenaar(s)-deskundige(n) en van een jurist. Hun respectievelijke opdrachten vallen samen met de twee fasen die kunnen worden onderscheiden in de procedure tot evaluatie van de lichamelijke schade. In de eerste fase wordt de zuiver lichamelijke factor van de schade vastgesteld door tussenkomst van de beroepsbeoefenaar-deskundige. Nadien wordt in de tweede fase de eigenlijke financiële vergoeding berekend op basis van de bevindingen verkregen in de eerste fase³. De jurist dient weliswaar ook het kader te scheppen waarbinnen de deskundige zijn werkzaamheden kan vervullen.

Het is een feit dat het slachtoffer de beoogde schadevaststelling op verschillende wijzen kan verkrijgen. Hetzij via “eenzijdige expertise”, hetzij via een “minnelijke expertise”, dan wel via een “burgerrechtelijke expertise”, waarbij een rechter een expert aanstelt in een vonnis, al dan niet op verzoek van één van de partijen. Maar laat het nu net de bedoeling zijn van de wetgever om, via het FMO deze, vaak moeilijke en complexe, materie op een minnelijke manier te verduidelijken en een oplossing te bieden. Logischerwijze zal het Fonds dan ook in het merendeel van de gevallen geconfronteerd worden met “minnelijke expertises”, waarbij het FMO, voor de betrokken partijen een deskundigenonderzoek organiseert⁴ zonder tussenkomst van de rechtbank.

In deze bijdrage wil ik mij in het bijzonder focussen op het minnelijk deskundigenonderzoek in het kader van lichamelijke schade als gevolg van een zorgverstrekking in het algemeen versus het FMO. Verder zal ik onderzoeken of er zich mogelijkheden aandienen om tot een consensus (verzoening) te komen op aangeven van de betrokken deskundige en hoe deze cruciale rol zich verhoudt in het licht van een gerechtelijk deskundigenonderzoek. Tenslotte zijn er nog een aantal onderwerpen waar nog geen eenduidigheid over bestaat die gaandeweg aan bod zullen komen.

1. J. DE VOS, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 170.

2. P. MEESSEN, “Minnelijke of gerechtelijke medische expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze”, *RW* 1997-1998, p. 938.

3. *Ibid.*, p. 937; J. SCHRIJVERS, “De minnelijke medische expertise”, *verkeersrecht* 1992, noot, p. 32.

4. Art. 17 van de wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, BS 02.04.2010 (hierna wet medische ongevallen).

Hoofdstuk II. Overzicht en classificatie

Het deskundigenonderzoek kadert in een groter geheel en moet worden beschouwd als één van de elementen of middelen waarop de rechter of desgevallend het FMO zich baseert om een oordeel te vormen betreffende de schade. In het algemeen kan een onderzoek zich zowel binnen als buiten een gerechtelijke procedure situeren (zie infra Hoofdstuk III). Wanneer de procedure buitengerechtelijk tot stand komt kan het zowel eenzijdig als tegensprekelijk verlopen. Dit laatste geldt ook voor het FMO (zie infra Hoofdstuk V). Een procedure voor de rechtbank moet steeds tegensprekelijk worden uitgevoerd. Bovendien zal zowel de opportuniteit van de aanstelling, de omschrijving van de opdracht, de keuze van de deskundige als de uitvoering van de opdracht, gebeuren in functie van de beslechting van het geschil dat bestaat of dreigt te ontstaan⁵.

Eenzijdige Expertise		Minnelijke Medische Expertise (= tegensprekelijke expertise)		Burgerrechtelijke expertise
Gemeen recht	FMO : Art. 17, § 1 Wet medische ongevallen	Gemeen recht	FMO : Art. 17, § 2 Wet medische ongevallen	Art. 962-991bis Ger. W
<i>Eén partij stelt vrij expert aan</i>	FMO (neutrale instelling) stelt expert aan	Partijen met tegenstrijdige belangen stellen expert(en) aan	FMO (neutrale instelling) stelt expert(en) aan	Rechter stelt expert(en) aan
Buitengerechtelijk	Buitengerechtelijk	Buitengerechtelijk	Buitengerechtelijk	Gerechtelijk
Technisch advies	Technisch advies	Technisch advies	Technisch advies	Technisch advies
-	-	Aanstelling in onderling akkoord	<i>Wraking</i> expert mogelijk art. 17, § 3	<i>Wraking</i> expert mogelijk art. 966 e.v.
Niet tegensprekelijk	Niet tegensprekelijk	Tegensprekelijk	Tegensprekelijk	Tegensprekelijk
Overeenkomst	Overeenkomst	Overeenkomst	Overeenkomst	Vonnis alvorens recht te doen
<i>Niet tegenstelbaar advies</i>	Niet tegenstelbaar advies	<i>Tegenstelbaar</i> advies (bindende kracht ngl overeenkomst)	<i>Tegenstelbaar</i> advies soeverein te beoordelen door het FMO	<i>Tegenstelbaar</i> advies soeverein te beoordelen door de rechter

5. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 3.

Hoofdstuk III. Situering expertises - Algemeen

Afdeling 1. Het eenzijdig deskundigenonderzoek

Een eenzijdig deskundigenonderzoek bevindt zich buiten de sfeer van een gerechtelijke procedure en wordt door één partij georganiseerd zonder de eventuele tegenpartij daarbij te betrekken met als doel een beroep te doen op het advies van de deskundige. Het kan dienstig zijn om een bepaald standpunt overzichtelijk, systematisch en volledig weer te geven. Onduidelijkheden en grieven worden samengevat en geobjectiveerd.

Overeenkomstig het gemeen recht moet de eenzijdige expertise te goeder trouw worden uitgevoerd zoals vastgesteld in artikel 1134 BW. Daaruit volgt dat ook in het kader van een eenzijdige opdracht, eerlijk, loyaal en te goeder trouw moet worden gehandeld en met eerbied voor de rechten van de verdediging⁶. Het aanstellen van de deskundige bij een eenzijdig onderzoek kan ook zonder enige formaliteit gebeuren. Er is in principe geen schriftelijke opdracht nodig en zeker geen rechterlijke beslissing.

Afdeling 2. Het tegensprekelijk deskundigenonderzoek

Er is sprake van een tegensprekelijk onderzoek, in de vorm van een minnelijke medische expertise (hierna MME) wanneer de betrokken partijen met tegenstrijdige belangen⁷ in onderling akkoord een deskundigenonderzoek organiseren.

Het onderzoek situeert zich buiten de sfeer van een gerechtelijke procedure, maar staat er niet noodzakelijk los van. Het onderzoek is een bewijsmiddel dat tegensprekelijk tot stand komt.

Al naargelang de overeenkomst, die voorafgaandelijk aan het onderzoek wordt afgesloten, kan de bewijswaarde verschillen. Een procedure in der minne wordt vaak gebruikt inzake lichamelijke schade voor het vaststellen van het percentage tijdelijke en/of blijvende invaliditeit, datum van consolidatie, graad van esthetische schade enz., maar ook en in voorkomend geval om nauwkeurig de oorzaken, omstandigheden en de gevolgen van de schade te identificeren. De resultaten van het onderzoek kunnen door de betrokken partijen desgevallend in een gerechtelijke procedure worden gebruikt. Echter, de MME krijgt pas ten volle haar nut wanneer de bevindingen van de deskundigen een einde maken aan de medische discussiepunten⁸. Het is namelijk de bedoeling om betrokken partijen tot bepaalde inzichten te brengen die een basis vormen voor de uiteindelijke regeling. Er dient te worden opgemerkt dat “minnelijk” niet betekent dat er wederzijdse toegevingen moeten worden gedaan of dat bepaalde schadeposten niet in aanmerking worden genomen. De schade moet integraal en *in concreto* worden begroot⁹.

6. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 8.

7. i.e. het slachtoffer wenst namelijk een zo hoog mogelijke vergoeding te verkrijgen, terwijl de zorgverstrekker of zijn verzekeraar de schade zal trachten te minimaliseren.

8. K. VANDERPER, “Minnelijke medische expertise”, in IUS, *Interuniversitaire studentenreeks, expertise*, Antwerpen, Kluwer, 189,55.

9. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, “Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]”, in X, *Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen.*, p. 319.

Zoals bij het eenzijdig deskundigenonderzoek wordt de MME beheerst door het gemeen recht. In de rechtsleer wordt verwezen naar artikel 1134 BW voor wat de grondslag van zijn bindende kracht betreft. Ook de gewone regels inzake goede trouw en interpretatie zijn van toepassing¹⁰. De rechtbank is in principe gebonden door de bepalingen van de overeenkomst tot MME. Er is weliswaar rechterlijke controle mogelijk, maar uitsluitend voor zover deze controle de geldigheid en uitvoering van de overeenkomst betreft¹¹.

Een bijzondere vorm van gerechtelijke controle doet zich voor wanneer de ouders voor een minderjarig kind overgaan tot ondertekening van een overeenkomst tot MME. Een dergelijke rechtshandeling betreft een akte van beschikking, hetgeen impliceert dat de ouders, alvorens tot ondertekening te kunnen overgaan, van de rechtbank toelating moeten verkrijgen overeenkomstig artikel 378 BW. Bij gebrek aan een dergelijke toelating moet de overeenkomst nietig worden verklaard. Echter, indien de overeenkomst bepaalt dat de expertise dezelfde waarde heeft als een gerechtelijke expertise¹², hoeft er volgens de rechtsleer geen voorafgaande toelating te worden gevraagd. In dat geval kunnen partijen immers nog steeds het advies van de expert bekritisieren en kan de rechtbank zich uitspreken over het al dan niet volgen van het advies van de expert¹³.

In gemeen recht betekent de MME een volwaardig alternatief voor het aanstellen van een deskundige door de rechtbank¹⁴.

Afdeling 3. Het gerechtelijk deskundigenonderzoek

Dit onderzoek wordt bevolen door de rechter. De burgerrechtelijke expertise of het gerechtelijk deskundigenonderzoek wordt in geen enkele wettekst gedefinieerd¹⁵. De procedure wordt geregeld overeenkomstig het Ger. W. in de artikelen 962 – 991*bis*. Volgens de rechtsleer wordt algemeen aanvaard dat de bovenvermelde procedure een bewijsprocedure betreft¹⁶, het gaat namelijk om een onderzoeksmaatregel waarmee bewijs wordt verzameld. In de ruimere betekenis kan het niet alleen de rechter informeren maar ook een geschil minnelijk oplossen. Een deskundigenonderzoek, uitgevoerd door een persoon die geacht wordt over de nodige vakbekwaamheid te beschikken, heeft als doel om binnen specifieke vakgebieden feiten vast te stellen en om advies uit te brengen ten aanzien van de rechter van wetenschappelijke en technische aard¹⁷. In tegenstelling tot de MME krijgt de gerechtsexpert een gedetailleerde opdracht van de rechtbank. De rechter kan de besluiten soeverein beoordelen, en er eventueel geen rekening mee houden¹⁸. Wezenlijk voor een deskundigenonderzoek is dat het tracht een bijdrage te leveren tot een oplossing van een bestaand discussiepunt.

10. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, p. 10.

11. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze!", RW 1997-1998, p. 940; Pol. Mechelen nr. 08A6339, 24.02.2010, VAV 2010, afl. 4, 350, 292.

12. i.e. tegensprekelijk verloop.

13. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", RW 1997-1998, p. 940.

14. J. TRICOT, "Een minnelijke medische expertise betreffende een cervicaal syndroom, Medi-ius 1995, afl. 1, p. 16.

15. *Ibid.*, p. 2.

16. *Ibid.*

17. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, "Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]", In X., *Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen*, p. 318.

18. J. BOGAERT, *Het praktisch beheer van een dossier met letselschade*, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", nr. 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 24.

Hoofdstuk IV. Het statuut van de deskundige

Het sociaal statuut van de deskundige wordt bepaald door zijn beroepscategorie¹⁹. Meestal gaat het om zelfstandigen of beoefenaars van vrije beroepen die volledig vrij zijn een opdracht al dan niet te aanvaarden. Hij oefent geen gerechtelijke functie uit en is geen partij in het geschil waarin hij wordt aangeduid. Hij is verder geen ondergeschikte van de partijen die hem aanstellen²⁰. Het feit dat een minnelijke expertise beheerst wordt door het contractenrecht, neemt niet weg dat de deskundige zijn onafhankelijkheid behoudt. De opdrachtgever bepaalt het voorwerp en de omvang van het onderzoek. De deskundige blijft vrij wat de inhoud betreft²¹. Het is weliswaar zo dat de deskundige zich dient te schikken naar de wettelijke regels, die betrekking hebben op zijn beroep. Aldus en in voorkomend geval ingeschreven zijn bij de Orde der geneesheren. Hij is dan ook gebonden aan deontologische regels en dient een verzekering af te sluiten voor zijn beroepsaansprakelijkheid (zie infra Hoofdstuk VIII)²².

Verder is het deskundigenonderzoek geen objectieve daad van koophandel²³. Dit neemt niet weg dat sommige deskundigen handelaar kunnen zijn en bijgevolg ingeschreven zijn in de Kruispuntbank voor Ondernemingen. De onderwerping aan de BTW wordt geregeld door het fiscaal statuut van de deskundige. Is hij als handelaar of beoefenaar van een vrij beroep onderworpen aan de BTW, dan dient hij een factuur op te stellen voor zijn prestaties. Is dat niet zo, omdat hij bijvoorbeeld arts is in hoofdberoep, dan dient er in principe geen factuur te worden opgesteld. De factuur wordt opgesteld op naam van de partij, die de staat dient te voldoen²⁴.

Hoofdstuk V. Procedure voor het FMO²⁵

Afdeling 1. Middelen tot onderzoek vooropgesteld in de wet medische ongevallen

In artikel 17 van onderhavige wet zijn de middelen vastgelegd waarover het FMO beschikt om een concreet dossier te onderzoeken²⁶. Het betreft de mogelijkheid tot het organiseren van (1) een eenzijdig onderzoek door beroep te doen op het advies van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars indien er vragen rijzen met betrekking tot specifieke medische aangelegenheden (art. 17, § 1). Daarnaast kan het FMO ook (2) een minnelijke tegensprekelijke expertise organiseren en tenslotte zal het FMO, indien wenselijk of indien erom wordt verzocht, overgaan tot (3) het horen van de betrokken partijen (art. 17, § 5).

19. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

20. H. DECLERCQ, *Praktisch handboek inzake het deskundigenonderzoek*, Brugge, die keure, 2001, p. 41.

21. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Y. LENDERS, "Deskundigenonderzoek – Algemeen deel", In X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, II. 1 – 1 – II.5.12, 2010, p. 41.

22. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

23. Art. 2 W.Kh.

24. T. LYSSENS, L. NAUDTS, *Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken*, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, randnr. 22.

25. Wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, B.S. 02.04.2010.

26. Parl.St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 58.

Inzake de tegensprekelijke expertise luidt Artikel 17, § 2 van de wet van 31 maart 2010 als volgt :

“Tenzij de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is, of tenzij alle partijen bij de procedure er afstand van doen, organiseert het fonds een tegensprekelijke expertise , indien er ernstige aanwijzingen zijn dat de graad van de ernst bedoeld in artikel 5 wordt bereikt”.

Het fonds wijst in dit geval een onafhankelijk expert of, indien dit verantwoord is, een college van experten aan.

Het fonds volgt het verloop van de expertise op en ziet er met name op toe dat het tegensprekelijk karakter ervan in acht wordt genomen”.

Gelet op het feit dat de expertise buitengerechtelijk zal verlopen, wijst op het minnelijk karakter ervan. Verder is het duidelijk dat een minnelijke expertise sowieso tegenspraak vergt.

Overeenkomstig artikel 17 van onderhavige wet heeft het FMO aldus de mogelijkheid en indien er aanwijzingen zijn dat het gaat om ernstige schade²⁷ de verplichting om een deskundigenonderzoek te organiseren om nauwkeurig de oorzaken, de omstandigheden en de gevolgen van de schade te onderzoeken en te identificeren.

Op de verplichting zijn twee uitzonderingen te vermelden, namelijk indien de aanvraag kennelijk onontvankelijk of ongegrond is (“de expertise zou dan nutteloos zijn aangezien de slaagkans van de aanvraag vrijwel nihil zou zijn”²⁸) en indien het een situatie betreft waarbij alle partijen bij de procedure afstand doen van deze onderzoeksmaatregel.

Bijgevolg beschikt het FMO over een zekere appreciatiemarge inzake het nut en de opportuniteit van een expertise²⁹.

De expertise vormt in ieder geval een essentieel onderdeel om de schade te beoordelen, maar het is een dure onderzoeksdaad waarvan de kost zal worden voorgeschoten door het FMO, en *in fine* door het FMO zal worden gedragen behalve wanneer de aansprakelijkheid van een zorgverlener vaststaat³⁰.

Afdeling 2. Rol van het FMO bij de expertise

Het is duidelijk dat het FMO een neutrale rol dient te vervullen bij de organisatie van een expertise. Het FMO is in beginsel geen partij in het geschil. De bedoeling van de expertise is om klaarheid te scheppen voor de betrokken partijen (met name voor de aanvrager van een schadevergoeding of zijn rechthebbenden, de zorgverlener(s) en zijn verzekeraar(s)). Inzake de rol van het FMO na de opstart van de expertise is nog geen eenduidigheid. Kan de interne arts van het FMO de aangestelde expert bijkomende vragen stellen tijdens de expertise (de expertise als het ware sturen) en is het aan te raden om de zittingen bij te wonen? Wordt het FMO dan geen partij in het onderzoek of bevindt het FMO zich in dezelfde situatie als deze van een rechter? Immers, het FMO heeft alle belang bij een goed uitgevoerd onderzoek, aangezien dit dienstig zal zijn voor het uiteindelijke advies aan de betrokken partijen. Het zal desgevallend ook de basis vormen voor het begroten van de schadevergoeding voor de aanvrager of zijn rechthebbenden.

Het FMO is in elk geval belast met de administratieve organisatie van het onderzoek en moet een onafhankelijke expert aanstellen die bevoegd is in de materie waarover de aanvraag handelt. Omwille van de complexiteit van de zaak, kan het fonds ook een college van experten aanstellen.

27. S. CALLENS, “De procedure voor het fonds voor de medische ongevallen”, in X., Medisch recht, Brugge, Die keure, 2011, 15-39.

28. T. VANSWEEVELT, De no-fault wet inzake medische ongevallen, Leuven, Indicator, 2010, p. 73.

29. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/006, p. 93.

30. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 58.

Vervolgens wordt er over het tegensprekelijk karakter van de expertise gewaakt.

Gelet op het feit dat er (1) een onafhankelijke expert wordt aangesteld en dat (2) het tegensprekelijk karakter dient te worden gerespecteerd, wordt er in de memorie van toelichting³¹ vooropgesteld dat de minnelijke expertise dezelfde waarde zal hebben als een gerechtelijke expertise.

Voor eventuele problemen, zoals de traagheid van de expert of de vertrouwelijkheid van documenten, verwijst de wetgever naar de “algemene principes”, zoals ze gelden voor gerechtelijke expertises³².

Overeenkomstig artikel 986 Ger.W. is het advies van de deskundige niet bindend. Ook in de memorie van toelichting betreffende de wet medische ongevallen wordt er gewag gemaakt van het feit dat “*hoewel de technische opheldering van de expert belangrijk is, zij geen vooroordeel vormt over de uiteindelijke appreciatie die in fine zal worden gedaan door het fonds*”³³. Bijgevolg behoudt het FMO net zoals de rechter de vrijheid anders te oordelen dan de desbetreffende deskundige³⁴.

Afdeling 3. Rol van de deskundige

Net zoals het feit dat er geen wettelijke definitie bestaat van een deskundigenonderzoek, is er ook geen definitie voor wat de deskundige of de gerechtsdeskundige betreft. Tot op heden is de titel van deskundige niet beschermd³⁵.

Inzake de afhandeling van lichamelijke schadegevallen is het toch belangrijk om de fundamentele rol van de deskundige te belichten. De deskundige wordt omwille van zijn vakkennis aangezocht en mag zich derhalve niet laten vervangen, de opdracht is *intuitu personae*³⁶. Bijgevolg stelt de deskundige persoonlijk bepaalde feiten vast, hoort ook de partijen, doet studiewerk en onderzoeken. De expert kan weliswaar beroep doen op deelexperten³⁷, wat het medisch verslag een meer wetenschappelijke waarde geeft³⁸. Hij verenigt al deze bevindingen. Zijn vakkennis geeft aan deze vaststellingen een zeker “gezag”. Bovendien kan hij zijn advies wetenschappelijk en technisch onderbouwen, alsook over de oorzaken en gevolgen advies verlenen.

Het verslag waarin de deskundige een grondige beschrijving dient te geven van de functionele mogelijkheden en disfuncties van het slachtoffer, stelt de opdrachtgever in de mogelijkheid de restcapaciteit van het slachtoffer juist in te schatten en zijn herpositionering in het familiaal, sociaal en professioneel milieu gepast te vergoeden³⁹.

Het advies is zuiver technisch en niet juridisch.

31. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 59.

32. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/006, p.123.

33. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

34. T. VANSWEEVELT, De no-fault wet inzake medische ongevallen, Leuven, Indicator, 2010, p. 73.

35. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, Mechelen, Kluwer, 2010, 4.

36. J. LAENENS, “De medische expertise”, in X., Juridische aspecten van de geneeskunde, Antwerpen, Kluwer, 1989, p. 14.

37. i.e. onderaannemers in het kader van overheidsopdrachten.

38. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro Books, 2008, 441.

39. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro Books, 2008, 441.

Afdeling 4. Algemeen verloop van een medische expertise en toegepast op het FMO

In principe dient een dossier zo compleet mogelijk te worden samengesteld en wordt er ook bij het FMO van de aanvragers van een schadeloosstelling verwacht om zo uitvoerig mogelijk hun dossier samen te stellen⁴⁰. Concreet beschikt het FMO over de mogelijkheid om bij alle betrokken zorgverleners of bij elke andere persoon alle documenten en informatie op te vragen die nodig zijn voor de beoordeling⁴¹. Zorgverleners of elke andere persoon behalve de aanvrager of zijn rechthebbenden die binnen een termijn van een maand vanaf de kennisgeving van de herinneringsbrief van het Fonds niet antwoorden zijn van rechtswege een forfaitaire vergoeding verschuldigd van 500 EUR per dag met een maximum van 30 dagen, tenzij in geval van overmacht⁴².

Aangezien het FMO onmogelijk zelf alle expertise in huis kan hebben, zal in een aantal gevallen de tussenkomst van een externe expert noodzakelijk blijken.

Eenzijds zal het onmogelijk zijn om steeds voldoende inzicht te krijgen in het dossier aan de hand van de stukken die beschikbaar worden gesteld ten aanzien van het FMO, hetzij door de patiënt, hetzij door de betrokken zorgverlener. Anderzijds zal er een diepgaander onderzoek nodig zijn, gelet op de ernst van de zaak of omdat er twijfels rijzen omtrent het al dan niet aansprakelijk zijn van de betrokken zorgverlener. In het eerste geval zou een eenzijdig onderzoek kunnen volstaan, in het tweede geval zal er besloten worden tot een MME.

§ 1. HET EENZIJDIG DESKUNDIGENONDERZOEK

• Technisch advies

Overeenkomstig onderhavige wet⁴³ kan het FMO beroep doen op gespecialiseerde beroepsbeoefenaars om precieze informatie te krijgen over medische aangelegenheden. Concreet betekent dit, dat het FMO een deskundige aanspreekt om een zuiver technisch advies te verstrekken in de gevallen waar enige onduidelijkheid bestaat in het dossier en indien een eenvoudige regeling op grond van de stukken onmogelijk is. Bijgevolg zal het FMO genoodzaakt zijn om een medisch onderzoek te laten uitvoeren door een deskundige om de juiste omvang en ernst van de schade te kunnen inschatten. Het kan tevens een begin van bewijs vormen en aantonen dat de aanstelling van een deskundige voor een tegensprekelijk deskundigenonderzoek verantwoord is in een latere fase.

Juridisch-technisch hebben deze vaststellingen slechts een eenzijdig karakter, wat wil zeggen dat deze bevindingen, in beginsel, niet tegenwerpbaar zijn aan de vergoedingsplichtige.

40. Art. 12 van de wet medische ongevallen.

41. Art. 15 van de wet medische ongevallen.

42. Art. 15 van de wet medische ongevallen.

43. Art. 17, § 1 van de wet medische ongevallen.

◦ De waarde en de bewijswaarde van een eenzijdig deskundigenonderzoek

Uit de rechtspraak valt af te leiden dat een eenzijdig deskundigenonderzoek toch een zekere bewijswaarde heeft, indien de expertise die voor het FMO wordt gevoerd eventueel later voor de rechter wordt ingeroepen door een van de partijen. Het kan dus een nuttig instrument zijn, zowel voor de partijen als voor de rechtbank. In een arrest van het Hof van Beroep van Bergen wordt onderstreept dat een eenzijdig verslag in principe bewijswaarde kan hebben indien de omstandigheden waarin het werd opgesteld de rechter toelaat er geloof aan te hechten en ervan uit te gaan dat de belangen van de partij aan wie het wordt tegengeworpen, werden gerespecteerd⁴⁴. Volgens het Hof van Cassatie is de juiste bewijswaarde van een dergelijk verslag deze van een vermoeden⁴⁵. Verder stelt het Hof dat de feitenrechter soeverein de bewijswaarde beoordeelt.

§ 2. HET TEGENSPREKELIJK DESKUNDIGENONDERZOEK

Wanneer een eenzijdig verslag van een deskundige niet volstaat voor de beoordeling, kan een MME uitkomst bieden.

In het algemeen zal een dossierbeheerder vanaf het ogenblik dat hij vaststelt, op basis van de eerste medische gegevens die hem worden meegedeeld door het slachtoffer en in het bijzonder door zijn raadsgeneesheer, dat de opgelopen schade ernstig is en er sprake is van een invaliditeit of werkongeschiktheid (bv gehele of gedeeltelijke verlamming, blindheid,...) voorstellen om in het belang van het slachtoffer een MME op te starten. Een andere reden kan zijn dat het slachtoffer zich niet kan vinden in de besluiten van de eenzijdig aangestelde arts⁴⁶.

Deze werkwijze kan *mutatis mutandis* worden toegepast indien het onderzoek wordt gevoerd voor het FMO. Weliswaar in samenspraak met de interne arts. Bovendien zal men in het kader van de wet medische ongevallen⁴⁷ en zoals hoger reeds vermeld verplicht zijn om bij ernstige lichamelijke schade een tegensprekelijk deskundigenonderzoek te organiseren.

Dit zal het geval zijn wanneer⁴⁸ :

- De patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer
- De patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid⁴⁹ gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden
- De schade bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden verstoort van de patiënt
- De patiënt overleden is.

44. Bergen (1ste k.) 04.03.2002, JT 2003, 159.

45. Cass. 22.12.1983, RW 1984-85, 903.

46. J.BOGAERT, Het praktisch beheer van een dossier met letselschade, reeks "Advocaten praktijk – Burgerlijk recht", nr. 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 20.

47. Art. 17, § 2 wet medische ongevallen.

48. Art. 5 wet medische ongevallen, zie hieromtrent ook figuur 2 in de bijlagen.

49. Rekening houdend met de *ratio leges* van de wet en de Parl. St. werd er binnen het Fonds overeengekomen om rekening te houden met een TAO (i.e. tijdelijke arbeidsongeschiktheid) van 100 % om de voorwaarde in art. 5 te beoordelen.

Efficiëntie en het beperken van de duur van de procedure van enkele jaren, zoals bij gerechtelijke expertises vaak het geval is, zijn de belangrijkste voordelen van een MME. Bij een MME hebben de partijen met tegengestelde belangen en in gemeenrechtelijke context meer impact op de expertise-activiteiten aangezien de aangestelde geneesheren in principe beschouwd worden als gemandateerden van alle partijen⁵⁰, zodat er ook een zekere controle mogelijk is op het verloop van de expertisewerkzaamheden⁵¹.

In het kader van een procedure overeenkomstig onderhavige wet, zal het FMO, als neutrale instelling, instaan voor de organisatie en de opvolging van de werkzaamheden en is er aangaande het efficiënt verloop van de procedure en de controle een belangrijke rol weggelegd voor het Fonds.

o Het protocol of de overeenkomst

1. Algemeen

De overeenkomst van een MME is een “*conventie sui generis*” die niet mag worden verward met de arbitrage-overeenkomst⁵², noch met de dading⁵³. De overeenkomst vindt haar dwingende kracht in artikel 1184 BW⁵⁴, die bovendien partijen met toepassing van artikel 1134, eerste lid BW strekt tot wet⁵⁵.

Het is van belang te weten dat, indien partijen willen dat de tussenkomst van de deskundige leidt tot een globaal akkoord met wederzijdse verplichtingen, er genoegzaam aandacht wordt besteed aan de inhoud van de overeenkomst⁵⁶. Het is immers geen beslissing van de rechter of van de deskundige waaraan de partijen gebonden zijn. Het gaat om hun eigen overeenkomst waarop het algemeen verbintenissenrecht van toepassing is. Wanneer daarna toch een procedure moet worden opgestart omdat de inhoud van het verslag onduidelijk, onvolledig of onuitvoerbaar is, gaan alle voordelen van de minnelijke regeling verloren⁵⁷.

De betrokken partijen zullen er dus op toezien dat de bewoordingen van deze overeenkomst hen niet nadelig zijn. Zij bepalen in principe mede de opdracht van de deskundige. De omschrijving is uiteraard belangrijk, niet alleen wat de inhoud maar ook wat de juiste omvang betreft. In het algemeen bepalen ook de partijen mee het verloop of de modaliteiten van het onderzoek⁵⁸. Hoewel de regels van het Gerechtelijk Wetboek niet van toepassing zijn, kunnen de betrokkenen het tegensprekelijk karakter aanvechten als de deskundige de regels van de tegenspraak niet eerbiedigt⁵⁹. Verder belet niets de partijen overeen te komen, dat het minnelijk deskundigenonderzoek verloopt volgens de regels van het Gerechtelijk Wetboek.

50. Doch opgelet, ondanks het mandaat dienen ze een objectieve rol te vervullen, zie hieromtrent P. LURQUIN, *L'expertise medicale*, Brussel, Bruylant, 1989, p. 15 e.v.

51. J. BOGAERT, *Het praktisch beheer van een dossier met letselschade*, reeks “Advocaten praktijk – Burgerlijk recht”, nr. 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 22.

52. Antwerpen (2e k.) nr. 2004/AR/2921, 18.04.2006, 16.

53. Mechelen 22.10.1993, verkeersrecht 1994, 7.

54. J. SCHRIJVERS, “de minnelijke medische expertise”, *Verkeersrecht*, 1992, p. 32.

55. Pol. Brugge (8e k.) 27.09.2005, RW 2007-2008, nr. 20 835.

56. J. DE VOS, *No fault & aansprakelijkheid*, Damme, Euro Books, 2009, p. 152 e.v.

57. T. LYSSENS & N. NAUDTS, “Deskundige. Verzoener. Bemiddelaar of arbiter”, *NjW* 2010, 222, p. 343.

58. T. LYSSENS & L. NAUDTS, “Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek”, in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, bijgewerkt tot 30.06.2010, II.3 – 1, p. 45-46.

59. Luik 21.10.1983, RGAR 1984, nr. 10.831.

2. Nopens het FMO

In een procedure voor het FMO wordt de overeenkomst afgesloten tussen het fonds en de deskundige, doch gelet op het feit dat het gaat om een tegensprekelijke procedure hebben ook de partijen die betrokken zijn bij de expertise, zoals de aanvrager en/of zijn rechthebbenden, de zorgverlener(s) en de verzekeraar(s) het recht om hun opmerkingen te formuleren betreffende de inhoud van de opdracht. Bovendien wordt er voor, de bovenvermelde partijen in het kader van de opdracht en expertise, voorzien in de mogelijkheid om "gehoord" te worden⁶⁰.

De overeenkomst tot het aanstellen van een deskundige zal in alle gevallen, *grosso modo*, vier elementen moeten regelen⁶¹ :

- a) de keuze van de deskundige
- b) de opdracht van de deskundige
- c) de modaliteiten van het deskundigenonderzoek
- d) het bindend karakter van de besluiten in het onderzoek (verslag).

a) De keuze van de deskundige

De manier waarop de deskundige wordt gekozen, heeft geen gevolgen voor het minnelijk karakter.

1. Algemeen

De aanstelling van de private deskundige in het kader van een minnelijke procedure kent twee mogelijkheden :

Ofwel, stellen beide partijen een geneesheer aan. Belangrijk hierbij is dat de deskundige blijk geeft van onafhankelijk optreden ten aanzien van de partij die hen heeft aangesteld. Het is de bedoeling dat deze twee deskundigen tot een overeenkomst komen. Indien beide experts het niet eens zouden zijn of worden, moeten zij alvorens tot hun opdracht over te gaan een derde deskundige aanduiden waarna de drie partijen optreden als college. Deze procedure heeft opnieuw het nadeel dat het onderzoek langzamer en moeilijker verloopt en dat de kosten aanzienlijk hoger liggen. De status van de deskundigen die rechtstreeks aangesteld worden door de partijen is nogal onduidelijk. Dikwijls beperken zij zich tot het verdedigen van het standpunt van hun eigen partij. De beslissing blijft dan uiteindelijk toch bij de derde deskundige⁶². Worden zij het ook niet eens over de naam van deze deskundige, dan zal deze door de rechtbank worden aangeduid.

Ofwel, bestaat er eensgezindheid en wordt er onmiddellijk één onafhankelijk deskundige aangeduid, zodat men zich praktisch in dezelfde situatie bevindt als een gerechtelijke expertise. Beide partijen kunnen vrij overeenkomen om zich te laten bijstaan door een geneesheer naar hun keuze⁶³.

