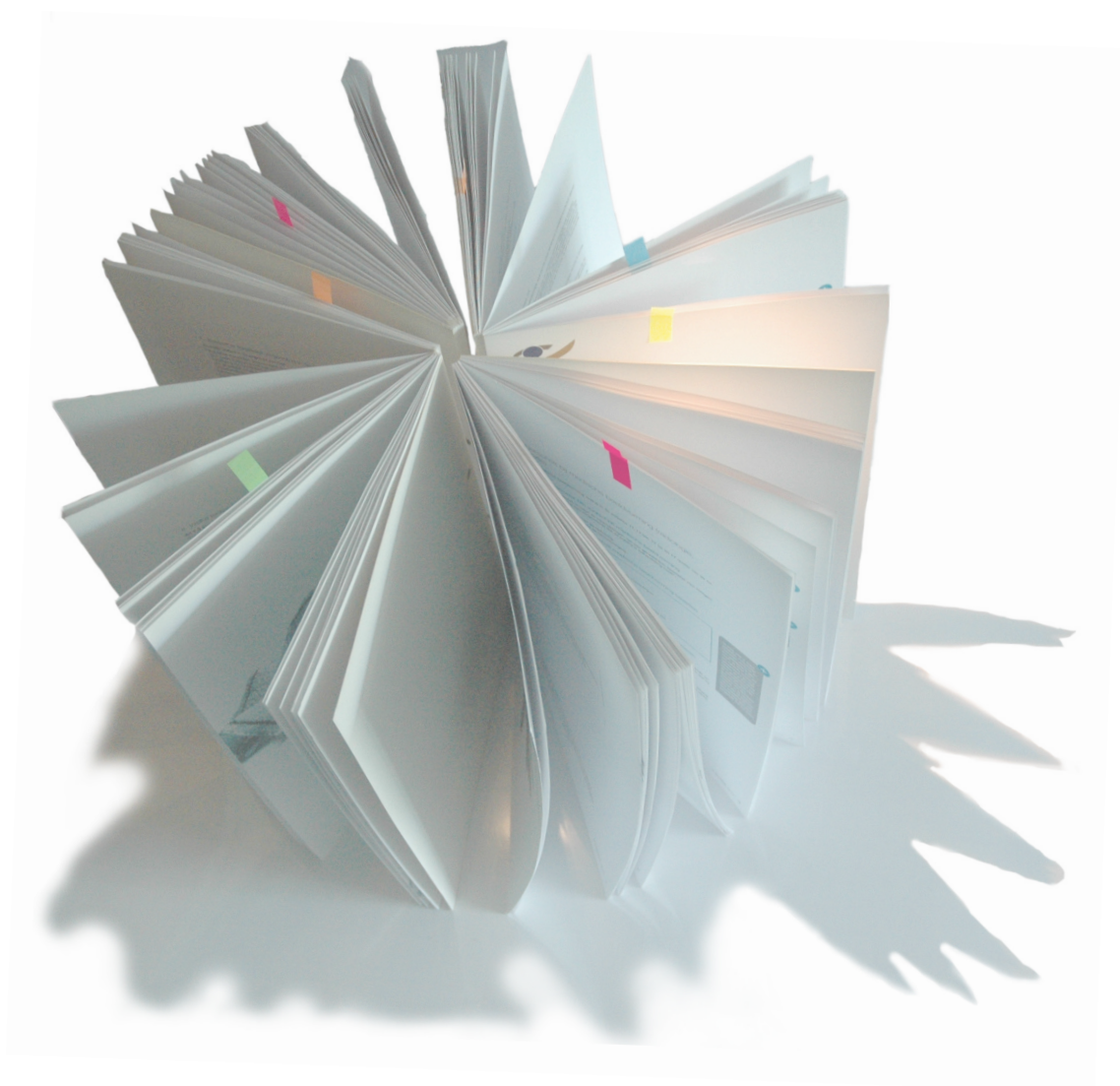




RIZIV



Informatieblad

2014/2

.be

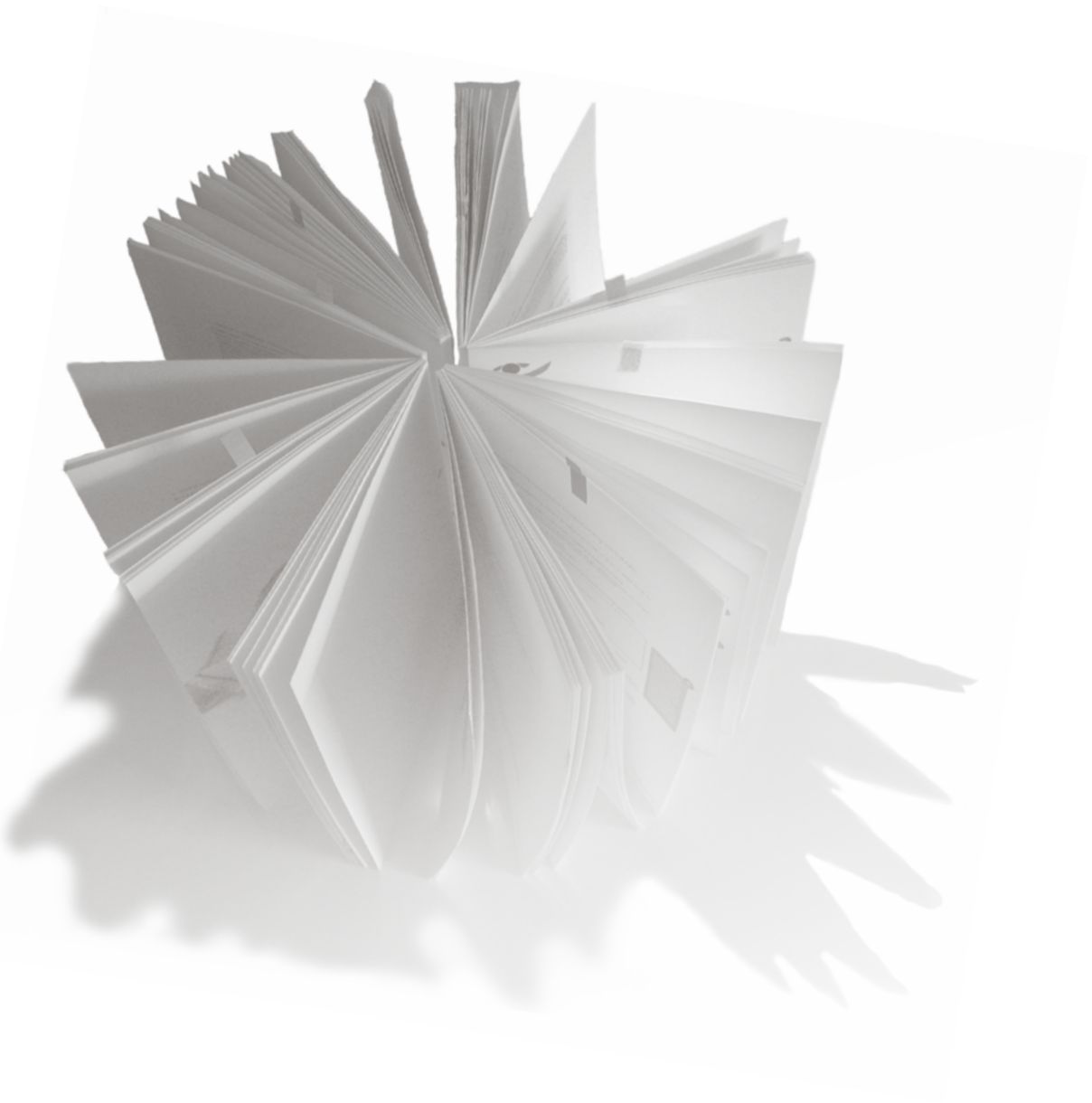
Inhoud

1 ^e Deel – Studiën ¹	169
I. Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (2011-2013), door Inge MEYERS, en Paul-André BRIFFEUIL	170
2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	185
1 ^{ste} trimester 2014	186
3 ^e Deel – Rechtspraak	197
I. Grondwettelijk Hof, 17 juli 2014 Grondwettelijk Hof – Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen – Supplementen – Geneesheren – Hospitalisatie Analyse van het arrest 107/2014 van het Grondwettelijk Hof van 17 juli 2014 door Ph. VRAY	198 210
II. Hof van Cassatie, 13 januari 2014 Artikel 94, 95, 96 <i>bis</i> , van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen (in de versie van toepassing vóór de coördinatie ervan bij K.B. van 10.07.2008)	211
III. Hof van Cassatie, 16 juni 2014 Uitkeringsverzekering – Voorwaarden tot erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid van de zelfstandigen – Vaststelling van de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid – Bevoegde overheid	213
IV. Arbeidshof van Luik, 26 november 2013 Afwezigheid van initieel verdienvermogen - In de tijd beperkte en vrijwillige activiteiten zonder productief karakter - Foutieve erkenning - Afwezigheid van fout	217
V. Arbeidshof van Luik, afdeling Luik, 9 mei 2014 Gerechtigd Wetboek, artikel 1017, 4 ^e lid – Omslaan van de kosten	220
VI. Arbeidshof van Luik, afdeling Luik, 23 juni 2014 Gerechtigd Wetboek, artikel 772 – Nieuw feit – Heropening van de debatten	223
4 ^e Deel – Parlementaire vragen en antwoorden	229
I. Geneesmiddelengebruik Ouderen – Rusthuizen – Monitoring – Rol verpleegkundigen	230

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

II. CVS/ME	
Behandeling – Einde overeenkomsten referentiecentra – Nieuwe overeenkomst multidisciplinaire diagnosecentra	234
III. Kanker	
Statistieken – Incidentie	237
IV. Geneesmiddelen	
Belgische markt – (On)beschikbaarheid	241
V. Geneesmiddelen	
Psychofarmaca – Overmatig gebruik – Bestrijdingsacties	243
5 ^e Deel – Richtlijnen	247
I. Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten	248
II. Persoonlijke bijdrage van gerechtigden ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen	281
III. Verzaking aan de terugvordering van onverschuldigde uitkeringen. Toepassing van de Verordening van 17 maart 1999 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde of 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	284
IV. Laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid. Artikel 9 van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en artikel 58 ^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.	292
V. Reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	295
6 ^e Deel – Basisgegevens	297
Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na één jaar arbeidsongeschiktheid	298
7 ^e Deel – Statistieken	301
Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1 ^{ste} trimester 2014	302
8 ^e Deel – Prijzen van de publicaties	323
Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014	324

1^e Deel Studies



Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (2011-2013)

Deze kroniek heeft tot doel om de Franstalige (6^e kamer) en de Nederlandstalige (7^e kamer) rechtspraak van de Raad van State met betrekking tot de geschillen tussen de zorgverleners en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle weer te geven.

Voor de rechtspraak betreffende de periode 1995-2010 wordt verwezen naar de kronieken die voordien zijn verschenen in het I.B., 2011/2 en in het I.B., 2012/1.