60. Art. 17, § 5 van de wet medische ongevallen.

61. T. LYSSENS & L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., Bestendig handboek deskundigenonderzoek, bijgewerkt tot 30.06.2010, II.3 – 1, p. 45-46.

62. H. DECLERCQ, Praktisch handboek inzake het deskundigenonderzoek, die keure, 2001, p. 41.

63. Zie hieromtrent; RB. Brussel 23.02.1996, verkeersrecht 1997, 26.

2. Nopens het FMO

Overeenkomstig de wet medische ongevallen moet het FMO de organisatie van de expertise op zich nemen en een onafhankelijke expert aanduiden⁶⁴. We bevinden ons dus in de situatie zoals bij een gerechtelijke expertise, aangezien het niet de partijen zelf zijn die een geneesheer of expert aanstellen, maar het FMO als neutrale instelling.

Er wordt in het algemeen benadrukt dat in geval van schade opgelopen door een eventuele fout of nalatigheid van een geneesheer het wenselijk is om een college van drie geneesheren aan te stellen. Dit vraagt weliswaar meer tijd en geld. Uit de praktijk zal moeten blijken of dit ook voor het FMO wenselijk is. Mijns inziens zal een andere benadering mogelijk zijn, aangezien het niet de partijen zelf zijn die de deskundige aanstellen, maar het FMO en deze geacht wordt neutraal op te treden. Een college zal in sommige gevallen weliswaar noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld in het kader van multidisciplinaire betrokkenheid en uiterst complexe gevallen. Om de kosten te drukken en tijd te besparen lijkt het mij raadzaam om in die situatie beroep te doen op “onderaannemers of deelexperten” van de aangestelde expert.

Indien er een beroep wordt gedaan op een niet-geneesheer, zoals bijvoorbeeld een ergotherapeut (inzake de beoordeling van hulpmiddelen), een apotheker of een ingenieur (voor het berekenen van de krachten van orthopedisch materiaal), zal de geneesheer vooreerst de medische oppuntstelling uitvoeren en aan de hand daarvan en met inachtnaam van de deontologische regels van het beroepsgeheim alle inlichtingen verstrekken aan de niet-geneesheer opdat deze in een zo gunstig mogelijke omstandigheid een verdere bijdrage kan leveren aan het onderzoek.

b. De opdracht van de deskundige.

Kort samengevat komt het er op neer dat de deskundige de pathologische toestand en de vooraf bestaande toestand bepaalt, evenals de gevolgen van het ongeval beschrijft, de tijdelijke en de blijvende arbeidsongeschiktheid vaststelt, alsook de esthetische schade. In het kader van een tegensprekelijke expertise voor het FMO zal de deskundige zich niet alleen dienen te buigen over de ernst en hoegrootheid van de schade, maar ook over de volgende vraagstukken : burgerlijke aansprakelijkheid, medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, complicatie, enz.

Inhoudelijk verschilt de opdracht van de geneesheren aangesteld in het kader van een minnelijke expertise niet van de opdracht van de deskundige in gerechtelijke sfeer⁶⁵. De opdracht wordt meestal in analoge bewoordingen geformuleerd⁶⁶.

Vandaar dat :

- “de betrokken partijen zelf in persoon moeten optreden of vertegenwoordigd moeten zijn door personen die gemachtigd zijn in rechte op te treden
- de overeenkomst moet gedateerd en ondertekend zijn en opgesteld in zoveel exemplaren als er betrokken partijen zijn met een onderscheiden belang
- de opdracht nauwkeurig dient omschreven te zijn met de mogelijkheid om aan te vullen als tijdens de expertise blijkt dat dit nodig is
- de wederzijdse verplichtingen juist moeten worden omschreven
- de maatstaven en criteria voor de uitvoering van de opdracht van de deskundige genoegzaam worden omschreven

64. Art. 17 wet medische ongevallen.

65. P. MEESEN, “Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze”, RW 1997-98, p. 940.

66. J. TRICOT, Een minnelijke medische expertise betreffende een cervicaal syndroom, *Medi-ius* 1995, afl. 1, p. 16. *Ibid.*

- er termijnen voor onderzoek en verslaggeving vooropgesteld worden met vermelding van mogelijke vervanging van de deskundigen zo daaraan niet wordt voldaan en dat indien er termijnen worden overeengekomen, deze nauwkeurig moeten aangeduid zijn met begin- en einddatum
- er sancties moeten worden voorzien in geval van niet-uitvoering
- er een controle moet worden overeengekomen op de correcte uitvoering van de opdracht
- de regeling van de kosten nauwkeurig bepaald moet zijn, alsook het honorarium van de deskundige en eventuele derden
- er een datum voor neerlegging van het verslag vermeld dient te worden⁶⁷.

Een algemene clause zoals “alle nuttige inlichtingen verschaffen of antwoorden op alle vragen van de betrokken partijen” geeft aan de deskundige de opportuniteit om advies te verlenen over de eventuele problemen die voor de partijen in den beginne niet duidelijk waren⁶⁸.

De opdracht blijft echter adviserend en de deskundigen dienen zich te houden binnen de perken van hun opdracht.

c. De modaliteiten of het verloop van de opdracht bij een minnelijke expertise

De deskundige wordt in kennis gesteld van de opdracht via een schrijven, waarin de opdracht nauwgezet staat omschreven. Hij is gebonden aan de opdracht en kan geen inlichtingen geven of vragen beantwoorden, die niet tot de opdracht behoren. Uiteraard gaat de deskundige na of hij de opdracht kan aanvaarden, zowel wat de inhoud van de opdracht als wat de termijn betreft⁶⁹.

Wanneer een deskundige zich onbekwaam acht om een bepaald probleem te beoordelen, zal hij de opdracht niet aanvaarden of zich laten wraken. In ieder geval dient hij zich te laten wraken, indien hij bekend is bij één van de betrokken partijen of het slachtoffer ook zelf in behandeling heeft gehad, gezien hij dan niet meer als onpartijdige deskundige kan optreden⁷⁰.

Indien de deskundige door het FMO is aangesteld en de opdracht aanvaardt zullen ook de betrokken partijen (zoals aanvrager, zorgverlener, verzekeraar,...) inzage krijgen in de opdracht en hun opmerkingen kunnen formuleren. Ze kunnen de expert ook wraken. In principe worden de partijen bij aangetekend schrijven in kennis gesteld. Hun raadslieden en raadsgeneesheren bij gewone brief.

Het wordt als behoorlijk beschouwd indien de deskundige binnen de acht dagen na de aanvaarding van de opdracht de datum voor een eerste zitting bepaalt. Concreet wordt er van de deskundige ook verwacht om binnen de zes weken een eerste zitting te laten plaatsvinden. Alles hangt natuurlijk af van de beschikbaarheid van bijvoorbeeld raadsgeneesheren of raadslieden die de partijen kunnen vergezellen. Bijgevolg dient de deskundige aangesteld door het FMO een duidelijke en haalbare kalender voor alle partijen op te stellen.

De te onderzoeken partij dient zoveel mogelijk attesten en alle documenten van vroeger uitgevoerde onderzoeken voor te leggen, bij voorkeur vóór de eerste zitting. Verder is het belangrijk dat de expert over de documenten zelf kan beschikken en niet alleen over de interpretatie die eraan werd gegeven, dit geldt voor om het even welk onderzoek. In geval van een procedure voor het FMO zal de aanvrager reeds bij de aanvraag van een schadeloosstelling alle stukken overmaken aan het FMO overeenkomstig artikel 12 van de wet medische ongevallen. Vervolgens zal de dossierbeheerder, indien nodig, stukken uit het medische dossier opvragen ten aanzien van de betrokken zorgverlener(s), zodat de aangestelde expert over een, zo volledig mogelijk, dossier kan beschikken.

In een eerste zitting kunnen er bijkomende documenten worden opgevraagd.

67. T. LYSSENS & N. NAUDTS, “Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter”, NJW 2010, 222, p. 343.

68. Ibid p. 341.

69. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

70. Ibid.

Indien mogelijk vindt er een ondervraging plaats van het slachtoffer inzake de medische, chirurgische en traumatologische antecedenten; de socio-economische toestand; de sportactiviteiten; de hobby's; de sociale toestand en zijn sociaal leven⁷¹.

Er vindt tevens een ondervraging plaats van de andere partijen. Er zal navraag gedaan worden naar de indicatiestelling, over de behandeling, over de pre-, per- en postoperatieve opvolging, zowel op medisch gebied als het verpleegkundig aspect ervan⁷².

Hierna zal de deskundige overgaan tot de studie van de hem ter beschikking gestelde documenten, die zijn later onderzoek zullen richten. Zo nodig kan hij ook gespecialiseerde onderzoeken aanvragen die hij nodig acht voor de evaluatie van de opgelopen schade⁷³.

Een tweede deel van de opdracht behelst (eventueel) een lichamelijk onderzoek van het slachtoffer, wat uiteraard enkel kan gebeuren in aanwezigheid van geneesheren.

Vervolgens kunnen er nog bijkomende gespecialiseerde onderzoeken worden aangevraagd, waarvan het resultaat dan ook zal worden bijgevoegd aan het verslag⁷⁴. In een overeenkomst wordt in het merendeel van de gevallen volmacht verleend aan de deskundige om indien nodig technische onderzoeken te laten uitvoeren of om beroep te doen op gepaste specialisten van zijn keuze. Ook in het geval dat de procedure wordt gevoerd voor het FMO, wordt er voorzien in voormelde opportuniteit onder de vorm van onderaanneming. Het is weliswaar zo dat de deskundige de besluiten van een geraadpleegde specialist niet zonder meer kan overnemen als antwoord op de opdracht, doch wel persoonlijk dient te adviseren. Dit kan uiteraard hetzelfde advies zijn als dat van de geraadpleegde specialist. Indien beroep wordt gedaan op de tussenkomst van een specialist moet dit onderzoek ook tegensprekelijk worden uitgevoerd. In het algemeen is het zelden het geval dat een raadsgeneesheer wenst aanwezig te zijn bij dit onderzoek. Het is tenslotte toch de deskundige zelf die het resultaat van dit onderzoek moet beoordelen en verwerken in zijn verslag.

Verder kunnen er nog bijkomende zittingen worden georganiseerd teneinde bijkomende informatie te vragen, hetzij aan het slachtoffer, dan wel aan de andere betrokken partijen.

De deskundige stelt een (voor)verslag op waarin hij al zijn bevindingen chronologisch ordent en hecht er alle documenten aan waarop hij zich zal steunen voor de uitwerking van de besluitvorming. Concreet maakt hij binnen de drie weken na de eerste zitting het (voor)verslag over aan alle betrokken partijen, inclusief het FMO. De partijen kunnen dan schriftelijk hun opmerkingen en vragen binnen de drie weken formuleren en overmaken, waarop de deskundige moet antwoorden⁷⁵.

Er kan vervolgens een besprekingsvergadering belegd worden voor alle partijen. Het is echter raadzaam om het aantal zittingen zoveel als mogelijk te beperken.

Tenslotte volgt er na twee weken de besluitvorming in een eindverslag die op alle vragen van de opdracht een antwoord geeft, evenals op de door de partijen gestelde vragen.

d. Het bindend karakter van de overeenkomst bij een minnelijk tegensprekelijk onderzoek

1. Algemeen

In principe aanvaardt de rechtspraak dat een door een slachtoffer en een maatschappij getekend protocol of overeenkomst, een rechtsgeldige overeenkomst is tussen beide partijen. Vroeger bepaalden de verzekeraars dat de besluiten van de raadsgeneesheren een onherroepelijk karakter hadden, bijgevolg waren de andere partijen niet zo geneigd om een dergelijke overeenkomst te tekenen zodat er meer en meer in de overeenkomst werd gestipuleerd dat aan de besluiten van de MME dezelfde waarde van een gerechtelijke medische expertise werd toegekend.

71. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

72. *Ibid.*

73. *Ibid.*, p. 284.

74. *Ibid.*, 283.

75. J. De Vos, *De medische expertise*, Damme, Euro Books, 2008, 283.

Een MME heeft een belangrijke bewijswaarde⁷⁶ ook indien hieromtrent niets expliciet is overeengekomen. De partijen zijn gebonden door de feitelijke vaststellingen die hen tegenwerpbaar zijn. Dit is uiteraard niet noodzakelijk voor wat de conclusies van de deskundige betreft⁷⁷.

Verder wordt er gesteld dat de bewijswaarde dezelfde is als deze van een gerechtelijk deskundigenonderzoek. Het is dus een bewijsmiddel voor de rechter, die echter niet gebonden is aan de inhoud⁷⁸. Het staat op gelijke voet met andere bewijsmiddelen zoals geschriften en getuigen⁷⁹.

De bewijswaarde kan verschillen naargelang de voorafgaande overeenkomst tussen de partijen. Vandaar dat het is aangewezen om op voorhand duidelijke afspraken te maken over de gevolgen die er worden verbonden aan het verslag. Als er bij de opdracht wordt overeengekomen om het verslag als bindend te beschouwen kan de rechtbank geen nieuw onderzoek met hetzelfde voorwerp bevelen⁸⁰. Bovendien moet grote aandacht worden besteed aan de omschrijving van de opdracht om te vermijden dat het in feite om een arbitrageovereenkomst gaat. Het verslag van de deskundige kan dan beschouwd worden als een bindende derdenbeslissing op basis van artikel 1134 BW⁸¹. Vooral in de MME komen nog dikwijls clausules van niet-herroepbaarheid voor.

In het kader van de overeenkomst dienen er overeenkomstig de rechtsleer drie hypothesen te worden onderscheiden⁸²:

a. Het minnelijk deskundigenonderzoek zonder duidelijke bepaling van het bindend karakter

Dit betekent dat het een tegensprekelijk tot stand gekomen bewijsmiddel is, waarvan de inhoud niet kan worden miskend, maar waarvan de conclusies niet bindend zijn noch voor de rechter noch voor de partijen⁸³. Er is dan ook niets specifiek bepaald in de overeenkomst van minnelijke expertise.

b. Het onherroepelijk deskundigenonderzoek

Wanneer er een clause in de overeenkomst wordt opgenomen, waarbij de partijen het resultaat van het onderzoek definitief zullen aanvaarden, dan betekent dit dat deze beslissing hen tot wet zal strekken⁸⁴. Deze clause moet uitdrukkelijk zijn overeengekomen.

Het verslag van een dergelijk onherroepelijk deskundigenonderzoek kan soms voor de rechtbank worden aangevochten⁸⁵, zoals wanneer de rechten van de verdediging zijn geschonden⁸⁶.

Gelet op het feit dat het verslag van de deskundige moet worden beschouwd als een "bindende derdenbeslissing" op basis van het artikel 1134 BW is de rechter echter gebonden door de clause⁸⁷. Hij kan slechts een gerechtelijk deskundigenonderzoek bevelen wanneer hij de nietigheid van de overeenkomst vaststelt.

76. Corr. Gent, 13.01.2011, T. Pol. 2012, afl. 1, 34-40.

77. Y. VERMYLEN, M. BRAEM, "Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken [de tandarts als deskundige]", in X, Tandarts en recht. Een inleiding tot het recht voor tandartsen, p. 320; T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", NJW 2010, 222, p. 343. Ibid p. 341.

78. Gent (2e k.) 26.06.2008, T. Gez. 2009-2010, afl. 4, 239.

79. T. LYSSENS EN L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek" in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek, bijgewerkt tot 30.06.2010, II, 3 - 1, p. 47.

80. Bergen, 31.10.1985, De Verz. 1985, 789.

81. M. STORME, "De bindende derdenbeslissing of het bindend advies als middel ter voorkoming van gedingen", TPR, 1984, 1243 e.v.

82. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, Reeks recht & praktijk, Mechelen, Kluwer, 2010, 11-14; T. LYSSENS & L. NAUDTS, "Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek", in X., Bestendig handboek deskundigenonderzoek, bijgewerkt tot 30.06.2010, II, 3 - 1, p. 48.

83. Ibid.

84. K. VANDERPER, "De minnelijke expertise", in IUS (Interuniversitaire studenten reeks), expertise, Antwerpen, kluwer, 1987., expertise, 1987, p. 58.

85. Pol. Brugge (8e k.) 27.09.2005, RW 2007-2008, nr. 20, 835.

86. Luik 19.11.1981, RGAR 1983, nr. 10612.

87. Cass. 24.10.1990, Bull. Ass. 1991, 391; zie ook B. DE TEMMERMAN, "De minnelijke medische expertise; een bindende derdenbeslissing. Maar wat is een bindende derdenbeslissing?", AJT, 1994-1995, p. 41.

Opgelet, het feit dat de toestand van het slachtoffer is verslechterd of dat uit een ander onderzoek een hogere invaliditeit blijkt, houdt geen nietigheid in en volstaat dan ook niet om een gerechtelijk deskundigenonderzoek te bevelen.

De draagwijdte van een dergelijke clause is dus verregaand en bovendien gevaarlijk. Slachtoffers zijn zich hier vaak niet van bewust.

c. Het minnelijk onderzoek met de waarde van een gerechtelijk onderzoek

Indien de partijen overeenkomen dat de MME de waarde heeft van een gerechtelijk deskundigenonderzoek verbinden zij zich ertoe om een onzeker punt in hun rechtsverhouding tegensprekelijk te laten onderzoeken, bijgevolg zou het zinledig zijn om daaraan geen bewijswaarde te verbinden⁸⁸.

Bovendien dient de rechtbank dit te eerbiedigen en de waarde af te wegen tegen de andere bewijsmiddelen. Dit wil zeggen dat de soevereine beoordelingsbevoegdheid van de rechter overeind blijft, maar dat hij de bewijskracht van het verslag niet mag schenden. Het onderzoek kan echter steeds aangevochten worden⁸⁹, waardoor er alsnog opnieuw een deskundige kan aangesteld worden door de bevoegde rechter.

2. Nopens het FMO

Gelet op bovenstaande uiteenzetting is het aangewezen en van bijzonder belang voor het fonds dat aan een minnelijk deskundigenonderzoek uitdrukkelijk de waarde wordt toegekend van een gerechtelijk deskundigenonderzoek en dat dit aldus gestipuleerd wordt in de overeenkomst. Ofwel verwijst men naar de regeling van het deskundigenonderzoek zoals bepaald in het Ger.W., ofwel omschrijft men zelf – veelal naar analogie van dit wetboek – welke formaliteiten de deskundigen dienen in acht te nemen zoals de oproeping van partijen en de tegensprekelijkheid eerbiedigen, motivering van het verslag, voorleggen van een voorverslag, enz.⁹⁰. Zelfs daar waar partijen niets voorzien, blijven er algemene rechtsbeginselen die geëerbiedigd moeten blijven, zoals de rechten van verdediging, de geldigheid van de overeenkomst enz.⁹¹.

Zoals hoger reeds opgemerkt is het duidelijk dat hoewel de technische opheldering van de expert belangrijk is, zij evenwel geen vooroordeel vormt over de uiteindelijke appreciatie die *in fine* zal worden gedaan door *in casu* het FMO. Dit geldt eveneens indien de expertise die voor het FMO wordt gevoerd later voor de rechter wordt ingeroepen door een van de partijen. Het spreekt voor zich dat de rechter zijn appreciatievrijheid ten volle bewaart⁹².

o Wraking

a. Doelstelling

Zowel de patiënt als de zorgverlener en/of de verzekeraar kan bij een procedure voor het FMO een wraking eisen overeenkomstig de wet medische ongevallen om de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de deskundige te waarborgen⁹³.

Indien er overgegaan wordt tot de organisatie van een MME duidt het FMO in beginsel een onafhankelijke expert of een college van experts aan. Het feit dat de experts, belast met de medische expertise, in alle onafhankelijkheid moeten optreden, is van wezenlijk belang met het oog op een objectieve schadevaststelling⁹⁴. Overeenkomstig de rechtsleer dient een deskundige de opdracht te weigeren om dezelfde redenen als bij een gerechtelijk deskundigenonderzoek, onder meer als er een grond van wraking aanwezig is⁹⁵.

88. T. LYSSENS & N. NAUDTS, "Deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter", NJW 2010, 222, p. 342.

89. Luik 23.01.1995, Bull. Ass. 1998, 495 : waarbij de rechtbank van eerste aanleg stelt dat er ernstige tegenstrijdigheden waren in het verslag.

90. K. VANDERPER, "De minnelijke medische expertise", In IUS, Interuniversitaire studenten reeks, expertise, Antwerpen, kluwer, 1987, expertise, 1987, p. 59.

91. Ibid.

92. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

93. Art. 17, § 3 Wet Medische ongevallen.

94. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze!", RW 1997-1998, p. 941.

95. A. CLOQUET, Deskundigenonderzoek in zaken van privaatsrecht, in APR, Gent, Story-Scientia, 1988, nr. 65, p. 26.

In het kader van een eenzijdig onderzoek is er per definitie sprake van partijdigheid aangezien er in principe maar één kant wordt belicht. Doch in geval van het FMO dient men dit te nuanceren, aangezien het FMO in beginsel geen partij is in het geschil. Bovendien dient de deskundige een dergelijke opdracht met de nodige omzichtigheid te aanvaarden en uit te voeren. Het mag niet leiden tot foutieve conclusies. De onpartijdigheid van de adviserend geneesheer wordt volgens de Code der medische plichtenleer gewaarborgd door zijn “professionele onafhankelijkheid” die hij steeds dient te eerbiedigen⁹⁶.

b. Verloop van de procedure

De bepalingen omtrent de wraking zijn geïnspireerd op de bepalingen in het Gerechtelijk Wetboek⁹⁷, artikel 966 en volgende.

Een expert die door het FMO wordt aangewezen, dient zich wegens wrakingsgrond spontaan onbevoegd te verklaren, want naar analogie met artikel 967 Ger. W. *“moet elke expert die weet dat er een reden tot wraking bestaat dit melden en zich onbevoegd verklaren, tenzij de partijen hem ervan vrijstellen”*.

Indien de desbetreffende expert dit niet spontaan doet, kan de partij een gemotiveerde aanvraag tot wraking richten aan het FMO en dit, op straffe van verval, binnen de vijftien dagen, vanaf de datum waarop de partij kennis heeft gekregen van de reden tot wraking.

Dan zal het FMO (onmiddellijk) een aangetekend schrijven richten aan de expert en de andere partijen en vragen hun opmerkingen aangaande de wraking te formuleren binnen de termijn van vijftien dagen. De expert dient te verklaren of hij de wraking aanvaardt of betwist. Het FMO staat de wraking toe indien de expert die aanvaardt of indien hij het stilzwijgen bewaart.

Indien men zich akkoord had verklaard met de aanwijzing van een expert en zoals ook voorzien in artikel 968 van het Ger. W., kan deze enkel gewraakt worden omwille van redenen die zich hebben voorgedaan of die bekend zijn geworden na zijn aanwijzing.

Nadat de expert zijn opdracht heeft aangevat of na de eerste vergadering kan er naar analogie met artikel 969 Ger. W. niet meer gewraakt worden, tenzij de desbetreffende partij slechts nadien in kennis werd gesteld van de reden die kan aangewend worden tot wraking.

In geval de expert zijn wraking betwist, zal het FMO een gemotiveerde beslissing nemen om hem aan te houden of te wraken. De praktijk zal uitwijzen in welke (mijns inziens uitzonderlijke) gevallen het FMO een gewraakte expert kan aanhouden.

Tenslotte zal het FMO onmiddellijk een andere expert aanwijzen indien het fonds de wraking toestaat.

c. Onafhankelijkheid van de expert en de orde der geneesheren

Overeenkomstig een advies van de Orde der geneesheren van 12 april 2003 zal *“iedere arts die belast is met een deskundigenonderzoek, ongeacht of het gaat over een gerechtelijk of minnelijk, een tegensprekelijk of eenzijdig onderzoek, onpartijdig en onafhankelijk moeten zijn bij de vervulling van zijn opdracht. Deze eigenschappen zijn immers inherent aan om het even welk deskundigenonderzoek”*.

“Verder dient men onder de begrippen onafhankelijkheid en onpartijdigheid te verstaan dat de deskundige volledig onafhankelijk moet zijn van de partijen in het geding en geen enkele band mag hebben met het geschil waarin het deskundigenonderzoek bevolen is”.

96. Art. 199 en 122 van de deontologische code.

97. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 60.

“In een ruimere zin betekenen onafhankelijkheid en onpartijdigheid bovendien dat de deskundige zijn opdracht moet vervullen in volledige objectiviteit, zonder beïnvloed te worden door enige druk, zoals druk door een overheid, een corporatie of de publieke opinie, noch door het nastreven van een persoonlijk belang, bijvoorbeeld de wil om een rechter, een advocaat of één van de partijen te behagen in de hoop andere opdrachten te krijgen, noch door filosofische, godsdienstige, politieke, culturele, taalkundige of andere opvattingen”.

Artikel 119 van de Code van plichtenleer bepaalt zeer algemeen dat de arts belast met een deskundigenonderzoek *“de bepalingen van deze Code moet naleven en geen opdracht mag aanvaarden die tegen de medische ethiek indruist”.*

“Uit dit alles vloeit voort dat wanneer de deskundige geen persoonlijke of rechtstreekse band met een partij in het geding heeft, geval per geval dient te worden onderzocht of hij over voldoende onafhankelijkheid beschikt om de opdracht te vervullen”.

“Wanneer een deskundige optreedt als adviseur van een arts of van een verzekeringsmaatschappij in één of meerdere geschillen die gelijkaardig zijn aan dat waarover de expertise handelt (waarmee hij belast is), wil dit echter niet automatisch zeggen, dat hij niet over de vereiste onafhankelijkheid of onpartijdigheid beschikt om zijn opdracht te vervullen”.

“De economische band die kan bestaan tussen een deskundige en een partij als grote aanbrenner van onderzoeken is weliswaar delicaat, omdat het een niet verwaarloosbaar percentage kan uitmaken van de inkomsten van deze deskundige. Aldus kan er hier sprake zijn van een belangenconflict”.

• **Waarborgen van tegensprekelijkheid**

Overeenkomstig onderhavige wet en de parlementaire stukken⁹⁸ dient het FMO te waken over het goede verloop van de expertise en over het tegensprekelijk karakter ervan, zodat aan het desbetreffend onderzoek de waarde kan worden toegekend van een gerechtelijke expertise.

Hoewel de regels van het Gerechtelijk Wetboek niet van toepassing zijn op een MME, kunnen de partijen het aanvechten als de deskundige de regels van de tegenspraak niet eerbiedigt⁹⁹. Bijgevolg dient de tegensprekelijkheid te worden eerbiedigd bij alle verrichtingen van het deskundigenonderzoek. Het is een heel belangrijk aspect van de opdracht. Het is specifiek voor de opdracht.

Een aantal elementaire regels moeten worden nageleefd, zoals de motiveringsplicht, het recht van de partijen om aanwezig te zijn bij de expertisewerkzaamheden, het antwoordrecht van de partijen enz.¹⁰⁰.

Verder is de regel vrij eenvoudig; de deskundige doet geen verrichtingen en neemt geen uitspraken op indien niet alle partijen aanwezig zijn of regelmatig uitgenodigd werden om aanwezig te zijn. Het is bijvoorbeeld delicaat voor de deskundige om een patiënt of zorgverlener apart (in de gang) te spreken voor of na een zitting, aangezien het essentieel is dat partijen geen redenen krijgen om te twifelen aan zijn onpartijdigheid en de tegensprekelijkheid van het onderzoek.

Daarom worden er bij de eerste bijeenkomst duidelijke afspraken gemaakt omtrent de formaliteiten voor de uitnodiging op vergaderingen. Zo kunnen partijen bereid worden gevonden om niet aanwezig te zijn op de zittingen, maar wel wensen op de hoogte gebracht te worden van elke verplaatsing van de deskundige.

98. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 59.

99. T. LYSSENS, L. NAUDTS, Deskundigenonderzoek in burgerlijke zaken, Mechelen, Kluwer, 2010, 10.

100. P. MEESEN, “Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze”, RW 1997-1998, p. 941.

◦ Het verslag

a. De vorm

Er zijn geen bindende voorschriften in verband met de vorm, de presentatie of de indeling van een verslag dat wordt opgesteld door de deskundige. Het bestaat in principe uit drie delen, namelijk : (1) de vaststellingen, (2) de motivering en (3) het besluit.

Deze indeling geldt zowel inzake het voorverslag als voor het eindverslag.

Over de motivering van een dergelijk deskundigenonderzoek zijn de meningen verdeeld. Volgens de auteurs, LYSENS en NAUDTS, zou het gebrek aan motivering geen nietigheid van het verslag meebrengen. Het kan enkel de bewijswaarde beïnvloeden¹⁰¹, mocht het onderzoek aangevochten worden voor de rechtbank.

b. De inhoud

Zonder dat het verslag aan strikte vormvereisten gebonden is, moet het toch de volgende gegevens bevatten :

- “de naam van de deskundige
- de identiteit van de partijen en hun raadslieden
- de opdracht
- het overzicht van de werkzaamheden
- de inventaris van de meegedeelde stukken
- de eigenlijke vaststellingen
- de opmerkingen van de partijen
- de besluiten
- de datum
- de handtekening van de expert
- de staat van kosten en erelonen”.

Zowel in een eenzijdig verslag, als in een verslag van een MME of in een verslag in het kader van een gerechtelijke expertise vindt men steeds de volgende vaststellingen terug¹⁰² :

- “de ernst en de beschrijving van de opgelopen schade, alsook de oorzaak (bv complicatie)
- het bestaan van een voor het ongeval bestaande medische toestand of van een voorbeschiktheid
- de evolutie van de opgelopen schade ten gevolge van “het ongeval” of de door het “ongeval” verergerde vooraf bestaande toestand
- de beschrijving van de toegepaste behandeling”¹⁰³.

Indien men voldoet aan de criteria van onderhavige wet¹⁰⁴ en overeenkomstig het gemeen recht zal een volledig herstel van de schade noodzakelijk zijn. Derhalve dient de deskundige te adviseren over de hoegrootheid van alle lichamelijke en psychische schade, zodat de schade, meestal op basis van de indicatieve tabel (= aanbeveling opgesteld door vrede-en politierechters en magistraten van de rechtbank van eerste aanleg), kan worden begroot door de dossierbeheerder.

101. T. LYSENS en L. NAUDTS, “Tegensprekelijk minnelijk deskundigenonderzoek”, in X., Bestendig handboek deskundigenonderzoek, bijgewerkt tot 30.06.2010, II.3 – 1, p. 47.

102. J. BOGAERT, Het praktisch beheer van een dossier met letselschade, reeks “Advocaten praktijk – Burgerlijk recht”, nr. 31, Mechelen, Kluwer, 2008, p. 16.

103. Ibid.

104. Art. 4 en 5 van de wet medische ongevallen.

In de gemeenrechtelijke context en in het kader van de wet medische ongevallen is het belangrijk stil te staan bij de begrippen invaliditeit en arbeidsongeschiktheid. Het begrip “invaliditeit” wordt tegenwoordig vervangen door het concept “persoonlijke ongeschiktheid” en betekent in deze context een aantasting van de fysische en psychische integriteit, ongeacht de weerslag ervan op de lucratieve activiteiten van het slachtoffer.

Bij de begroting van de persoonlijke ongeschiktheid wordt geregeld verwezen naar de invaliditeitsschalen, waarvan de OBSI¹⁰⁵ nog steeds de meest gebruikte is. In geval van het FMO heeft de wetgever de keuze gelaten tussen de bestaande schalen, dan wel om op basis van de opgebouwde ervaring gaandeweg een eigen schaal te ontwikkelen¹⁰⁶. Binnen het FMO is er momenteel overeengekomen *“om voor elk individueel geval de meest geschikte schaal te gebruiken. Alle schalen mogen gebruikt worden mits een passende motivatie en een consistente toepassing voor vergelijkbare categorieën van schadegevallen. Het Fonds kan eventueel, op basis van ervaring, in de toekomst een eigen referentiekader ontwikkelen”*.

De “arbeidsongeschiktheid” of heden in de indicatieve tabel benoemd als “economische ongeschiktheid” onderstelt een vooruitzicht op de economische weerslag van de persoonlijke ongeschiktheid, op de mogelijkheid tot het verrichten van economisch waardeerbare arbeid van het slachtoffer, rekening houdend met zijn kwalificaties en zijn economisch en sociaal milieu. De economische weerslag verwijst niet alleen naar betaalde arbeid, doch ook naar arbeid die onbezoldigd verricht wordt, zoals huishoudelijke arbeid. Voormeld concept wordt heden in de indicatieve tabel aangeduid als “huishoudelijke ongeschiktheid”.

In het verslag wordt dit meestal als volgt uitgedrukt:

- “de perioden en graden van tijdelijke ongeschiktheid te bepalen
- de consolidatiedatum te bepalen
- de graad van bestendige ongeschiktheid te bepalen”¹⁰⁷.

Mogelijks daaraan toegevoegd :

- “de invloed van de letsels gedurende de tijdelijke en blijvende werkongeschiktheid of blijvende persoonlijke ongeschiktheid op de huishoudelijke en sociale activiteiten
- de esthetische schade te omschrijven
- en eventueel “alle verdere inlichtingen ter zake verstrekken”¹⁰⁸.

Als consolidatiedatum wordt verstaan : “het ogenblik waarop geen verdere behandeling noodzakelijk meer is of waarop geen verdere evolutie van de letsels meer te voorzien is”.

Voor de begroting van de schade is het noodzakelijk om eerst te bespreken welke concrete anatomische of functionele beperkingen veroorzaakt werden alvorens deze met een percentage te omschrijven. Naast de begroting van een handicap moet bij de consolidatie nog met een aantal andere factoren rekening gehouden worden, namelijk¹⁰⁹ :

- “de onkosten voor een blijvende regelmatige of intermitterende onderhoudsbehandeling die noodzakelijk is om verwickelingen te voorkomen en de functionele toestand te bewaren. Bijvoorbeeld medicatie, wondverzorging, kinesitherapie en dokterstoezicht
- de noodzaak voor prothesen of orthesen waarbij rekening moet gehouden worden met de kostprijs, onderhoudskosten en periodiciteit van hernieuwing
- voorzieningen om grotere onafhankelijkheid te bekomen of betere familiale of sociale reïntegratie mogelijk te maken bijvoorbeeld aanpassingen aan de woning

105. I.e. De officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit.

106. Parl. St., Kamer, 2009-2010, 2240/001, p. 38.

107. J. DE VOS, No fault & aansprakelijkheid, Damme, Euro books 2009, p. 156.

108. Ibid.

109. Ibid, p. 157.

- de omschrijving van de esthetische schade, waarbij naargelang de ernst gebruik gemaakt wordt van een indeling in zeven graden (bijvoorbeeld grootte en uitzicht van littekens, hinkende gang of noodzakelijk gebruik van krukken)
- de morele schade dient eveneens in zeven graden omschreven te worden. Bijvoorbeeld de weerslag van zintuiglijk verlies waardoor geen schilderijen meer kunnen bewonderd worden, onmogelijkheid verder hobby's uit te oefenen
- het pretium doloris¹¹⁰ dat ook af en toe blijvend kan zijn
- de hoegrootheid van de noodzaak van hulp door derden die moet beschreven worden en eventueel uitgedrukt worden in een aantal uren per dag¹¹¹.

Betreffende de gerechtelijke expertise kent men het algemeen beginsel van de vrije beoordeling van de rechter. Dit betekent dat de rechter vrij blijft in de beoordeling van de hangende betwisting, ook na het deskundig onderzoek. Het verslag is slechts een element van informatie dat de rechter kan helpen om zijn innerlijke overtuiging te vormen¹¹². Mijns inziens kan voornoemd beginsel *mutatis mutandis* toegepast worden op het FMO. Het komt er op neer dat het FMO de waarde van het deskundigenverslag op onaantastbare wijze beoordeelt en dat er aan het deskundigenverslag geen interpretatie wordt gegeven die onverenigbaar is met de zin en de draagwijdte ervan.

c. Het neerleggen van het deskundigenverslag – sancties

Een oude en een altijd wederkerende klacht betreft de traagheid waarmee het deskundigenonderzoek wordt afgehandeld. Het dient gezegd dat bij gerechtelijke expertises een laattijdige neerlegging van het verslag geen oorzaak tot nietigheid is van het verslag. Tenzij door de traagheid de kwaliteit van een deskundigenverslag wordt aangetast, komt een laattijdig aan de rechter overgemaakt verslag in aanmerking als bewijselement, bijgevolg kan gesteld worden dat de termijn die door de opdrachtgever wordt opgelegd, slechts de waarde van een aanbeveling heeft¹¹³.

Bovendien dient ook benadrukt te worden dat het van groot belang is dat bij ernstige lichamelijke letsels zo spoedig mogelijk kan worden overgegaan tot contradictoire vaststellingen en opvolging van de letsels om de mogelijke bewijsproblematiek inzake de schade te vermijden¹¹⁴.

Betreffende de sancties is weliswaar het een en ander geregeld in de wet, zoals in het kader van strafzaken. Overeenkomstig artikel 2 van het Koninklijk besluit van 28 december 1950 houdende het algemeen reglement op de gerechtskosten in strafzaken zou bij ieder onverantwoord uitstel bij de uitvoering van de opdracht of de neerlegging van het verslag een vermindering van de honoraria mogelijk zijn. Ook luidens de wet van 1 juni 1949 op de herziening van het tarief in strafzaken, artikel 10, worden de geneesheren, heelmeeesters, gezondheidsofficieren, dierenartsen en deskundigen die zullen hebben geweigerd of nagelaten de bezoeken af te leggen of de dienst of de werkzaamheden te verrichten, waartoe zij wettelijk werden gevorderd, gestraft worden met een geldboete. Verder belet niets de magistraat om de deskundige te vervangen en de opdracht aan een ander toe te vertrouwen indien de deskundige te lang wacht om zijn opdracht uit te voeren en zijn deskundigenverslag neer te leggen¹¹⁵.

Alhoewel een minnelijke procedure als soepeler wordt aanzien, vreest men ook binnen het FMO voor een trage afwikkeling van de procedure met de nodige problemen als gevolg, meer bepaald inzake de door de wet opgelegde termijn van zes maanden voor het uitbrengen van het advies aan de aanvrager van een schadeloosstelling. Deze termijn wordt namelijk niet geschorst omwille van een onderzoeksdaad zoals een expertise.

110. i.e. de bijzondere morele schade door fysieke pijnen (bv wegens brandwonden)

111. J. DE VOS, No fault & aansprakelijkheid, Damme, Euro books 2009, p. 157-158.

112. A. CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17, 2010, p. 88.

113. A. CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17, 2010, p. 87.

114. P. MEESEN, "Minnelijke of gerechtelijke expertise bij lichamelijke schade, een moeilijke keuze", RW 1997-1998 p. 941.

115. A. CHRISTIAENS, "Het deskundigenverslag-bewijswaarde-Honoraria", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek VII 4-1 – VII 4-17, 2010, p. 87-88.

Het FMO zit bovendien “gewrongen” tussen twee belangrijke doelstellingen. Enerzijds dient de expertise tegensprekelijk te verlopen en anderzijds is het noodzakelijk om een kwalitatief hoogstaand en tijdig afgeleverd verslag in te dienen, gelet op de termijnen zoals hierboven reeds vermeld. Concreet vormt het verslag namelijk de basis voor zowel het uiteindelijke advies aan de aanvrager, als voor de begroting van de schadevergoeding indien van toepassing. Voor wat betreft de handhaving van de termijnen kunnen wij echter geen gebruik maken van hogervermelde wetgeving om sancties op te leggen, bovendien heeft de rechter een ander “gezag” dan het FMO, dus zal er een gestandaardiseerde procedure (= “dwingende leidraad” van uit de optiek “gezag”) moeten worden opgesteld. Het FMO kan namelijk maatregelen vastleggen in de overeenkomst met de deskundige en de beschrijving van de opdracht. De tegensprekelijkheid mag echter niet in het gedrang komen, de deskundige moet hoe dan ook de rechten van de verdediging eerbiedigen.

Zoals eerder reeds vermeld wordt er dan ook verwacht van de deskundige om een duidelijke en haalbare kalender, voor elke betrokken partij in de expertise, op te stellen. Wanneer de expert ervan afwijkt dient deze zijn motieven kenbaar te maken. Mijs inziens belet niets het FMO om een andere deskundige aan te wijzen of om de deskundige die zijn werk niet te goeder trouw uitvoert te schrappen van de lijst van de te consulteren experts en niet meer aan te duiden voor een volgende opdracht.

Tenslotte kan de deskundige ook te maken krijgen met “onwillige partijen”. Echter, wanneer de kalender in overleg met de partijen is vastgesteld lijkt het ons logisch dat de zittingen steeds plaatsvinden op de datum zoals voorzien en dat dientengevolge de tegensprekelijkheid overeind blijft, temeer er steeds schriftelijke opmerkingen kunnen worden geformuleerd op de verslagen. De vraag is weliswaar of de rechter de redenering van het FMO zal volgen mocht de procedure in een later stadium voor de rechtbank worden aangevochten.

• De kosten van het deskundigenonderzoek

Normaliter zal de opdrachtgever bij een buitengerechtelijk deskundigenonderzoek de kosten van het deskundigenonderzoek vergoeden, tenzij anders bepaald in de overeenkomst. Wanneer de aansprakelijkheid duidelijk bij één van de partijen ligt, kunnen partijen zonder meer de expertisekosten van de respectievelijke adviserende geneesheren ten laste van de schadeveroorzaker leggen. In het kader van een gerechtelijke procedure is het niet ondenkbaar dat de kosten van het onderzoek ten laste worden gelegd van de in het ongelijk gestelde partij¹¹⁶, ook indien er een eenzijdig onderzoek heeft plaatsgevonden.

De hoge kostprijs vormt dikwijls het pijnpunt van het deskundigenonderzoek¹¹⁷.

In het kader van de wet medische ongevallen was het de bedoeling van de wetgever om de toegang tot de procedure bij het FMO zo laagdrempelig mogelijk te houden. Daarom is de procedure inclusief het deskundigenonderzoek gratis voor de aanvrager¹¹⁸.

Men zou kunnen stellen dat het FMO door deze kosteloosheid wordt overstelpt door aanvragen, zij dient echter niet systematisch een deskundigenonderzoek te organiseren. De aanvraag moet eerst ontvankelijk worden verklaard.

In beginsel draagt het FMO aldus de expertisekosten, tenzij de aansprakelijkheid van de zorgverlener vaststaat. Die aansprakelijkheid staat vast wanneer zij erkend wordt door de zorgverlener of zijn verzekeraar of wanneer zij vastgesteld is bij een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak. In dit geval zijn de kosten ten laste van de aansprakelijke zorgverlener en/of zijn verzekeraar¹¹⁹.

116. Cass. 28.02.2002, NJW, 2002-2003, noot S. MOSSELMANS.

117. T. LYSSENS, L. NAUDTS, “[Gerechtelijk deskundigenonderzoek]. Kosten en ereloon” in X., Bestendig Handboek Deskundigenonderzoek, III.5-1 - III.5-31, 2010, p. 41.

118. T. VANSWEEVELT, De no-fault wet inzake medische ongevallen, Leuven, Indicator, 2010, p. 75; art. 20, lid 1 wet medische ongevallen.

119. Art. 20, lid 2 wet medische ongevallen.

Het FMO zal de experten selecteren, aanwijzen en vergoeden volgens een (vooraf vastgesteld) uurloon en deze kosten zullen een aanzienlijk deel van het budget uitmaken. In Frankrijk wordt het budget in de hand gehouden door voor elke expertise een forfaitair bedrag van 700 EUR te betalen. Ofschoon dit in het begin aanleiding gaf tot protest, zouden er nu toch voldoende experten zijn die tegen dit tarief willen werken¹²⁰.

Hoofdstuk VI. Rol van de deskundige als “Verzoener”, in gerechtelijke en buitengerechtelijke sfeer

Zoals in de inleiding reeds vermeld wil ik toelichten of er zich mogelijkheden aandienen om tot een consensus te komen tussen de betrokken partijen op aangeven van de desbetreffende deskundige en hoe zijn cruciale rol zich verhoudt in het licht van een gerechtelijk deskundigenonderzoek.

Overeenkomstig artikel 977 Ger. W moet de deskundige de partijen trachten te verzoenen. Het betreft een belangrijke opdracht die volgt uit de wet. Het behoort immers altijd tot de taak van de deskundige, zelfs indien het niet is opgenomen in zijn opdracht. Meestal neemt de deskundige deze opdracht ernstig en zal hij dit al in de beginfase van zijn onderzoek kunnen doen op basis van zijn eerste vaststellingen. Het komt in het merendeel van de gevallen voor dat de deskundige de meegeleverde stukken eerst aan een onderzoek moet onderwerpen en nadere vaststellingen dient te doen alvorens een voorstel tot minnelijke schikking te formuleren. Volgens bepaalde rechtsleer staat het vast dat de bepaling van artikel 977 van het Ger. W. geen dode letter is en dat de deskundigen vaak een verzoening bereiken¹²¹. Meestal gaat het louter om een akkoord tot minnelijke regeling. Een niet onbelangrijk gevolg hiervan is minder langdurige procedures en een minimum aan kosten.

De rol van de deskundige als verzoener is echter meer omvattend en komt ook in buitengerechtelijke procedures aan bod¹²².

In het kader van een eenzijdig onderzoek is de verzoenende rol van de deskundige beperkt gelet op het feit hij slechts één partij kent, maar kan het verslag aanleiding geven om de zaak minnelijk te regelen of om af te zien van een gerechtelijke procedure. Bijgevolg kan een eenzijdig deskundigenonderzoek bijdragen tot verzoening tussen partijen¹²³.

De verzoeningstaak van de deskundige lijkt bij een MME eveneens op het eerste zicht beperkt. Het is echter van belang te weten dat als partijen willen dat de tussenkomst van de deskundige leidt tot een globaal akkoord met wederzijdse verplichtingen, er voldoende aandacht moet worden besteed aan de inhoud van de overeenkomst. Een degelijke overeenkomst bespaart de partijen geld en tijd.

De vraag dringt zich weliswaar op of in alle materies een poging tot verzoening van in den beginne wenselijk is. Het moet in ieder geval worden genuanceerd. De partijen trachten te verzoenen zoals bij de gerechtelijke procedure op basis van de eerste vaststellingen, vooraleer er een grondig onderzoek wordt verricht is mijns inziens delicaat en niet wenselijk in het kader van de wet medische ongevallen. Het FMO zou zijn geloofwaardigheid verliezen. Tijdens de procedure kunnen de betrokken partijen eventueel tot bepaalde inzichten komen, waarbij de deskundige een belangrijke rol kan spelen door met kennis van zaken een oordeel te vormen en zijn verslag neutraal en evenwichtig op te stellen. Bijgevolg kan er een indirecte “verzoening” worden bereikt.

120 T. VANSWEEVELT, *De no-fault wet inzake medische ongevallen*, Leuven, Indicator, 2010, p. 76.

121 T. LYSSENS, L. NAUDTS, “Verloop van het deskundigenonderzoek”, in X., *Bestendig handboek deskundigenonderzoek*, III. 3 – 1 – III.3-24, 2010, p. 150.

122 T. LYSSENS, L. NAUDTS, “deskundige. Verzoener, bemiddelaar of arbiter”, NJW 2010 222, p. 338.

123. *Ibid* p. 340.

Het is best mogelijk dat tijdens de procedure wordt overwogen om deze tijdelijk te schorsen en over te gaan tot een bemiddeling die eveneens in voornoemde wet wordt voorzien, maar enkel indien één van de betrokkenen hierom verzoekt. Overeenkomstig artikel 8, § 1, 5^o van voornoemde wet dient het FMO namelijk een bemiddeling te organiseren overeenkomstig de artikelen 1724 tot 1733 van het Gerechtelijk wetboek, op verzoek van de patiënt of zijn rechthebbenden, van een zorgverlener of zijn verzekeraar. Het Fonds kan in voorkomend geval partij zijn aan de bemiddeling, alhoewel dit laatste niet aangewezen is, aangezien het fonds zijn neutrale houding niet mag verliezen. Het fonds dient de procedure weliswaar in goede banen te leiden.

Het moet echter duidelijk zijn dat de minnelijke procedure en de bemiddeling twee verschillende begrippen en procedures betreffen met een eigen aanpak. Bemiddeling tussen partijen die vaak lijnrecht tegenover elkaar staan vergt immers de nodige capaciteit en creativiteit.

Hoofdstuk VII. Expertise en beroepsgeheim

Op grond van artikel 458 van het Strafwetboek zijn een aantal personen, die uit hoofde van hun staat of beroep kennis krijgen van bepaalde gegevens, gebonden door het beroepsgeheim. Met een deskundigenonderzoek dat gebaseerd is op gegevens, die met schending van het beroepsgeheim zijn bekomen, mag geen rekening gehouden worden¹²⁴.

Het beroepsgeheim is absoluut en van openbare orde, ook al werd het absoluut karakter afgezwakt in twee cassatiearresten tot een functionele bescherming van de patiënt in wiens belang het werd ingesteld¹²⁵.

Het probleem van het beroepsgeheim rijst vooral in de medische sector. De beroepsbeoefenaar dient volstrekte geheimhouding te bewaren van feiten en omstandigheden, die hem uitdrukkelijk of stilzwijgend werden toevertrouwd. Een arts die handelt in opdracht van een derde mag de resultaten van zijn onderzoek echter medelen aan zijn opdrachtgever omdat hij geen behandelend geneesheer is. Het is namelijk zijn taak onderzoeken en verrichten en de resultaten ervan aan hun opdrachtgever mede te delen. Opgelet, hij is enkel binnen de perken van zijn opdracht ontheven. Er geldt weliswaar een geheimhoudingsplicht. Verder is de deskundige er evenzeer (en misschien nog meer) toe gehouden het beroepsgeheim te respecteren ten aanzien van derden, die met de expertise niets te maken hebben.

De schending van het beroepsgeheim kan aldus zijn aansprakelijkheid in het gedrang brengen, door bijvoorbeeld vertrouwelijke informatie aan derden bekend te maken. Ook indien hij gegevens meedeelt, die hij bekomen heeft van een derde, die daardoor zijn beroepsgeheim schendt begaat hij een fout¹²⁶.

Het is een essentiële regel van deontologie voor zowel de geneesheer-deskundige als de adviserende geneesheer dat zij hun hoedanigheid dienen kenbaar te maken¹²⁷, ook indien het gaat om eenzijdige vaststellingen. Deze verplichting geldt niet enkel ten overstaan van het slachtoffer/patiënt, doch ook ten aanzien van collegae die de patiënt in behandeling hebben en de ziekenhuisdirectie¹²⁸.

124. Brussel, 11.03.1969, Pass. 1969, II, 132.

125. Cass. 30.10.1978, Arr. Cass. 1978-1979, 235; Cass. 09.02.1988, Arr. Cass. 1987-1988, 720.

126. Brussel, 11.03.1969, Pass. 1969, II, 132.

127. J. DE VOS, De medische expertise, Damme, Euro books (losbladig), 2002, p. 41.

128. Advies van de Nationale raad van 01.01. 1985.

Hoofdstuk VIII. Aansprakelijkheid van de deskundige

Een deskundige dient zijn opdracht volgens de regels van de kunst uit te voeren. Een ernstige vergissing kan een belangrijke schade veroorzaken voor de partijen. Desgevallend zal de mogelijke aansprakelijkheid onderzocht worden en dient er in de eerste plaats te worden nagegaan welke de relatie is tussen de deskundige en de partijen¹²⁹.

Bij een gerechtelijk deskundigenonderzoek zal er in ieder geval sprake zijn van een buitencontractuele aansprakelijkheid aangezien er geen overeenkomst is. Daarentegen zal het bij de buitengerechtelijke expertise meestal gaan om een contractuele aansprakelijkheid. In geval van het FMO zal er enkel een overeenkomst bestaan tussen het FMO en de deskundige. Bijgevolg kunnen de andere betrokken partijen de deskundige enkel buitencontractueel aanspreken.

In ieder geval dient de partij die de vordering instelt de fout (i.e. miskennis van een verplichting of een verbintenis), de schade en het oorzakelijk verband in de zin van artikel 1382 BW te bewijzen. Ongeacht de bron van de verbintenis is er voorafgaandelijk een ingebrekestelling noodzakelijk. Zo krijgt de schuldenaar (*in casu* de deskundige) een laatste kans om zijn verantwoordelijkheid op te nemen¹³⁰.

Bij een inbreuk op een rechtsregel of een algemene zorgvuldigheidsnorm is er dus sprake van een buitencontractuele aansprakelijkheid. De toetssteen is de handelswijze van iedere beroepsbeoefenaar van zijn specialiteit in dezelfde omstandigheden¹³¹. Opgelet, wanneer een deskundige gebonden is aan een deontologische code, houdt een inbreuk op deze code automatisch een fout in¹³². Verder wordt algemeen aanvaard dat de lichtste fout volstaat¹³³.

Overeenkomstig de rechtspraak kan de deskundige weliswaar niet aansprakelijk worden gesteld voor de inhoud van zijn verslag. Dit is het gevolg van het feit dat de partijen steeds de mogelijkheid hebben om opmerkingen te formuleren in dit verband. Wat niet wil zeggen dat de inhoud niet kan worden bestreden voor de rechter. Verder kan niet iedere vergissing van de deskundige als een fout worden beschouwd¹³⁴. Zo zal een technische of een wetenschappelijke vergissing niet als een fout worden beschouwd, indien iedere deskundige, die voorzichtig en diligent handelt dezelfde fout zou kunnen maken¹³⁵.

Wat wordt volgens de rechtspraak wel als een fout aanzien : inbreuken op de fundamentele regels van onafhankelijkheid, objectiviteit en onpartijdigheid; het niet-uitvoeren van de opdracht nadat ze werd aanvaard; het niet nakomen van fundamentele wettelijke of contractuele verplichtingen van hun tussenkomst zoals de motiveringsplicht¹³⁶; een ernstige niet-gerechvaardigde vertraging; het niet-eerbiedigen van de opdracht¹³⁷; tekortkomingen aan de regels van de kunst en fouten begaan in de uitvoering van de opdracht; het nemen van onvoldoende voorzorgsmaatregelen tot het bewaren of doen bewaren van bewijsmateriaal enz.¹³⁸.

Daarom valt er te besluiten dat het raadzaam is om als deskundige steeds een beroepsaansprakelijkheidsverzekering af te sluiten.

129. L. NAUDTS, T. LYSENS, "Aansprakelijkheid van de deskundigen", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek, 01.03.2008, afl. 8, p. 236.

130. *Ibid.*, p. 238.

131. Luik, 01.12.1964, JT 1965, 313.

132. L. NAUDTS, T. LYSENS, "Aansprakelijkheid van de deskundigen", in X, Bestendig handboek deskundigenonderzoek, 01.03.2008, afl. 8, p. 239.

133. *Ibid.*; Antwerpen, Hof van beroep (2e k.) nr. 2005/AR/727, 07.06.2006, p. 12.

134. J. TRICOT, "De aansprakelijkheid van de arts-deskundigen", Con.M. 2010, afl. 2, p. 57.

135. *Ibid.* p. 241.

136. J. SCHRIJVERS, "De minnelijke medische expertise", Verkeersrecht 1992, noot, p. 32.

137. Antwerpen, Hof van beroep (2e k.) nr. 2005/AR/727, 07.06.2006, p. 12.

138. *Ibid.*

Hoofdstuk IX. Besluit

Eén van de belangrijkste doelstellingen van de wet medische ongevallen is het vermijden van moeizame gerechtelijke procedures. In die context is het om procedurele en economische redenen van groot belang dat getracht wordt het geschil in een vroege fase minnelijk op te lossen. Daarin kan de deskundige een belangrijke rol spelen door met kennis van zaken, zo mogelijk *prima facie*, een beoordeling te doen en aan de hand hiervan middels een evenwichtig voorstel naar een minnelijke regeling te loodszen. Het FMO heeft hierbij de moeilijke taak om alles in goede banen te leiden en de termijnen nauwgezet op te volgen.

Bemiddelen tussen partijen die vaak lijnrecht tegenover elkaar staan vergt de nodige capaciteit en creativiteit. Vandaar ook dat onderhavige wet de mogelijkheid openlaat om via een aparte bemiddelingsprocedure en los van de tegensprekelijke expertise het geschil eveneens minnelijk op te lossen. Dit kan plaatsvinden in ieder stadium van de procedure voor het FMO, ook wanneer er reeds een expertise aan de gang is, weliswaar op aanvraag van een van de partijen. Gelet op de mogelijkheid voor het Fonds om beroep te doen op erkende bemiddelaars, is een poging om de partijen te verzoenen door de deskundige in het begin van de expertise mijns inziens niet aangewezen, bovendien kan de expertise duidelijkheid scheppen en de partijen gaandeweg tot inzichten brengen zodat elkeen tevreden is met het uiteindelijke voorstel. Als de deskundige dit naar de partijen kan overbrengen in de vorm van een objectief en evenwichtig verslag is zijn missie mijns inziens geslaagd.

Uit de vergelijkende studie valt te besluiten dat een tegensprekelijke expertise voor het FMO het meest overeenstemt met deze van een gerechtelijke procedure. De procedure verloopt grotendeels naar analogie met het Gerechtelijk Wetboek. Bovendien bevindt het FMO zich in dezelfde situatie als de rechter. Het Fonds heeft weliswaar niet hetzelfde “gezag” als de rechter.

Tenslotte zijn er nog een aantal onderwerpen waar nog geen eenduidigheid over bestaat. Welke rol kan de deskundige nog spelen bij een MME, indien er reeds een eenzijdig advies werd gevraagd? Partijen die wensen gehoord te worden : *quid*? Welke houding dient het FMO aan te nemen van zodra de expertise zijn aanvang neemt? Indien het FMO na de aanvang als partij wordt beschouwd, wat met de onafhankelijkheid van de deskundige? Wat als in het verloop van de expertise blijkt dat “nieuwe” zorgverleners mogelijks (mede-) aansprakelijk of betrokken zijn? Hoe zal het FMO omgaan met herhaalde wrakingen tijdens één en dezelfde expertise? Wat als de betrokken partijen zich niet houden aan de vastgestelde kalender en de zittingen toch plaatsvinden (zoals vooropgesteld door de raad van bestuur), zal het tegensprekelijk karakter dan overeind blijven en zal de rechter in deze laatste context de redenering van het FMO volgen mocht de procedure in een later stadium voor de rechtbank worden aangevochten?

De praktijk zal hieromtrent wellicht klaarheid scheppen.

2^e Deel

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



3^{de} trimester 2012

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Begroting van de financiële middelen

Het Koninklijk besluit van 12 september 2012 legt het globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten vast.¹ Voor het jaar 2012 komt dit neer op 4.032,551 miljoen EUR.

2. Fonds medische ongevallen

Het bedrag bestemd voor de financiering van het Fonds voor medische ongevallen voor de jaren 2010 en 2011 dat ten laste valt van de administratiekosten van het RIZIV wordt vastgesteld op 1.300.000 EUR.² De eerdere financiering voor 2010 werd opgeheven omdat de wettelijke bepalingen van het fonds op 1 september 2012 in werking zijn getreden.³

3. Sociale akkoorden

a. Sociaal akkoord 2000

Op 1 maart en 28 november 2000 werden voor de private en publieke sector sociale akkoorden gesloten die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren.

Het bedrag ter financiering van de fondsen die de vergoedingen voorzien voor de werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, wordt voor het jaar 2012 vastgesteld op 53.258.385 EUR. Hiervan gaat 52.171.730 EUR naar de private sector en 1.086.655 EUR naar de publieke sector.⁴

1. K.B. van 12.09.2012 tot vaststelling van het globaal budget in 2012 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, B.S. van 14.09.2012 (Ed. 2), blz. 57722.
2. K.B. van 20.07.2012 tot vaststelling van, voor het jaar 2011, het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen in 2010 en 2011, B.S. van 12.09.2012, blz. 57125.
3. K.B. van 25.08.2012 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en van de wet van 02.06.2010 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek in het kader van de wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, B.S. van 29.08.2012, blz. 53230.
4. K.B. van 20.07.2012 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 2012, B.S. van 07.08.2012, blz. 46205.

b. Sociaal akkoord 2005

Op 26 april en 18 juli 2005 werden voor de private en publieke sector sociale bijkomende akkoorden gesloten.

Voor het jaar 2012 zijn er bijkomende vergoedingen vastgesteld voor de werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis. In totaal gaat het om 13.277.712 EUR waarvan 13.000.000 EUR is bestemd voor de private sector en 277.712 EUR voor de publieke sector.⁵

Daarnaast zijn er ook maatregelen voorzien voor de overdracht van kennis en ervaring van oudere werknemers aan jongeren met minder basisopleiding en werd een maatregel voorzien van bijkomend verlof voor personeelsleden die niet genieten van de voordelen inzake eindeloopbaan. Voor het jaar 2012 gaat het om een bedrag van 17.831.154 EUR.⁶ Dit wordt als volgt opgesplitst:

- maatregel peterschap : 7.719.114 EUR, waarvan 2.894.668 EUR voor de publieke sector en 4.824.446 EUR voor de private sector
- maatregel bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die niet genieten van de maatregelen in het kader van de eindeloopbaan : 10.112.040 EUR, waarvan 3.859.557 EUR voor de publieke sector en 6.252.483 EUR voor de private sector.

c. Sociaal akkoord 2010

Op 4 maart 2010 is er een akkoord gesloten betreffende het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in een beperkt aantal sectoren.

De bijkomende vergoeding van de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van respectievelijk de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra, wordt voor het jaar 2012 vastgesteld op 713.071 EUR en op 69.606 EUR, zijnde in totaal 782.677 EUR. Daarvan gaat 761.238 EUR naar de private sector en 21.349 EUR naar de publieke sector.⁷

d. Mini sociaal akkoord 2011

Op 4 februari en 21 februari 2011 werd een “mini sociaal akkoord” gesloten over de tewerkstelling, ongemakkelijke prestaties, tweede pensioenpijler, vakbondspremie en statutarisering van de publieke sector.

5. K.B. van 20.07.2012 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 2012, B.S. van 07.08.2012, blz. 46206.

6. K.B. van 13.07.2012 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 2012, B.S. van 25.07.2012.

7. K.B. van 20.07.2012 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 2012, B.S. van 07.08.2012, blz. 46204.

De bijkomende vergoeding voor de creatie van tewerkstelling en voor de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, de wijkgezondheidscentra en de openbare psychiatrische verzorgingstehuizen wordt voor het jaar 2012 vastgesteld op 7.020.256 EUR. Hiervan is 6.496.749 EUR bestemd voor de private sector en 523.507 EUR voor de publieke sector.⁸

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling kan steeds worden toegepast voor de tegemoetkoming in de kosten van volgende verstrekkingen:⁹

- Vanaf 1 december 2011 voor de klinisch gevalideerde bloeddrukmeters afgeleverd door een erkende leverancier. Omdat de terugbetaling van bloeddrukmeters thans deel uitmaakt van de reglementering diagnostische hulpmiddelen en niet meer van de revalidatienomenclatuur moest de derdebetalersregeling overeenkomstig worden aangepast
- Vanaf 1 oktober 2012 voor de diëtetiek- en podologieverstrekingen.

b. Zelfstandigen¹⁰

GEPENSIONEERDEN

Vanaf 1 januari 2010 wordt geen verschil meer gemaakt, wat betreft de vaststelling van de hoedanigheid van gerechtigde binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen de gepensioneerde zelfstandigen die hun activiteit hebben stopgezet en de gepensioneerde zelfstandigen die hun activiteit verderzetten. Er zal slechts één attest afgeleverd worden door het RSVZ voor alle gepensioneerde zelfstandigen, of ze al dan niet hun activiteit verderzetten.

FAMILIEPLAN

Zelfstandigen die hun beroepsactiviteit onderbreken om te zorgen voor hun kind getroffen door een ernstige aandoening of om palliatieve zorgen te geven aan hun kind of partner, zijn geen enkele bijdrage meer verschuldigd in het kader van het sociaal statuut van de zelfstandigen. Ze krijgen met ingang van 1 januari 2010 voor deze periode een gelijkstelling voor de opbouw van hun pensioen. Deze periode wordt nu ook gelijkgesteld in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit betekent dat de periodes van onderbreking van de beroepsactiviteit geacht worden gedekt te zijn door voldoende bijdragen voor hun recht op geneeskundige verzorging.

8. K.B. van 20.07.2012 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties en de creatie van bijkomende tewerkstelling, voorzien in het akkoord van 04.02.2011 en 25.02.2011 dat werd 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 2012, B.S. van 07.08.2012, blz. 46203.

9. K.B. van 03.09.2012 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, 9^{de} lid, van de wet G.V.U., B.S. van 14.09.2012, blz. 57493.

10. K.B. van 06.09.2012 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., B.S. van 14.09.2012, blz. 57494.

2. Zorgverleners

a. Communicatie met de zorgverleners

Vanaf 1 september 2012 worden (informatieve) omzendbrieven niet meer per post verstuurd naar de zorgverleners.¹¹ Dit levert niet alleen een besparing op maar past ook in het streven naar duurzame ontwikkeling door het RIZIV. De zorgverleners kunnen nog steeds de omzendbrieven raadplegen op de website van het RIZIV.

b. Artsen

ZORGTRAJECTEN

Het Koninklijk besluit van 21 januari 2009 over de zorgtrajecten wijzigt. Deze wijzigingen treden in werking op 1 juni 2009 (met terugwerkende kracht) zodanig dat het voordeel van de zorgtrajecten gedurende 4 jaar behouden blijft, ook al valt de patiënt onder de uitsluitingscriteria.¹²

De verzekeringsinstelling betaalt de forfaitaire honoraria voor het 3^{de} jaar zorgtraject aan de huisarts en de specialist en de periode waarover de rechthebbende geen aandeel verschuldigd is wordt verlengd tot het einde van het 3^{de} kalenderjaar na het begin van het zorgtraject, op voorwaarde dat in het 1^{ste} jaar 2 raadplegingen werden aangerekend door de huisartsen. Hetzelfde geldt voor het 4^{de} jaar zorgtraject op voorwaarde dat in het 2^{de} jaar 2 raadplegingen werden aangerekend door huisartsen en 1 raadpleging door de ondertekenende geneesheer-specialist.

Deze voorwaarden tot “twee raadplegingen door de huisarts en/of één door de geneesheer-specialist” wordt vervangen door “contacten”: dit is een raadpleging of bezoek door de huisarts, raadpleging door de geneesheer-specialist of tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse of in een centrum voor collectieve autodialyse.

c. Tandheekundigen

Representatieve beroepsorganisaties van tandheekundigen krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun werking.¹³

De tegemoetkoming geldt voor de representatieve beroepsorganisaties of een groep van beroepsorganisaties zoals gedefinieerd voor de tandheekkundige verkiezingen. Ze bedraagt enerzijds een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie en anderzijds een aanvullend bedrag per geldig uitgebrachte stem. Het gaat om:

- 10.325 EUR per organisatie
- 61,16 EUR per uitgebrachte stem.

De betaling gebeurt in 2 schijven.

11. Verordening van 25.06.2012 tot wijziging van de Verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet G.V.U., B.S. van 09.07.2012, p. 37133.

12. K.B. van 05.07.2012 tot wijziging van het K.B. van 21.01.2009 tot uitvoering van art. 36 van de wet G.V.U., wat betreft de zorgtrajecten, B.S. van 18.07.2012, p. 39208.