Door Inge MEYERS, Attaché, en Paul-André BRIFFEUIL, Adviseur bij de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
Juridische dienst

1. Raad van State (6^e k.), J.V., arrest, nr. 211.299 van 16 februari 2011¹

Kamer van Beroep - Wraking - Adviserend geneesheren - Jurisdictionele functie - Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

Ingevolge de wijziging die de wet van 12 maart 1998 heeft aangebracht aan het Gerechtelijk Wetboek, aan de regels betreffende de wraking en, meer specifiek, aan artikel 838 van voornoemd wetboek, behoort de beoordeling van de redenen van de wraking niet langer tot de bevoegdheid van de rechtscolleges waarvan de leden worden gewraakt maar tot het rechtscollege net erboven.

De Raad van State is bevoegd om te beslissen over de cassatieberoepen die tegen de beslissingen van de Kamer van Beroep bij de DGEC zijn ingesteld.

De Raad van State is bijgevolg bevoegd om te beslissen over de verzoekschriften tot wraking die tegen leden van de Kamer van Beroep worden neergelegd.

Niet zozeer het zich voordoen van een feit dan wel de kennismaking ervan door een partij verantwoordt dat die vindt dat een rechter moet worden gewraakt; een nieuw verzoekschrift tot wraking kan dus worden ingediend op basis van feiten waarvan de eisende partij geen kennis had op het moment van de indiening van het eerste verzoekschrift.

De wraking wegens gewettigde verdenking (art. 828, 1^o van het Gerechtelijk Wetboek) heeft tot doel te vermijden dat een zaak wordt berecht door een rechter die niet de vereiste onpartijdigheid kan garanderen; het bestaan van een gewettigde twijfel is voldoende. Er is sprake van een schending van het principe van de objectieve onpartijdigheid wanneer een rechter regelmatige en nauwe banden met een partij heeft en hiervoor bovendien een niet onbelangrijke bezoldiging krijgt.

1. I.B. RIZIV, 2011/1, p. 76.

De verzekeringsinstellingen die artsen C en R tewerkstellen, zijn niet betrokken bij het geding dat voor de Kamer van beroep wordt gebracht. De verzekeringsinstellingen hebben geen rechtstreeks belang bij het geschil. Artikel 142 van de gecoördineerde GVU-wet bepaalt niet dat de zorgverlener instaat voor de terugbetaling en de betaling van de administratieve geldboetes ten voordele van de verzekeringsinstellingen. Integendeel, in artikel 191 van dezelfde wet wordt bepaald dat het resultaat van die terugbetaling en van die geldboetes inkomsten zijn voor de verzekering van geneeskundige verzorging en niet voor de verzekeringsinstellingen. De omstandigheid dat de financiering van de verzekeringsinstellingen zou kunnen variëren naar gelang een eventueel begrotingsoverschot, is slechts een te indirect gegeven om te verantwoorden dat de verzekeringsinstellingen een rechtstreeks belang bij het geschil zouden hebben.

Aangezien de verzekeringsinstellingen niet bij het geding zijn betrokken en er geen rechtstreeks belang bij hebben dat een zorgverlener ten onrechte aangerekende verstrekkingen moet vergoeden, kan het argument van het bestaan van een band tussen de adviserend geneesheren en de verzekeringsinstellingen niet in aanmerking worden genomen.

Voorts is de onafhankelijkheid van de adviserend geneesheren ten opzichte van de DGEC voldoende gewaarborgd doordat zij in geen geval wegens hun opinies die zij in het kader van hun rechtsprekende functie in de Kamer van beroep uiten, kunnen worden gesanctioneerd.

(verworpen)

2. Raad van State (7^e k.), Z., arrest nr. 218.344 van 8 maart 2012²

Toelaatbaarheid cassatieberoep/Belang

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

Een middel wordt niet aangenomen wanneer de verzoekende partijen niet aantonen welk voordeel zij zouden kunnen verkrijgen bij het gegrond bevinden van het middel.

(verworpen)

2. I.B. RIZIV, 2012/1, p. 62; Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 05.05.2011.

3. Raad van State (6^e k.), J.V., arresten nr. 220.619 en nr. 220.620 van 17 september 2012³

Kamer van beroep - Wraking - Adviserend geneesheren - Jurisdictionele functie - Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

De eisende partij bewijst geenszins dat in dit geval een andere beslissing zou moeten worden genomen dan in het arrest van de Raad van State nr. 211.299 van 16 februari 2011.

Vooraf omdat uit het koninklijk besluit van 7 juni 2012 blijkt dat de in het verzoek tot wraking beoogde geneesheren niet langer zitting houden als vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen maar als leden van de Kamer van Beroep die door verzekeringsinstellingen zijn voorgedragen.

Ten aanzien van de geneesheren die zijn aangeduid als leden van de bij artikel 144 van de gecoördineerde wet bedoelde Kamer van Beroep kan op basis van de deelname van leden die zijn aangeduid door de verzekeringsinstellingen om zitting te hebben in het Comité dat de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle beheert, geen enkele reden tot verdenking in aanmerking worden genomen. Er bestaat geen rechtstreeks verband tussen het Comité, waarvan de samenstelling wordt vastgesteld bij artikel 140 van de gecoördineerde wet, en de Kamers van Beroep, waarvan de samenstelling wordt vastgesteld bij artikel 145 van diezelfde wet.

(verworpen)

4. Raad van State (7^e k.), C., arrest nr. 220.644 van 20 september 2012⁴

Terugbetaling is geen straf - Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter - Motiveringsbeginsel - Adviserend geneesheer - Therapeutische vrijheid - Ontvankelijkheid van het middel - Beginselen van behoorlijk bestuur

De vordering tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen is geen straf.

Een middel dat opkomt tegen het onderzoek van de feiten door de bodemrechter of de Raad van State verplicht tot een onderzoek van de feiten waarvoor hij als cassatierechter niet bevoegd is, is niet ontvankelijk.

De opmerking dat de verzoeker zelf geen bedragen heeft ontvangen naar aanleiding van zijn voorschrijfgedrag is te irrelevant. Uit artikel 141, § 5, tweede lid, b), van de ZIV-wet zoals het toen van toepassing was, blijkt dat die bepaling betrekking had op de aangerekende verstrekkingen gezien vanuit het standpunt van de ziekteverzekering, niet vanuit het standpunt van de zorgverlener.

Er is geen schending van het motiveringsbeginsel wanneer in de bestreden beslissing op omstandige wijze uiteengezet wordt waarom de Kamer van beroep van oordeel is dat de gewraakte handelingen onrechtmatig zijn en aanleiding kunnen geven tot de opgelegde sanctie.

3. I.B. RIZIV, 2012/3, p. 357.

4. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 25.10.2011.

In de bestreden beslissing wordt ingegaan op de vraag naar de gevolgen van de machtiging van de adviserend geneesheer en blijkt op basis van de feitelijke vaststellingen die werden gemaakt, dat sprake is van dwaling in hoofde van de adviserend geneesheren met betrekking tot de ingediende aanvragen. Dit onderdeel van de beslissing wordt door de verzoeker op zich niet concreet en in rechte bekritiseerd. De bodemrechter kon daaruit terecht afleiden dat aan de machtiging van de adviserend geneesheer te dezen geen waarde kon worden gehecht.

De therapeutische vrijheid waarop de verzoeker zich beroept, staat los van de vergoedbaarheid van de middelen die worden gebruikt naar aanleiding van een specifiek ziektebeeld. Het staat een arts immers in beginsel vrij steeds die middelen te gebruiken of voor te schrijven die hij aangewezen acht, wat ook hun vergoedbaarheid is onder de gelding van de verplichte ziekteverzekering. Het invullen van een aanvraag voor tegemoetkoming van een voorgeschreven middel staat los daarvan en zal steeds het voorwerp dienen uit te maken van de beoordeling van de behandelend geneesheer aan de hand van de vastgelegde criteria in het kader van de ziekteverzekering.

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing is onontvankelijk.

De beginselen van behoorlijk bestuur zijn niet van toepassing op de Kamer van beroep dat een administratief rechtscollege is.

(verworpen)

5. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 220.766 van 27 september 2012⁵

Weigering stellen prejudiciële vraag - Motiveringsplicht - Zorgvuldigheidsbeginsel / Beginselen van behoorlijk bestuur

Wanneer de Kamer van beroep in haar beslissing duidelijk en ondubbelzinnig aangeeft waarom niet wordt ingegaan op het verzoek tot het stellen van een prejudiciële vraag is aan de verplichting om de weigering om een prejudiciële vraag te stellen met redenen te omkleden, voldaan.

Artikel 4, § 2 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 bepaalt dat de Raad van State als cassatierechter niet over de grond van de zaak uitspraak doet. Het vaststellen van de feitelijke elementen behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de administratieve rechter. Het middel dat de appreciatie van de feiten door de administratieve rechter betwist, is dus onontvankelijk.

De verzoeker moet de weerslag van de beweerde onwettigheid op de strekking van de bestreden beslissing uiteenzetten. Wanneer de verzoeker geen gegevens verstrekt, zou een verder onderzoek van het middel de cassatierechter verplichten tot een beoordeling van de grond van de zaak en dat behoort niet tot haar bevoegdheid.

De verplichting die de administratieve rechtscolleges hebben om hun beslissingen te motiveren en te antwoorden op de middelen van de partijen, brengt niet mee dat zij ook verplicht zouden zijn te antwoorden op veronderstellingen die niet worden gestaafd of aannemelijk gemaakt.

Het zorgvuldigheidsbeginsel is geen algemeen rechtsbeginsel, maar een beginsel van behoorlijk bestuur. Als zodanig kan het niet worden aangevoerd tot staving van de cassatie van de beslissing van een administratief rechtscollege zoals de Kamer van beroep.

5. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 28.11.2011.

Het enkele feit dat de Kamer van beroep onzorgvuldig zou zijn geweest in haar besluitvorming, maakt, gesteld dat dit zou worden aangetoond, nog geen schending uit van het recht van verdediging.

(verworpen)

6. Raad van State (7^e k.), U., arrest nr. 220.767 van 27 september 2012⁶

Ontvankelijkheid van het middel - Adviserend geneesheer - Therapeutische vrijheid - Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter

De verzoekster heeft de beweerde schending van de bepaling van het koninklijk besluit nr. 35 niet ingeroepen voor de bodemrechter. In die mate is het middel nieuw en kan het niet worden aangenomen.

Uit de overige door de verzoekster ingeroepen bepalingen kan niet worden afgeleid dat de machtiging die de adviserend geneesheer heeft gegeven voor de voorgeschreven farmaceutische behandeling impliceert dat achteraf niet meer kan worden in vraag gesteld of de behandelingen voldoen aan de vergoedingscriteria.

In de bestreden beslissing wordt overigens ingegaan op de vraag naar de gevolgen van de machtiging van de adviserend geneesheer en blijkt op basis van de feitelijke vaststellingen die werden gemaakt, dat sprake is van dwaling in hoofde van de adviserend geneesheren met betrekking tot de ingediende aanvragen, zodat de gegeven machtiging geen waarde heeft. Dit onderdeel van de beslissing wordt door de verzoekster op zich niet concreet bekritiseerd.

De therapeutische vrijheid waarop de verzoekster zich beroept, staat los van de vergoedbaarheid van de middelen die worden gebruikt naar aanleiding van een specifiek ziektebeeld. Het staat een arts immers in beginsel vrij steeds die middelen te gebruiken of voor te schrijven die hij aangewezen acht, wat ook hun vergoedbaarheid is onder de gelding van de verplichte ziekteverzekering. Het invullen van een aanvraag voor tegemoetkoming van een voorgeschreven middel staat los daarvan en zal steeds het voorwerp moeten uitmaken van de beoordeling van de behandelend geneesheer aan de hand van de vastgelegde criteria in het kader van de ziekteverzekering.

In zoverre het middel opkomt tegen het onderzoek van de feiten door de bodemrechter of de Raad van State verplicht tot een onderzoek van de feiten waarvoor hij als cassatierechter niet bevoegd is, is het niet ontvankelijk.

De niet-onderbouwde bewering van de verzoekster dat de verwerende partij systematisch de symptomen onderschat van CVS, volstaat niet om de schending van de therapeutische vrijheid van de arts aan te tonen, noch dat de bestreden beslissing om een andere reden onwettig is.

De omstandigheid dat de bestreden beslissing melding maakt van een ziekenhuis, waar de verzoekster nooit werkzaam zou zijn geweest, heeft de strekking van de bestreden beslissing niet beïnvloed.

Het middel dat geen betrekking heeft op de beslissing die het voorwerp is van het cassatieberoep is onontvankelijk.

(verworpen)

7. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 220.768 van 27 september 2012⁷

Weigering stellen prejudiciële vraag - Motiveringsplicht - Zorgvuldigheidsbeginsel

Wanneer de Kamer van beroep in haar beslissing duidelijk en ondubbelzinnig aangeeft waarom niet wordt ingegaan op het verzoek tot het stellen van een prejudiciële vraag, is aan de verplichting om de weigering om een prejudiciële vraag te stellen met redenen te omkleeden voldaan.

Artikel 4, § 2 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 bepaalt dat de Raad van State als cassatierechter niet over de grond van de zaak uitspraak doet. Het vaststellen van de feitelijke elementen behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de administratieve rechter. Het middel dat de appreciatie van de feiten door de administratieve rechter betwist, is dus onontvankelijk.

De verzoeker weet dus voldoende waarom zijn verweer wordt verworpen. De reden is dat voor de andere patiënten niet de juiste nomenclatuurnummers werden genoteerd, en dat “één en ander (werd) aangepast in functie van de nomenclatuurnummer en het softwareprogramma van het ziekenhuis”.

Blijkens de motivering van de bestreden beslissing kwam de Kamer van beroep na onderzoek van ieder geval afzonderlijk tot de bevinding dat hierin telkens een niet toegelaten techniek werd toegepast. De bestreden beslissing is met redenen omkleed en schendt bijgevolg artikel 149 van de Grondwet niet.

De verzoeker moet de weerslag van de beweerde onwettigheid op de strekking van de bestreden beslissing uiteenzetten. Wanneer de verzoeker geen gegevens verstrekt, zou een verder onderzoek van het middel de cassatierechter verplichten tot een beoordeling van de grond van de zaak en dat behoort niet tot haar bevoegdheid.

De verplichting die de administratieve rechtscolleges hebben om hun beslissingen te motiveren en te antwoorden op de middelen van de partijen, brengt niet mee dat zij ook verplicht zouden zijn te antwoorden op veronderstellingen die niet worden gestaafd of aannemelijk gemaakt.

Het enkele feit dat de Kamer van beroep onzorgvuldig zou zijn geweest in haar besluitvorming, maakt, gesteld dat dit zou worden aangetoond, nog geen schending uit van het recht van verdediging.

(verworpen)

7. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 28.11.2011.

8. Raad van State (6^e k.), B., D. en B., arrest nr. 221.613 van 4 december 2012⁸

Ontvankelijkheid van cassatieberoep - Belang - Actueel en zeker - Ontvankelijkheid van het middel - Middel dat niet tot cassatie kan leiden - Beoordeling van de feiten - Schending van de bewijskracht van de akten

De smet die de veroordeling op de eisende geneesheren-anesthesisten werpt, volstaat om de actualiteit van hun belang bij het beroep te verantwoorden.

De verplichting om de vonnissen met redenen te omkleden zoals het in artikel 149 van de Grondwet wordt voorgeschreven, beantwoordt aan een vormvoorschrift. Een beslissing is met redenen omkleed wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redenen, zelfs als ze verkeerd en onwettelijk zijn, aantoont die hem er toe hebben gebracht om zich uit te spreken zoals hij gedaan heeft.

Indien het middel, dat op een onredelijke beoordeling van de feiten wijst, doelt op een nieuwe beoordeling door de Raad van State van de feiten zoals zij door de Kamer van beroep zijn beoordeeld, moet het onontvankelijk worden verklaard.

Want, wanneer de Raad van State zich uitspreekt als administratieve cassatierechter, neemt hij geen kennis over de grond van de zaak en is hij niet bevoegd om een middel te onderzoeken waarmee, in voorkomend geval, de verzoeker de appreciatie van het administratief rechtscollege opnieuw in vraag wil stellen volgens dewelke de voortgebrachte elementen al dan niet overtuigend zijn.

Als het middel zo geïnterpreteerd wordt dat het de interpretatie gegeven aan een act (listing) van het RIZIV om de vervolging in te stellen, bekritiseert, komt men terug op het aan het licht brengen van een schending van het vertrouwen gegeven aan die listing, hetgeen de eisende geneesheren trouwens uitdrukkelijk aanklagen.

Het onderzoek van het middel op die manier geïnterpreteerd, leidt er toe te onderzoeken of de Kamer van beroep een foutieve lezing van de listing, waarop ze zich steunde, heeft ontwikkeld. Uit dat document vloeit voort dat het middel geformuleerd door de verzoekende geneesheren bewezen is. De listing laat immers niet toe om na te gaan of de prestaties ten laste gelegd aan verzoeker vallen onder de pré anesthesie, dat in tegenstelling tot hetgeen hun ten laste is gelegd. Het middel is gegrond.

(cassatie en verworpen)

9. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 222.508 van 14 februari 2013⁹

Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. Haar beslissing komt in de plaats van die van de Kamer van eerste aanleg, ongeacht of ze het beroep inwilligt of verwerpt. Al had de Kamer van beroep de beslissing van de Kamer van eerste aanleg vernietigd omdat deze geen onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie is, dan nog had ze de zaak niet naar dit rechtscollege kunnen terugwijzen maar had zij zelf uitspraak moeten doen over verzoekers beroep omdat zij als rechter in feitelijke aanleg daartoe gehouden was ingevolge het beroep dat bij haar was ingesteld.

8. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.11.2011.

9. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 23.04.2012.

De vraag of de Kamer van eerste aanleg al dan niet een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie is, heeft derhalve geen weerslag gehad op de oplossing van het geschil en heeft de verzoeker dan ook niet kunnen schaden.

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar bepaalt niet dat ze deel uitmaakt van deze dienst of van het RIZIV.

De Kamer van beroep is een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen. De leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen hebben slechts een raadgevende stem. De raadgevende leden zetelen in de Kamer van beroep overigens niet in de hoedanigheid van vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling of de beroepsgroep die hen heeft voorgedragen, maar in persoonlijke naam. Dit houdt in dat ze vrij en naar eigen goeddunken oordelen en geen instructies ontvangen van de verzekeringsinstelling of beroepsgroep die hen heeft voorgedragen.

Het enkele feit dat niet-magistraten op grond van hun deskundigheid deel uitmaken van een juridictioneel orgaan doet op zichzelf geen afbreuk aan de onafhankelijkheid en onpartijdigheid ervan.

De verzekeringsinstellingen zijn niet rechtstreeks betrokken bij het geding voor de Kamer van beroep. Dit geding bestaat tussen de zorgverlener en de DGEC.

Niet de verzekeringsinstellingen, maar wel het RIZIV is schuldeiser.

De louter theoretische mogelijkheid dat de Kamer van beroep uit concurrenten kan bestaan, volstaat niet om de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van dit rechtscollege als dusdanig in twijfel te trekken.

Luidens artikel 145, § 3, eerste lid van de ZIV-wet zetelt de Kamer van beroep te Brussel in de lokalen van het Instituut. De enkele omstandigheid dat de zittingen in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.

De Kamer van beroep biedt bijgevolg de in artikel 6 EVRM voorziene waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

(verworpen)

10. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 222.509 van 14 februari 2013¹⁰

Adviserend geneesheer / Bevoegdheid DGEC - Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

Artikel 153 van de ZIV-wet bepaalt dat de beslissingen van de adviserend geneesheren bindend zijn voor de verzekeringsinstellingen. Er wordt dus niet gesteld dat deze beslissingen ook voor het RIZIV of de zorgverlener bindend zijn.

10. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 24.04.2012.

De verzoeker stelt het ten onrechte voor alsof het toezicht op de naleving van de reglementering uitsluitend aan de adviserend geneesheren zou zijn opgedragen. De door de verzoeker aangehaalde bepalingen vormen geen beletsel voor de controleorganen van het RIZIV om op te treden tegen verpleegkundigen die de ZIV-reglementering verkeerd hebben toegepast. De DGEC heeft overeenkomstig artikel 139, 3^o, van de ZIV-wet de bevoegdheid om de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging te controleren op het gebied van realiteit en conformiteit met de wet en haar uitvoeringsbesluiten.

Er wordt hierbij geen uitzondering gemaakt voor de gevallen al gecontroleerd door een adviserend geneesheer. De rol van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling staat volledig los van de rol van de inspecteur van de DGEC.

De omstandigheid dat de adviserend geneesheer zijn goedkeuring geeft, heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de toepassing van de ZIV-reglementering. Het ontslaat de verpleegkundige geenszins van zijn verplichting om prestaties slechts aan te rekenen indien aan de in de nomenclatuur gestelde voorwaarden is voldaan. Uit deze goedkeuring kan niet worden afgeleid dat de nomenclatuur correct zou zijn toegepast door de verpleegkundige.

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. Haar beslissing komt in de plaats van die van de Kamer van eerste aanleg, ongeacht of ze het beroep inwilligt of verwerpt. Al had de Kamer van beroep de beslissing van de Kamer van eerste aanleg vernietigd omdat deze geen onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie is, dan nog had ze de zaak niet naar dit rechtscollege kunnen terugwijzen maar had zij zelf uitspraak moeten doen over verzoekers beroep omdat zij als rechter in feitelijke aanleg daartoe gehouden was ingevolge het beroep dat bij haar was ingesteld.

De vraag of de Kamer van eerste aanleg al dan niet een onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie is, heeft derhalve geen weerslag gehad op de oplossing van het geschil en heeft de verzoeker dan ook niet kunnen schaden.

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar bepaalt niet dat ze deel uitmaakt van deze dienst of van het RIZIV.