13. K.B. van 03.08.2012 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de tandheekkundigen, B.S. van 30.08.2012 (Ed. 2), blz. 53374.

d. Bandagisten

De representatieve beroepsorganisaties van bandagisten krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun werking. Met ingang van 1 oktober 2012 legt een Koninklijk besluit de voorwaarden en modaliteiten hieromtrent vast:¹⁴

- Enerzijds krijgt elke organisatie recht op een basisbedrag van 80.000 EUR
- Dit wordt aangevuld met een bedrag afhankelijk van het aantal leden van de organisatie en van het percentage geconventioneerde bandagisten (25 EUR × aantal leden × percentage geconventioneerde zorgverleners).

De betaling gebeurt in 2 schijven.

e. Orthopedisten

De representatieve beroepsorganisaties van orthopedisten krijgen een financiële tegemoetkoming voor hun werking. Met ingang van 1 oktober 2012 legt een Koninklijk besluit de voorwaarden en modaliteiten hieromtrent vast:¹⁵

- Enerzijds krijgt elke organisatie recht op een basisbedrag van 80.000 EUR
- Dit wordt aangevuld met een bedrag afhankelijk van het aantal leden van de organisatie en van het percentage geconventioneerde bandagisten (25 EUR × aantal leden × percentage geconventioneerde zorgverleners)

De betaling gebeurt in 2 schijven.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

BEROERTE

De nomenclatuur kent sinds 1 september 2012 de multidisciplinaire beroertezorg.¹⁶

De doelgroep zijn de patiënten met een recent cerebrovasculair accident (CVA-patiënten). Een juiste diagnose en snelle behandeling zijn van groot belang bij deze patiënten met een CVA die niet langer dan 2 weken geleden is opgetreden.

Ook het opstellen van een “zorgplan”, wat de verdere zorg voor de patiënt omvat en niet louter het behandelingsplan, en de multidisciplinaire context is hierbij onontbeerlijk.

14. K.B. van 04.09.2012 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de bandagisten, B.S. van 19.09.2012, blz. 58020.

15. K.B. van 04.09.2012 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de orthopedisten, B.S. van 19.09.2012, blz. 58018.

16. K.B. van 06.06.2012 tot wijziging van het art. 20, § 1, f)bis, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 03.07.2012, blz. 36370.

SPECIALE TECHNISCHE VERSTREKKINGEN

In artikel 20 van de nomenclatuur wijzigen vanaf 1 november 2012 de bepalingen omtrent neuro-psychiatrie, neurologie en psychiatrie.¹⁷:

- Herziening van de tegemoetkoming van de verstrekkingen met betrekking tot de geëvoeerde potentialen en geëvoeerde cognitieve potentialen
- Bepaalde courante neurologische verstrekkingen worden geherwaardeerd.

b. Bandagisten

Vanaf 1 november 2012 wijzigt de nomenclatuur voor de mobiliteitshulpmiddelen.¹⁸ De voornaamste aanpassingen zijn de volgende:

- Terugbetaling van de naspanbare zit- en rugbekleding voor rolstoelen
- De voorgevormde zit krijgt een nieuwe definitie. Kussens die onvoldoende garantie bieden voor de ondersteuning van de zithouding worden op die manier uitgesloten van verzekeringstegemoetkoming
- Toevoeging van de test van het mobiliteitshulpmiddel in geval van een forfaitaire tegemoetkoming voor de elektronische scooters voor gebruik binnens- en buitenshuis
- Toevoeging van specifieke indicaties voor de terugbetaling van de elektrische aanpassingen op een elektronische rolstoel voor gebruik binnenshuis
- Wijziging van de voorwaarden van de verzekeringstegemoetkoming voor de antidecubituszitkussens
- Uitbreiding van de voortijdige hernieuwing tot de antidecubituszitkussens
- Herwaardering van de vergoeding voor de actief rolstoelen en voor de actief rolstoelen voor kinderen
- Toevoeging van bijkomende aanpassingen voor de actief rolstoelen. Het onevenwicht tussen de vergoeding voor de aanpassingen voor volwassenen en die voor kinderen wordt op die manier meer in evenwicht gebracht
- Wijziging van de Y-waarden voor bepaalde forfaitaire tegemoetkomingen
- Het begrip “globale beoordeling van de functies” die in aanmerking worden genomen voor de beslissing of een verzekerde uiteindelijk voor het voorgestelde mobiliteitshulpmiddel in aanmerking komt wordt verduidelijkt.

c. Vroedvrouwen

Voor de verstrekking postnataal onderzoek van moeder en kind wordt verduidelijkt dat in uitzonderlijke gevallen deze verstrekking kan geattesteerd worden in de gevallen waarbij het kind afwezig is maar het postnataal toezicht en de verzorging van de moeder toch noodzakelijk is. Dit is het geval bijvoorbeeld bij overlijden van het kind, bij afstand van het kind of wanneer de baby in het ziekenhuis is opgenomen. De interpretatieregel gaat in vanaf 1 januari 2012.¹⁹

17. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van de artikelen 1, § 4*bis*, II, 20, § 1, f), f)*bis*, f)*ter*, en § 2, 25, § 2, 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 28.09.2012 (Ed. 3), p. 59884 en K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van art. 37*bis* van de wet GVU, B.S. van 28.09.2012 (Ed. 3), blz. 59880.

18. K.B. van 20.09.2012 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 27.09.2012 (Ed. 2), blz. 59545.

19. Interpretatieregel van 11.06.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 06.07.2012, blz. 37050.

d. Orthopedisten

Vanaf 1 oktober 2012 wijzigt artikel 29 van de nomenclatuur dat betrekking heeft op de orthopedisten.²⁰ De tekst sluit thans beter aan bij de praktijk: de benamingen van de zorgverleners zijn geactualiseerd.

e. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Het Koninklijk besluit van 20 juli 2012 voegt een nieuwe afdeling in de nomenclatuur van de orthopedie in. Het gaat om prothesen van de extremiteiten. De terugbetaling ervan valt vanaf 1 oktober 2012 onder artikel 35 in plaats van artikel 28 van de nomenclatuur.²¹

De omschrijving van de verstrekkingen betreffende de schouderprothesen wijzigt. Aan de hand van de diameter van het product is er een duidelijk onderscheid te maken tussen een oppervlakteimplantaat voor een gedeeltelijke vervanging van het gewrichtskraakbeen en een cefalische prothese. In eerste instantie herdefinieert een interpretatieregule met ingang van 1 juni 2009 de verstrekking.²²

NEUROCHIRURGIE

Vanaf 12 juli 2012 betaalt de verzekering voor geneeskundige verzorging de schedelbeenprothese op maat terug.²³ Voorheen werden de implantaten op maat voor cranioplastie terugbetaald door het Bijzonder Solidariteitsfonds

OTORINOLARYNGOLOGIE

De verstrekkingen in verband met de cochleair implantaten wijzigen vanaf 1 oktober 2012.²⁴

De bestaande verstrekkingen worden vervangen door nieuwe verstrekkingen waarbij de notie "kit" wordt ingevoerd. De minimum inhoud van de kit die geleverd moet worden bij het cochleair implantaat wordt beschreven. Bovendien worden de garantievoorwaarden aangepast:

- 10 jaar volledige garantie aan 100 % voor de te implanteren delen
- 3 jaar volledige garantie aan 100 % voor het belangrijkste deel van het niet te implanteren deel (processor en batterijhouder) voor rechthebbenden minder dan 8 jaar
- 5 jaar volledige garantie aan 100 % voor het belangrijkste deel van het niet te implanteren deel (processor en batterijhouder) voor rechthebbenden vanaf hun 8^{ste} verjaardag.

20. K.B. van 20.07.2012 tot wijziging van art. 29 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 27.08.2012, blz. 50894.

21. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van de art. 28 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 20.08.2012 (Ed. 2), blz. 48831.

22. Interpretatieregule van 23.09.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 14.08.2012 (Ed. 2), blz. 48197.

23. K.B. van 03.07.2012 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 09.07.2012, blz. 37132.

24. K.B. van 20.07.2012 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 14.08.2012 (Ed. 2), blz. 48082 en K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van het K.B. van 20.07.2012 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 28.09.2012 (Ed. 3), blz. 59881.

HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Sinds 1 november 2012 betaalt de verzekering voor geneeskundige verzorging de hartstimulator en de resynchronisatie-hartstimulator en zijn elektrode terug. Hiervoor zijn nieuwe verstrekkingen opgenomen in artikel 35 van de nomenclatuur onder het hoofdstuk “Heelkunde op de thorax en cardiologie”.²⁵

BLOEDVATENHEELKUNDE

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 685355-685366 breidt uit vanaf 1 november 2012: ook de toebehoren (dit zijn de voerdraden, de introductiehuls en het inflatiehulpmiddel) zijn inbegrepen.²⁶

GYNAECOLOGIE, PLASTISCHE EN RECONSTRUCTIEVE HEELKUNDE

Vanaf 1 oktober 2011 wijzigt de nomenclatuur van artikel 35*bis*. De weefsellijmen, de hemostatische producten en de anti-adhesieven worden voortaan terugbetaald.²⁷

f. Farmaceutische specialiteiten

ZUURSTOFTHERAPIE

De terugbetaling van de behandeling van acute hypoxemie met gasvormige zuurstof of een oxyconcentrator, de zogenaamde korte termijn zuurstofbehandeling, wijzigt op 1 oktober 2012.²⁸ De wijziging laat toe de terugbetaling nauwer aan te sluiten bij de werkelijke behoeften van de patiënt. Bovendien wordt een nieuw model van machtiging voor de terugbetaling voorzien.

Op basis van een nieuwe aanvraag tot machtiging bij de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, ingevuld door de behandelend arts, kan een terugbetaling per jaar van maximaal 3 periodes van maximaal 1 maand toegekend worden:

- aan nieuwe patiënten
- aan patiënten die reeds een terugbetaling kregen in de voorbije maanden.

25. K.B. van 03.09.2012 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 17.09.2012, blz. 57747.

26. K.B. van 20.09.2012 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 28.09.2012 (Ed. 3), blz. 59882.

27. K.B. van 17.07.2012 tot wijziging van het 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 30.07.2012, blz. 45252 en het K.B. van 17.07.2012 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 30.07.2012, blz. 45255.

28. M.B. van 17.09.2012 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 20.09.2012 (Ed. 3), blz. 58300.

g. Bilaterale overeenkomsten

Op 6 maart 2006 hebben België en Bosnië-Herzegovina een overeenkomst betreffende de sociale zekerheid gesloten.²⁹ Deze overeenkomst is in werking getreden op 1 juni 2009. De overeenkomst voorziet voor de Belgische verzekerde onder meer in het recht op terugbetaling van dringende geneeskundige verstrekkingen gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van Bosnië-Herzegovina, of omgekeerd, voor een Bosniër die zich op het Belgisch grondgebied bevindt. Prothesen, hulpmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, waarvan de lijst is vastgelegd bij akkoord tussen de 2 landen, zijn hiervan uitgesloten, behoudens in spoedgevallen of mits een speciale toestemming.³⁰

III. Uitkeringen

Zelfstandigen

Moederschapsuitkering en adoptieuitkering

De periode van moederschapsrust voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten bedraagt vandaag maximaal acht weken (negen weken ingeval van de geboorte van een meerling), waarvan er drie weken verplicht zijn (één week voor de vermoedelijke bevallingsdatum en een periode van twee weken die aanvat op de dag van de bevalling).

Het bedrag van de aan de zelfstandige toegekende moederschapsuitkering is een forfaitair bedrag dat is gekoppeld aan de spilindex. Dit forfaitair bedrag verhoogt vanaf 1 juli 2012 naar 333,84 EUR, zodat de verzekerde een uitkering van 431,86 EUR krijgt voor elke opgenomen week van moederschapsrust.³¹

Aangezien sinds 1 augustus 2009 het bedrag van de adoptie-uitkering gelijk is aan het bedrag van de moederschapsuitkering, is deze verhoging ook doorgevoerd voor de adoptie-uitkering die wordt toegekend voor elke opgenomen week van adoptieverlof. De zelfstandige gerechtigde heeft recht op maximaal zes weken adoptieverlof als het kind bij het begin van het adoptieverlof nog geen drie jaar oud is en maximaal vier weken adoptieverlof als het kind zich tussen de leeftijd van drie tot acht jaar bevindt. Ingeval van een erge lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het geadopteerde kind vindt er bovendien een verdubbeling van deze maximumduur plaats.³²

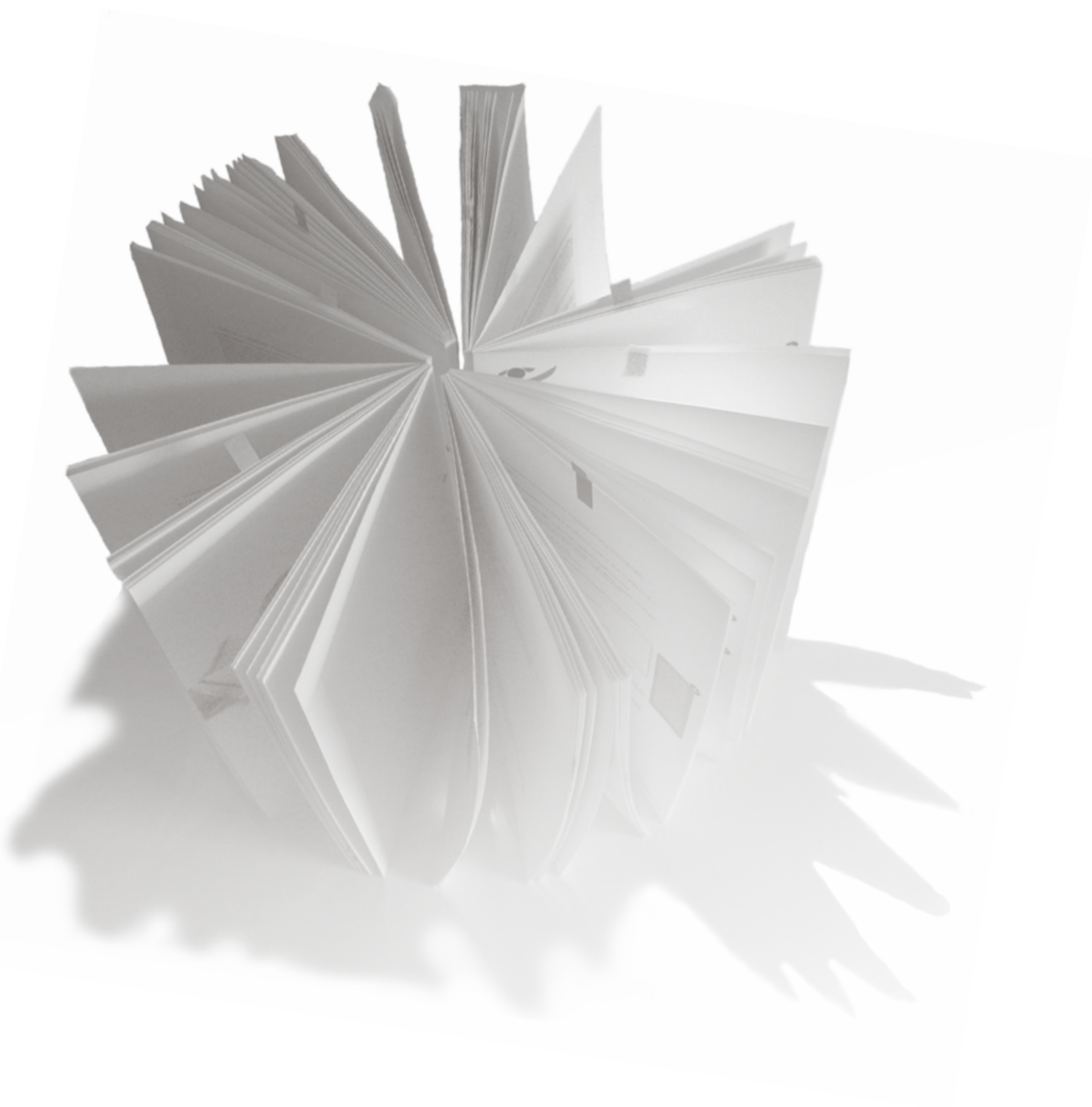
29. Overeenkomst van 06.03.2006 betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en Bosnië-Herzegovina, B.S. van 21.06.2012, blz. 33847

30. Akkoord van 04.11.2008 tot vaststelling van de lijst van prothesen, hulpmiddelen van grote omvang en andere belangrijke verstrekkingen, B.S. van 06.07.2012, blz. 36963.

31. K.B. van 20.06.2012 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 10.07.2012, blz. 37287.

32. K.B. van 20.06.2012 tot wijziging van het K.B. van 20.12.2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie-uitkering ten gunste van de zelfstandigen, B.S. van 10.07.2012, blz. 37286.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof van 20 december 2012, prejudiciële vragen

Handvest van de Sociaal Verzekerde, artikel 2
Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, artikel 3

Artikel 2 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest" van de Sociaal Verzekerde schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet in zoverre het onder de sociale zekerheidsaangelegenheden waarop die wet betrekking heeft, de verplicht geworden aanvullende verzekeringen bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, niet opneemt.

In tegenstelling tot de door de ziekenfondsen op basis van artikel 3 van voornoemde wet van 6 augustus 1990 aangeboden aanvullende verzekeringen waarvan het voordeel verbonden is aan de vrije keuze van de aangeslotene, zijn de voordelen ter aanvulling van de voorzieningen in het raam van de sociale zekerheid, toegekend binnen de perken van hun statuten door de fondsen voor bestaanszekerheid, verplichte verzekeringsprestaties omdat zij verbindend worden verklaard bij Koninklijk besluit.

Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen – Regeling voor de aanvullende ziektekostenverzekering – Handvest van de Sociaal Verzekerde

De ontstentenis in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van bepalingen die met name, zoals die in het handvest van de sociaal verzekerde, betrekking hebben op de informatie- en adviesplicht van de socialezekerheidsinstelling, de herziening, de terugvordering en de afstand van het onverschuldigde bedrag, schendt niet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Voor de sociale zekerheidsprestaties die voortvloeien uit een vrijwillige aansluiting, komt het de wetgever toe te beoordelen of de juridische bescherming inzake verzekering in een stelsel van vrije mededinging eveneens moet worden versterkt.

Arrest nr. 165/2012
Rolnr. 5386

...

I. Onderwerp van de prejudiciële vragen en rechtspleging

Bij arrest van 17 april 2012 in zake P.T. tegen de “Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen”, waarvan de expeditie ter griffie van het Hof is ingekomen op 23 april 2012, heeft het Arbeidshof te Luik de volgende prejudiciële vragen gesteld:

1. “Is artikel 2 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde niet onbestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre het onder de socialezekerheidsaangelegenheden waarop de wet betrekking heeft, niet de verplicht geworden aanvullende verzekeringen bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen opneemt, terwijl het de door de fondsen voor bestaanszekerheid toegekende voordelen ter aanvulling van de voorzieningen in het kader van de sociale zekerheid opneemt, waardoor het zonder objectieve verantwoording een discriminatie in het leven roept onder de begunstigden van voordelen ter aanvulling van de sociale zekerheid?”;

2. “Voert dezelfde bepaling geen onverantwoorde discriminatie in tussen de begunstigden van de verplichte gezondheidsverzekering die vallen onder het toepassingsgebied van het Handvest en diegenen van de aanvullende verzekering die daarvan zijn uitgesloten bij de verzekeringsinstelling van hun keuze?”;

3. “Indien de eerste twee vragen ontkennend worden beantwoord, voert de ontstentenis in de voormelde wet van 6 augustus 1990 van bepalingen die met name, zoals die in het Handvest van de sociaal verzekerde, betrekking hebben op de informatie- en adviesplicht van de socialezekerheidsinstelling, de herziening, de terugvordering en de afstand van het onverschuldigde bedrag, dan geen discriminatie in tussen de aangeslotenen wier rechten, bestaande in een voordeel ter aanvulling van de sociale zekerheid ten laste van een socialezekerheidsinstelling, uit die wetgeving voortvloeien en de sociaal verzekerden op wie het Handvest van de sociaal verzekerde betrekking heeft, discriminatie die strijdig is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in voorkomend geval in samenhang gelezen met het artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, waardoor een lacune wordt gecreëerd die niet objectief verantwoord is en gemakkelijk zou kunnen worden opgevuld door de gebrekkige wetgeving aan te vullen met verwijzing naar de bepalingen van het Handvest van de sociaal verzekerde?”.

...

B.1. Artikel 2 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde bepaalt:

“voor de uitvoering en de toepassing van deze wet en van haar uitvoeringsmaatregelen wordt verstaan onder:

1° sociale zekerheid:

- a) alle regelingen opgesomd in artikel 21 van de wet van 29 juni 1981 houdend de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, alsmede die van de sociale zekerheid voor de zeelieden ter koopvaardij en voor de mijnwerkers
- b) alle regelingen bedoeld onder a) waarvan de toepassing is uitgebreid tot de personen tewerkgesteld in de openbare sector, en de regelingen van de openbare sector die een gelijkwaardige functie vervullen als de regelingen bedoeld onder a)
- c) alle regelingen opgesomd in artikel 1 van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen
- d) alle regelingen opgesomd in artikel 12 van 17 juli 1963 betreffende de overzeese sociale zekerheid of bedoeld door de wet van 16 juni 1960, die de organismen belast met het beheer van de sociale zekerheid van de werknemers van Belgisch-Congo en Rwanda-Urundi onder de controle en de waarborg van de Belgische Staat plaatst en die waarborg draagt door de Belgische Staat van de maatschappelijke prestaties ten gunste van deze werknemers verzekerd

- e) alle regelingen van het stelsel van sociale bijstand, bestaande uit de tegemoetkomingen aan gehandicapten, het recht op een bestaansminimum, het maatschappelijk welzijn, de gewaarborgde gezinsbijslag en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden
- f) alle voordelen ter aanvulling van de voorzieningen in het raam van de in *littera* a bedoelde sociale zekerheid, toegekend binnen de perken van hun statuten door de in 2^o, *littera* c), bedoelde fondsen voor bestaanszekerheid
- g) alle regels betreffende de heffing en de invordering van de bijdragen en andere inkomsten die tot de financiering van de voormelde takken en voordelen bijdragen.

2^o instellingen van sociale zekerheid:

- a) de ministeries, de openbare instellingen van sociale zekerheid alsook elke instelling, overheid of elke rechtspersoon van publiek recht die prestaties van de sociale zekerheid toekent
- b) de meewerkende instellingen van sociale zekerheid, dat wil zeggen de instellingen van privaatrecht, andere dan de sociale secretariaten voor werkgevers en de tarifieringsdiensten van de apothekersverenigingen, die erkend zijn om mee te werken aan de toepassing van de sociale zekerheid
- c) de fondsen voor bestaanszekerheid krachtens de wet van 7 januari 1958 opgericht door collectieve arbeidsovereenkomsten gesloten in de *paritaire comités* en door de Koning algemeen verbindend verklaard, in de mate dat zij in 1^o, *littera* f), bedoelde aanvullende voordelen toekennen
- d) de personen die door de in a), b) en c) bedoelde instellingen van sociale zekerheid worden belast met het bijhouden van een bijzonder repertorium van de personen bedoeld in artikel 6, tweede lid, 2^o, van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

3^o personen: de natuurlijke personen, hun wettelijke vertegenwoordigers of gemachtigden, de verenigingen, al dan niet met rechtspersoonlijkheid, en alle instellingen of openbare besturen

4^o sociale gegevens: alle gegevens die nodig zijn voor de toepassing van de sociale zekerheid

5^o sociale gegevens van persoonlijke aard: alle sociale gegevens met betrekking tot een natuurlijke persoon die is of kan worden geïdentificeerd

6^o medische gegevens van persoonlijke aard: alle sociale gegevens met betrekking tot een natuurlijke persoon die is of kan worden geïdentificeerd en waaruit informatie kan worden afgeleid omtrent diens vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand, met uitzondering van louter administratieve of boekhoudkundige gegevens betreffende de geneeskundige behandelingen of verzorging

7^o sociaal verzekerden: de natuurlijke personen die recht hebben op sociale prestaties, er aanspraak op maken of er aanspraak op kunnen maken, hun wettelijke vertegenwoordigers en hun gemachtigden

8^o beslissing: de eenzijdige rechtshandeling met individuele strekking die uitgaat van een instelling van sociale zekerheid en die beoogt rechtsgevolgen te hebben voor één of meer sociaal verzekerden.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de volgende begrippen wijzigen:

- 1° “sociale zekerheid”
- 2° “instellingen van sociale zekerheid”
- 3° “personen”
- 4° “sociale gegevens”
- 5° “sociale gegevens van persoonlijke aard”
- 6° “medische gegevens van persoonlijke aard”
- 7° “sociaal verzekerden”
- 8° “beslissing”.

B.2. Vóór de wijziging ervan bij artikel 2 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), bepaalde artikel 3 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen:

“De ziekenfondsen moeten minstens een dienst oprichten die als doel heeft:

- a) het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geregeld bij de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 indien zij hiervoor toelating hebben gekregen van de landsbond
- b) het financieel tussenkomen voor hun leden en de personen te hunnen laste, in de kosten voortspruitend uit de preventie en behandeling van ziekte en invaliditeit of het toekennen van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of wanneer zich een toestand voordoet waarbij het fysiek, psychisch of sociaal welzijn bedoeld in artikel 2 kan worden bevorderd
- c) het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn, onder meer bij het vervullen van de opdrachten vermeld onder a) en b)”.

Zij kunnen slechts rechtspersoonlijkheid verkrijgen of behouden op voorwaarde dat zij deelnemen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bedoeld onder a) en minstens een van de diensten bedoeld onder b) inrichten.

Artikel 2 van de voormelde wet van 26 april 2010 heeft in die bepaling het volgende tweede, derde en vijfde lid ingevoegd:

“De diensten bedoeld onder het eerste lid, b) of c), zijn verrichtingen in de zin van artikel 2, 2, b), van de eerste richtlijn van de Raad tot coördinatie van de wettelijke bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan (73/239/EEG) en moeten beantwoorden aan de criteria opgenomen in artikel 67, eerste lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

De ziekenfondsen kunnen geen diensten inrichten die ziekteverzekeringen zijn in de zin van tak 2 van bijlage I van het Koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, noch een dekking organiseren van de risico's die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage I van voornoemd Koninklijk besluit.

...

De diensten bedoeld in het eerste lid, a), b) en c) zijn diensten van algemeen belang.”

Bij die wet zijn overigens, in het vroegere tweede lid – dat het vierde lid wordt – de woorden “bedoeld onder a) en minstens een van de diensten bedoeld onder b)” vervangen door de woorden “bedoeld in het eerste lid, a) en minstens een dienst bedoeld in het eerste lid, b)”.

B.3. Uit de feiten van de aan de verwijzende rechter voorgelegde zaak en uit de motieven van de verwijzingsbeslissing blijkt dat bij die rechter door een ziekenfonds een vordering is ingesteld tot terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan terugbetalingen van logopedieverstrekkingen die dateren van 2007 en 2008, die werden toegekend door de aanvullende ziekteverzekering. De rechter wordt bijgevolg ertoe gebracht, in die zaak, artikel 3 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, vóór de wijziging ervan bij de voormelde wet van 26 april 2010, in aanmerking te nemen.

B.4. De verwijzende rechter ondervraagt het Hof over de bestaanbaarheid van artikel 2 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre het onder de socialezekerheidsaangelegenheden waarop die wet betrekking heeft, niet de verplicht geworden aanvullende verzekeringen bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen opneemt terwijl het, enerzijds, de door de fondsen voor bestaanszekerheid toegekende voordelen ter aanvulling van de voorzieningen in het kader van de sociale zekerheid opneemt (eerste prejudiciële vraag) en, anderzijds de begunstigen van de verplichte gezondheidszorgverzekering beoogt, maar niet die van de aanvullende verzekering, terwijl zij nochtans allen verplicht tegelijkertijd bij de twee stelsels zijn aangesloten bij de verzekeringsinstelling van hun keuze (tweede prejudiciële vraag).

De rechter stelt het Hof verder nog een vraag, indien de eerste twee vragen ontkennend zouden worden beantwoord, over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in voorkomend geval in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, van de ontstentenis in de voormelde wet van 6 augustus 1990 van bepalingen die met name, zoals die in het handvest van de sociaal verzekerde, betrekking hebben op de informatie- en adviesplicht van de socialezekerheidsinstelling, de herziening, de terugvordering en de afstand van het onverschuldigde bedrag.

B.5. Met de invoering van het handvest van de sociaal verzekerde wilde de wetgever voor de sociaal verzekerden een systeem invoeren dat de rechtszekerheid waarborgt. Het was zijn bedoeling “de sociaal verzekerde beter (te) beschermen. De uitoefening van diens rechten is afhankelijk van drie voorwaarden : hij moet weten dat die rechten bestaan, hij moet er gebruik van willen maken en hij moet de toepassing ervan kunnen vorderen” (Parl. St., Kamer, B.Z. 1991-1992, nr. 353/1, pp. 1-2). “Het is normaal dat mensen die hun sociale rechten niet kennen, er toch het voordeel van hebben. De drievoudige voorwaarde is essentieel om een beroep te kunnen doen op de sociale zekerheid. Een optimale toegankelijkheid tot het systeem, alsook een grotere doorzichtigheid zijn noodzakelijk om de sociale zekerheid doeltreffend te laten functioneren” (*ibid.*, p. 1). “De bedoeling is niet alleen de gerechtigden beter in staat te stellen hun rechten te doen gelden tegenover de administratie, maar vooral de armoede en de bestaansonzekerheid te bestrijden. De armen en minstbestedenden ondervinden immers de grootste moeilijkheden om hun rechten te doen erkennen” (*ibid.*, p. 2).

Om het toepassingsgebied van de wet tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde te bepalen, heeft de wetgever de definities overgenomen van artikel 2 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid (*ibid.*, p. 4).

Uit de parlementaire voorbereiding van die wet volgt dat de opname in het toepassingsgebied van die wet, van de fondsen voor bestaanszekerheid en van de voordelen die zij toekennen als aanvulling van de prestaties waarin de sociale zekerheid voor werknemers voorziet, “om functionele redenen” verantwoord is.

“Deze integratie is evenwel aan de hierna volgende voorwaarden gekoppeld:

- het moet gaan om fondsen voor bestaanszekerheid opgericht krachtens de wet van 7 januari 1958 door de paritaire comités, bij een algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst
- het moet betrekking hebben op aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid, die werden toegekend door deze fondsen binnen de perken van hun statuten, met uitsluiting dus van de andere door de fondsen voor bestaanszekerheid eventueel vervulde opdrachten
- het systeem wordt beperkt tot de natuurlijke personen gerechtigd op voordelen toegekend door deze fondsen en tot hun gezinsleden” (Parl. St., Kamer, 1988-1989, nr. 899/1, pp. 13 en 14).

Ten aanzien van de eerste twee prejudiciële vragen

B.6.1. Uit de in B.5 geciteerde parlementaire voorbereiding volgt dat de wetgever de juridische bescherming van de sociaal verzekerden heeft willen versterken vanaf het ogenblik dat zij een socialezekerheidsrecht doen gelden. Het begrip “sociale zekerheid” wordt gedefinieerd in artikel 2, 1^o, van de in het geding zijnde wet, terwijl de socialezekerheidsinstellingen worden gedefinieerd in het 2^o van die bepaling dat, als “meewerkende instellingen”, de ziekenfondsen in hun hoedanigheid van verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering beoogt. De wetgever wilde aldus een gedifferentieerd stelsel vastleggen voor de rechten die tot de verplichte verzekering behoren.

B.6.2. Naast hun opdracht in het kader van de verplichte verzekering, konden de ziekenfondsen ook aanvullende verzekeringsdiensten aanbieden op grond van het voormelde artikel 3 van de wet van 6 augustus 1990. Door die door de ziekenfondsen aangeboden aanvullende verzekeringen, zoals zij bestonden vóór de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010, niet te beogen, heeft de wetgever een maatregel genomen die pertinent is in het licht van het nagestreefde doel, omdat de aanvullende verzekering is verbonden aan de keuze van de verzekerde om zich bij een bepaald ziekenfonds aan te sluiten. Zulk een verzekering behoort niet tot een verplicht socialezekerheidsstelsel, maar is een aanvulling, op vrijwillige basis, van de verplichte verzekeringen waarin het socialezekerheidsstelsel op het gebied van gezondheid voorziet. De aansluiting bij die aanvullende verzekeringen wordt niet bij wet verbindend verklaard. Ook al wordt zij in bepaalde gevallen verbindend verklaard door de toepassing van de statuten van het ziekenfonds, toch volgt die verplichting uit de vrijwillige aansluiting van de verzekerde.

B.6.3. Wat de eerste prejudiciële vraag betreft, dient erop te worden gewezen dat, in tegenstelling tot de aanvullende verzekeringen waarvan het voordeel verbonden is aan de vrije keuze van de aangeslotene, de voordelen ter aanvulling van de voorzieningen in het raam van de sociale zekerheid, toegekend binnen de perken van hun statuten door de fondsen voor bestaanszekerheid, verplichte verzekeringsprestaties zijn omdat zij verbinden worden verklaard bij Koninklijk besluit, overeenkomstig de wet van 7 januari 1958 betreffende de Fondsen voor bestaanszekerheid. Het is dus in overeenstemming met het nagestreefde doel dat de wetgever die aanvullende voordelen heeft opgenomen in het begrip “sociale zekerheid”, in de zin van artikel 2 van de in het geding zijnde wet van 11 april 1995.

B.7. De eerste twee prejudiciële vragen dienen bijgevolg ontkennend te worden beantwoord.