Het gaat hier om een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen. De leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen hebben slechts een raadgevende stem. De raadgevende leden zetelen in de Kamer van beroep overigens niet in de hoedanigheid van vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling of de beroepsgroep die hen heeft voorgedragen, maar in persoonlijke naam. Dit houdt in dat ze vrij en naar eigen goeddunken oordelen en geen instructies ontvangen van de verzekeringsinstelling of beroepsgroep die hen heeft voorgedragen.

Het enkele feit dat niet-magistraten op grond van hun deskundigheid deel uitmaken van een juridictioneel orgaan doet op zichzelf geen afbreuk aan de onafhankelijkheid en onpartijdigheid ervan.

De verzekeringsinstellingen zijn niet rechtstreeks betrokken bij het geding voor de Kamer van beroep. Dit geding bestaat tussen de zorgverlener en de DGEC.

Niet de verzekeringsinstellingen, maar wel het RIZIV is schuldeiser.

De louter theoretische mogelijkheid dat de Kamer van beroep uit concurrenten kan bestaan, volstaat niet om de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van dit rechtscollege als dusdanig in twijfel te trekken.

Luidens artikel 145, § 3, eerste lid van de ZIV-wet zetelt de Kamer van beroep te Brussel in de lokalen van het Instituut. De enkele omstandigheid dat de zittingen in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.

De Kamer van beroep biedt bijgevolg de in artikel 6 EVRM voorziene waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

(verworpen)

11. Raad van State (6^e k.), D., arrest nr. 223.425 van 7 mei 2013¹¹

Ontvankelijkheid van het middel - Middel dat niet kan leiden tot cassatie - Beoordeling van de feiten - Extrapolatie - Onwettige omkering van de bewijslast

Het middel is niet ontvankelijk omdat het de beoordeling bekritiseert dat door de Kamer van beroep is gegeven aan de bewijsvoering die het RIZIV heeft voorgedragen en omdat het de Raad van State vraagt om zijn beoordeling in de plaats te stellen van die van de Kamer van beroep.

Het middel is daarentegen wel ontvankelijk en gegrond in de mate dat de eisende partij de Kamer van beroep verwijt gebruik te hebben gemaakt van een extrapolatie om te besluiten dat sommige akten die niet zijn onderzocht, niet door hem waren verricht.

De eisende partij verwijt de Kamer van beroep terecht dat zij zich heeft uitgesproken op basis van de argumentatie die door de tegenpartij is gevolgd en zich heeft beroepen op een extrapolatie en niet op de feiten zelf die behoorlijk zijn vastgesteld bij 214 patiënten waarvoor de gingivectomieverstrekingen zagezegd niet zouden zijn uitgevoerd.

Zonder enige wettelijke of reglementaire bepaling die haar hiertoe machtigt, heeft de Kamer van beroep de bewijslast van de ten laste gelegde feiten omgekeerd.

(cassatie en verworpen)

12. Raad van State (7^e k.), D., arrest nr. 223.485 van 16 mei 2013¹²

Legaliteitsbeginsel - Terugbetaling is geen straf - Regel der opereerstreken - Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter

Het legaliteitsbeginsel heeft tot doel willekeurige strafrechtelijke vervolgingen en veroordelingen in strafzaken te vermijden.

11. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 28.08.2012.

12. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 23.04.2012.

De terugbetaling die de Kamer van beroep kan opleggen, is geen straf maar een herstelmaatregel. Het legaliteitsbeginsel in strafzaken, zoals geformuleerd door de verzoeker, is op dergelijke maatregel niet van toepassing.

Het legaliteitsbeginsel verbiedt niet dat de regels door rechterlijke interpretatie worden verduidelijkt van geval tot geval, op voorwaarde dat het resultaat samenhangend is met de essentie van de inbreuk en het redelijk voorzienbaar is. De vaststelling dat het begrip “opereerstreek” niet nader wordt omschreven, betekent niet dat dit begrip onduidelijk zou zijn. Om de inhoud van dit begrip te bepalen dient men zich, zoals de Kamer van beroep dat terecht heeft gedaan, te richten naar de gangbare betekenis ervan.

De door de bestreden beslissing gegeven interpretatie kadert in de bedoeling van de wetgever. Een arts kan slechts eenmaal gehonoreerd worden, ongeacht het aantal heelkundige bewerkingen dat door hem wordt uitgevoerd in een zelfde opereerstreek tijdens een zelfde zitting (art. 15, § 3, van de nomenclatuur).

Wanneer meerdere bewerkingen tijdens een zelfde behandelingssessie in aparte opereerstreken worden verricht, dan wordt de hoofdbewerking tegen honderd procent en de andere bewerking of bewerkingen tegen vijftig procent gehonoreerd (art. 15, § 4, van de nomenclatuur). Wanneer verscheidene heelkundige bewerkingen tijdens eenzelfde sessie worden verricht, is het niet te verantwoorden dat de volle waarde van iedere prestatie door de ziekteverzekering en dus door de gemeenschap ten laste wordt genomen. De kosten en de voorbereiding verbonden aan die bewerkingen evenals de tijd besteed aan de uitvoering ervan zijn dan immers grotendeels gemeenschappelijk. Wanneer de bewerkingen worden verricht in dezelfde opereerstreek vallen kosten, voorbereiding en duurtijd dermate samen dat slechts een bewerking, de hoofdbewerking, mag worden gehonoreerd.

Voorts mag rekening worden gehouden met de bijzondere hoedanigheid of functie van de personen op wie de nomenclatuur toepasselijk is. Bij de beoordeling van het legaliteitsbeginsel moet voor ogen worden gehouden dat zij gericht is tot personen die beroepsmatig handelen en over goede informatie beschikken of kunnen beschikken ten aanzien van het geoorloofd karakter van de aanrekening van hun prestaties aan de ziekteverzekering.

Het begrip “opereerstreek” is in de gegeven omstandigheden niet dermate vaag en onnauwkeurig dat de juiste draagwijdte door verzoeker niet kon worden vastgesteld. Een normaal zorgvuldige neurochirurg kan op voldoende precieze wijze weten wat eronder wordt verstaan. Enerzijds kan hij op zekere wijze inschatten wat eventueel het gevolg van zijn handeling kan zijn, anderzijds wordt aan de administratieve rechter geen al te grote beoordelingsbevoegdheid gelaten.

Een verder onderzoek van het middel zou de Raad van State verplichten tot een beoordeling van de zaak zelf, wat niet de taak is van de cassatierechter.

Artikel 14, § 2 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, bepaalt dat de Raad van State als cassatierechter niet over de grond van de zaak uitspraak doet. Daaruit volgt dat het vaststellen van de feitelijke elementen tot de uitsluitende bevoegdheid behoort van de administratieve rechter en dat het middel dat de appreciatie van de feiten door de administratieve rechter betwist, onontvankelijk is.

(verworpen)

13. Raad van State (6^e k.), O., arrest nr. 223.900 van 14 juni 2013¹³

Kamer van beroep - Administratieve rechtsmacht - Beslissing - Motivering - Verplichting om de middelen van de partijen in aanmerking te nemen

De motivering van de betwiste beslissing kan niet verklaren waarom de feiten betwist door de eiseres en toegeschreven aan andere personen dan de drie voornoemde personeelsleden, weerhouden zijn.

Ze laat evenmin toe de wettelijke of reglementaire basis van de veroordeling van de eiseres tot terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte zijn ontvangen ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging, te achterhalen.

Het ontbreken van een wettelijke of reglementaire basis maakt de betwiste beslissing ongeldig voor zover als zij zich uitspreekt over de drie tenlasteleggingen die tegen de eiseres zijn geformuleerd.

Ten slotte weerlegde de eiseres in haar conclusies de derde tenlastelegging omdat een derde partij wel degelijk aanwezig zou zijn geweest. In punt 11 van de betwiste beslissing worden de redenen uiteengezet waarom de Kamer van beroep heeft geacht dat de eiseres onregelmatig uitgevoerde verstrekkingen heeft aangerekend, maar wordt niet verklaard waarop de derde tenlastelegging specifiek gegrond zou zijn.

Het middel is bijgevolg gegrond in het tweede onderdeel voor zover de betwiste beslissing zich uitspreekt over de derde tenlastelegging die tegen de eiseres is geformuleerd.

(cassatie en verwijzing)

14. Raad van State (6^e k.), L., arrest nr. 224.074 van 26 juni 2013¹⁴

Kamer van beroep - Administratieve rechtsmacht - Beslissing - Motivering - Verplichting om de middelen van de partijen in aanmerking te nemen

In artikel 19, § 6, van het koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, wordt met name bepaald dat de beslissingen van die kamers gemotiveerd moeten zijn.

Die eis heeft dezelfde draagwijdte als die welke door artikel 149 van de Grondwet wordt voorgeschreven.

De beslissing van de kamer van beroep neemt integraal de stelling van het RIZIV over zonder rekening te houden met de latere argumentatie van de eisende arts.

De kamer van beroep maakt geen melding van de conclusies die nadien door de eiser zijn neergelegd.

13. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 31.05.2012.

14. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 01.03.2012.

Hieruit blijkt dus dat de kamer van beroep niet de bevoegdheden heeft uitgeoefend die hij moet aanwenden. Het middel is gegrond.

(cassatie en verwijzing)

15. Raad van State (7^e k.), V., arrest nr. 224.300 van 9 juli 2013¹⁵

Ontvankelijkheid van het middel - Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter

Bij ontstentenis van enige toelichting kan een middel niet in aanmerking worden genomen.

Artikel 14, § 2, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, bepaalt dat de Raad van State als cassatierechter niet over de grond van de zaak uitspraak doet.

Wanneer de bestreden beslissing steunt op drie motieven en het middel met betrekking tot één van die drie motieven niet gegrond is, kunnen de andere middelen die gericht zijn tegen de twee overige motieven niet tot cassatie leiden, zelfs als zouden ze gegrond zijn.

(verworpen)

16. Raad van State (7^e k.), V.D.V., arrest nr. 224.301 van 9 juli 2013¹⁶

Ontvankelijkheid van het middel - Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter

Bij ontstentenis van enige toelichting kan een middel niet in aanmerking worden genomen.

Artikel 14, § 2, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, bepaalt dat de Raad van State als cassatierechter niet over de grond van de zaak uitspraak doet.

Wanneer de bestreden beslissing steunt op drie motieven en het middel met betrekking tot één van die drie motieven niet gegrond is, kunnen de andere middelen die gericht zijn tegen de twee overige motieven niet tot cassatie leiden, zelfs als zouden ze gegrond zijn.

(verworpen)

15. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 27.11.2012.
16. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 27.11.2012.

17. Raad van State (6^e k.), O., arrest 224.943 van 2 oktober 2013¹⁷

Niet-uitgevoerde verstrekking - Dubbele facturering van eenzelfde verstrekking - Materiële overtreding - Bedrieglijk opzet niet vereist - Overtreding wetens en willens begaan - Afwezigheid van rechtvaardigings- of verschoningsgronden

Zodra de desbetreffende overtreding het bestaan van een bedrieglijk opzet niet vereist, is het niet strijdig om ervan uit te gaan dat enerzijds, door de bedoelde verstrekking aan te rekenen, de eiser de overtreding wetens en willens heeft begaan, waarbij de kamer van beroep overigens uitgebreid zijn beslissing over dit punt motiveert, en anderzijds, dat, aangezien niet specifiek de wil bestond om die overtreding te begaan, de sanctie minder moest zijn.

Bovendien, aangezien de kamer van beroep in het deel van haar beslissing betreffende het bestaan van een rechtvaardigings- of verschoningsgrond, de redenen heeft uiteengezet waarom hij meende dat geen enkele informaticafout is aangetoond door de eiser, kon hij verder op wettige wijze aantonen dat “dokter O. geenszins kon aantonen noch aannemelijk maken dat de rechtspersoon waarvoor hij werkt een fout heeft begaan”.

(verworpen)

18. Raad van State (7^e k.), V.C., arrest nr. 225.366 van 7 november 2013¹⁸

Ontvankelijkheid van het middel / belang / openbare orde - Startpunt beroepstermijn

Wanneer niet uiteengezet wordt in welk opzicht de bestreden beslissing met schending van artikel 149 van de Grondwet is genomen, kan het middel wat dit betreft alvast niet in aanmerking worden genomen.

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

Een middel moet dienend zijn tot staving van de cassatie van de bestreden beslissing.

De ontvankelijkheid van een beroep bij een administratief rechtscollege raakt de openbare orde en moet desnoods ambtshalve worden onderzocht.

De kennisgeving die de termijn doet lopen om beroep in te stellen, geschiedt op het ogenblik dat de aangetekende brief op het aangeduide adres wordt aangeboden, ook wanneer de brief vruchteloos wordt aangeboden en niet wordt afgehaald op het postkantoor. Het verzenden van een tweede niet aangetekende brief doet geen nieuwe termijn lopen, wanneer blijkt dat de eerste kennisgeving regelmatig is gebeurd.

17. I.B. RIZIV, 2013/3, p. 288; Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 13.12.2012.

18. Beroep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.12.2012.

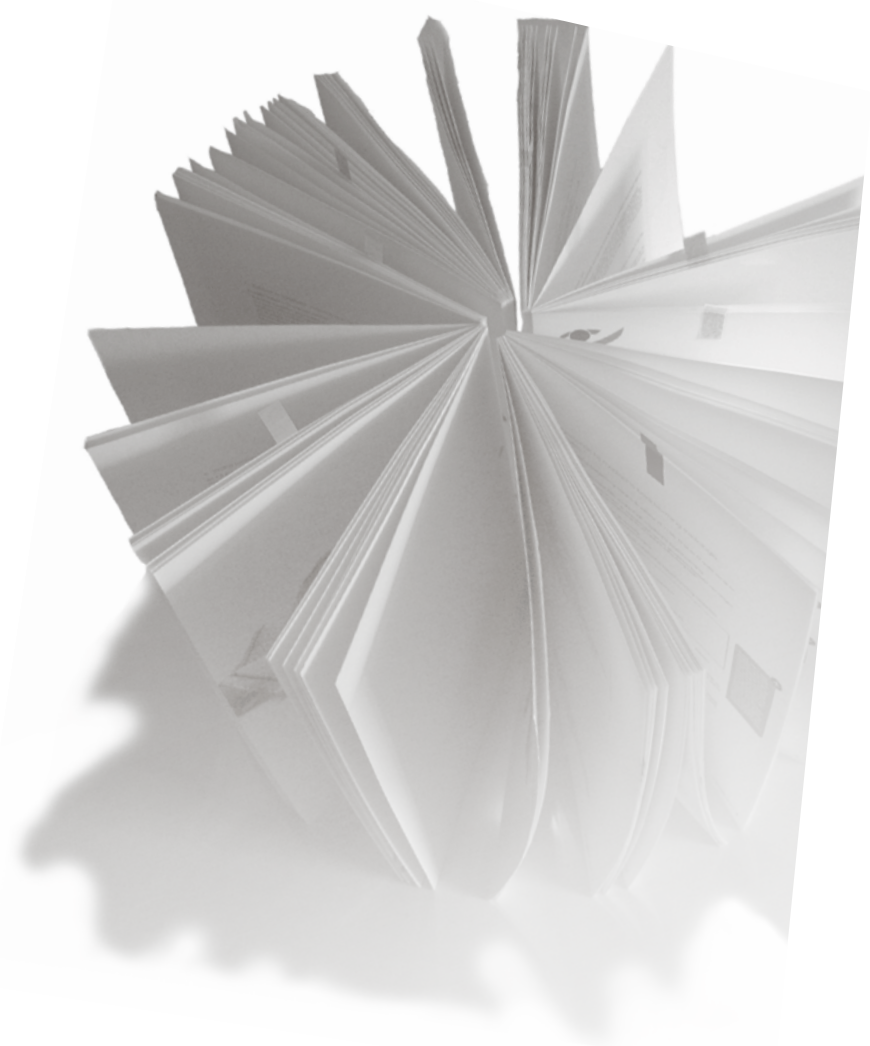
Opdat een kennisgeving bij een ter post aangetekende brief op geldige wijze geschiedt, is het voldoende dat de postbode zich aan de woning van de belanghebbende heeft aangemeld en, als hij de brief niet persoonlijk aan de belanghebbende of een gemachtigde heeft kunnen overhandigen, in de brievenbus een bericht heeft achtergelaten waarin de bestemming ervan op de hoogte wordt gebracht dat de brief te zijner beschikking is op het postkantoor.

Een voorbehoud met betrekking tot het feit dat verzoeker geen kennis had kunnen nemen van de beroepsbesluiten van verweerder kan niet voor het eerst voor de cassatierechter worden ingeroepen.

(verworpen)

2^e Deel

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



1^{ste} trimester 2014

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Geneesmiddelen

Op dit moment bedraagt de termijn tussen de mededeling van de ministeriële beslissingen omtrent de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten aan de betrokken aanvragers en de inwerking-treding ervan meer dan 60 dagen.

De wet van 7 februari 2014 voorziet een wijziging:¹

- de beslissingen die nieuwe rechten creëren (zoals de opnames in de terugbetaling), zullen op de website van het RIZIV worden gepubliceerd
- voor de andere procedures, die de rechten van patiënten, farmaceutische bedrijven of zorgverleners beperken, zal de wijziging slechts in werking treden na de bekendmaking van het ministerieel besluit in het Belgisch Staatsblad.

2. Administratieve vereenvoudiging

Het huishoudelijk reglement van de Algemene Raad voor geneeskundige verzorging wijzigt zodat alle stukken die betrekking hebben op de vergadering voortaan op elektronische wijze worden doorgestuurd, tenzij een lid uitdrukkelijk een papieren versie aanvraagt.²

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Verhoogde tegemoetkoming

De verhoogde tegemoetkoming kent een hervorming met ingang van 1 januari 2014.³ De toekenning ervan vereenvoudigt en wordt transparanter.

1. Wet van 07.02.2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15445.

2. K.B. van 26.01.2014 houdende goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Algemene Raad van het RIZIV, B.S. van 10.02.2014 (Ed. 2), p. 11640.

3. K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet GVU, B.S. van 29.01.2014 (Ed. 2), p. 8121.

Er bestaan twee manieren om het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te openen:

- hetzij automatisch op basis van het genot van een bepaald voordeel of situatie
- hetzij na een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds.

Om het recht te openen op basis van een inkomensonderzoek is de hoedanigheid waarin de gerechtigde is ingeschreven bij het ziekenfonds niet meer determinerend, het is de stabiliteit van de bescheiden inkomsten die dat is. Een referentieperiode van een jaar voor de inkomsten wordt aldus opgelegd. Als de bijzondere situatie van de verzekerde (gepensioneerde, invalide, langdurig werkloze, ...) echter toelaat de stabiliteit van de inkomsten te veronderstellen, is deze referentieperiode niet van toepassing. Om op een snelle manier de gezinnen op te sporen die zich in een moeilijke financiële situatie bevinden en een snelle toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming toe te laten, wordt vanaf 2015 een "proactieve stroom" voorzien: de ziekenfondsen delen aan het Riziv, die deze overmaakt aan de fiscale overheden, de namen mee van de personen die geen rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn. De fiscus deelt het Riziv vervolgens de gegevens mee waarover ze beschikt. Het Riziv (Dienst voor administratieve controle) zal aan de ziekenfondsen een code overmaken die zal aangeven of de inkomsten al dan niet lager zijn dan het geldende grensbedrag. Het is dan aan de ziekenfondsen om te beslissen, op basis van deze code en van de gegevens waarover ze beschikken, of er contact moet worden opgenomen met de betrokken gezinnen.

Het gezin is samengesteld uit de persoon die het voordeel geniet of de aanvrager, zijn niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of zijn samenwonende, en hun personen ten laste. Als de ene echtgenoot blijft ingeschreven ten laste van de andere echtgenoot, blijft hij ook in geval van feitelijke scheiding of scheiding van tafel en bed deel uitmaken van diens gezin.⁴ Als de aanvrager bij zijn ziekenfonds is ingeschreven als persoon ten laste is het gezin echter samengesteld uit de aanvrager, de gerechtigde ten laste van wie hij is ingeschreven, de niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of samenwonende van die gerechtigde en hun personen ten laste. Er is ook een bijzondere regel voorzien voor de situatie waarin een kind is ingeschreven als gerechtigde, om te vermijden dat kinderen systematisch zouden worden ingeschreven als gerechtigden om het recht op de verhoogde tegemoetkoming te genieten.

b. Onbeantwoorde medische behoeften

De wet van 7 februari 2014 creëert een procedure betreffende de onbeantwoorde medische behoeften.⁵ Deze heeft tot doel patiënten toegang te verlenen tot geneesmiddelen of indicaties die nog geen vergunning voor het in de handel brengen hebben gekregen of die nog niet worden terugbetaald, of tot de indicaties die betrekking hebben op een te beperkt aantal patiënten om voor een aanvraag voor een vergunning voor het in de handel brengen in aanmerking te komen.

De procedure voorziet in een bijkomende tegemoetkoming zodat moeilijk toegankelijke behandelingen sneller toegankelijk worden.

De hervorming vult de bevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds aan. Het college kan voortaan cohortbeslissingen nemen die meerdere patiënten betreffen. De cohortbeslissing is een principiële beslissing die in de tijd is beperkt. Zodra die beslissing is genomen, zal de aanvraag om een individuele tegemoetkoming per patiënt die behoort tot de toepassingsfeer van een cohortbeslissing het antwoord ontvangen dat in die cohortbeslissing is opgenomen. Zo kunnen de personen die de behandeling nodig hebben, hier sneller van genieten. Het College van geneesheren-directeurs kan bovendien, op voorstel van de Commissie voor advies, bepalen welke groepen patiënten een tegemoetkoming zullen kunnen genieten en welke groepen van patiënten niet.