Ten aanzien van de derde prejudiciële vraag

B.8. Om de derde prejudiciële vraag te beantwoorden, moet het Hof nagaan of de ontstentenis in de voormelde wet van 6 augustus 1990 van bepalingen die met name, zoals die in het handvest van de sociaal verzekerde, betrekking hebben op de informatie- en adviesplicht van de socialezekerheidsinstelling, de herziening, de terugvordering en de afstand van het onverschuldigd bedrag, bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in voorkomend geval in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

B.9. Bij het bepalen van zijn beleid in sociaal-economische aangelegenheden beschikt de wetgever over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

Om de in B.5 aangegeven redenen, heeft de wetgever de juridische bescherming van de sociaal verzekerden willen versterken in de sectoren van de verplichte sociale zekerheid, rekening houdend met de kwetsbaarheid van die verzekerden. De ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen zijn verplicht die juridische bescherming te verlenen, als meewerkende instellingen, voor de verplichte socialezekerheidsprestaties.

Voor de socialezekerheidsprestaties die voortvloeien uit een vrijwillige aansluiting, komt het de wetgever toe te beoordelen of de juridische bescherming inzake verzekering in een stelsel van vrije mededinging eveneens moet worden versterkt.

B.10. De derde prejudiciële vraag dient ontkennend te worden beantwoord.

Om die redenen,

het Hof

Zegt voor recht :

1. Artikel 2 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet in zoverre het onder de socialezekerheidsaangelegenheden waarop die wet betrekking heeft, de verplicht geworden aanvullende verzekeringen bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen niet opneemt.

2. De ontstentenis in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van bepalingen die met name, zoals die in het handvest van de sociaal verzekerde, betrekking hebben op de informatie- en adviesplicht van de socialezekerheidsinstelling, de herziening, de terugvordering en de afstand van het onverschuldigde bedrag, schendt niet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

...

II. Arbeidshof van Brussel, 22 november 2012

Grondwet, artikel 159 – Exceptie van onwettigheid

Artikel 159 van de Grondwet staat, in geval van onwettigheid, de rechter toe de administratieve handeling te weigeren maar staat hem niet toe die te annuleren.

De vraag tot annulering van een beslissing van het RIZIV die buiten de termijn wordt ingediend, moet onontvankelijk worden verklaard, zelfs wanneer die vraag op artikel 159 van de Grondwet is gegrond.

Beslissing van het RIZIV – Kennisgeving door een verzekeringsinstelling – Administratieve handeling

De kennisgeving van een verzekeringsinstelling die een beslissing van einde van de ongeschiktheid van het RIZIV bevat en niet volgt op een nieuwe aanvraag tot erkenning van het einde van de ongeschiktheid, is een tweede kennisgeving van de beslissing die al door het RIZIV ter kennis is gebracht.

Een kennisgeving mag niet als een beslissing worden beschouwd wanneer zij geen enkele wijziging van het juridisch statuut van de betrokkene inhoudt en ze geen enkel recht opent of opheft voor de betrokkene.

A.R. nr. 2010/AB/556

A. B. t./V.I. – RIZIV

...

II. Antécédents

1. Monsieur ..., né le 20 décembre 1962 en Tunisie, a effectué des études secondaires comme électricien. Il cite comme professions exercées : électricien, gros œuvre, nettoyeur.

Il a été en incapacité de travail suite à un accident du travail en 2001; l'incapacité de travail est prise en charge par l'assureur-loi jusqu'au 3 mars 2003 (lombalgies); l'incapacité permanente partielle (IPP) fixée d'abord à 6 % (après expertise) par jugement du 29 juin 2004 sera portée ultérieurement, à 8 % suite à une action en révision (jugement du 30.06.2009 - pièce 7 dossier appellant).

Monsieur ... a bénéficié d'une autorisation d'exercer une activité (à temps partiel) à partir du 1^{er} mars 2004 (activité de nettoyage).

Il est en incapacité de travail à partir du 1^{er} juillet 2005. Un accident du roulage survient en novembre 2005 (whiplash) qui donne lieu à une nouvelle IPP de 3 % (pathologie cervicale).

2. Par décision du 21 juin 2007 (dossier administratif INAMI, déposé le 08.06.2011 : pièce 1), la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité (CMI), après avoir entendu et examiné l'appellant, estime que celui-ci ne répond plus aux conditions de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 2 juillet 2007.

La décision mentionne :

- *"les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez n'entraînent pas une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée par votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée : travail adapté épargnant le port de charges lourdes".*

cette décision est notifiée à Monsieur ... par pli recommandé le 21 juin 2007.

3. Le 1^{er} août 2007, l'intéressé reçoit de l'organisme assureur [...] un courrier selon lequel il n'est *"plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 2 juillet 2007, . étant donné que :*

- *"les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez n'entraînent pas une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée par votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er}, de la loi précitée".*

Cette notification se présente sous le nom d'un médecin conseil; elle n'est pas signée.

4. Le 4 octobre 2007, Monsieur ... introduit un recours auprès du Tribunal du travail de Bruxelles. La requête originaire est dirigée contre [...] et fait état de la notification du 1^{er} août 2007. L'INAMI est intervenu volontairement à la cause devant le tribunal du travail en novembre 2008. Le jugement entrepris est rendu le 6 mai 2010. Ce jugement est notifié aux parties par pli remis à la Poste le 17 mai 2010.

III. Discussion

1. Monsieur ... demande l'annulation de la décision de l'INAMI notifiée le 21 juin 2007 et de la décision de l'O.A. notifiée le 1^{er} août 2007. Les deux notifications litigieuses concernent une fin d'incapacité (fin d'invalidité) à partir du 2 juillet 2007. Monsieur ... soutient être en incapacité de travail à cette date.

Monsieur ... ne soutient pas avoir introduit une nouvelle demande de reconnaissance d'incapacité de travail auprès de son organisme assureur, depuis le 2 juillet 2007.

III. 1. Recours contre l'INAMI

2. Monsieur ... demande d'annuler la décision de l'INAMI notifiée le 21 juin 2007.

Le premier juge a considéré qu'il ne peut être question d'irrecevabilité du recours à l'égard de l'INAMI dès lors que la décision de l'INAMI n'a pas fait l'objet du recours.

Monsieur ... ne conteste pas l'absence de recours contre la décision de l'INAMI dans le délai requis. Sa thèse est que la décision de l'O.A. se réfère à celle de l'INAMI et que, son recours contre la décision de l'O.A. équivaut à une contestation des deux décisions litigieuses. Il se fonde sur l'article 159 de la Constitution. Il soutient que la motivation de la décision de l'INAMI est illégale en ce qu'elle se fonde sur le fait qu'il était apte à reprendre le travail le 2 juillet 2007 et qu'elle doit dès lors être annulée.

L'INAMI y oppose la tardiveté du recours en tant qu'il est dirigé contre lui. Il conteste que la portée de sa décision puisse être limitée par un courrier de l'organisme assureur, par ailleurs envoyé par erreur.

3. La notification de l'O.A. peut-elle faire renaître un droit de recours contre la décision de l'INAMI ? La réponse est à nuancer.

L'article 159 de la Constitution permet au juge, à tout moment, d'exercer un contrôle de légalité des actes administratifs. L'illégalité de l'acte peut être dénoncée par voie incidente (cf. Cass., 21.04.1988, Pas., 1988, I, p. 983, concl. B. JANSSENS DE BISTHOVEN Cass., 21.04.1988, RG 7535 (Bull. et Pas., 1988, I, n° 504) et les conclusions de M. l'avocat général Janssens de Bisthoven et Cass., 24.11.1988, RG 8242 (Bull. et Pas., 1989, I, n° 180 et R.C.J.B., 1990, p. 402, note P. QUERTAINMONT; Cass., 19.10.1989, Pas., 1990, I, p. 207) sans limitation de délai, pour autant que la contestation principale soit introduite dans le délai et que l'acte dont l'illégalité est invoquée ait un rapport avec la contestation principale. En cas d'illégalité, l'acte doit être écarté.

Il en résulte que l'article 159 de la Constitution permet le cas échéant d'écarter la décision de l'INAMI; il n'autorise pas le juge à annuler cette décision. La demande d'annuler la décision de l'INAMI est irrecevable, parce qu'introduite hors délai. L'exception d'illégalité fondée sur l'article 159 de la Constitution ne permet pas d'arriver à une autre conclusion.

En conséquence, l'appel de Monsieur ..., en ce qu'il vise à annuler la décision de l'INAMI du 21 juin 2007, sera déclaré non fondé.

III. 2. Recours contre l'O.A.

4. Le premier juge a déclaré non fondé le recours de Monsieur ...

L'appelant maintient en appel sa contestation d'ordre médical, à savoir une incapacité de travail au 2 juillet 2007. L'INAMI y oppose que si la décision de l'[...], venait à être annulée par la cour, cela ne remettrait pas en cause la décision de fin d'incapacité notifiée le 21 juin 2007. Elle met en doute que la notification de l'O.A. puisse être considérée comme un acte administratif.

5. La contestation a été introduite dans le délai de trois mois à partir d'une notification faite par l'O.A.

Toute notification n'est pas une décision.

La cour n'identifie pas quelle décision l'appelant demande d'annuler, hormis celle de l'INAMI. L'INAMI soulève à bon droit qu'aucune décision de l'organisme assureur n'est produite.

L'O.A. (courrier du 28.07.2010) a signalé que le document de fin d'incapacité de travail transmis en date du 1^{er} août 2007 était une erreur administrative et se référait, en réalité, à la décision de l'INAMI.

Effectivement, la notification de l'O.A. reprend le contenu de la décision de l'INAMI.

Cette notification n'emporte aucune modification du statut juridique de l'intéressé; elle ne crée ni ne supprime aucun droit à l'intéressé. Monsieur ... avait déjà reçu la notification de la décision de fin d'incapacité de l'INAMI. L'appelant ne soutient pas avoir introduit une (nouvelle) demande de reconnaissance d'incapacité auprès de l'O.A. lors de la réception de la décision de l'INAMI.

En réalité, le courrier de l'O.A. est une seconde notification de la même décision de fin d'incapacité déjà notifiée par l'INAMI. La demande d'annuler la décision de l'O.A. doit, dès lors, en toute hypothèse, être rejetée, l'O.A. n'ayant pris aucune décision.

...

III. Arbeidshof van Brussel, 7 januari 2013

Gebonden bevoegdheid – Rechter

Het gebruik van het werkwoord "kunnen" is niet doorslaggevend om te besluiten tot het bestaan van een discretionaire bevoegdheid en de arbeidsgerechten te verhinderen een beslissing te controleren wanneer de uitoefening van die bevoegdheid onderworpen is aan precieze en objectieve voorwaarden waarvan de naleving rechtens kan worden nagegaan zonder beroep te moeten doen op opportuniteitscriteria.

Het werkwoord "kunnen" drukt niet alleen een mogelijkheid uit maar kan ook wijzen op het feit dat de administratie bevoegd is om zich uit te spreken over die toekenning, onder het toezicht van de arbeidsrechtbanken.

Vordering in vrijwaring – burgerlijke aansprakelijkheid – aanrekenbaarheid

De partij waartegen een vordering ter vrijwaring is ingesteld, in casu het RIZIV, kan slechts worden veroordeeld wanneer de verzoekende partij een fout aantoot die bovendien aanrekenbaar is aan het RIZIV.

R.G. n° 2008/AB/51219
COCOF c./INAMI – G.Cl., G.P., G.E., G.C., G. J.-O. et INAMI

...

II. EXAMEN DE LA CONTESTATION

1. La demande de Monsieur ... contre la COCOF

La COCOF doit payer 4.554,2188 EUR aux héritiers de Monsieur ...

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

1.1. LA RÈGLE APPLICABLE EST L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

La demande, telle qu'elle a été réduite dans la note d'audience déposée par les héritiers de Monsieur ..., porte exclusivement sur du matériel qui n'est pas visé par la nomenclature de l'INAMI.

C'est dès lors l'article 29bis de l'arrêté n° 99/262/A du 25 février 2000 du Collège de la Commission communautaire française relatif aux dispositions individuelles d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées mises en œuvre par le Service bruxellois francophone des personnes handicapées qui trouve à s'appliquer, dans sa version en vigueur le 29 novembre 2006 (voyez l'arrêt du 17.01.2011).

1.2. EXAMEN DES CONDITIONS FIXÉES PAR L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

Les conditions d'intervention fixées par l'article 29bis de l'arrêté sont les suivantes :

- les limites budgétaires : il n'est pas allégué que cette condition poserait problème en l'espèce
- les conditions générales du décret et de l'arrêté : elles sont fixées par les articles 24 et 25 du décret du 4 mars 1999. En vertu de ces dispositions, l'aide doit :
 - favoriser l'intégration sociale de la personne handicapée
 - être nécessaire à l'intégration de la personne handicapée
 - couvrir uniquement les frais qui, en raison de la déficience de la personne, sont indispensables à son intégration
 - couvrir des frais qui constituent des dépenses supplémentaires par rapport à celles encourues par une personne valide dans des circonstances identiques
- l'aide doit être nécessaire et indispensable à l'intégration sociale et professionnelle de la personne
- le montant de l'aide ne peut être supérieur à 15.000 EUR. Ce montant n'est pas excédé en l'occurrence.

La seule condition qui reste à vérifier en l'espèce est le caractère nécessaire et indispensable des accessoires demandés pour l'intégration sociale et professionnelle de Monsieur ...

Ces accessoires permettaient à Monsieur ... atteint d'une tétraplégie complète causée par la sclérose en plaques, de se déplacer sans l'aide d'une tierce personne, ce qui aurait été impossible sans ce matériel.

Pouvoir se déplacer sans l'intervention d'un tiers relève sans conteste des conditions nécessaires à l'intégration sociale, et non d'un simple confort pour la personne handicapée. Le matériel qui permet ce déplacement autonome qui, sans lui, serait impossible, constitue donc une aide nécessaire et indispensable à l'intégration sociale et professionnelle.

La demande de Monsieur ... répond dès lors aux conditions fixées par l'article 29bis de l'arrêté.

1.3. ÉTENDUE DU CONTRÔLE DU JUGE SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 29BIS DE L'ARRÊTÉ

C'est en vain que la COCOF oppose qu'elle détiendrait une compétence discrétionnaire pour l'application de l'article 29bis, de sorte que les juridictions du travail seraient sans pouvoir pour vérifier l'application correcte de cette disposition par la COCOF.

En effet, la compétence discrétionnaire est d'exception. En règle générale, dans les matières qui relèvent de sa compétence, le juge doit exercer un contrôle de pleine juridiction sur les décisions administratives qui lui sont soumises : "Lorsque le législateur confie aux cours et tribunaux la connaissance de contestations relatives à des droits subjectifs (...), la fonction juridictionnelle doit pouvoir s'exercer intégralement (...) il ne pourrait en être autrement que si le législateur avait expressément entendu limiter le pouvoir d'appréciation des juges" (conclusions de l'Avocat Général Janssens de Bisthoven avant Cass., 01.10.1992, Pas., p.1107; Cass., 24.01.2000, JTT, p. 170. Cass., 13.09.2004, CDS, 2006, p. 8).

Il n'est pas contesté que les juridictions du travail sont compétentes pour connaître de la décision litigieuse. Ni le décret du 4 mars 1999, ni l'arrêt du 25 février 2000 ne confèrent expressément un caractère discrétionnaire à la compétence de l'administration, chargée d'octroyer les aides en vertu de l'article 29bis de l'arrêt (voyez, dans le même sens, C. trav. Bruxelles, 16.06.2008, inédit, RG n° 49.847). Au contraire, l'article 29bis fixe pour cet octroi des conditions précises et objectives, rappelées ci-dessus, dont le respect peut être vérifié en droit sans qu'il faille avoir recours à des critères d'opportunité susceptibles d'être laissés à l'appréciation de l'administration.

Le refus d'intervention opposé par la COCOF ne s'appuie pas sur des motifs d'opportunité. Le respect des conditions objectives fixées par l'arrêt pour l'octroi des interventions doit être vérifié par les juridictions du travail.

L'usage, à l'article 29 de l'arrêt, du terme "peut" ("*une intervention peut être accordée*") n'est pas déterminant pour conclure à l'existence d'une compétence liée de la COCOF et empêcher les juridictions du travail de contrôler sa décision. En effet, si le verbe pouvoir peut exprimer une faculté, il exprime également une compétence (M. DELANGE, "Les pouvoirs du juge dans le droit de la sécurité sociale" *in* Questions de droit social, CUP, Liège, 2002, p. 92; Cass., 17.05.1978, Pas., p. 1052). L'utilisation de ce verbe n'indique donc pas nécessairement que l'administration aurait la faculté, et non l'obligation, d'octroyer une aide lorsque ses conditions d'octroi sont remplies. Il peut également signifier que l'administration est compétente pour statuer sur cet octroi, sous le contrôle des juridictions du travail.

1.2.2.4. Application de l'article 30 de l'arrêt

L'article 30 de l'arrêt ne fait pas obstacle, en l'espèce, à l'octroi de l'aide à laquelle Monsieur ... a droit en vertu de l'article 29bis.

En effet, l'article 30 interdit l'octroi d'une aide couvrant des frais qui ont déjà fait l'objet d'une autre indemnisation.

Tel n'est pas le cas en l'espèce. Monsieur ... n'a reçu aucune aide ni indemnisation pour les accessoires ajoutés à sa voiturette, non repris dans la nomenclature INAMI.

1.4. CONCLUSION

La décision prise par la COCOF n'a pas fait une application correcte de la législation et de la réglementation, dans la mesure où elle a refusé l'octroi d'une intervention couvrant les frais relatifs à des adaptations de la voiturette, non prévues par la nomenclature de l'INAMI, soit 4.554,2188 EUR.

Cette intervention doit être accordée aux héritiers de Monsieur ... à titre d'aide individuelle à l'intégration. Les intérêts sont dus au taux légal à partir de la date de l'introduction de l'instance, soit le 2 avril 2007.

2. La demande de la COCOF contre l'INAMI

La COCOF demande à la Cour du travail de condamner l'INAMI à la garantir de toute condamnation qui serait portée à sa charge.

Cette demande n'est pas fondée.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

La COCOF reproche à l'INAMI d'établir une nomenclature trop restrictive qui ne couvre pas suffisamment les frais relatifs aux voitures et à leurs accessoires, de sorte qu'une partie de la charge d'indemnisation que l'INAMI devrait assurer est déplacée sur la COCOF.

Les obligations à assumer par l'INAMI à l'égard des assurés sociaux sont déterminées avec précision par la législation et la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité. Il n'est pas allégué que l'INAMI ne respecterait pas ces règles.

La nomenclature qui définit les conditions d'intervention de l'INAMI est fixée par l'État belge au moyen d'un arrêté royal, et non par l'INAMI lui-même (art. 35, § 1^{er}, de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités). Le caractère prétendument trop restrictif de cette nomenclature n'est dès lors, en droit, pas imputable à l'INAMI.

Un protocole relatif à l'instauration d'une procédure simplifiée en matière d'octroi de remboursement ou d'intervention d'aides dans le cadre des chaises roulantes a été conclu le 31 mars 2003 entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions. Le gouvernement fédéral s'y est engagé à associer de manière permanente les Fonds des Communautés et des Régions à l'élaboration de la nomenclature relative aux chaises roulantes, via un Conseil technique des voitures chargé de donner un avis. À nouveau, la Cour relève que c'est en droit l'État fédéral, et non l'INAMI, qui a pris certains engagements dans le cadre de ce Protocole. Le prétendu non respect du Protocole relève dès lors en droit de la responsabilité de l'État, et non de l'INAMI.

Enfin, la COCOF fait valoir que l'INAMI ou les organismes assureurs ne respectent pas l'obligation de notifier aux destinataires de leurs décisions les voies judiciaires de recours ouvertes contre celles-ci, évitant ainsi dans de très nombreux cas la vérification judiciaire de la validité des décisions. Or, la décision de prise en charge du coût de la voiture dans les limites fixées par la nomenclature a été prise et notifiée à Monsieur ... par son organisme assureur, et non par l'INAMI. La prétendue irrégularité de la notification, en ce qu'elle n'aurait pas dûment indiqué les voies de recours ouvertes contre la décision, est imputable à l'organisme assureur et non à l'INAMI.

En conclusion sur ce point, la COCOF n'établit pas la responsabilité de l'INAMI dans le préjudice qu'elle fait valoir du fait de sa condamnation à prendre en charge de l'aide individuelle litigieuse en faveur de feu Monsieur ...

L'action en garantie n'est pas fondée.

...

IV. Arbeidshof Gent afd. Gent, 12 november 2012

Gerechtigd recht, artikelen 782 en 785 – Vonnis – Nietigheid
Gerechtigd recht, artikel 973 § 1 – Deskundigenonderzoek –
Tegensprekelijk karakter

Het vonnis dat niet werd ondertekend door een van de rechters die het mee heeft gewezen en waarin door de griffier niet diens onmogelijkheid werd vastgesteld om het vonnis te ondertekenen, schendt art. 782 en art. 785 Ger. W. zodat het vonnis nietig dient te worden verklaard.

Het naar buiten sturen van de te onderzoeken sociaal verzekerde, in casu appellante, opdat de geneesheer-deskundige en de adviserend geneesheer van het RIZIV onder elkaar zouden kunnen overleggen, is strijdig met de beginselen van tegenspraak. Door een dergelijke gang van zaken wordt een schijn van afwezigheid van tegenspraak verwekt en kan met het deskundigenverslag en de erin vervatte bevindingen geen rekening worden gehouden.

A.R. nr. 2011/AG/345
H. K. t./ RIZIV

...

3.2. De nietigheid van het vonnis van 3 november 2011

3.2.1. Partijen werden op de openbare zitting van 8 oktober 2012 gehoord over het door het hof ambtshalve opgeworpen middel van de nietigheid van het eindvonnis van 3 november 2011 van de arbeidsrechtbank te Gent van de zevende kamer, wegens strijdigheid met de artikelen 782 en 785 van het Gerechtigd Wetboek.

Het bestreden vonnis van 3 november 2011 vermeldt dat het werd gewezen door mevrouw A.M. L., rechter in de arbeidsrechtbank, de h. E. S., rechter in sociale zaken benoemd als werkgever en de h. G. A., rechter in sociale zaken benoemd als werknemer-arbeider, bijgestaan door mevrouw A. De C., griffier.

Blijkens het vonnis van 3 november 2011 werd bij beschikking van 31 oktober 2011 van de voorzitter van de arbeidsrechtbank, die formeel niet terug te vinden is in het dossier van de rechtspleging, de h. M. W., rechter in sociale zaken aangewezen om de h. E. S., rechter in sociale zaken, wettig verhinderd te vervangen bij het ondertekenen van dit vonnis.

Het vonnis van 3 november 2011 werd dus niet ondertekend door de h. E. S., rechter in sociale zaken benoemd als werkgever die het (mee) heeft gewezen maar door de h. M. W. eveneens rechter in sociale zaken benoemd als werkgever.

3.2.2 Artikel 782, eerste lid Gerechtigd Wetboek bepaalt dat het vonnis voor de uitspraak wordt ondertekend door de rechters die het hebben gewezen en door de griffier.

Indien de voorzitter of een van de rechters in de onmogelijkheid verkeert om het vonnis te ondertekenen, hetgeen hier kennelijk het geval was daar de h. E. S. wettig verhinderd was, dan volstond het dat de griffier hiervan overeenkomstig artikel 785 Ger. W. melding aanbracht onderaan op het vonnis; in dat geval was en is de beslissing geldig met de handtekening van de overige rechters die het vonnis hebben uitgesproken.

Dit is niet gebeurd vermits deze onmogelijkheid kennelijk werd vastgesteld door de voorzitter van de arbeidsrechtbank te Gent in de voornoemde beschikking van 31 oktober 2011.

Wanneer een rechter in de onmogelijkheid verkeert om de beslissing te ondertekenen die hij (mede) heeft gewezen is de griffier bovendien gehouden om te handelen overeenkomstig artikel 787 Gerechtelijk Wetboek.

Door de wet van 26 april 2007 die voornoemde artikelen invoerde, dan wel wijzigde is het niet mogelijk om een rechter die aan het beraad heeft deelgenomen te vervangen voor het ondertekenen van het vonnis.

Voor zoveel als nodig kan worden verwezen naar het arrest van 5 februari 2010 van het Hof van Cassatie waarin werd geoordeeld dat "Een vonnis, dat gewezen is door een collegiale kamer van de rechtbank van eerste aanleg, maar dat enkel is ondertekend door de voorzitter en de griffier, zonder dat de onmogelijkheid waarin twee van de rechters zouden hebben verkeerd om het vonnis te ondertekenen wordt verantwoord is overeenkomstig artikel 785 nietig" (Cass. 05.02.2010 C.09.0377.F, www.juridat.be; JLMB 2010, 414 noot zie ook Cass. 06.05.2011 C.10.0538N, Cass. 01.12.2011 C.11.0078/N en Cass. 16.04.2012, C. 11.0602.F telkens www.juridat.be).

Het bestreden vonnis van 3 november 2011 van de arbeidsrechtbank te Gent, dat niet werd ondertekend door de h. E. S., rechter in sociale zaken, die het mee heeft gewezen en waarin door de griffier niet diens onmogelijkheid werd vastgesteld om het vonnis te ondertekenen schendt artikel 782 en artikel 785 Ger. W. zodat het nietig dient te worden verklaard.

Het hof dient de zaak ten gronde hierdoor volledig te hernemen in acht genomen de tussenvonnissen van 24 mei 2007 en 4 februari 2010.

...

V. Arbeidshof Antwerpen afd. Hasselt, 13 december 2012

Gerechtelijk recht, artikelen 1054 en 1056 – Incidenteel beroep – Hoedanigheid partijen

Incidenteel hoger beroep is het hoger beroep dat overeenkomstig art. 1054 Ger. W. kan worden ingesteld door de gedaagde in hoger beroep op een tegen haar ingesteld hoofd- of incidenteel beroep. Enkel de partij ten aanzien van wie de appellant iets vorderde, heeft de hoedanigheid van gedaagde in hoger beroep.

Een partij in het geding in eerste aanleg, die niet in hoger beroep is gekomen noch gedagvaard is en die noch vrijwillig noch gedwongen is tussengekomen, is geen partij in hoger beroep, ook al is zij verschenen en werd er door en tegen haar geconcludeerd.

Wanneer een partij als gedaagde rechtsgeldig hoger beroep wenst in te stellen tegen de partij die in graad van hoger beroep niet meer in het geding is, dient zij in principe een hoofdberoep in te stellen tegen deze partij. Een dergelijk hoofdberoep is niet mogelijk door middel van conclusies maar enkel door middel van de door art. 1056, 1^o, 2^o, 3^o Ger. W. voorgeschreven vormen.

A.R. nr. 2012/AH/24
V.I. t./ L. P., RIZIV en RVA

...

IV. Beoordeling

IV. a Inzake de ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het hoger beroep dat de V.I. op 19 januari 2012 bij dit hof heeft ingesteld tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank van Tongeren van 21 december 2011, is regelmatig naar tijd en vorm.

Dit staat niet ter discussie.

Het door de V.I. ingestelde hoger beroep is ontvankelijk.

IV. b Inzake de (on)ontvankelijkheid van het incidenteel beroep

1. In haar beroepsbesluiten van 30 april 2012 (datum neerlegging ter griffie van dit hof) heeft L. P. verzocht om akte te zien verlenen “van het instellen van haar incidenteel beroep tegen het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank dd. 21.12.2011 welke dossiers zijnde AR 11 804/4 procedure tussen P. L. en het RIZIV, AR 11805/a, procedure tussen P. L. tegen de RVA en AR 11/2262/A procedure van P. L. tegen NVSM, gevoegd”.

Het hof is van oordeel dat dit incidenteel beroep ontvankelijk is in de mate het door L. P. werd geformuleerd opzichts de V.I., zijnde de eiser in hoger beroep (appellant) die voordien zelf reeds een hoger beroep tegen L. P. had ingesteld.

Het gaat alsdan om een incidenteel beroep dat wel degelijk aan de formule daarvan beantwoordt: incidenteel (hoger) beroep is het hoger beroep dat overeenkomstig artikel 1054 Ger. W. kan worden ingesteld door de gedaagde in hoger beroep op een tegen haar ingesteld hoofd- of incidenteel beroep (vgl. K. BROECKX, Meerpartijengeschillen in hoger beroep, noot bij Cass. 01.06.2001, R.W. 2001-2002, 381-383, met verwijzingen naar andere rechtsleer).

Overeenkomstig artikel 1056, 4^o Ger. W. kan dit hoger beroep ingesteld worden bij conclusie ten aanzien van iedere partij die bij het geding aanwezig of vertegenwoordigd is.

Rekening houdend met de bepalingen van artikelen 1054 en 1056, 4^o Ger. W. is dit door L. P. opzichts het de V.I. ingestelde incidenteel beroep ontvankelijk.

2. Anders is het gesteld met het van L. P. uitgaande incidenteel beroep dat gericht is tegen de RVA en het RIZIV.

De RVA en het RIZIV hebben aangevoerd dat het door L. P. opzichts hen ingestelde incidenteel beroep (door hen benoemd als “incidenteel hoger beroep”) onontvankelijk is.

Hun desbetreffende standpunt komt erop neer dat door de V.I. tegen hen geen hoofdberoep zou zijn uitgebracht, zodat zij daardoor als partij niet aanwezig zouden zijn in het geding bij dit hof en zodat opzichts hen dan ook niet op geldige wijze een eis kon worden geformuleerd door L. P.

Het RIZIV heeft daaraan toegevoegd dat het incidenteel beroep van L. P. onontvankelijk is zowel wegens laattijdigheid als wegens het feit dat het enkel bij wijze van hoofdberoep (en binnen de beroepstermijn) had kunnen worden ingesteld.

L. P. heeft in haar beroepsbesluiten geen enkele tegenargumentatie vermeld inzake dit door de RVA en het RIZIV aangevoerde middel van onontvankelijkheid.

3. Artikel 1054 Ger. W. bepaalt dat de gedaagde in hoger beroep te allen tijde incidenteel beroep kan instellen “tegen alle partijen die in het geding zijn voor de rechter in hoger beroep”.

L. P. heeft zich hierbij opzichts de RVA en het RIZIV willen bedienen van een incidenteel beroep dat op die wijze verwoord werd in haar beroepsconclusie van 30 april 2012.

Het hoger beroep dat de V.I. voordien tegen het bestreden vonnis had ingesteld bij dit hof was nochtans enkel gericht tegen L. P.

Dit blijkt duidelijk uit het verzoekschrift tot hoger beroep waarbij L. P. als enige “gedaagde in hoger beroep” werd aangeduid, en waarbij deze als enige opgeroepen werd om te verschijnen voor dit hof op de (inleidings)zitting van 1 maart 2012 (stuk 1 van het dossier van de rechtspleging).

Het RIZIV en de RVA werden in de appel-akte van de V.I. niet aangezegd om te verschijnen, en werden bijgevolg door het NVSM niet als partij mee in het hoger beroep betrokken (vgl. Cass. 08.06.1984, Arr. Cass. 1983-1984, 1327. Cass. 14.11.1991, Arr. Cass. 1991-1992, 237).

Heeft enkel de hoedanigheid van gedaagde in hoger beroep, de partij ten aanzien van wie de appelland iets vorderde (Cass. 24.06.1982, Arr. Cass. 1981-1982, 1340; Cass. 24.12.1990, Arr. Cass. 1990-1991, 459; vgl. S. Mosselmans, Over de partijen bij een incidenteel beroep, noot bij Cass. 04.05.2001, R.W. 2001-2002, 377-379).

Van de RVA en het RIZIV werd door de V.I. in de beroepsakte niets gevorderd; dit heeft tot gevolg dat de RVA en het RIZIV als zodanig geen betrokken partij waren in de beroepsprocedure bij dit hof.

Een partij in het geding in eerste aanleg, die niet in hoger beroep is gekomen noch gedagvaard is en die noch vrijwillig noch gedwongen is tussengekomen, is geen partij in hoger beroep, ook al is zij verschenen en werd er door en tegen haar geconcludeerd (Cass. 12.03.1980, R.W. 1980-1981, vgl. S. Mosselmans, a.w., 378).

Aangezien de RVA en het RIZIV in toepassing van het door de V.I. uitgebrachte hoger beroep (dat enkel L. P. was gericht) geen “partijen in het geding” waren voor dit arbeidshof, kon bijgevolg L. P. zich opzichts hen ook niet rechtsgeldig richten via een incidenteel beroep, aangezien dit rechtsmiddel enkel geldt ten aanzien van de partijen die in het geding zijn voor de rechter in hoger beroep.

Het incidenteel beroep waarvan L. P. opzichts de RVA en het RIZIV gewag maakt, is dienvolgens opzichts deze partijen niet toelaatbaar. Het is onontvankelijk.

4. Wanneer L. P. rechtsgeldig hoger beroep had willen instellen tegen de partijen die in graad van beroep niet meer in het geding waren, zijnde de RVA en het RIZIV, dan had zij daartoe in principe een hoofdberoep dienen in te stellen tegen deze partijen (vgl. P. Van Rillaer, Het lot van het incidenteel beroep na een nietig of te laat ingesteld, een ontoelaatbaar of een beperkt hoofdberoep, R.W. 2001-2002, 45).

Een dergelijk hoofdberoep is niet mogelijk middels conclusies aangezien de daarvoor door artikel 1056, 4^o Ger. W. gestelde voorwaarde – het in het geding zijn van de partij(en) ten aanzien van wie het gericht is – niet was vervuld (vgl. P. Van Rillaer, a.w. 45, met verwijzing naar A. Kohl, L'appel en droit judiciaire privé, Brussel, Swinnen, 1990, 243, nrs 644 en 634).

Dit leidt tot de beoordeling dat het via conclusies door L. P. opzichts de RVA en het RIZIV eventueel geformuleerde hoger beroep – en vanuit de veronderstelling dat de door L. P. in haar beroepsconclusie als incidenteel beroep aangeduide handeling al als een “hoger beroep” vermag te worden aangemerkt – formeel evenmin rechtsgeldig was ingesteld.