4. Wet van 07.02.2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15445.

5. Wet van 07.02.2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15445.

Om het nemen van die cohortbeslissingen te ondersteunen, creëert de wet een Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel. Deze adviescommissie vult de expertise van het College van Geneesheren-directeuren aan met die van andere experts. De Algemene Raad stelt jaarlijks het budget vast dat aan de uitvoering van de cohortbeslissingen wordt toegewezen.

c. Bijzonder Solidariteitsfonds

De bepalingen met betrekking tot het Bijzonder Solidariteitsfonds wijzigen grondig vanaf 7 maart 2014 voor de verzorging in het buitenland verleend.⁶

- Wanneer de behandelende arts een voorschrift voor geneeskundige verstrekkingen uitreikt, kan dit in een lidstaat van de Europese Unie of een staat behorend tot de Europese Economische Ruimte in aanmerking worden genomen voor terugbetaling
- De voorwaarde dat het om een behartenswaardig geval moet gaan, wordt voor verstrekkingen in het buitenland op dezelfde wijze gedefinieerd als voor de verstrekkingen in België
- Hoewel de sociaal verzekerden de vrijheid hebben om zich ambulante te laten behandelen in het buitenland moet er op worden toegezien dat er niet systematisch een beroep op verzorging in het buitenland wordt gecreëerd door gunstigere financiële tegemoetkomingen te verlenen. Hierom dient voor verstrekkingen die niet zijn opgenomen in het “verstrekkingenpakket” de voorafgaande toestemming van het College van Geneesheren-directeuren te worden bekomen en niet van de adviserend geneesheer. Bovendien kent het Bijzonder Solidariteitsfonds geen financiële tegemoetkoming meer toe voor de reis- en verblijfskosten, wanneer de plaats van behandeling zich in een straal van 350km rondom Brussel bevindt
- Wanneer een rechthebbende van meer dan 19 jaar zich laat begeleiden om medische redenen, is hiervoor een medische motivering vereist.

d. Openbaarheid

Vanaf 1 januari 2014 kan de burger de lijst van zorgverleners raadplegen op de website van het RIZIV. Deze lijst bevat naam, voornaam, RIZIV-nummer en de toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten.⁷



zie www.riziv.be > Webtoepassingen > Een zorgverlener-zoeken

e. Zelfstandigen

Vanaf 15 maart 2014 kunnen actieve zelfstandigen die niet in orde zijn met hun bijdrageplicht in het kader van hun sociaal statuut, niet langer ingeschreven worden als persoon ten laste.⁸ Het gaat om actieve zelfstandigen die, indien zij met hun bijdrageplicht in orde zouden zijn, recht zouden hebben op geneeskundige verzorging zonder betaling van een aanvullende bijdrage. Het verbod geldt niet voor de meewerkende echtgenoten in mini-statuut en de zelfstandigen die reeds genieten van een afgeleid recht op geneeskundige verzorging, de studenten en de politieke mandatarissen (ministers, volksvertegenwoordigers, ...).

6. Wet van 07.02.2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15445.

7. Wet van 07.02.2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15445.

8. K.B. van 21.02.2014 tot wijziging van art. 124, § 1, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 05.03.2014, p. 18459.

f. Gedetineerden

De geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd, zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten. Deze weigering geldt niet voor de geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich buiten de gevangenis bevindt, tijdens het penitentiair verlof of onder elektronisch toezicht. De actualisering van de tekst (invoeging van het penitentiair verlof) gaat in op 1 januari 2010.⁹

g. ISI+ kaart

Voor de sociaal verzekerden zonder Belgisch elektronisch identiteitsbewijs komt er met ingang van 1 januari 2014 een nieuwe kaart: de ISI+-kaart.¹⁰ De ISI+ kaart laat toe de houder ervan te identificeren aangezien zijn unieke identificatienummer erop vermeld staat.

Concreet zullen de sociaal verzekerden die geen recht hebben op een elektronisch identiteitsbewijs én alle kinderen jonger dan 12 jaar, ongeacht of ze een Kids-ID hebben of niet, geleidelijk vanaf 2014 een ISI+ kaart krijgen. De ziekenfondsen zullen de ISI+ kaart geleidelijk en automatisch uitreiken aan hun leden die aan de voorwaarden voldoen.



ISI is de afkorting van “Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung”, terwijl de + wijst op het aanvullende karakter ten opzichte van de Belgische elektronische identiteitsbewijzen.

2. Zorgverleners

a. Artsen

MEDISCHE VERKIEZINGEN

In 2014 zijn opnieuw verkiezingen georganiseerd om de vertegenwoordigers van de artsen aan te duiden binnen de organen van het RIZIV.¹¹

Het gebruik van de procedure om elektronisch te stemmen, die met de verkiezingen van 2010 was ingesteld, is verdergezet.

b. Apothekers

Vanaf 1 januari 2015 kan de apotheker via MyCareNet de verzekeraarheidsgegevens van de patiënt raadplegen. Zodra de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten vaststelt dat deze de toekenning van de maximumfactuur geniet, deelt zij dit mee aan de apotheker bij raadpleging van de gegevens.¹²

9. Verordening van 16.12.2013 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o van de wet GVU, B.S. van 16.01.2014 (Ed. 2), p. 3011.

10. Wet van 29.01.2014 houdende bepalingen inzake de sociale identiteitskaart en de ISI+-kaart, B.S. van 12.02.2014, p. 12214 en het K.B. van 26.02.2014 tot uitvoering van de wet van 29.01.2014 houdende bepalingen inzake de sociale identiteitskaart en de ISI+-kaart, B.S. van 07.03.2014 (Ed. 2), p. 20125.

11. K.B. van 08.02.2014 tot wijziging van het K.B. van 11.02.2010 tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals bedoeld in art. 211, § 1, van de wet GVU, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15471 en M.B. van 17.02.2014 tot wijziging van het M.B. van 11.02.2010 tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in art. 211, § 1, van de wet GVU, B.S. van 25.02.2014 (Ed. 2), p. 15474.

12. K.B. van 13.01.2014 tot uitvoering van art. 3, 3^o lid, van de wet van 05.06.2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, wat betreft de apothekers, B.S. van 13.02.2014, p. 12422.

c. Kinesitherapeuten

SOCIALE VOORDELEN

De betalingsperiode voor de sociale voordelen wordt met 15 dagen uitgebreid (tot 15.01.).¹³

d. Psychiatrische verzorgingstehuizen

De bepalingen in verband met de tegemoetkoming in de psychiatrische verzorgingstehuizen wijzigen in uitvoering van de sociale akkoorden:¹⁴

- Vanaf 1 oktober 2013 is er een vergoeding voor het woon-werkverkeer van 70,68 EUR
- Vanaf 1 januari 2014 zit de syndicale premie niet meer vervat in de verzekeringstegemoetkoming.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

URGENTIEGENEESKUNDE

De geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde krijgen vanaf 1 december 2011 dezelfde toegang tot de connexiteitsregels van artikel 20 van de nomenclatuur als de geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde. Dit door middel van een interpretatieregel.¹⁵

MEDISCHE BEELDVORMING

Substitutierecht voor de radioloog

Vanaf 1 april 2014 heeft de radioloog de mogelijkheid om van het door de huisarts voorgeschreven onderzoek af te wijken door een meer aangewezen onderzoek, om de diagnostische vraagstelling te kunnen beantwoorden, op basis van expertise, bestaande richtlijnen en de specifieke klinische context van de patiënt.¹⁶

- **Coronarografie**

Vanaf 1 april 2014 verlaagt de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen met betrekking tot de coronarografie uit artikel 17 van de nomenclatuur.¹⁷

13. K.B. van 21.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 23.01.2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 06.01.2014, p. 219.
 14. M.B. van 21.02.2014 tot wijziging van het M.B. van 10.07.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de psychiatrische verzorgingstehuizen, B.S. van 10.03.2014, p. 20397.
 15. Interpretatieregels van 02.12.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 17.02.2014, p. 13032.
 16. K.B. van 09.01.2014 tot wijziging van art. 17, § 12, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 06.02.2014 (Ed. 2), p. 10711.
 17. K.B. van 29.01.2014 tot wijziging van de art. 17, § 1, 5^o en 17ter, A, 5^o, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.02.2014 (Ed. 2), p. 14392.

o Cardiale echografie

Vanaf 1 april 2014 vermindert de betrekkelijke waarde van de cardiale echografie. Voor de cardiale stress echografie bestaat vanaf dezelfde datum wel een nieuwe nomenclatuurcode. Tot slot kan het supplement voor farmacodynamische proef enkel nog bij scintigrafisch onderzoek worden aangerekend.¹⁸

HEELKUNDE

Vanaf 1 april 2014 kan de exploratieve thoracoscopie aangerekend worden doordat de verstrekking is ondergebracht bij de nomenclatuurcode voor de exploratieve thoracotomie. De waarde van de verstrekking verlaagt omdat deze minder arbeidsintensief is. Tegelijkertijd kan de verstrekking “thoracotomie voor de verwijdering van bloedklonters” voortaan ook thorascopisch worden uitgevoerd en stijgt de waarde van deze verstrekking.¹⁹

DERMATOLOGIE

Vanaf 1 maart 2014 staan er nieuwe codes voor dermoscopie in artikel 21 van de nomenclatuur: de digitale en de niet-digitale.²⁰ De 2 verstrekkingen zijn niet cumuleerbaar, worden slechts 1 keer per jaar terugbetaald en zijn slechts bestemd voor hoogrisicopatiënten. Dit zijn patiënten met:

- o een persoonlijke anamnese van melanomen
- o een familiale anamnese van melanomen
- o de aanwezigheid van een dysplastisch naevus syndroom.

b. Tandheelkundigen

ORTHODONTIE

Vanaf 1 april 2014 vindt een integrale herziening van de orthodontische nomenclatuur plaats.²¹ De voornaamste wijzigingen zijn de volgende:

- o de aanvraag van een orthodontische behandeling wordt vervangen door een kennisgeving van de behandeling
- o het attesteren van opvolging van de behandeling met de codes 305616-305620 vereenvoudigt
- o het onderzoek voorafgaand aan de behandeling krijgt 2 nomenclatuurcodes, waarvan 1 is voorbehouden voor het verzamelen van de gegevens en het vervaardigen van de modellen en 1 voor het opmaken van het behandelingsplan

18. K.B. van 29.01.2014 tot wijziging van de art. 17bis, § 1, 2., 17quater, § 1, 2., en 20, § 1, e), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.02.2014 (Ed. 2), p. 14391.

19. K.B. van 09.01.2014 tot wijziging van art. 14, e), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9606.

20. K.B. van 08.12.2013 tot wijziging van art. 21, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 16.01.2014 (Ed. 2), p. 3009 en K.B. van 08.12.2013 tot wijziging van art. 37bis van de wet GVU, B.S. van 16.01.2014 (Ed. 2), p. 3008.

21. K.B. van 04.12.2013 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.02.2014, p. 13597 en K.B. van 04.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 29.02.1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, B.S. van 19.02.2014, p. 13605.

- de mogelijkheid tot het onderbreken van een behandeling, met behoud van het recht op terugbetaling, vereenvoudigt. Er is nog sprake van 1 termijn van onderbreking (6 maanden) die zich situeert tijdens de actieve fase van behandeling.

De toekenningscriteria in de patiëntendossiers orthodontie wijzigen eveneens:

- het criterium “veralgemeende congenitale groeistoornis” was vaak het voorwerp van betwisting bij aanvragen tot terugbetaling voor behandelingen aangevraagd na de 15^{de} verjaardag. De nieuwe criteria voor tegemoetkoming na 15 jaar zijn hernomen in een exhaustieve lijst van craniofaciale groeistoornissen, omvatten eveneens de gevallen van agenesie van minstens 3 blijvende tanden en jongeren die omwille van ernstige medische problemen verhinderd werden voor de 15^e verjaardag de behandeling te starten. Daardoor breidt de doelgroep iets meer uit
- de criteria voor de verlenging van de verzekeringstegemoetkoming zijn eveneens herzien met verwijzing naar dezelfde exhaustieve lijst van craniofaciale groeistoornissen en met verwijzing naar 2 uitzonderlijke opmeetbare gebitsmisvormingen. Deze criteria zijn iets strikter dan voorheen het geval was.

De formulieren voor de kennisgeving en aanvraag voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van een regelmatige orthodontische behandeling wijzigen eveneens.²²

TANDVERZORGING

Vanaf 1 mei 2014 wijzigen de artikelen 5 en 6 van de nomenclatuur op volgende punten:²³

- de voorwaarden voor tegemoetkoming voor 2 implantaten, abutments en verankering bij verzekerden ouder dan 70 jaar met een volledige prothese op de onderkaak, vereenvoudigen
- de leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek wordt opgetrokken: de verstrekking is toepasselijk van 18 tot 65 jaar
- de doelgroep die kan genieten van terugbetaling voor extracties en wondhechting breidt uit: momenteel zijn de verstrekkingen toegankelijk voor verzekerden tot 18 jaar en vanaf 53 jaar. Daartussen is er enkel terugbetaling mogelijk in geval van specifieke indicaties
- de verstrekkingen uit de rubriek “parodontologie” breiden eveneens uit. De subgingivale reiniging en het parodontaal mondonderzoek is vergoedbaar van 18 tot 55 jaar.

22. Verordening van 13.01.2014 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 28.02.2014, p. 17429.

23. K.B. van 28.02.2014 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 31.03.2014, p. 27838.

c. Verpleegkundigen

Artikel 8 van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 april 2014.²⁴

- De verstrekkingen van § 1, 3^o worden opgesplitst in 2 rubrieken. Enerzijds de verstrekkingen verleend in de praktijkkamer van de verpleegkundige of in een hersteloord en anderzijds de verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden. Zo kan beter ingeschat worden waar de verstrekkingen verleend worden om nadien eventueel gerichte maatregelen te nemen die de prestaties voor mindervaliden kunnen verbeteren
- De forfaitaire en supplementaire honoraria voor palliatieve patiënten kunnen ook geattesteerd worden indien een deel van de verzorging wordt verleend door verpleegassistenten, ziekenhuisassistenten en gelijkgestelden. Die honoraria moeten geattesteerd worden door een gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde of een vroedvrouw of een verpleegkundige met een brevet en enkel indien hij effectief zelf zorg heeft verleend
- Met het oog op de integratie van de zorgkundigen in de thuisverpleging splitsen de nomenclatuurcodes inzake de compressietherapie. Enerzijds zijn er de verstrekkingen “aanbrengen van bandage(s), compressieverbanden”, en anderzijds de verstrekkingen “aandoen en/of uittrekken van kousen”. Deze laatste handeling mag worden verleend door de zorgkundige
- De pseudonomenclatuurcode inzake de voorbereiding van geneesmiddelen moet nu ook worden ingevuld als dit wordt gedaan bij personen met dagelijkse niet-palliatieve forfaits voor zwaar zorgafhankelijke patiënten. Voordien was dit enkel bij de palliatieve forfaits
- Voor dezelfde verstrekking “wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os” is het niet langer nodig dat de verpleegkundige een medisch voorschrift van de behandelend arts kan voorleggen omdat de verpleegkundige in principe al beschikt over een formulier “bijlage 81”, ondertekend door de behandelend arts. Deze maatregel kadert binnen de administratieve vereenvoudiging.

d. Kinesitherapeuten

Vanaf 1 mei 2014 treden volgende wijzigingen aan artikel 7 van de nomenclatuur in werking:²⁵

- de rubriek “Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven of voor rechthebbenden die in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven” wordt gesplitst in 2 verschillende rubrieken: een alleen voor de “gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden” en de andere voor de rechthebbenden die in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven. Voor de verstrekkingen in die laatste rubriek zijn dus aparte nomenclatuurcodes ingevoerd
- de codes van de “kleine zittingen” met uitzondering van de verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten worden geschrapt

24. K.B. van 13.01.2014 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9608 en het corrigendum, B.S. van 17.02.2014, p. 12932 en K.B. van 13.01.2014 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9607.

25. K.B. van 21.02.2014 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 13.03.2014, p. 21396 en het K.B. van 21.02.2014 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 13.03.2014, p. 21395, en het corrigendum, B.S. van 14.05.2014 (Ed. 2), p. 39150.

- omwille van de coherentie en zonder dat hun honoraria worden veranderd, worden de waarden van de M24, M16 en M12, toegekend aan alle zittingen, respectievelijk, van een globale gemiddelde duur van 30 minuten, van 20 minuten en van 15 minuten. De huidige verstrekkingen “niet gekoppeld aan het begrip duur” krijgen een globale gemiddelde duur van 15 minuten en de verstrekkingen van minimum 20 minuten krijgen een globale gemiddelde duur van 20 minuten. Om dezelfde honoraria te behouden, worden de waarden van de sleutelletter M automatisch aangepast
 - het is de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut en niet de zitting die een minimum aantal minuten in beslag moet nemen. Er wordt dus verduidelijkt dat “Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 30 (20 of 15) minuten moet minimum 20 (15 of 10) minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut omvatten” in plaats van “Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 30 (20 of 15) minuten moet telkens minimum 20 (15 of 10) minuten in beslag nemen”
 - de nomenclatuur bevat beperkingen op het aantal verstrekkingen, attesteerbaar door een kinesitherapeut. Deze beperkingen waren tot nog toe uitgedrukt in aantal zittingen geattesteerd per dag. Deze beperking is voortaan gebaseerd op het aantal geattesteerde waarden van M. Het aantal van de waarden van M, attesteerbaar per drie maanden is beperkt tot 40.000. Per kalenderjaar is dit aantal 156.000
- i** De sleutelletter M is specifiek voor de verstrekkingen van kinesitherapeuten en vertegenwoordigt een waarde uitgedrukt in EUR. De waarde ervan wordt bij overeenkomst bepaald. Het honorarium of de prijs van een verstrekking in de nomenclatuur wordt bepaald door 2 waarden: een sleutelletter en een coëfficiëntgetal. De vermenigvuldiging van beide waarden levert het honorarium of de prijs van de prestatie op.

e. Logopedisten

Een interpretatiereguleer verduidelijkt vanaf het nieuwe schooljaar 2014-2015 wat er moet worden verstaan onder “rechthebbende die bijzonder onderwijs volgt”: het gaat om een rechthebbende die is ingeschreven in het bijzonder onderwijs.²⁶

f. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Een interpretatiereguleer verduidelijkt wanneer een enkelorthese geattesteerd kan worden bij de indicaties “fractuur” en “achillespeesruptuur”.²⁷

OTORINOLARYNGOLOGIE

Een nieuw Koninklijk besluit wijzigt de toepassingsregels van de nomenclatuur van cochleaire implantaten.²⁸ Het niet implanteerbare deel van het implantaat kan na 3 jaar worden vervangen, als het gaat om een verstrekking die was verleend aan een kind jonger dan 8 jaar. In het andere geval blijft de termijn voor vervanging van de spraakprocessor op 5 jaar.

26. Interpretatieregels van 17.03.2014 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 24.03.2014, p. 23149.

27. Interpretatieregels van 16.12.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 24.01.2014 (Ed. 2), p. 6670.

28. K.B. van 15.01.2014 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9615.

HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Het geheel van gebruiksmateriaal en implanteerbaar materiaal gebruikt voor exploratieve thoracoscopie komt voor terugbetaling in aanmerking vanaf 1 april 2014.²⁹

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

In artikel 35*bis* van de nomenclatuur verdwijnt de materiaalverstrekking voor de “coloscopie links” uit de verstrekking “tang voor het endoscopisch nemen van een biopsie in de gastro-intestinale tractus”.³⁰

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

De tegemoetkoming voor het opvulmateriaal dat gebruikt wordt voor de endoscopische behandeling van primaire of secundaire vesicoureterale reflux bij kinderen tot 16 jaar waarbij de nierfunctie verminderd is of bij recidiverende infecties en/of voor de endoscopische behandeling van incontinentie na voorafgaande blaashalsreconstructie bij kinderen tot 16 jaar, krijgt een interpretatieregels.³¹

g. Farmaceutische specialiteiten

Vanaf 1 april 2014 wijzigen de bepalingen wat betreft de berekening van de basisvergoeding van bepaalde werkzame bestanddelen en wat betreft de berekening van het honorarium voor de apotheker voor de magistrale bereidingen.³²

De andere honoraria gebonden aan de letter P blijven ongewijzigd.

- De modaliteiten voor de berekening van de basisvergoeding van de werkzame bestanddelen, die zijn opgenomen in tenminste één vergoedbare formule uit het Therapeutisch Magistraal Formularium, zijn aangepast
- De honoraria van de apotheker voor de aflevering als dusdanig van de grondstoffen zijn niet gewijzigd. De honoraria voor de magistrale bereidingen die uitgevoerd zijn in andere farmaceutische vormen wel: ze zijn opgenomen in een register verdeeld in 3 klassen volgens de nodige tijd voor de aanmaak van de bereiding ongeacht het aantal modules en voor dewelke er een coëfficiënt van de letter P overeenstemt
- Het nieuwe honorarium betreft een “all-in” honorarium dat de hulpstoffen en de eventuele toebehoren bevat, uitgezonderd:
 - het forfait per module hulpstof voor de bereidingen voor uitwendig gebruik in de vorm van crème, gel, zalven of pasta's
 - het forfait per leeg rectiool.
- Voor de capsules van het maagsapresistent omhulsel mag een bijkomend honorarium worden aangerekend voor de hele bereiding
- De forfaits van de ouwels, de andere bijkomende honoraria en de begrippen “acuut” en “chronisch” zijn geschrapt.

29. K.B. van 15.01.2014 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9616.

30. K.B. van 15.01.2014 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.02.2014 (Ed. 2), p. 9618.

31. Interpretatieregels van 16.12.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 24.03.2014, p. 23149.

32. K.B. van 26.02.2014 tot wijziging van het K.B. van 12.10.2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten, B.S. van 14.03.2014, p. 21648 en het erratum, B.S. van 28.03.2014 (Ed. 2), p. 27578.