Het eventueel rechtsgeldig instellen van een dergelijk hoger beroep was enkel mogelijk middels de daartoe door artikel 1056, 1^o-2^o-3^o Ger. W. voorgeschreven vormen (deurwaardersakte, verzoekschrift, bij ter post aangetekende brief), en deze voorwaarden werden hier niet nageleefd.

Er dient te worden aangenomen dat de wijzen van inleiding van een hoger beroep regels van rechterlijke organisatie betreffen die dientengevolge de openbare orde aanbelangen. Er kan niet van worden afgeweken; artikelen 860 e.v. Ger. W. zijn niet van toepassing op de schending van artikel 1056 Ger. W.

Niet rechtsgeldig ingesteld zijnde als hoofdberoep, is er bijgevolg ook vanuit die analyse sprake van een onontvankelijk hoger beroep.

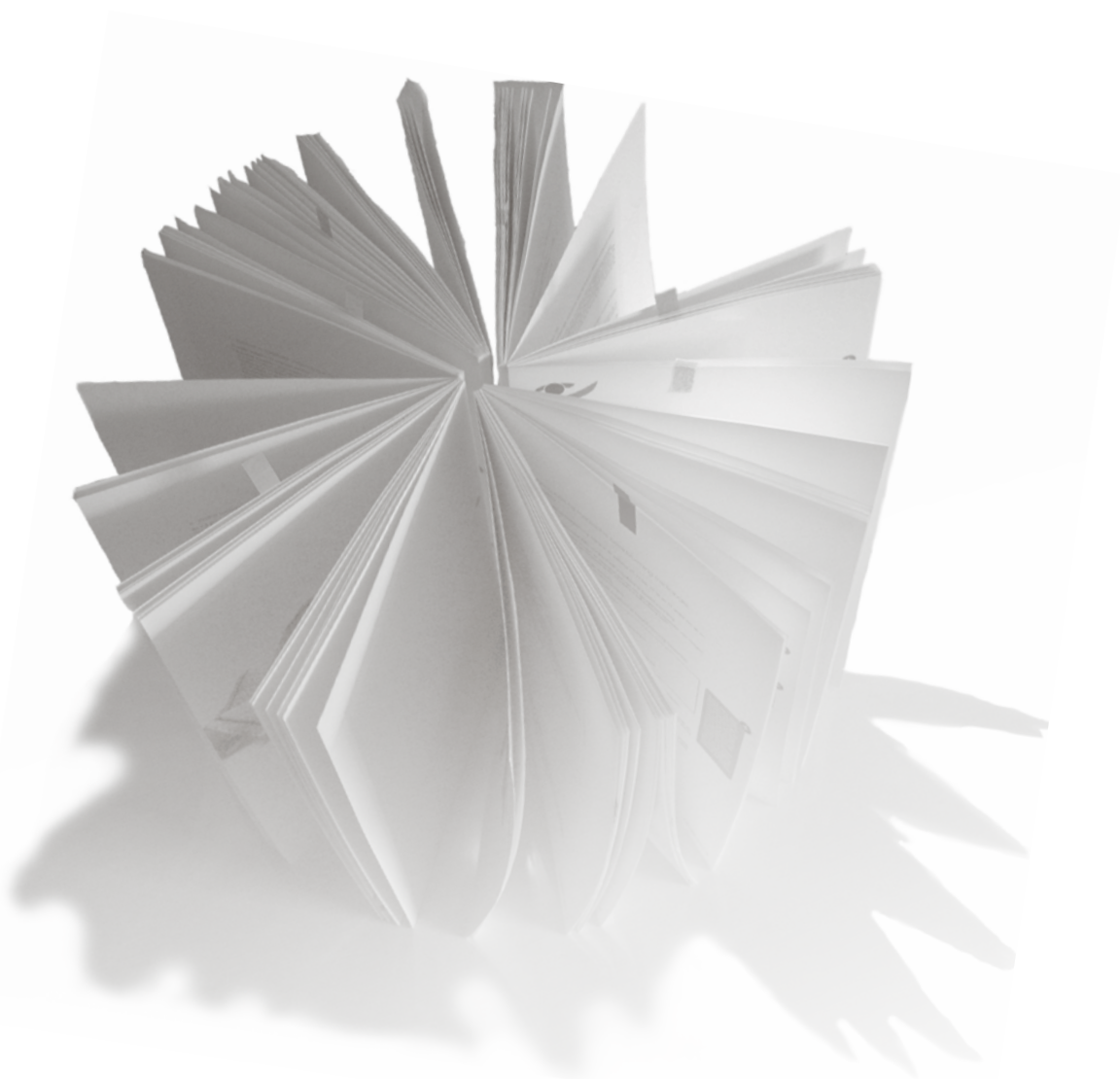
Bijkomend kan daaraan worden toegevoegd dat, toen L. P. bedoeld hoger beroep (hypothetisch) formuleerde, de beroepstermijn van één maand om hoger beroep in te stellen (art. 1051 Ger. W.) reeds ruimschoots verstreken was, zodat er ook vanuit die hypothese sowieso sprake zou zijn geweest van de onontvankelijkheid van het hoger beroep indien dit desgevallend wel op een formeel correcte wijze opzichtsens de RVA en het RIZIV zou zijn uitgebracht.

Kortom : het door L. P. opzichtsens de RVA en het RIZIV uitgebrachte incidenteel dan wel hoger beroep is onontvankelijk.

5. In het licht van de voorgaande beoordeling inzake de onontvankelijkheid van het incidenteel dan wel hoger beroep met betrekking tot deze aspecten, gaat het hof logischerwijze niet verder in op de inhoudelijke beoordeling (“ten gronde”) van het tussen L. P. en de RVA en het RIZIV bestaande dispuut.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Fonds voor medische ongevallen (FMO)

Schadevergoeding als gevolg van gezondheidszorg – Rechthebbenden

Vraag nr. 5-7022, gesteld op 14 september 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw Sleurs, Senatrice¹

Krachtens de wet van 31 maart 2010 kan “elke persoon die van mening is dat hij schade als gevolg van gezondheidszorg heeft geleden of zijn rechthebbenden” een aanvraag indienen bij het Fonds voor de medische ongevallen (FMO).

Op de internetsite van het FMO wordt rechthebbende gedefinieerd als:

- de patiënt zelf
- zijn wettelijke vertegenwoordiger
- een familielid.

Met betrekking tot deze interpretatie kreeg ik graag enige verduidelijking:

- 1) Kunt u bevestigen dat het FMO bij de behandeling van de dossiers de term rechthebbende zal interpreteren zoals omschreven op de internetsite? Worden aanvragen die ingediend worden door een andere partij dan patiënt, wettelijke vertegenwoordiger of familielid als niet ontvankelijk beoordeeld?
- 2) Wordt een ziekenfonds automatisch als wettelijke vertegenwoordiger beschouwd?
- 3) Hoe wordt de hoedanigheid van rechthebbende geverifieerd (bijvoorbeeld indien deze in het buitenland verblijft)?

Antwoord

In antwoord op uw vraag deel ik u mede dat er, overeenkomstig artikel 12, paragraaf 1 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, inderdaad een aanvraag kan ingediend worden bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) door iedereen die meent schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg.

Dat is in de eerste plaats de patiënt zelf.

Indien de patiënt zelf zijn rechten niet kan uitoefenen (bijvoorbeeld omdat hij of zij wilsonbekwaam of juridisch handelingsonbekwaam is), dan beschikt zijn wettelijke vertegenwoordiger (bijvoorbeeld de ouders of voogd van een minderjarige patiënt) over de bevoegdheid om een aanvraag in te dienen.

Daarnaast kunnen ook de rechtsopvolgers een aanvraag tot schadevergoeding indienen. Zij kunnen zowel in naam van de patiënt maar ook als eigen rechthebbende (rechtsopvolger) een schadeloosstelling vragen.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

De rechthebbenden kunnen immers ook schade ondervinden die rechtstreeks een gevolg van het medisch ongeval is. Denken we maar aan het verminderde gezinsinkomen door een medisch ongeval waarbij één van de partners arbeidsongeschikt is geworden.

Ten slotte kan de patiënt eveneens, via een volmacht, een mandataris aanduiden om in zijn plaats een aanvraag in te dienen.

Dit laatste geldt ook voor de ziekenfondsen. Zij worden dus niet automatisch als vertegenwoordiger beschouwd.

De hoedanigheid van de aanvrager wordt in de eerste plaats geverifieerd aan de hand van de documenten die hij/zij dient over te maken aan het FMO en een kopie van de identiteitskaart of het paspoort. Dat volstaat voor wat de eerste fase van de procedure betreft. Daarnaast hebben de betrokken dossierbeheerders toegang tot het rijksregister, indien dit noodzakelijk is voor een verificatie in een volgende fase.

Voor de Belgische aanvragers die in het buitenland verblijven, geldt dezelfde procedure.

Ten slotte zal de aanvrager in het kader van zijn hoedanigheid de nodige bewijzen dienen te bezorgen telkens wanneer het Fonds hierom verzoekt. Verificaties aangaande aanvragers die in het buitenland verblijven kunnen mogelijks plaatsvinden via de desbetreffende ambassades. Tot op heden was voornoemde verificatie nog niet aan de orde. De verschillende mogelijkheden worden momenteel onderzocht.

II. Actieve 65-plussers

Afdoende sociale verzekering – Onderscheid tussen uitkeringsverzekering voor arbeidsongeschiktheid en verzekeringen tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten

Vraag nr. 184, gesteld op 27 november 2012 aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een handicap, belast met Beroepsrisico's, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw Sminate, volksvertegenwoordigster¹.

Dankzij een aantal maatregelen van deze regering zullen werknemers, zelfstandigen en ambtenaren makkelijker aan de slag kunnen blijven vanaf hun 65^{ste} jaar. Men geeft – terecht – het signaal aan oudere werknemers dat ze op hun 65^{ste} jaar niet afgeschreven zijn. Eenieder kan – eventueel in overleg – met de werkgever beslissen om langer aan het werk te blijven.

1. Bulletin nr. 94, Kamer, gewone zitting 2012-2013, blz. 236.

Welke wijzigingen beoogt deze regering in de regelingen met betrekking tot ziekte-uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten opdat ook de 65-plussers die professioneel actief blijven, een afdoende sociale verzekering zouden kunnen genieten?

Antwoord

Men dient een onderscheid te maken tussen enerzijds de uitkeringsverzekering voor arbeidsongeschiktheid en anderzijds de verzekeringen tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Het bereiken van de pensioenleeftijd heeft inderdaad een impact binnen de uitkeringsverzekering voor loontrekkenden:

- zo worden vanaf de eerste dag van de maand na die waarin een gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd bereikt, de ziekte-uitkeringen geweigerd²
- wanneer het een gerechtigde betreft die verder werkzaam is geweest na het bereiken van de pensioenleeftijd, worden de ziekte-uitkeringen geweigerd vanaf de eerste dag van de tweede maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen³.

Daarbij moet ik wel opmerken dat deze laatste bepaling meermaals kan worden toegepast, namelijk in die zin dat het beperkte recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen blijft bestaan telkens er een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid wordt erkend.

In vergelijking met deze reglementering van de uitkeringsverzekering voor loontrekkenden bestaat er echter voor de zelfstandige gerechtigde geen gelijkaardige bepaling die een beperkt recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verleent als de betrokkene is blijven doorwerken na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd. Vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin deze wettelijke pensioenleeftijd wordt bereikt, kunnen er immers in geen enkel geval nog arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden toegekend⁴.

De *ratio legis* van deze bepalingen is dat de betrokkene bij een (langdurige) arbeidsongeschiktheid zijn rechten op een rustpensioen kan laten gelden vanaf het ogenblik dat de wettelijke pensioenleeftijd is bereikt. Betrokkene zal dus steeds kunnen terugvallen op zijn pensioen dat aan hem gegarandeerd wordt ongeachte ziekte of invaliditeit.

Deze motivatie is overigens niet alleen in de sector uitkeringen van toepassing. Zo bevat ook de werkloosheidsreglementering een gelijkaardige bepaling⁵.

Ik ben er mij zeker van bewust dat er bij deze werknemers nog altijd socialezekerheidsbijdragen worden ingehouden op het door hen verdiende loon of dat deze zelfstandigen in principe nog steeds sociale bijdragen zijn verschuldigd op de door hen behaalde beroepsinkomsten, zonder dat dit evenwel voor hen nog (langdurige) rechten opent in de desbetreffende uitkeringsverzekering. Deze bijdragebetaling vormt echter een verdere toepassing van het solidariteitsprincipe dat geldt binnen de sociale zekerheid.

Dit solidariteitsprincipe houdt geenszins in dat er *ipso facto* een recht op prestaties of een recht op evenredige prestaties bestaat. In dat kader, wil ik de waarborg van een minimumuitkering (die wordt toegekend als de op het gederfde loon berekende uitkering lager is dan de toepasselijke minimumuitkering) of de toekenning van een maximumuitkering (begrenzing van het werkelijke gederfde loon tot een welbepaalde loongrens) aanhalen.

2. Art. 108, 1^o, van de wet GVU.

3. Art. 108, 2^o, van de wet GVU.

4. Art. 26 van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten.

5. Art. 64 van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering.

Het lijkt mij dan ook niet aangewezen om het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in geval van een langdurige arbeidsongeschiktheid uit te breiden ten gunste van de personen die ervoor opteren om te blijven doorwerken na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd.

Betreffende arbeidsongevallen en beroepsziekten moet er voor de dekking voor gepensioneerden die nog activiteiten verrichten in het kader van de toegelaten arbeid een verzekering tegen arbeidsongeval en beroepsziekte worden afgesloten. Mocht de persoon slachtoffer worden van een arbeidsongeval of een beroepsziekte dan wordt deze vergoed krachtens de gewone regels, zoals een werknemer die niet gepensioneerd is.

Er gelden bijzondere regels voor de vaststelling van het basisloon krachtens artikel 37, eerste lid, van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971: dit wordt berekend met als grondslag het loon dat verschuldigd is krachtens de arbeid die nog verricht wordt⁶.

Er geldt evenwel een maximumgrens: het in aanmerking te nemen loon mag in geen geval hoger zijn dan de grenzen van de toegelaten arbeid voor gepensioneerden⁷.

Daarnaast zijn natuurlijk de regels die de cumulatie van uitkeringen voor arbeidsongevallen of beroepsziekten met pensioenen beperken⁸ van toepassing.

Terwijl het cumuleren van socialezekerheidsuitkeringen in principe niet toegestaan is, zoals reeds uitgelegd (noch de werkloosheidsuitkeringen, noch de uitkeringen van de ziekteverzekering, worden bijvoorbeeld toegekend aan personen die een recht op een pensioen doen ontstaan; dit zou anders neerkomen op het cumuleren van twee vervangingsinkomens) zijn de uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten daarentegen, door het feit dat ze strikt gezien geen vervangingsinkomen zijn maar tevens een schadevergoeding, de enige uitkeringen die nog uitbetaald worden aan personen die een pensioen ontvangen, zelfs al worden ze dan beperkt⁹.

Ik beoog dus op dat punt geen wijziging in deze regelingen aan te brengen.

In de huidige context is het absoluut noodzakelijk deze regels, die het financieel evenwicht van alle socialezekerheidssectoren kunnen garanderen, in stand te houden.

6. De beroepsziektenwetten refereren naar dezelfde artikelen (art. 49 van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 03.06.1970 voorziet dat "De lonen die tot basis dienen voor de berekening van de vergoedingen worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van Hoofdstuk II, afdeling 4, van de arbeidsongevallenwet van 10.04.1971 en de bepalingen van hoofdstuk II, afdeling Ibis; van het K.B. van 21.12.1971 houdende uitvoering van sommige bepalingen van de arbeidsongevallenwet van 10.04.1971").

7. Art. 64 van het K.B. van 21.12.1967 tot vaststelling van het algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers.

8. Deze regels zijn bepaald in het K.B. van 13.12.2006 tot uitvoering van art. 66 van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 03.06.1970 (B.S. van 21.12.2006) voor wat betreft beroepsziekten, en in het K.B. van 12.12.2006 tot uitvoering van art. 42bis van de arbeidsongevallenwet 1971 (B.S. van 21.12.2006) voor wat betreft arbeidsongevallen.

9. Deze regels voor het beperken van de integrale cumulatie van uitkeringen toegekend ingevolge arbeidsongevallen of beroepsziekten met pensioenen werden in 1983 aangenomen in het kader van besparingsmaatregelen met het oog op een betere verdeling van de beperkte financiële middelen waarover onze socialezekerheidsregeling beschikte.

III. Extra financiering voor de huizen die met dementerenden werken

Nieuwe afhankelijkheidscategorie D – Personeelsnormen

Vraag nr. 779, gesteld op 6 december 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw De Bont, volksvertegenwoordigster¹

Het aantal patiënten die aan dementie lijden neemt als maar toe en het is wetenschappelijk aangetoond dat mensen met dementie begeleiden meer en andere personeelsinzet vraagt.

Toch werd hiermee geen rekening gehouden bij het opstellen van een nieuwe personeelsnorm voor rusthuizen, die toestaat dat 30 % van de, niet altijd gemakkelijk te vinden geschikte verpleegkundigen, vervangen kan worden door mensen met een aanverwant beroep, op voorwaarde dat je zeven verpleegkundigen in dienst hebt.

Hierdoor worden de kleinere huizen voor dementerenden, die nationaal en internationaal geroemd worden voor hun aanpak op maat van de dementerenden, in hun werking bedreigd.

Na 26 jaar werd nog altijd niet geregeld dat huizen die met dementerenden werken een extra financiering krijgen en door de nieuw opgelegde normen wordt het RIZIV verplicht de kleinere huizen, die perfect werk leveren, maar niet aan de opgelegde personeelsnormen kunnen voldoen 4 EUR per dag en per bewoner minder uit te betalen dan voorheen.

Dat betekent een aanzienlijke vermindering van inkomen op jaarbasis, waardoor deze huizen verplicht worden een aantal personeelsleden te ontslaan, wat het op zijn beurt moeilijk maakt hun zorg op maat vol te houden.

1. Bent u bewust van deze problematiek en wat is de reactie op de aantijging dat de overheid niet wil betalen voor deze zorg op maat?
2. a) Kunnen/moeten er voor deze kleinere rusthuizen die met dementerenden werken geen aparte personeelsnormen worden opgelegd?
b) Zo ja, welke?
3. a) Worden er andere mogelijkheden voorzien om deze goed functionerende instellingen extra te financieren?
b) Zo ja, welke?

1. Bulletin nr. 98, Kamer, gewone zitting 2012-2013, blz. 240.

Antwoord

De problematiek van personen met dementie ligt me nauw aan het hart. De afgelopen jaren heb ik dan ook verschillende maatregelen genomen om personen met dementie beter te omringen, de kwaliteit van de vereiste verzorging voortdurend te verbeteren en om hun mantelzorgers beter te ondersteunen.

Een volledig overzicht van alle gerealiseerde maatregelen alsook de maatregelen die nog in uitvoering zijn, is terug te vinden in mijn antwoord op de parlementaire vraag nr. 563, gesteld op 25 mei 2012 (I.B.-RIZIV n° 2012/2, blz. 224) door mevrouw R. Van Moer. (Vragen en Antwoorden Kamer, 2011/2012, nr. 73, blz. 187).

In de sector van de rustoorden voor bejaarden (ROB) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) verschenen op 17 december 2012 een Koninklijk en een ministerieel besluit die vanaf 1 januari 2013 een nieuwe afhankelijkheidscategorie D in de ROB invoeren en financieren.

Die categorie D omvat alle patiënten bij wie dementie is gediagnosticeerd, ongeacht de graad van hun fysieke afhankelijkheid. Ze biedt hen een specifieke begeleiding.

Zoals u terecht aanhaalt, vereist de verzorging en begeleiding van patiënten met dementie een andere personeelsinzet: minder verpleegkundigen, ten voordele van meer personeel voor reactivering. De invoering van die maatregel in de RVT werd wegens budgettaire redenen uitgesteld, tot wanneer de kostprijs van de invoering ervan in de ROB zal bekend zijn.

Ik wil overigens benadrukken dat het RIZIV-financieringsbesluit van de rusthuizen nog voorziet in de financiering van de opleiding en de sensibilisering van het personeel op het vlak van dementie, alsook in de financiering van een halftijdse referentiepersoon "dementie".

De bewering dat de overheid niet wil betalen voor een betere verzorging van patiënten met dementie in de rusthuizen, is dus onjuist.

Opdat een instelling toch een aantal eigen accenten zou kunnen leggen in haar verzorgingsbeleid en om aanwervingsproblemen in bepaalde kwalificaties op te vangen, voorziet het financieringsbesluit van de rusthuizen in een aantal flexibiliteitsregels: personeelstekorten in bepaalde kwalificaties kunnen opgevuld worden met een overschot aan personeel in andere kwalificaties.

De huidige RIZIV-financieringsnormen bepalen dat het tekort aan verpleegkundigen voor maximum 20 % gecompenseerd kan worden door een teveel aan personeelsleden voor reactivering en/of zorg. De ontwerpbesluiten voorzien in een versoepeling van deze flexibiliteitsregel.

Instellingen die minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerkstellen, zullen personeel voor reactivering en/of zorg tot 30 % van de norm van het verpleegkundig personeel kunnen compenseren. De voorwaarde om minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerk te stellen is helemaal niet bedoeld om kleinere rusthuizen te discrimineren, maar om de verpleegkundige wachtdienst in de instellingen te waarborgen.

Tot slot verwijs ik naar de besprekingen in de interministeriële conferentie, waarbij werd nagedacht over een globale vorm van de tenlasteneming van chronisch zieke patiënten die een residentiële opvang vergen die van een klassieke opvang in een rustoord verschilt.

Dat heeft tot een gediversifieerde opvang geleid van bijvoorbeeld mensen met een minimaal responsieve status of die aan bepaalde chronische ziekten lijden, zoals de ziekte van Huntington. Voor de mensen die aan dementie lijden kan men op vraag van de Gemeenschappen en Gewesten een gelijkaardige denkoefening maken.

IV. RIZIV

Terugvordering van prestatiegelden aan ziekenhuizen – Sancties voor 2012 – Regionale verschillen – Methodologie van de referentiebedragen

Vraag nr. 788, gesteld op 11 december 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw Wierinck, volksvertegenwoordigster¹

Het RIZIV vordert in totaal 3,5 miljoen EUR terug van 23 ziekenhuizen die beduidend meer dan het gemiddelde hebben uitgegeven voor een reeks ingrepen en de behandeling van bepaalde courante aandoeningen. Dat schreven “Le Soir” en “La Libre Belgique” op 13 november 2012.

Bij het bepalen van het gemiddelde bedrag per prestatie hielden de experts van het RIZIV de facturen van 317.318 ziekenhuisverblijven tegen het licht, afkomstig van de 117 algemene ziekenhuizen en de 7 universitaire hospitalen in ons land.

Voor 2012 besloot het RIZIV 23 ziekenhuizen te sanctioneren:

- 14 in Wallonië
- 8 in Brussel en
- slechts 1 in Vlaanderen.

In 2011 ging het nog om 30 instellingen, van wie het Rijksinstituut toen 4,9 miljoen EUR terug eiste. Het bedrag per ziekenhuis varieert van een kleine 20.000 EUR tot meer dan 350.000 EUR. Geen enkel universitair ziekenhuis moet iets terugbetalen. Bijna twee derde van zij die dat wel moeten, zijn private ziekenhuizen.

1. Gaat het over dezelfde ziekenhuizen als in 2010 en 2011?
2. Waarom is volgens u het verschil tussen Wallonië en Vlaanderen zo groot?
3. Waarom is er volgens u een verschil tussen universitaire ziekenhuizen en private ziekenhuizen?
4. Vanaf welke overschrijding van het gemiddelde bedrag van de prestatiegelden wordt een terugvordering gedaan?

Antwoord

Over het algemeen zou ik er willen aan herinneren dat we aan de vierde toepassing van dat systeem zitten. Er bestaan wellicht kritieken en vragen, zowel wat de resultaten als wat de methodologie betreft. Maar het is volgens mij niet omdat het systeem kan worden verbeterd, dat het niet meer relevant zou zijn. Het werd trouwens verschillende keren aangepast, en er wordt nog aan verfijningen gesleuteld. U weet ongetwijfeld dat de regering van plan is om het systeem in de komende jaren uit te breiden. (Een eerste uitbreiding is begonnen met de verblijven 2013: dagopname en carensdag.) Er zal hierover natuurlijk met de sector worden overlegd.

1. Bulletin nr. 98, Kamer, gewone zitting, 2012-2013, blz. 250.

1. – 3. Met betrekking tot de resultaten nodig ik u uit om kennis te nemen van de analyses die het RIZIV heeft uitgevoerd en die eveneens op zijn website beschikbaar zijn. Men stelt er per gewest, soort ziekenhuis (privé, openbaar, universitair of niet), enzovoort een analyse voor. Zo kan men onderstrepen dat men een verbetering vaststelt: het globale terug te betalen bedrag vermindert sterk tussen 5 miljoen in 2011 voor 34 ziekenhuizen en 3,5 miljoen in 2012 voor 23 ziekenhuizen.

De lijst met ziekenhuizen is elk jaar veranderd, maar sommige ziekenhuizen hebben inderdaad gedurende verschillende jaren moeten terugbetalen.

Op het vlak van de regionale verschillen blijkt, volgens de studies van het RIZIV, die zich op gestandaardiseerde gemiddelden baseren (d.w.z. dat men bepaalde kenmerken neutraliseert om een statistisch geldige vergelijking te kunnen maken), dat men in 2009 voor de erelonen voor een opgenomen Waalse patiënt (100,7) niet meer uitgeeft dan voor een Vlaamse (99,7).

Maar het klopt dat wanneer men zich op bepaalde verrichtingen focust, de regionale verschillen groot kunnen zijn. Kijk bijvoorbeeld naar de medische beeldvorming:

- een uitgave van 94 in Vlaanderen en
- 111 in Wallonië
- 103 in het Brusselse Gewest

en de psychiatrie:

- Vlaanderen besteedt daar 137 aan
- tegen respectievelijk 70 in Wallonië en
- 58 in Brussel.

4. Met betrekking tot de methodologische aspecten kan ik u alleen maar aanbevelen om de door het Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) uitgegeven en online beschikbare brochure te lezen.



www.riziv.be,care/nl/hospitals/specific-information/amounts-reference/index.htm.

Ze legt op een pedagogische wijze uit hoe het referentiebedragensysteem werkt.

Die werking komt in grote lijnen hier op neer: het RIZIV legt voor een reeks standaard en minder ernstige aandoeningen (bevalling, blindedarmoperatie, e.d.) en voor bepaalde groepen van verrichtingen (vooral medische beeldvorming en klinische biologie) een referentiebedrag vast, dat eigenlijk de gemiddelde uitgave per aandoening en per groep van verrichtingen is en waaraan men een marge van 10 % toevoegt. Wanneer de uitgaven van het ziekenhuis te veel of te dikwijls van die referentiebedragen afwijken, moet het ziekenhuis het verschil terugbetalen.

De methodologie van de referentiebedragen verloopt in twee fasen:

- enerzijds de selectie van de ziekenhuizen die zullen moeten terugbetalen
- en anderzijds de berekening van het bedrag dat effectief zal moeten worden terugbetaald.

Door de eerste fase is een volledige compensatie mogelijk tussen de “goede” resultaten (werkelijke uitgaven onder de referentie-uitgaven op basis van een gemiddelde + 10 %) en de “slechte” resultaten (werkelijke uitgaven boven de referentie-uitgaven op basis van een gemiddelde + 10 %).

In de tweede fase worden alleen de positieve verschillen (reële uitgaven die groter zijn dan de referentie-uitgaven die op de medianen zijn gebaseerd) behouden.

Er is geen compensatie meer tussen de “goede” en de “slechte” resultaten. Die methodologie in twee fasen had de bedoeling om meer op de verschillen in de praktijkvoering te mikken (minder geselecteerde ziekenhuizen) maar de gekozen ziekenhuizen zwaarder te straffen (een groter terug te betalen bedrag op basis van de mediaan).

V. Strijd tegen sociale fraude

Sociale inspectie – Gebruik van het elektronisch proces-verbaal – Kostprijs van het project

Vraag nr. 54, gesteld op 08 mei 2012 aan de heer Crombez, staatssecretaris voor de bestrijding van de sociale en fiscale fraude, toegevoegd aan de eerste minister, door mevrouw Sminate, volksvertegenwoordigster¹

Het gebruik van het elektronisch proces-verbaal door de verschillende sociale inspectiediensten en de Directie voor administratieve geldboeten moet de strijd tegen de sociale fraude efficiënter maken.

Om een zicht te krijgen op kosten en baten van dit project graag:

1. een gedetailleerd overzicht van de kostprijs van het project (per jaar vanaf de opstart van het project) en een verdeling tussen de entiteiten die bijgedragen hebben
2. een gefundeerde prognose betreffende de diensten die zullen toetreden tot het project alsook de vermoedelijke datum waarop dit zal gebeuren en de kostprijs voor deze toekomstige partners
3. het aantal processen-verbaal dat opgemaakt werd via de applicatie e-proces-verbaal (per jaar en per dienst).

Antwoord

1. Hieronder, vindt u een gedetailleerd overzicht van de kostprijs van het project:

2009: 100.000 EUR proefproject (analyse van keuze hardware en software aan de hand van een case): FOD WASO.

2010: 1.000.000 EUR: FOD WASO: ontwikkeling databank en uniform elektronisch model e-PV.

2011: 500.000 EUR: algemeen budget FOD WASO: vervolg ontwikkeling databank.

2012: 500.000 EUR: algemeen budget FOD WASO: verbeteringen van ontwikkelingen; uitwerken eerste consultatiemogelijkheden bepaalde gegevens, toetreden nieuwe partners, start nieuwe gegevensstromen.

2. Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen het toetreden van nieuwe inspectiediensten die eveneens gebruik zullen maken van het e-PV en het uitwerken van gegevensstromen naar geïnteresseerde administraties. In de planning van het project wordt voorrang gegeven aan het voeden van de databank met de e-PV's van nieuwe inspectiediensten.

De nieuwe partners kunnen gebruik maken van de ontwikkelingen die reeds gebeurd zijn en waarbij maximaal aandacht werd besteed aan het ontwerpen van een zo generiek mogelijke tool. Desalniettemin is reeds gebleken dat een aantal aanpassingen aan de toepassing e-PV noodzakelijk zullen zijn om de nieuwe partners te laten aansluiten.

1. Bulletin nr. 99, Kamer, gewone zitting 2012-2013, blz. 143.

De kostprijs hiervan wordt ingeschat op 41.000 EUR. Gezien het aanpassingen betreffen die ten goede komen van alle partners wordt die kost centraal gedragen. Het betreft een prognose van de kostprijs op basis van de huidige kennis van het dossier die mogelijk bij te sturen is als de technische analyse afgerond is.

De kostprijs voor specifieke ontwikkelingen op vraag van de nieuwe partners, zoals bijvoorbeeld het creëren van een flux voor een intern dossierbeheer of bestemd voor een eigen administratie administratieve geldboeten, zal evenwel door hen te dragen zijn. Daarnaast is er een eenmalige beperkte instapkost voor het uitvoeren van een aantal kleine aanpassingen eigen aan iedere dienst en het uitvoeren van de nodige testen om na te gaan of de verschillende betrokken informatica-systemen compatibel zijn.

De planning ziet er als volgt uit:

2012

- RIZIV: dienst geneeskundige controle: prognose kostprijs op basis van huidige kennis van het dossier (mogelijks bij te sturen als de technische analyse afgerond is): 8.000 EUR (instap + flux).
- De volgende regionale inspecties: Brussel-Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië: prognose kostprijs op basis van huidige kennis van het dossier (mogelijks bij te sturen als de technische analyse afgerond is): per partner 8.000 EUR (instap + flux).
- Toezicht welzijn op het Werk: prognose kostprijs op basis van huidige kennis van het dossier (mogelijks bij te sturen als de technische analyse afgerond is): 8.000 EUR (instap + flux).
- Afronden analyse instap Inspectie van de Vlaamse Gemeenschap (IWSE) die beschikt over een eigen elektronisch dossier en waardoor meer ontwikkelingen dienen te gebeuren om de databank e-PV voor hen te ontsluiten. De kostprijs hiervan is bijgevolg nog niet gekend.
- Analyse aansluiten Justitie. De kostprijs hiervan is nog niet gekend.

2013

- IWSE
- Elektronisch overmaken e-PV's aan Justitie: de kostprijs hiervan is nog niet gekend.

3. Voor wat het e-PV betreft, is dit bij de Sociale Inspectie van de FOD sociale zekerheid in productie gegaan op 1 maart 2011.

In bijlage 1 vindt u voor de jaren 2011 en 2012 het aantal processen-verbaal van vaststelling van inbreuken, opgesteld door middel van de toepassing e-PV, ingedeeld per materie. Er moet opgemerkt worden dat een “fysiek” proces-verbaal inbreuken op verschillende reglementeringen kan betreffen.

Jaar 2011 (vanaf 01.03 tot 31.12)		
Reglementering	Aantal PV	Aantal werknemers
Arbeidsongevallen	210	562
Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	2	2
Strafwetboek	9	35
Sociale documenten	1.348	3.155
Buitenlandse zelfstandige – Wet 19 februari 1965	32	32
LIMOSA (Wet 27.12.2006)	45	153
Sociale Zekerheid	250	824
Onwettelijk verblijf – Wet 15 december 1980	4	4
Verhinderend van toezicht	145	145
Deeltijdse arbeid-werkrooster	698	1.372
Buitenlandse werknemer – Wet 30 april 1999	373	640
Jaarlijkse vakantie	46	140
Totaal	3.162	7.064
Totaal “fysieke” PV	2.060	7.064

Jaar 2012 (vanaf 01.01 tot 30.04)		
Reglementering	Aantal PV	Aantal werknemers
Arbeidsongevallen	63	216
Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	4	5
Strafwetboek	486	1.455
Sociale documenten	26	26
Buitenlandse zelfstandige – Wet 19 februari 1965	29	57
LIMOSA (Wet 27.12.2006)	109	359
Sociale Zekerheid	43	43
Deeltijdse arbeid-werkrooster	266	469
Buitenlandse werknemer – Wet 30 april 1999	127	250
Jaarlijkse vakantie	21	61
Totaal	1.174	2.941
Totaal “fysieke” PV	798	2.941

Wat de RSZ betreft, vindt u in bijlage 2 een tabel met het aantal processen-verbaal tot vaststelling van overtredingen opgesteld met behulp van de applicatie e-PV.

RSZ			
	2012 tot 21 mei	2011	2010
Totaal aantal opgestelde pro justitia's	144	336	339
WAARVAN aantal e-PV	144	323	3
% e-PV in verhouding tot het totaal aantal PJ	100,00 %	96,13 %	0,88 %

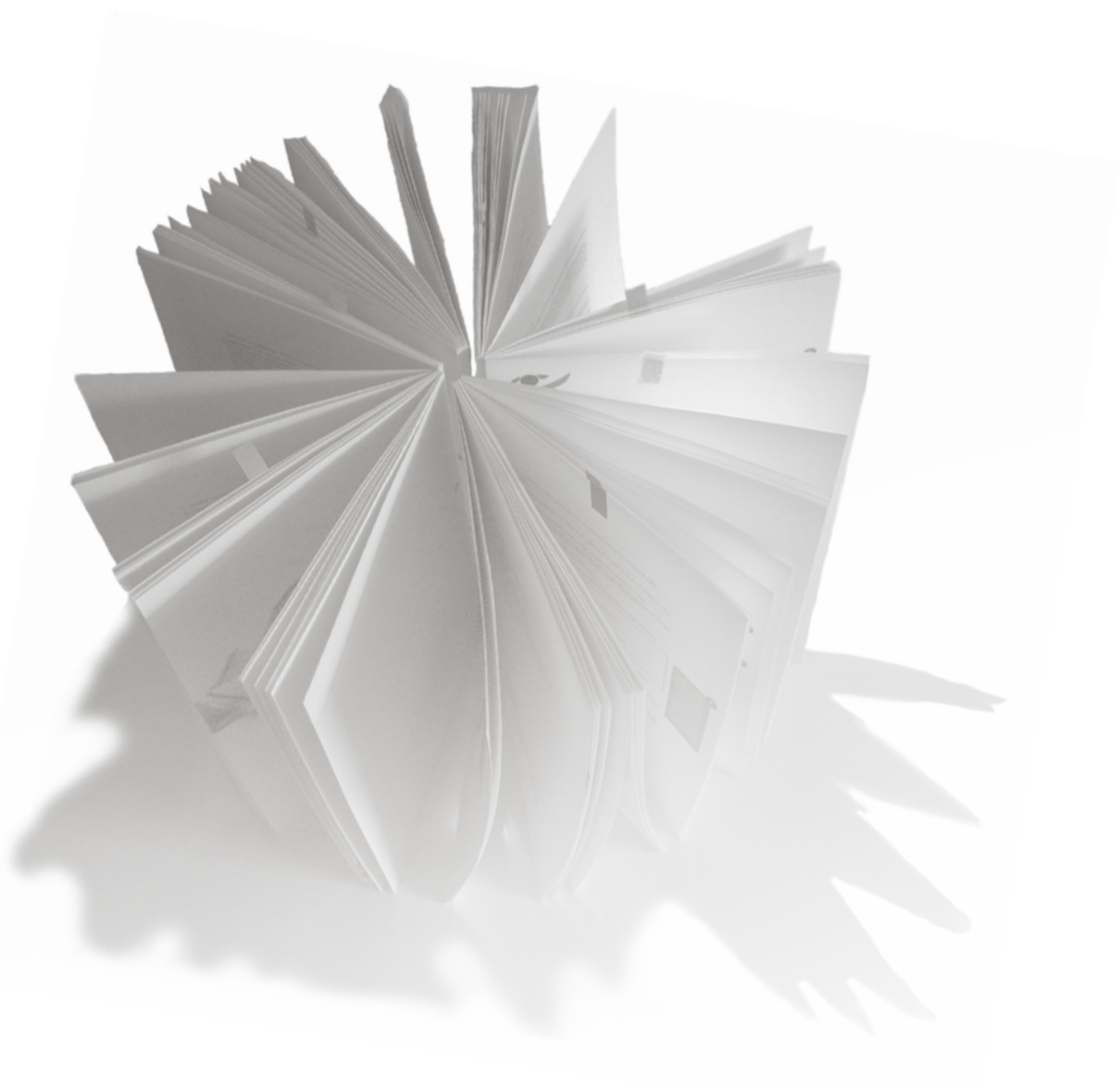
Wat de RVA betreft, vindt u in bijlage 3 en tabel met het aantal e-PV's opgemaakt door de sociaal controleurs van de RVA.

RVA	
Periode	Aantal e-PV's
2010 (vanaf 01.11.2010 tot 31.12.2010)	13
2011	2.720
2012 (vanaf 01.01.2012 tot 29.05.2012)	1.202
Totaal	3.935

Wat tot slot het toezicht op de sociale wetten van de FOD Werkgelegenheid betreft, vindt u het aantal e-PV's in de tabel in bijlage 4.

Inspectie van de sociale wetten van de FOD werkgelegenheid	
Periode	Aantal e-PV's
2011	2.784
2012	1.301
Totaal	4.085

5^e Deel
Richtlijnen van het RIZIV



I. Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 : administratieve procedure

Krachtens artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft de arbeidsongeschikte gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft verricht of die gewerkt heeft zonder de voorwaarden van de toelating te respecteren de mogelijkheid om, in behartigenswaardige gevallen en bij afwezigheid van een bedrieglijk opzet, een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in te dienen bij het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen.

De beslissing van het Beheerscomité houdt rekening met de evenredigheid die in acht genomen moet worden tussen de omvang van de terugvordering enerzijds en de aard of de ernst van de tekortkoming van de gerechtigde aan zijn verplichtingen anderzijds. In dit kader houdt het Beheerscomité rekening met name met de volgende elementen:

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

Indien het Beheerscomité van oordeel is dat de situatie van de betrokkene behartigenswaardig is, kan het beslissen:

- volledig te verzaken aan het terug te vorderen bedrag dat ten onrechte werd uitgekeerd
- volledig te verzaken aan de terugvordering, behalve aan het bedrag dat de verzekerde minder zou hebben ontvangen in toepassing van artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 indien hij de toelating had gevraagd
- te verzaken aan een deel (25 % - 50 % - 75 %) van het terug te vorderen bedrag.

Een verzaking aan de terugvordering is niet mogelijk wanneer:

- er sprake is van kwade trouw in hoofde van de verzekerde
- de vordering tot terugvordering volledig verjaard is in toepassing van de verjaringstermijn van artikel 174, eerste lid, 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
- het een normale werkhervatting betreft (m.a.w. wanneer de uitgeoefende activiteit minstens hetzelfde arbeidsvolume of hetzelfde arbeidsrendement heeft dan de activiteit die uitgeoefend werd vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid).

Deze omzendbrief stelt de administratieve procedure vast die gevolgd moet worden opdat een dossier kan voorgelegd worden aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

1. Samenstelling van het administratief dossier door het ziekenfonds

De sociaal verzekerde dient zijn aanvraag tot verzaking in bij zijn ziekenfonds.

Indien een aanvraag door de verzekerde rechtstreeks wordt opgestuurd aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, stuurt de Dienst die aanvraag door naar de betrokken Landsbond. De verzekerde wordt hiervan op de hoogte gebracht.

Het ziekenfonds stelt een administratief dossier samen met betrekking tot de verzakingsaanvraag van de sociaal verzekerde aan de hand van het formulier “Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een ten onrechte ontvangen bedrag aan uitkeringen. Toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994”. Het model van dit formulier gaat als bijlage (niet hier gepubliceerd).

Het administratief dossier dient de volgende gegevens te bevatten:

- I. Identificatie van de gerechtigde
- II. Gegevens met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid
- III. Gegevens met betrekking tot de niet toegelaten activiteit
- IV. Gegevens inzake de terug te vorderen uitkeringen
- V. Toepassing van de cumulregel
- VI. Goede trouw
- VII. Beoordeling van de behartigenswaardigheid.

Het ziekenfonds vult op het aanvraagformulier alle gegevens in waarover het beschikt en bewaart tevens de bewijsstukken ervan in het administratief dossier. Het vraagt desgevallend de ontbrekende gegevens op bij de sociaal verzekerde.

Het ziekenfonds maakt het administratief dossier vervolgens over aan de Landsbond, die de juistheid en de volledigheid van de gegevens dient te verifiëren met het oog op een eventuele controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV.

Indien het administratief dossier niet al de noodzakelijke gegevens bevat, zoals bepaald in het aanvraagformulier, kan de aanvraag tot verzaking aan de terugvordering niet worden voorgelegd aan het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen.

Het is de verantwoordelijkheid van de Landsbond om het administratief dossier vervolgens in te dienen bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Laatstgenoemde dienst bereidt een nota voor ten behoeve van het Beheerscomité dat de beslissing neemt.

De Landsbond wordt op de hoogte gebracht van deze beslissing via een gewone zending.



Zelfs nadat de aanvraag tot verzaking is ingediend bij het RIZIV, onderneemt het ziekenfonds de nodige stappen om de verjaringstermijn voorzien in artikel 174, eerste lid, 5^o en artikel 174, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te stuiten (zie hieronder deel 2).

2. Verjaring

a. Duur van de verjaringstermijn

Krachtens artikel 174, eerste lid, 5^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 verjaart de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald.

Deze termijn wordt bepaald op vijf jaar indien het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg is van bedrieglijke handelingen in hoofde van de sociaal verzekerde (cf. art. 174, 4^o lid van voornoemde wet).

Voormelde verjaringstermijnen zijn enkel van toepassing in de rechtsverhouding tussen het ziekenfonds en de sociaal verzekerde die ten onrechte prestaties ten laste van de uitkeringsverzekering ontvangen heeft.



Een verzekerde heeft ten onrechte ziekte-uitkeringen ontvangen vanaf 16 mei 2012. De vordering van het ziekenfonds tot terugvordering van de in de maand mei 2012 onverschuldigd betaalde uitkeringen verjaart, bij afwezigheid van bedrog, op 1 juni 2014. Indien bedrog kan worden weerhouden in hoofde van de sociaal verzekerde, verjaart het terugvorderingsrecht van het ziekenfonds op 1 juni 2017.

b. Stuiting van de verjaring

Krachtens artikel 174, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 volstaat een ter post aangetekend schrijven om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd. De ziekenfondsen hebben de verantwoordelijkheid om tijdig een aangetekend schrijven te versturen naar de sociaal verzekerde om de verjaring van hun terugvorderingsrecht te voorkomen.

De verjaring kan eveneens gestuit worden door de gemeenrechtelijke bepalingen (cf. art. 2242 tot en met 2250 van het B.W.).

Dit betekent dat de verjaring onder meer wordt gestuit door:

- de ondertekening van een schulderkenning door de sociaal verzekerde (art. 2248 B.W.)
- een dagvaarding (of een verzoekschrift) voor het gerecht, een bevel tot betaling, of een beslag, betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen (art. 2244 B.W.)
Het indienen door het ziekenfonds van een verzoekschrift bij de arbeidsrechtbank tot het bekomen van een uitvoerbare titel stuit bijgevolg de verjaring.

c. Onderscheid tussen de verjaringstermijn en de terugvorderingstermijn

Krachtens artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dient de terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door het ziekenfonds in principe te gebeuren binnen een termijn van twee jaar, met ingang van de datum van:

- de vaststelling voor de gevallen bedoeld in artikel 325, a)
- de kennisgeving van de Dienst voor Administratieve Controle voor de gevallen bedoeld in artikel 325, b)
- de uitspraak van de gerechtelijke eindbeslissing voor de gevallen bedoeld in artikel 325, c) en d).

Deze termijn moet onderscheiden worden van de verjaringstermijn van twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald, waarvan sprake is in artikel 174, eerste lid, 5^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

De terugvorderingstermijn van twee jaar wordt ondermeer opgeschort vanaf de datum van indiening van de aanvraag om te verzaken aan de terugvordering overeenkomstig artikel 101 van de gecoördineerde wet en dit tot aan de beslissing van het Beheerscomité ((cf. art. 326, § 3 a) K.B. van 03.07.1996). De verjaringstermijn daarentegen loopt gewoon verder, tenzij deze gestuit wordt door bovenvermelde daden van stuiting.

Aangezien de procedure tot aanvraag van verzaking, ingediend bij het RIZIV, de verjaring niet stuit, dient het ziekenfonds de verjaring ten minste te blijven stuiten totdat het ziekenfonds in kennis wordt gesteld van de beslissing van het Beheerscomité.

Van toepassing vanaf 1 januari 2013



Omzendbrief V.I. nr. 2012/503 – 406/11 van 14 december 2012.

II. Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in toepassing van artikel 11 van de verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde: administratieve procedure

Naar analogie van de regeling voor de loontrekkenden voorziet artikel 23 *ter* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 een regularisatieprocedure indien de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde een niet toegelaten activiteit uitoefent of de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd. Artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest van de sociaal verzekerde” dat verder is uitgevoerd in de verordening van 12 februari 2001 voorziet in de mogelijkheid voor voornoemde gerechtigde om in behartigenswaardige gevallen en bij afwezigheid van bedrieglijk opzet, een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in te dienen bij het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen.

Krachtens artikel 11 van de voormelde verordening wordt de behartigenswaardigheid bepaald op basis van de evenredigheid tussen de omvang van de terugvordering enerzijds en de aard of de ernst van de tekortkoming van de gerechtigde aan zijn verplichtingen anderzijds.

In dit kader houdt het Beheerscomité met name rekening met de volgende elementen:

- 1° de sociale en financiële situatie van de gerechtigde evenals elk ander persoonlijk pertinent gegeven
- 2° de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteit aan de sociale zekerheid
- 3° de omvang van de beroepswinsten.

Indien het Beheerscomité van oordeel is dat de situatie van de betrokkene behartigenswaardig is, kan het beslissen:

- volledig te verzaken aan het terug te vorderen bedrag dat ten onrechte werd uitgekeerd
- volledig te verzaken aan de terugvordering, behalve aan het bedrag dat de verzekerde minder zou hebben ontvangen in toepassing van artikel 28*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 indien hij de toelating had gevraagd
- te verzaken aan een deel (25 % - 50 % - 75 %) van het terug te vorderen bedrag.

De verzaking kan echter niet slaan op de totaliteit of het gedeelte van de uitkeringen die niet toegekend hadden kunnen worden in toepassing van de artikelen 20*bis* en 22 tot 23*bis* van het Koninklijk Besluit van 20 juli 1971.

Een verzekering aan de terugvordering is niet mogelijk wanneer:

- er sprake is van kwade trouw in hoofde van de verzekerde
- de vordering tot terugvordering volledig verjaard is in toepassing van de verjaringstermijn van artikel 174, eerste lid, 5^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
- het een normale werkhervatting betreft (m.a.w. wanneer de uitgeoefende activiteit minstens hetzelfde arbeidsvolume of hetzelfde arbeidsrendement heeft dan de activiteit die uitgeoefend werd vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid).

Deze omzendbrief stelt de administratieve procedure vast die gevolgd moet worden opdat een dossier kan voorgelegd worden aan het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen.

1. Samenstelling van het administratief dossier door de verzekeringsinstelling

De sociaal verzekerde dient zijn aanvraag tot verzekering in bij zijn ziekenfonds.

Indien een aanvraag door de verzekerde rechtstreeks wordt opgestuurd aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, stuurt de Dienst die aanvraag door aan de betrokken Landsbond. De verzekerde wordt hiervan op de hoogte gebracht.

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot de verzakingsaanvraag van de sociaal verzekerde aan de hand van het formulier "Aanvraag tot verzekering aan de terugvordering van een ten onrechte ontvangen bedrag aan uitkeringen. Toepassing van artikel 11 van de verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde". Het model van dit formulier gaat als bijlage (niet hier gepubliceerd).

Het administratief dossier dient de volgende gegevens te bevatten:

- I. Identificatie van de gerechtigde
- II. Gegevens met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid
- III. Gegevens met betrekking tot de niet toegelaten activiteit
- IV. Gegevens inzake de terug te vorderen uitkeringen
- V. Toepassing van de cumulregel
- VI. Reeds uitgeoefende periodes van toegelaten activiteit
- VII. Goede trouw
- VIII. Beoordeling van de behartigenswaardigheid.

Het ziekenfonds vult op het aanvraagformulier alle gegevens in waarover het beschikt en bewaart tevens de bewijsstukken ervan in het administratief dossier. Het vraagt desgevallend de ontbrekende gegevens op bij de sociaal verzekerde.

Het ziekenfonds maakt het administratief dossier vervolgens over aan de Landsbond, die de juistheid en de volledigheid van de gegevens dient te verifiëren met het oog op een eventuele controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV. Indien het administratief dossier niet al de noodzakelijke gegevens bevat, zoals bepaald in het aanvraagformulier, kan de aanvraag tot verzekering aan de terugvordering niet worden voorgelegd aan het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen.

Het is de verantwoordelijkheid van de Landsbond om het administratief dossier vervolgens in te dienen bij de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV. Laatstgenoemde dienst bereidt een nota voor ten behoeve van het Beheerscomité dat de beslissing neemt.

De Landsbond wordt op de hoogte gebracht van deze beslissing via een gewone zending.



Zelfs nadat de aanvraag tot verzaking is ingediend bij het RIZIV, onderneemt het ziekenfonds de nodige stappen om de verjaringstermijn voorzien in artikel 174, eerste lid, 5^o en artikel 174, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 te stuiten (zie hieronder deel II).¹

2. Verjaring

a. Duur van de verjaringstermijn

Krachtens artikel 174, eerste lid, 5^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994¹ verjaart de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald.

Deze termijn wordt bepaald op vijf jaar indien het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg is van bedrieglijke handelingen in hoofde van de sociaal verzekerde (cf. art. 174, vierde lid van voornoemde wet).¹

Voormelde verjaringstermijnen zijn enkel van toepassing in de rechtsverhouding tussen het ziekenfonds en de sociaal verzekerde die ten onrechte prestaties ten laste van de uitkeringsverzekering ontvangen heeft.



Een verzekerde heeft ten onrechte ziekte-uitkeringen ontvangen vanaf 16 mei 2012. De vordering van het ziekenfonds tot terugvordering van de in de maand mei 2012 onverschuldigd betaalde uitkeringen verjaart, bij afwezigheid van bedrog, op 1 juni 2014. Indien bedrog kan worden weerhouden in hoofde van de sociaal verzekerde, verjaart het terugvorderingsrecht van de verzekeringsinstelling op 1 juni 2017.

b. Stuiting van de verjaring

Krachtens artikel 174, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994¹ volstaat een ter post aangetekend schrijven om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd. De ziekenfondsen hebben de verantwoordelijkheid om tijdig een aangetekend schrijven te versturen naar de sociaal verzekerde om de verjaring van hun terugvorderingsrecht te voorkomen.

De verjaring kan eveneens gestuit worden door de gemeenrechtelijke bepalingen (cf. art. 2242 tot en met 2250 van het B.W.).

Dit betekent dat de verjaring onder meer wordt gestuit door:

- de ondertekening van een schulderkenning door de sociaal verzekerde (art. 2248 B.W.)
 - een dagvaarding (of een verzoekschrift) voor het gerecht, een bevel tot betaling, of een beslag, betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen (art. 2244 B.W.).
- Het indienen door het ziekenfonds van een verzoekschrift bij de arbeidsrechtbank tot het bekomen van een uitvoerbare titel stuit bijgevolg de verjaring.

1. Deze bepalingen zijn van toepassing in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen krachtens art. 82 van het K.B. van 20.07.1971.

c. Onderscheid tussen de verjaringstermijn en de terugvorderingstermijn

Krachtens artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996¹ dient de terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door het ziekenfonds in principe te gebeuren binnen een termijn van twee jaar, met ingang van de datum van:

- de vaststelling voor de gevallen bedoeld in artikel 325, a)
- de kennisgeving van de Dienst voor Administratieve Controle voor de gevallen bedoeld in artikel 325, b)
- de uitspraak van de gerechtelijke eindbeslissing voor de gevallen bedoeld in artikel 325, c) en d).

Deze termijn moet onderscheiden worden van de verjaringstermijn van twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald, waarvan sprake is in artikel 174, eerste lid, 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.¹

De terugvorderingstermijn van twee jaar wordt ondermeer opgeschort vanaf de datum van indiening van de aanvraag om te verzaken aan de terugvordering overeenkomstig artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde en dit tot aan de beslissing van het Beheerscomité ((cf. art. 326, § 3, b) K.B. van 3.07.1996).¹ De verjaringstermijn daarentegen loopt gewoon verder, tenzij deze gestuit wordt door bovenvermelde daden van stuiting.

Aangezien de procedure tot aanvraag van verzaking, ingediend bij het RIZIV, de verjaring niet stuit, dient het ziekenfonds de verjaring te blijven stuiten totdat het ziekenfonds in kennis wordt gesteld van de beslissing van het Beheerscomité.

Van toepassing vanaf 1 januari 2013



Omzendbrief V.I. nr. 2012/504 – 485/2 van 14 december 2012.

1. Deze bepalingen zijn van toepassing in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen krachtens art. 82 van het K.B. van 20.07.1971.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Met ingang van 1 januari 2013 worden de bedragen van persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegroetheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2012, namelijk 121,79 (basis 2004 = 100).

In de bijgevoegde tabellen kunt u kennis nemen van die nieuwe bedragen; zoals u kunt vaststellen, wordt in elke tabel verwezen naar de reglementaire teksten.

Tabel 1. Bijdrage van voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

a. Bijdrage per werkdag:

- 21 jaar en ouder: 1,67 EUR
- 18 tot 21 jaar : 1,25 EUR
- 14 tot 18 jaar : 0,83 EUR

b. Bijdrage per volledige kalendermaand (dagbijdrage x 25):

- 21 jaar en ouder: 41,75 EUR
- 18 tot 21 jaar : 31,25 EUR
- 14 tot 18 jaar : 20,75 EUR

Tabel 2: Bijdrage van de studenten

Artikel 133 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 57,99 EUR

Tabel 3: Bijdrage van de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Artikel 134 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, gewijzigd door het Koninklijk besluit van 3 september 2000 (B.S. van 29.09.2000) tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli (gerechtigde bedoeld in art. 32, 1^{ste} alinea, 15^o van de gecoördineerde wet)

Per kwartaal:

Normaal: 684,05 EUR

Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 1354, 3^o alinea van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 : 342,02 EUR

Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten : 57,99 EUR

Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum : 0,00 EUR

Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1^o, 2^o of 3^o van de gecoördineerde wet : 0,00 EUR

Tabel 4: Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

Artikel 136*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar 87,60 EUR

b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar 25,05 EUR

Tabel 5: Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 39,45 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2013

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 90,54 basis 2004 = 100



Omzendbrief V.I. nr. 2012/437 – 270/57, 273/57, 274/59, 276/109, 2790/57, 2791/57, 2792/56 en 83/424 van 12 november 2012.

II. VT-statuuut - Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de recht hebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5^o en 6^o) voor 2011- 2012

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^{de} uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11.763,02 en 2.177,65 EUR (tegen spilindex 103,14 basis 1996=100) niet bereiken; die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2011)	
Gerechtigden	Personen ten laste
15.606,71 EUR	2.889,22 EUR

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2012)	
Gerechtigden	Personen ten laste
16.306,86 EUR	3.018,84 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2012/444 – 3991/232 van 13 november 2012 en 2012/496 – 3991/235 van 13 december 2012.

III. VT-statuut Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5^o en 6^o) vanaf 1 december 2012. Indexering

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^{de} uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11.763,02 en 2.177,65 EUR (tegen spilindex 103,14 basis 1996=100) niet bereiken; die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Op 1 december 2012 (indexering):

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
16.632,81 EUR	3.079,19 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2012/497 - 3991/236 van 13 december 2012.

IV. OMNIO-statuut - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Met toepassing van artikels 38 en 39 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^{de} uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden OMNIO de volgende maximumbedragen van toepassing vanaf 1 januari 2012 niet bereiken.

Van toepassing vanaf 1 december 2012:

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2011)	
Gerechtigden	Personen ten laste
15.606,71 EUR	2.889,22 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2013:

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2012)	
Gerechtigden	Personen ten laste
16.306,86 EUR	3.018,84 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2012/495 – 3991/234 van 13 december 2012.

V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 01.04.2007) Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

De vermelde bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Vervolgens wordt er afgerond op het honderdtal. Dat artikel 518 van het WIB 1992 moet nog worden herzien.

Coëfficiënt 1,6349 in 2012

Het bedrag voor 2012 wordt berekend op grond van de instructies van de mechanografie van het kadaster; uitgaande van het bedrag in EUR, vermenigvuldiging met de vastgestelde coëfficiënt en normale afronding op de EUR;

Dat geeft voor 2012: 1.216 EUR

203 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/447 – 3991/233 van 14 november 2012.


VI. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3de lid van het K.B. van 03.07.1996). Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde.

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Van toepassing vanaf 1 december 2012.

Indexering van de grensbedragen (in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf 1 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 januari 2012	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19

Jaarlijks gemiddelde (bedragen in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84

 Omzendbrief V.I. nr. 2012/502 – 270/59, 273/59, 274/61, 276/111, 2790/59, 2791/59, 2792/58, 3910/1192 en 83/426 van 13 december 2012.

VII. Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1^o, eerste lid van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij artikel 2, van het Koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 31.12.1997, 2^{de} ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering die hoger is dan het trimestrieel grensbedrag.

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

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

1 september 2008 indexering

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

1 september 2010 indexering

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

Waarde per trimester (bedragen in EUR)		
1 ^{ste} trimester 2008	$2.065,42 \cdot 3/3$	2.065,42
2 ^e trimester 2008	$2.065,42 \cdot 1/3 + 2.106,73 \cdot 2/3$	2.092,96
3 ^e trimester 2008	$2.106,73 \cdot 2/3 + 2.148,87 \cdot 1/3$	2.120,78
4 ^e trimester 2008	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1 ^{ste} trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2 ^e trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3 ^e trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
4 ^e trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2 ^e trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3 ^e trimester 2010	$2.148,87 \cdot 2/3 + 2.191,85 \cdot 1/3$	2.163,20
4 ^e trimester 2010	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
2 ^e trimester 2011	$2.191,85 \cdot 1/3 + 2.235,68 \cdot 2/3$	2.221,07
3 ^e trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
4 ^e trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68 \cdot 1/3 + 2.280,40 \cdot 2/3$	2.265,49
2 ^e trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
3 ^e trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
4 ^e trimester 2012	$2.280,40 \cdot 2/3 + 2.326,00 \cdot 1/3$	2.295,60

Van toepassing vanaf 1 december 2012



Omzendbrief V.I. nr. 2012/501 – 248/55 van 13 december 2012.

VIII. Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2013

a) Berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2012:	=	$\frac{121,05}{117,71}$	= 1,0284
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2011:			

b) Inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2013 (bedragen in EUR)

van	0,00	tot	17.523,66
van	17.523,67	tot	26.939,35
van	26.939,36	tot	36.355,07
van	36.355,08	tot	45.378,45
vanaf	45.378,46		

Van toepassing vanaf 1 januari 2013.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/21 – 3998/29 van 17 januari 2013.

IX. Artikel 326, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996. Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie)

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

Het bedrag voor de geneeskundige verzorging wordt op 1 januari van elk jaar en voor de eerste keer op 1 januari 2011, aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

Berekening indexcijfer op 1 januari 2013

2011	Gezondheidsindex	gemiddelde
Maart	115,39	
April	115,57	
Mei	115,98	
Juni	116,43	115,84

 (A)

2012	Gezondheidsindex	gemiddelde
Maart	119,01	
April	118,99	
Mei	119,15	
Juni	119,00	119,04

 (B)

$\frac{B}{A}$	=	$\frac{119,04}{115,84}$	=	2,76 %
---------------	---	-------------------------	---	--------

Berekening bedrag op 1 januari 2013

Basisbedrag op (in EUR)		25,00	
Bedrag op			
01.01.2011	25,35	1,014	1,40 %
01.01.2012	26,11	1,0299	2,99 %
01.01.2013	26,83	1,0276	2,76 %

Van toepassing vanaf 1 januari 2013.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/85 – 65/21 van 19 februari 2013.

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

I. Basiselementen

Vanaf 1 januari 2013 dienen de refertebedragen van het gemiddelde dagloon vereist om de hoedanigheid van regelmatig werknemer te verkrijgen geherwaardeerd te worden.

Deze herwaardering gebeurt door de bedragen vermeld in omzendbrief V.I. nr. 2011/406 – 424/41 te vermenigvuldigen met 1,0403, de coëfficiënt die de verhouding uitdrukt tussen de minimum invaliditeitsuitkering met gezinslast op 1 januari 2012 en 1 januari 2011 (51,2499 EUR : 49,2624 EUR = 1,0403).

Het resultaat van deze vermenigvuldiging geeft:

54,9344 EUR voor de gerechtigden van 21 jaar of ouder,

41,1883 EUR voor de gerechtigden van 18 tot 20 jaar en

27,4672 EUR voor de gerechtigden van minder dan 18 jaar.

II. Toepassingsdatum

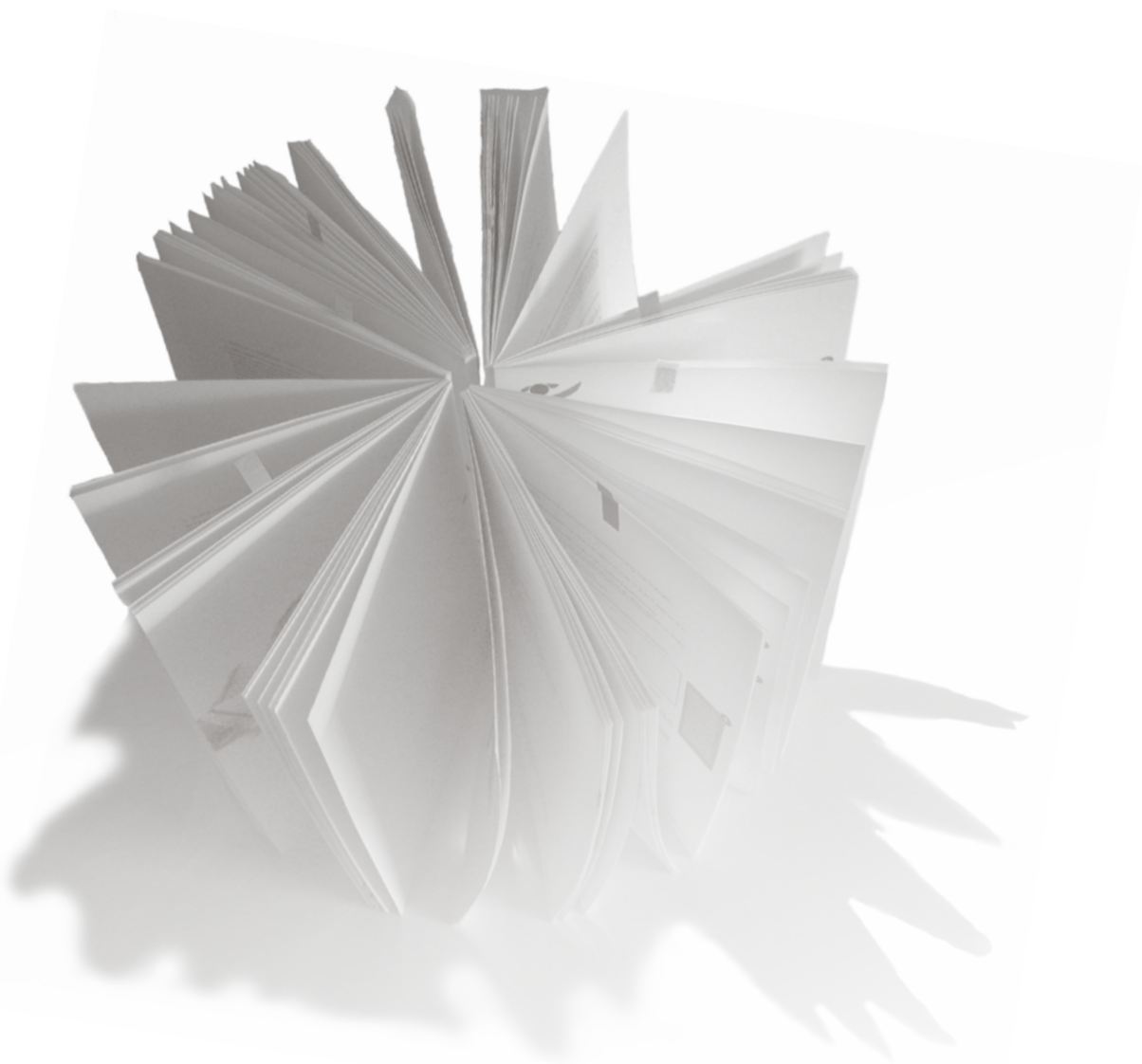
1 januari 2013.

Deze omzendbrief vervangt omzendbrief V.I. nr. 2011/406 - 424/41 van 6 oktober 2011 (I.B.-RIZIV 2011/3, blz. 371).



Omzendbrief V.I. nr. 2012/450 - 424/42 van 19 november 2012.

7^e Deel
Statistieken



I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 3^{de} trimester 2012

Tabel I: 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	4.626.385	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel I: 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	42.146
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 I: 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 II: 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	10.617	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.547	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	6.908	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.912	
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.955.943	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.287	13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	388.851	579.468	775.562	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146
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 II: 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) Rustoordn 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	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 II: 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	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0	0	0	0	1.148.607
Algemeen totaal	5.993.230	11.922.699	17.837.635	24.077.384	25.869.336

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076	648.505	946.041		
b) Medische beeldvorming	302.888	613.368	888.312		
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768	962.333	1.410.254		
d) Speciale verstrekkingen	322.204	646.968	950.429		
e) Heelkunde	290.323	577.730	836.191		
f) Gynaecologie	23.615	47.444	70.555		
g) Toezicht	100.801	201.122	294.631		
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514	11.148	15.481		
i) Forfait medisch dossier	0	0	0		
j) Forfait Telematica	22	6.239	6.734		
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0		
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226	28.408	41.145		
m) Impulsfonds	1.424	1.612	2.613		
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432	637	685		
Totaal geneesheren	1.886.293	3.745.514	5.463.071	0	7.304.023
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	204.028	402.097	585.624		807.888
b) Forfait accreditering	15	26	13.893		14.148
Totaal tandheelkundigen	204.043	402.123	599.517	0	822.036
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948	2.254.430	3.297.719		4.304.383
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368	590.632	888.252		1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255	12.079	22.771		20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660	320.101	469.518		624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.531	129.706	195.504		284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805	317.848	464.597		651.979
10. Verzorging door opticiens	6.599	12.694	18.259		31.809
11. Verzorging door audiciens	11.282	23.094	35.435		56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973	8.013	12.078		16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657	2.565.405	3.859.934		5.300.578
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763	119.917	177.611		237.051
Vervoer	0	0	0		238
Totaal	1.330.420	2.685.322	4.037.545	0	5.537.867
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472	2.560	2.586		7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132	76.126	114.164		154.741
b) Forfait nierdialyse	35.417	71.041	106.796		143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722	53.892	81.485		119.345
d) Nachtdialyse	0	0	0		0
Totaal dialyse	100.271	201.059	302.445	0	417.311

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786	620.074	935.500		
b) Rustoorden voor bejaarden	222.329	441.974	668.759		
c) Dagverzorgingscentra	4.624	9.212	13.929		
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048	155.878	229.534		
e) Syndicale premie	2.388	2.503	2.503		
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	0	0		
g) Palliatieve dagcentra	0	0	132		
Totaal	625.175	1.229.641	1.850.357	0	2.516.463
17. Einde loopbaan	37.577	61.467	85.241		113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391	45.943	69.915		107.044
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534	20.767	31.197		42.898
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688	1.419	2.080		2.955
Totaal	34.613	68.129	103.192	0	152.897
19. Revalidatie en herscholing	127.460	266.005	397.389		602.074
20. Bijzonder Fonds	1.041	2.446	3.125		19.640
21. Logopedie	20.417	41.241	57.321		76.914
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0		0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895	15.031	22.172		31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826	-58.944	-73.342		-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124	148.496	214.199		390.694
b) Fiscale MAF	0	0	0		0
Totale Maximumfactuur	111.124	148.496	214.199	0	390.694
26. Chronische zieken	20.662	37.980	64.451		105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925	8.181	11.240		12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625	6.980	10.443		19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613	3.162	4.905		6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171	339	504		551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108	191	303		462
b) COMA	134	262	376		594
c) Therapeutische projecten	105	201	237		4.698
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	347	654	916	0	5.754
32. Geïnterneerden	4.001	17.602	17.699		33.595
33. Tabaksontwenning	234	459	645		2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59	120	120		0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0		0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000		3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0		0
38. Medische huizen	22.018	45.212	69.984		98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654	3.703	5.681		8.850
40. Chronische zieken extra	0	0	0		8.696
41. Zorgtrajecten	0	0	0		0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0		0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0		12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0		3.053
45. Sociaal akkoord	0	65	823		18.199
46. Diversen	1.539	2.003	2.684		32.678
- Bevriezing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
Totaal	0	0	0	0	145.443
Algemeen totaal	6.360.244	12.608.147	18.662.046		25.627.379

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,4	-4,1	-1,0	1,4
b) Medische beeldvorming	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
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	0,0
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	2,7
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	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	-9,8
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	33,5
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	13,2
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	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
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				
Totaal	8,4	8,9	8,4	7,6
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

Tabel IV: 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
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-pediatische 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
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

Tabel IV: 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
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	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	215,2	-20,6	20,2	-13,8
Algemeen totaal	4,4	4,9	5,4	5,5

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in %				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	13,4	12,1	8,8	
b) Medische beeldvorming	13,9	11,9	8,1	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,1	4,4	5,2	
d) Speciale verstrekkingen	9,1	8,0	6,3	
e) Heelkunde	8,6	7,0	5,0	
f) Gynaecologie	3,3	3,7	1,6	
g) Toezicht	10,4	8,8	6,9	
h) Forfait accreditering geneesheren	104,8	250,6	70,6	
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	
j) Forfait Telematica	-52,2	0,9	4,1	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	249,8	-16,0	-21,2	
m) Impulsfonds	57,2	-46,3	-54,2	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,5	17,5	-50,8	
Totaal geneesheren	10,0	8,1	6,2	
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,0	3,4	3,4	
b) Forfait accreditering	114,3	116,7	5,9	
Totaal tandheelkundigen	3,0	3,4	3,5	
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,9	2,8	1,0	
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,7	9,2	7,1	
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,5	25,4	15,5	
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,9	1,1	2,5	
7. Verzorging door bandagisten	6,2	5,4	5,7	
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	16,3	16,4	14,8	
10. Verzorging door opticiens	0,2	2,4	2,9	
11. Verzorging door audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,3	6,3	4,9	
13. Verpleegdagprijs	4,5	4,1	3,9	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	13,1	11,8	9,5	
Vervoer				
Totaal	4,9	4,4	4,1	

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-79,3	-50,8	-66,0	
15. Dialyse				
a) Geneesheren	7,0	6,6	5,0	
b) Forfait nierdialyse	8,3	8,2	6,1	
c) Thuis, in een centrum	3,6	4,8	3,0	
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	
Totaal dialyse	6,5	6,6	4,9	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,6	6,7	6,2	
b) Rustoorden voor bejaarden	0,7	3,5	4,0	
c) Dagverzorgingscentra	22,6	20,0	18,7	
d) Loonharmonisering personeel RVT	8,9	7,9	6,5	
e) Syndicale premie	2,0	6,9	-41,7	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	-100,0	-100,0	
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	
Totaal	3,4	5,1	4,7	
17. Einde loopbaan	9,0	10,4	10,9	
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,0	-1,1	-3,0	
b) Initiatieven van beschut wonen	13,7	13,2	11,7	
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,6	12,6	8,4	
Totaal	5,6	3,1	1,2	
19. Revalidatie en herscholing	10,5	9,2	9,2	
20. Bijzonder Fonds	-80,6	-71,2	-68,6	
21. Logopedie	4,2	4,3	4,2	
22. Medisch-pediatrische centra	0,0	0,0	0,0	
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,9	4,9	2,9	
24. Regularisaties + Herfacturatie	-16,1	-10,2	-13,4	
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-11,4	-7,6	-4,2	
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	
Totale Maximumfactuur	-11,4	-7,6	-4,2	
26. Chronische zieken	-0,5	6,5	16,3	
27. Palliatieve zorgen	10,0	6,7	6,1	

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,4	10,0	10,1	
29. Menselijk lichaamsmateriaal	33,6	22,4	21,0	
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	41,3	44,3	27,0	
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	
b) COMA	12,6	6,1	0,8	
c) Therapeutische projecten	-21,6	-23,6	-41,8	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-8,7	-11,0	-16,6	
32. Geïnterneerden	-38,5	163,2	10,3	
33. Tabaksontwenning	4,5	6,7	2,5	
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,7	-90,4	-93,0	
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,9	10,2	11,1	
39. MS/ALS/Huntington	17,5	14,3	16,2	
40. Chronische ziekten extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord			-89,7	
46. Diversen	17,9	34,6	-2,5	
Algemeen totaal	6,1	5,7	4,6	

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
Totaal geneesheren	25,8	51,3	74,8	
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,3	49,8	72,5	
b) Forfait accreditering	0,1	0,2	98,2	
Totaal tandheelkundigen	24,8	48,9	72,9	
3. Farmaceutische verstrekkingen	26,4	52,4	76,6	
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,0	49,2	74,0	
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	49,2	57,9	109,2	
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,5	51,2	75,1	
7. Verzorging door bandagisten	22,0	45,6	68,7	
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	24,5	48,8	71,3	
10. Verzorging door opticiens	20,7	39,9	57,4	
11. Verzorging door audiciens	20,0	41,0	62,9	
12. Verlossingen door vroedvrouwen	23,7	47,9	72,2	
13. Verpleegdagprijs	24,0	48,4	72,8	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,8	50,6	74,9	
Vervoer	0,0	0,0	0,0	
Totaal	24,0	48,5	72,9	

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	6,0	32,3	32,6	
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,2	73,8	
b) Forfait nierdialyse	24,7	49,6	74,6	
c) Thuis, in een centrum	22,4	45,2	68,3	
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	24,0	48,2	72,5	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoorden voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	24,8	48,9	73,5	
17. Einde loopbaan	33,2	54,3	75,3	
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,9	42,9	65,3	
b) Initiatieven van beschut wonen	24,6	48,4	72,7	
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	23,3	48,0	70,4	
Totaal	22,6	44,6	67,5	
19. Revalidatie en herscholing	21,2	44,2	66,0	
20. Bijzonder Fonds	5,3	12,5	15,9	
21. Logopedie	26,5	53,6	74,5	
22. Medisch-pediatrische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,4	48,3	71,2	
24. Regularisaties + Herfacturatie	45,6	79,4	98,8	
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	28,4	38,0	54,8	
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	28,4	38,0	54,8	
26. Chronische zieken	19,5	35,9	60,8	
27. Palliatieve zorgen	31,4	65,5	90,0	
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,4	35,5	53,1	
29. Menselijk lichaamsmateriaal	24,4	47,8	74,1	

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	31,0	61,5	91,5	
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	23,4	41,3	65,6	
b) COMA	22,6	44,1	63,3	
c) Therapeutische projecten	2,2	4,3	5,0	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	6,0	11,4	15,9	
32. Geïnterneerden	11,9	52,4	52,7	
33. Tabaksontwenning	9,1	17,8	25,0	
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	22,4	45,9	71,1	
39. MS/ALS/Huntington	18,7	41,8	64,2	
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	
45. Sociaal akkoord	0,0	0,4	4,5	
46. Diversen	4,7	6,1	8,2	
Algemeen totaal	24,8	49,2	72,8	

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	December 2011 (1)	Maart 2012 (2)	Juni 2012 (3)	September 2012 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	1,39	6,73	9,72	8,77
b) Medische beeldvorming	5,06	8,70	10,74	8,73
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	5,21	4,83	4,87	6,57
d) Speciale verstrekkingen	2,75	4,84	5,73	5,41
e) Heelkunde	3,92	5,04	4,89	4,44
f) Gynaecologie	3,43	3,52	3,67	1,61
g) Toezicht	3,21	5,80	5,95	5,76
h) Forfait accreditering geneesheren	-24,55	-3,08	29,13	17,82
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	2,75	1,76	3,38	4,54
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	114,90	262,64	33,03	-10,67
m) Impulsfonds	-9,78	2,54	-22,91	-52,80
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	33,49	39,73	45,35	30,27
Totaal geneesheren	4,35	6,83	7,22	6,62
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	2,36	2,12	3,11	3,39
b) Forfait accreditering	13,24	13,31	13,38	5,95
Totaal tandheelkundigen	2,53	2,29	3,27	3,44
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,47	3,41	2,80	1,29
4. Honoraria van verpleegkundigen	5,72	6,57	8,62	7,01
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	5,72	6,97	16,56	15,12
6. Verzorging door kinesitherapeuten	4,60	3,93	2,50	2,84
7. Verzorging door bandagisten	7,45	8,98	8,54	7,61
8. Verzorging door orthopedisten	5,11	3,02	2,58	4,47
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	6,74	9,18	11,43	13,04
10. Verzorging door opticiens	2,68	0,64	2,54	3,48
11. Verzorging door audiciens	7,53	4,71	0,18	1,21
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,52	5,32	6,57	4,65
13. Verpleegdagprijs	7,55	6,58	5,18	4,23
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	9,29	10,37	10,21	8,68
Vervoer				
Totaal	7,62	6,74	5,39	4,41
(1) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)				
(2) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(3) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				
(4) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				

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

Omschrijving	December 2011 (1)	Maart 2012 (2)	Juni 2012 (3)	September 2012 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	42,19	1,33	-30,40	-51,33
15. Dialyse				
a) Geneesheren	5,33	6,22	5,89	4,26
b) Forfait nierdialyse	6,44	7,88	8,46	5,80
c) Thuis, in een centrum	4,81	5,14	4,89	1,41
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	5,57	6,50	6,51	4,01
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	13,51	12,09	10,74	8,00
b) Rustoorden voor bejaarden	1,76	1,23	2,38	2,75
c) Dagverzorgingscentra	18,43	21,80	21,70	21,21
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,81	5,84	6,83	5,84
e) Syndicale premie	87,06	85,39	90,30	-41,70
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	3,55	-52,85	-69,38	-75,76
g) Palliatieve dagcentra	-48,89	-48,89	-48,89	
Totaal	7,40	6,79	6,55	5,35
17. Einde loopbaan	6,60	10,47	10,94	11,01
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	10,45	9,40	4,27	-1,31
b) Initiatieven van beschut wonen	5,72	9,81	12,22	12,57
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	14,60	16,88	12,88	9,92
Totaal	9,15	9,65	6,65	2,73
19. Revalidatie en herscholing	5,33	7,38	7,52	8,62
20. Bijzonder Fonds	-36,20	-61,69	-68,42	-71,83
21. Logopedie	6,39	5,31	4,86	4,25
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	9,63	5,04	3,81	0,57
24. Regularisaties + Herfacturatie	-20,43	-19,66	-18,07	-19,17
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	1,02	-4,66	1,18	-1,89
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	1,02	-4,66	1,18	-1,89

(1) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)

(2) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)

(3) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)

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

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

Omschrijving	December 2011 (1)	Maart 2012 (2)	Juni 2012 (3)	September 2012 (4)
26. Chronische zieken	0,62	0,30	3,23	11,33
27. Palliatieve zorgen	9,50	11,67	9,24	8,89
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3,08	4,93	6,92	9,15
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-0,98	10,79	11,26	22,33
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	3,28	14,48	25,05	20,68
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	10,41	-5,65	-7,75	-5,83
b) COMA	3,09	5,97	6,40	3,50
c) Therapeutische projecten	-5,79	-13,84	-23,63	-38,96
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	1,50	-4,99	-9,56	-15,68
32. Geïnterneerden	-15,16	-16,63	42,44	-0,58
33. Tabaksontwenning	36,99	18,13	12,91	4,92
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-9,21	-11,78	-57,75	-89,74
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,00	-34,34	0,00	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	18,94	19,13	16,50	14,16
39. MS/ALS/Huntington	25,70	22,76	16,43	16,01
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				37,31
46. Diversen	-13,77	-18,77	-4,42	-18,33
Algemeen totaal	5,49	5,94	5,91	4,91

(1) December 2011 = (12 maanden 2011) / (12 maanden 2010)

(2) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)

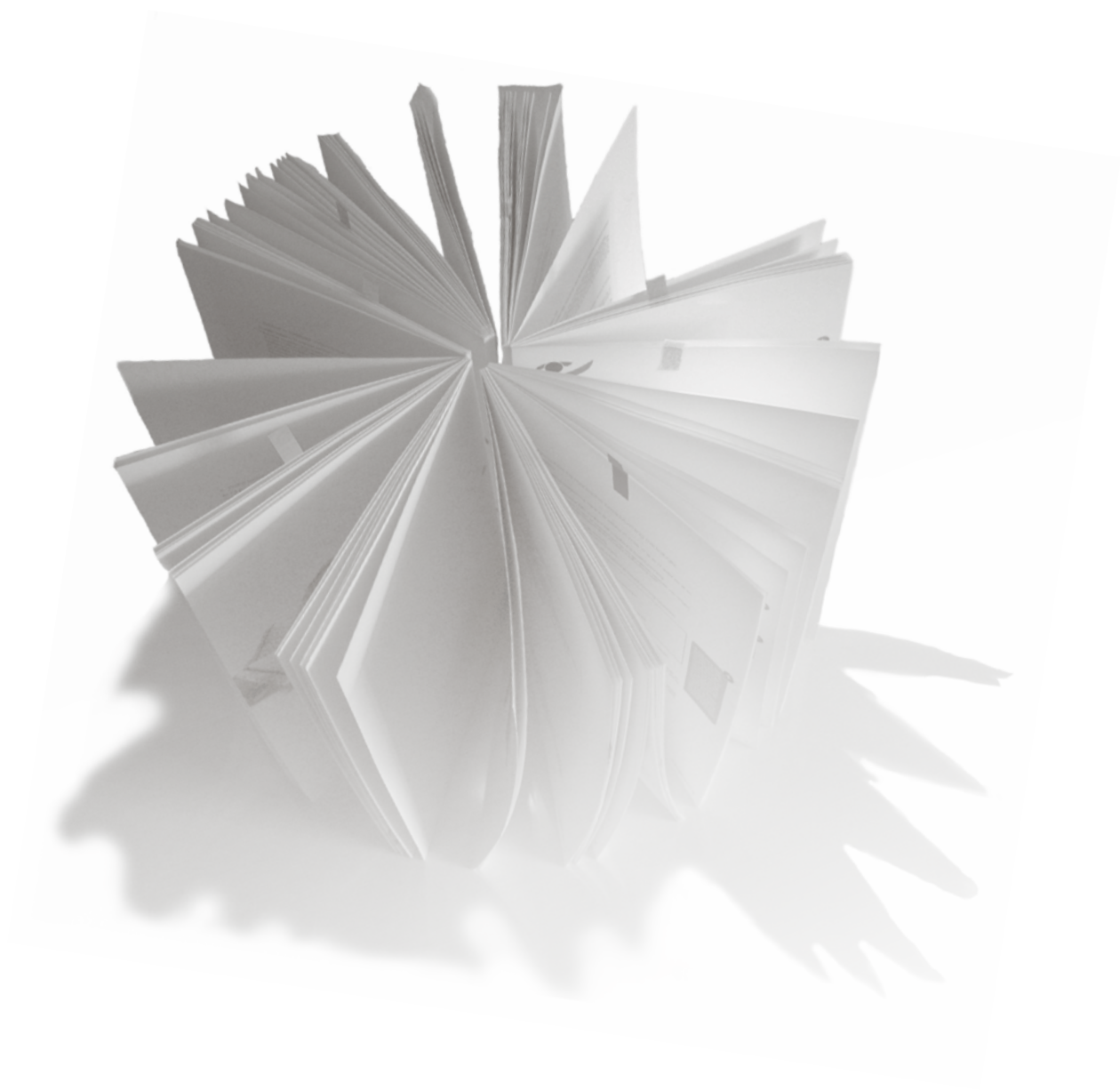
(3) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)

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

II. Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Geneesheren							
- Algemeen geneeskundigen	18.028	17.934	17.909	17.986	18.026	18.070	18.214
- Geneesheren-specialisten	20.801	21.459	22.020	22.406	22.768	23.170	23.500
Apothekers	12.109	12.305	12.602	12.892	13.199	13.546	13.880
Tandheelkundigen	8.714	8.643	8.668	8.681	8.822	8.880	8.996
Vroedvrouwen	5.466	5.504	5.592	5.640	5.897	6.203	6.518
Verpleegkundigen	65.946	62.701	64.744	67.373	68.160	70.828	73.750
Kinesitherapeuten	25.406	25.683	26.123	26.514	27.059	27.672	28.423
Logopedisten	4.148	4.465	4.856	5.225	5.671	6.140	6.692
Orthoptisten	94	93	100	104	107	109	109
Orthopedisten	454	475	482	504	514	552	576
Bandagisten	7.786	7.918	8.089	8.278	8.416	8.511	8.683
Bandagisten (implantaten)	906	920	930	961	1.008	1.020	1.022
Opticiens	3.255	3.263	3.320	3.374	3.457	3.530	3.563
Audiciens	1.107	1.137	1.177	692	773	847	951
Apothekers-biologen	598	595	603	609	616	623	628

8^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 (in EUR)

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

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

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

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 ¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig	58,00

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

Brochure	6,00
Bijwerkingen 2013	6,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013..... Losbladig	12,00

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

Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig	168,00
Bijwerkingen 2013	52,00

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

Basisteksten ¹ + 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:

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013..... Losbladig	68,00
Bijwerkingen 2013	45,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + 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, toegang vanaf de home page.

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

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

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

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GVU

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig 56,00
Bijwerkingen 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

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

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

Brochure	gratis
----------------	--------

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

Folder	gratis
--------------	--------

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder	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 ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten

gratis


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

Boek door J. Engels (449 blz.)	12,50
--------------------------------------	-------




De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

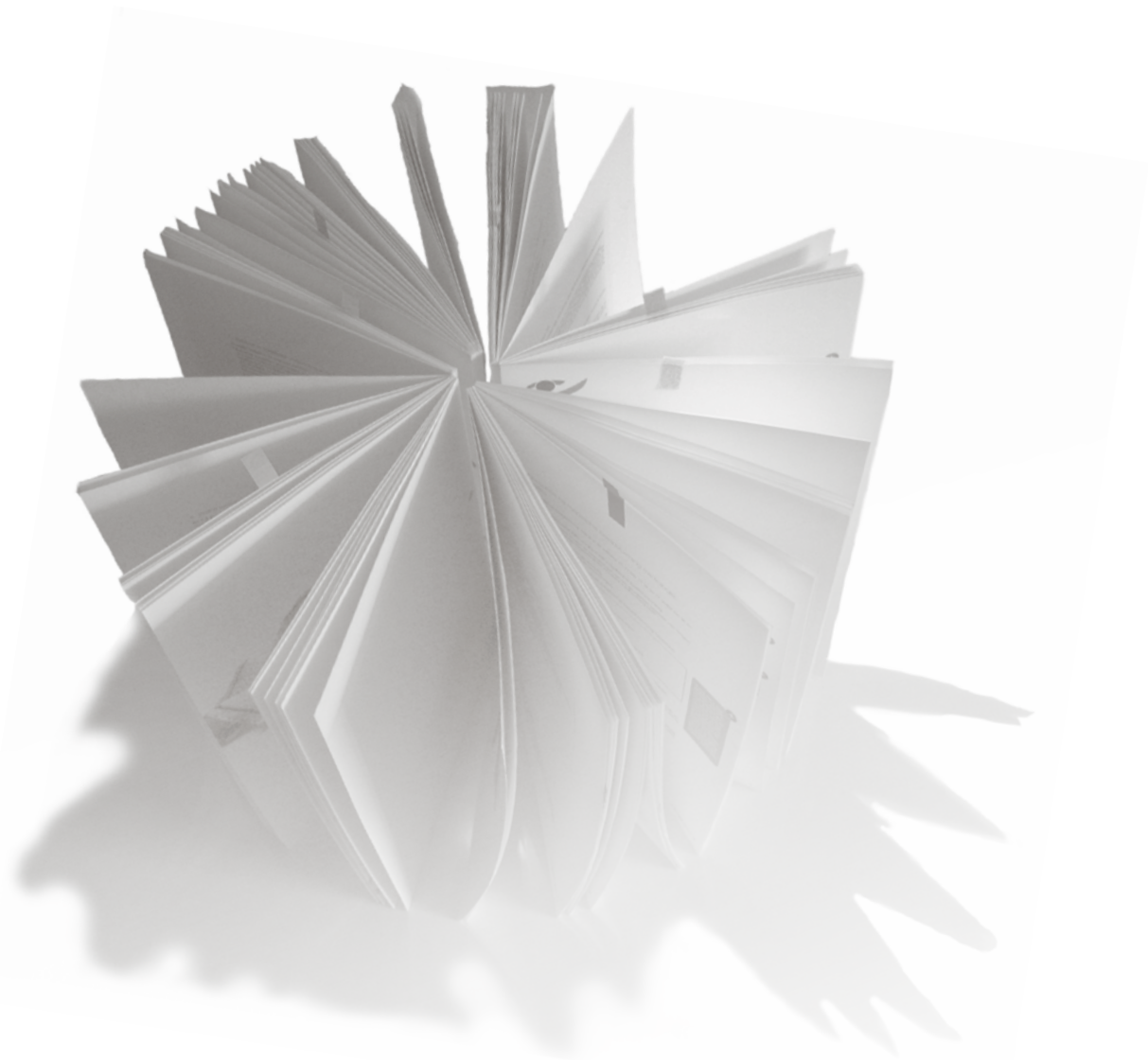
1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

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

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

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

Inhoud jaar 2012



1^e Deel - Studies¹

Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (1995 – 2010), door I. Meyers en P.-A. Briffeuil	4
Kroniek van de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof (1993 – 2011), door P.-A. Briffeuil	144
Sociale controle in de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het licht van het nieuwe sociaal strafwetboek, door G. Cools	304
Expertise in het kader van de wet medische ongevallen, door M. Stevens	440

2^e Deel – Evolutie

Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 4^e trimester 2011 ○ 1^{ste} trimester 2012 ○ 2^{de} trimester 2012 ○ 3^{de} trimester 2012 	46 172 338 468

3^e Deel - Rechtspraak

Grondwettelijk Hof

Grondwettelijk Hof, 24 mei 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174 – Handvest van de sociaal verzekerde, artikel 17 Terugvordering van het onverschuldigde bedrag	352
Grondwettelijk Hof van 20 december 2012, prejudiciële vragen Handvest van de Sociaal Verzekerde, artikel 2 Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, artikel 3 Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen – Regeling voor de aanvullende ziektekostenverzekering Handvest van de Sociaal Verzekerde	478

Raad van State

Raad van State, Afdeling Bestuursrechtspraak, 8 maart 2012 Cassatieprocedure tegen een beslissing van de Kamer van Beroep ingesteld bij de DGEC	62
Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, 30 mei 2012 Wet van 14 juli 1994, artikelen 34 en 35 Nomenclatuur – Osteodensitometrie – Categorie geneesheren – specialisten	191

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

Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, 17 september 2012
 Gerechtelijk wetboek, artikel 828 – Wet van 14 juli 1994, artikelen 140,
 142, 144, 145, 146 en 191 – Evaluatie en controle – Kamer van Beroep –
 Adviserend geneesheren – Onpartijdigheid – Jurisdictionele functie 357

Hof van Cassatie

Hof van Cassatie, 4 juni 2012
 Geneeskundige verstrekkingen – Farmaceutische specialiteiten – Beoordeling
 van de therapeutische waarde
 Koninklijk besluit van 21 december 2001, artikel 1, 21°, en artikel 2, bijlage I,
 hoofdstuk IV, paragraaf 228, 3) 188

Arbeidshof

Arbeidshof van Bergen, 2 februari 2012
 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, 1° lid, 5° en 3° lid -
 Verjaring na vijf jaar van bedrieglijke handelingen -
 Redelijke termijn – Sluiting van de loop van de interessen 67

Arbeidshof van Bergen, 9 februari 2012
 Verordening E.E.G. 1408/71, artikel 22 - Zwitserland – Wet van
 30 januari 2002 65

Arbeidshof van Brussel, 10 februari 2012
 Wet van 14 juli 1994, artikel 55*bis* – 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

Arbeidshof van Bergen, 26 april 2012
 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Vooraf bestaande toestand 194

Arbeidshof van Brussel, 26 april 2012
 Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Terugkeer naar de vooraf
 bestaande toestand 196

Arbeidshof van Brussel, 28 juni 2012
 Gerechtelijk Wetboek, artikel 991 – Begroting van de staat van kosten en
 ereloon van de deskundige – Betwisting – Verslag van niet-bevinding 200

Arbeidshof van Bergen, 13 september 2012
 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Arbeidsongeschiktheid –
 Stopzetting van de activiteiten
 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174 – Niet toegestane
 werkhervatting – Bedrieglijke handelingen 361

Arbeidshof van Bergen, 17 oktober 2012
 Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, artikelen 101 en 102 –
 Arbeidsongeschiktheid – Niet toegestane hervatting 367

Arbeidshof Gent, afdeling Gent, 12 november 2012
 Gerechtelijk recht, artikelen 782 en 785 – Vonnis – Nietigheid
 Gerechtelijk recht, artikel 973 § 1 – Deskundigenonderzoek –
 Tegensprekelijk karakter 491

Arbeidshof van Brussel, 22 november 2012
 Grondwet, artikel 159 – Exceptie van onwettigheid
 Beslissing van het RIZIV – Kennisgeving door een verzekeringsinstelling –
 Administratieve handeling 484

Arbeidshof Antwerpen afdeling Hasselt, 13 december 2012 Gerechtelijk recht, artikelen 1054 en 1056 – Incidenteel beroep – Hoedanigheid partijen	492
Arbeidshof van Brussel, 7 januari 2013 Gebonden bevoegdheid – Rechter Vordering in vrijwaring – Burgerlijke aansprakelijkheid – Aanrekenbaarheid	487
Rechtbank van eerste aanleg	
Rechtbank van eerste aanleg te Brussel, 1 oktober 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 35 <i>bis</i> – Terugbetaling van geneesmiddelen – Herziening – Geen schijn van recht	373

4^e Deel - Parlementaire vragen en antwoorden

Wijkgezondheidscentra Voordelen	78
Sociale identiteitskaart Co-ouderschap – Attest van sociaal verzekerde	82
Rookstopbegeleiding	83
Ouderen Gezondheidszorgbeleid – Residentiële sector - Rusthuisbedden	85
Palliatieve zorg Aanpak	88
Nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen Geheel of gedeeltelijk toetreden artsen – Niet-naleving bepalingen akkoord inzake informatieplicht over conventiewijze en tarieven - Sancties	206
Geneesmiddelen Methylfenidaat – Behandeling ADHD – Advies HGR 8570	208
Nationaal akkoord geneesheren – ziekenfondsen dd. 21 december 2011 Accreditatiehonoraria – Afhankelijk van conventionering	210
Globaal Medisch Dossier Preventiemodule – Gratis voor personen tussen 45 en 75 jaar	212
Verzekeringsinstellingen Ten onrechte betaalde bedragen – Terugvordering – Overeenkomst tot terugbetaling	213
Sociale fraude Controles	219
Tandheelkundige zorg Toegankelijkheid – Maatregelen ter verbetering	222
Qualidem – rapport Aanbevelingen – Uitvoering maatregelen – Stand van zaken	224

OMNIO-statuum Aantal rechthebbenden	380
RIZIV Integratiefonds voor medische ongevallen	381
Arbeidsongeschiktheid Aangifte	383
Fonds voor medische ongevallen (FMO) Schadevergoeding als gevolg van gezondheidszorg – Rechthebbenden	498
Actieve 65-plussers Afdoende sociale verzekering – Onderscheid tussen uitkeringsverzekering voor arbeidsongeschiktheid en verzekeringen tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten	499
Extra financiering voor de huizen die met dementerenden werken Nieuwe afhankelijkheidscategorie D – Personeelsnormen	502
RIZIV Terugvordering van prestatiegelden aan ziekenhuizen – Sancties voor 2012 – Regionale verschillen – Methodologie van de referentiebedragen	504
Strijd tegen sociale fraude Sociale inspectie – Gebruik van het elektronisch proces-verbaal – Kostprijs van het project	506

5^e Deel - Richtlijnen

Toepassing van artikel 225 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 Begrip inkomen en samenstelling van het gezin Bewijs van inkomen en samenstelling van het gezin Controlemaatregelen	232
Werkverwijdering van de zwangere werkneemsters – Opheffing van de bevoegdheid van het Fonds voor Beroepsziekten in deze materie	243
Tegemoetkoming in de reiskosten in het kader van een geplande behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte dan wel Zwitserland De zgn. “aanvullende vergoeding Herrera”	253
Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn	258
Handvest van de sociaal verzekerde : gevolgen van het arrest gewezen door het Grondwettelijk Hof inzake artikel 174, derde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in de sector van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen – Instructies voor de verzekeringsinstellingen	386
Forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen	390

Verordening van 14 december 2009 tot wijziging van de verordening van 22 mei 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest" van de sociaal verzekerde	
Verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging	
Procedure en bewijsstukken	391
Beroepsherscholing in het kader van de uitkeringsverzekering : praktische vragen	396
Aanvraag tot verzaking aan de van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 : administratieve procedure	512
Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in toepassing van artikel 11 van de verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest" van de sociaal verzekerde: administratieve procedure	515

6^e Deel - Basisgegevens

Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex	
1. Algemene regeling	92
2. Regeling van de zelfstandigen	104
Herwaardering van prestaties	266
Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage	520
VT-statuut	
Gemiddeld grensbedrag van het inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) voor 2011- 2012	522
VT-statuut	
Grensbetrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) vanaf 1 december 2012. Indexering	523
OMNIO-statuut - Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	524
Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 01.04.2007)	
Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen	524
Grensbetrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3 ^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996).	
Residenten, indexering en jaarlijks gemiddelde.	525
Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	527

Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2013	528
Artikel 326, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996. Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie).	529
Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer invoeren (art. 224, § 3).	531

7^e Deel - Statistieken

Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging	
Jaar 2011	112
1 ^{ste} trimester 2012	270
1 ^{ste} semester 2012	406
3 ^{de} trimester 2012	534
Evolutie van het aantal zorgverleners	555

8^e Deel - Bibliografie

European Yearbook of Disability Law Volume 3	292
Cross – Border Welfare State	292
Synopsis van het Belgische arbeidsrecht	428

9^e Deel – Publicatie van de prijzen

Publicaties van het RIZIV en tarieven voor 2012 en 2013	134, 296, 430 en 558
---	----------------------

Redactiecomité

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

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementsdienst

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

Disponible en français

ISSN 0046-9726