III. Uitkeringen

1. Mijnwerkers

De bedragen van de invaliditeitspensioenen van de mijnwerkers krijgen een aanpassing met ingang van 1 september 2013:³³

- 11.834,87 EUR voor de gehuwde bovengrondse arbeiders wier echtgenote elke beroepsarbeid heeft gestaakt en geen pensioen of uitkering geniet
- 13.826,48 EUR voor de gehuwde ondergrondse arbeiders wier echtgenote elke beroepsarbeid heeft gestaakt en geen pensioen of uitkering geniet
- 9.470,73 EUR voor de andere bovengrondse arbeiders alsmede voor de bovengrondse arbeiders die gescheiden zijn en waarvan de echtgenote niet is toegelaten tot het genot van het pensioen als gescheiden echtgenote
- 10.865,40 EUR voor de andere ondergrondse arbeiders alsmede voor de ondergrondse arbeiders die gescheiden zijn en waarvan de echtgenote niet is toegelaten tot het genot van het pensioen als gescheiden echtgenote.

Bovendien krijgen zowel de gezinsbedragen als de bedragen voor alleenstaanden een aanpassing buiten index.³⁴

IV. Administratieve controle

1. Administratieve vereenvoudiging

In het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden een aantal aanpassingen gedaan met het oog op een betere leesbaarheid en coherentie van de teksten.³⁵ Tien artikelen (312 tot en met 321) worden afgeschaft omdat de sancties die toepasselijk zijn op de verzekeringsinstellingen en op de tarifieringsdiensten, zijn geïntegreerd in de wet van 14 juli 1994. Bovendien waren de bepalingen in verband met het comité van de dienst voor administratieve controle niet meer actueel.

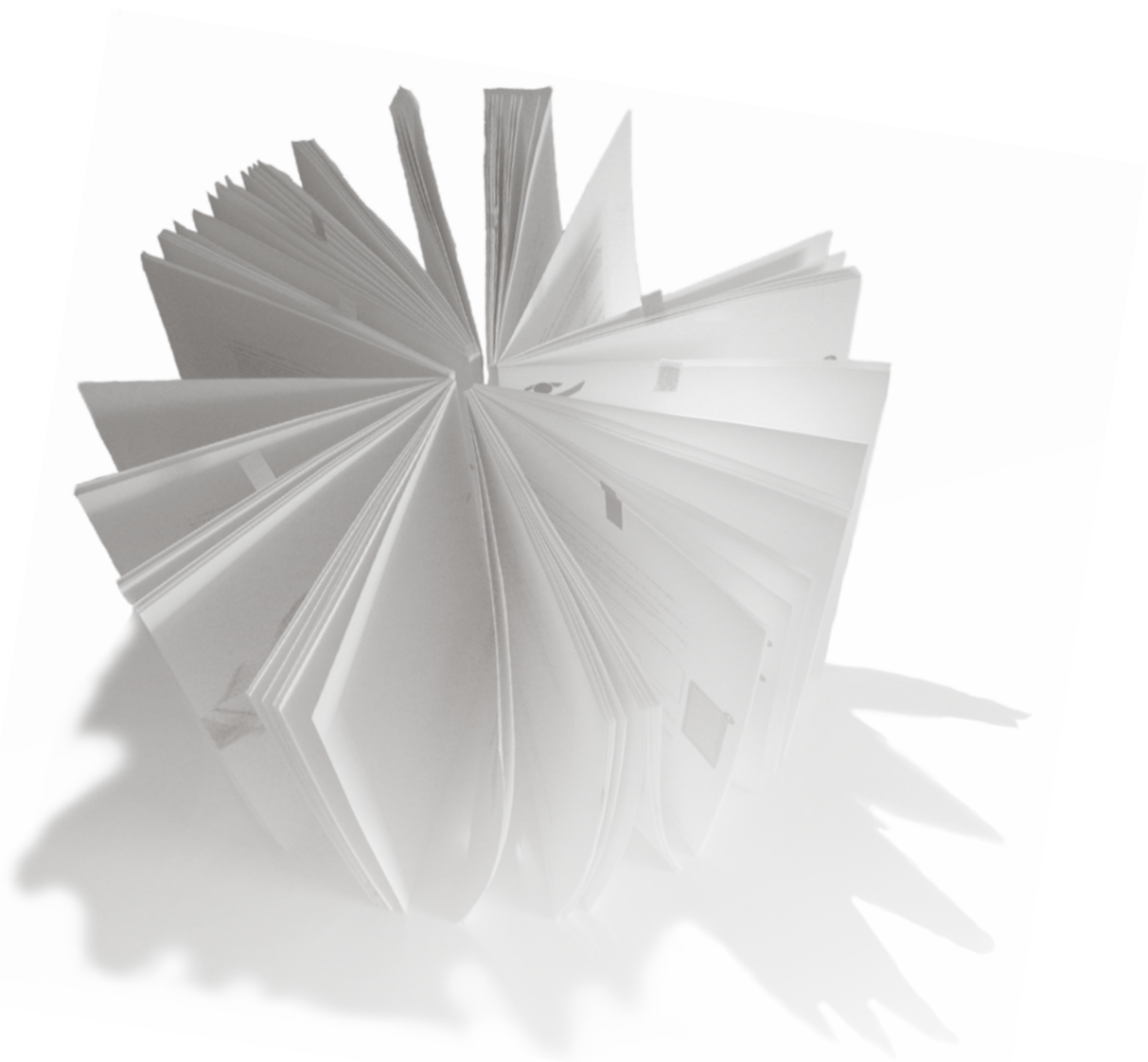
Een artikel (327) krijgt een correctie: de vernieuwde verwijzing naar de terugvorderingstermijn uit artikel 326.

33. K.B. van 29.01.2014 tot wijziging van het K.B. van 19.11.1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers, B.S. van 10.02.2014 (Ed. 2), p. 11643.

34. Aanpassing buiten index op 01.09.2013 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 24.03.2014, p. 23148.

35. K.B. van 13.11.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 15.01.2014, p. 1778.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 17 juli 2014

Grondwettelijk Hof – Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen – Supplementen – Geneesheren – Hospitalisatie

Bij arrest van 17 juli 2014 heeft het Grondwettelijk Hof het beroep tot vernietiging, ingesteld tegen de artikelen van de wet van 27 december 2012 die geneesheren voortaan verbieden ereloon-supplementen te vragen aan ziekenhuispatiënten die in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepatiëntenkamer verblijven, verworpen.

Arrest nr. 107/2014

...

Ten aanzien van het ondenverp van de beroepen

A.1. De samengevoegde beroepen (nrs. 5672, 5680, 5682, 5684, 5688 en 5689) die zijn ingesteld door geneesheren, vennootschappen van geneesheren, vzw's die de beroepsbelangen van geneesheren vertegenwoordigen, een patient en een ziekenhuis, strekken alle tot de vernietiging van de artikelen 23 tot 29 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De verzoekende partijen in de zaken nrs. 5672 en 5682 vorderen de vernietiging van de voormelde wet van 27 december 2012, "met name de artikelen 23 tot 29 ervan".

...

Ten aanzien van de bestreden bepalingen

B.1.1. De beroepen in de zaken nrs. 5680, 5684, 5688 en 5689 strekken tot de vernietiging van de artikelen 23 tot 29 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De verzoekende partijen in de zaken nrs. 5672 en 5682 vorderen de vernietiging van de wet van 27 december 2012, "met name de artikelen 23 tot 29 ervan". Nu zij geen grieven aanvoeren tegen de andere bepalingen van de wet, zijn hun beroepen slechts ontvankelijk in zoverre zij op de voormelde artikelen betrekking hebben.

B.1.2. Artikel 23 van de wet van 27 december 2012 voegt in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, (hierna : de Ziekenhuiswet) een hoofdstuk VI in, met als opschrift "Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis".

Artikel 24 van de wet van 27 december 2012 voegt een artikel 30/1 in de Ziekenhuiswet in, dat bepaalt :

"Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de door de Koning omschreven verstrekkingen.

Inzake het aanrekenen van supplementen kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in artikel 152, § 2, eerste en tweede lid, en in artikel 152, § 4, bedoelde bepalingen naar andere in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bedoelde en in het ziekenhuis werkzame categorieën van beroepsbeoefenaars, uitbreiden.

Voor de toepassing van het tweede lid wordt verstaan onder supplementen, de bedragen die bovenop de verplichte tarieven worden gevraagd indien de in titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde overeenkomsten of akkoorden gelden, of tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien dergelijke overeenkomsten of akkoorden niet van kracht zijn”.

Artikel 25 van de wet van 27 december 2012 past artikel 98 van de Ziekenhuiswet aan de nieuwe tekst van artikel 152 van dezelfde wet aan.

Artikel 26 van de wet van 27 december 2012 vervangt artikel 152 van de Ziekenhuiswet door de volgende bepaling :

“§ 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning na advies van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

De minister kan vragen dat de Commissie binnen een maand een advies formuleert. Indien dat advies niet binnen de gewenste termijn is geformuleerd of indien de minister er niet mee kan instemmen, kan hij zijn eigen voorstel aan de Commissie voorleggen. De Commissie geeft dan binnen een maand advies over dat voorstel. Dat advies wordt beschouwd te zijn gegeven indien het advies niet binnen die termijn is geformuleerd.

§ 2. Enkel voor de opname in een individuele kamer mogen ziekenhuisgeneesheren tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintentarieven indien een in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoeld akkoord van kracht is of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder supplementen, de tarieven die ervan afwijken.

In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer geen supplement aanrekenen in de gevallen zoals bedoeld in artikel 97, §2.

In afwijking op het tweede lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer zoals bedoeld in artikel 97, § 2, d), supplementen aanrekenen op voorwaarde dat :

1° de begeleidende ouder uitdrukkelijk volgens de in paragraaf 6 bedoelde nadere regels kiest voor een opname in een individuele kamer

2° het aantal bedden dat het ziekenhuis in toepassing van artikel 97, § 1, ter beschikking stelt voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen, voldoende bedden omvat voor kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven.

Ziekenhuisgeneesheren mogen in toepassing van het eerste en het derde lid enkel supplementen aanrekenen op voorwaarde dat maximumtarieven zijn vastgelegd in de in artikel 144 bedoelde algemene regeling. Dit onderdeel van de algemene regeling wordt voor de toepassing ervan door de beheerder aan de Nationale Paritaire Commissie geneesherenziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld.

§ 3. De beheerder en de medische raad garanderen dat patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers evenals patiënten opgenomen in een individuele kamer in de in artikel 97, § 2, bedoelde gevallen, met uitzondering van de afwijking voorzien in paragraaf 2, derde lid, zonder de aanrekening van supplementen door de ziekenhuisgeneesheren, worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige maatregelen en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

De Koning kan nadere regels bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bijkomende categorieën van patiënten bepalen ten aanzien van welke ziekenhuisgeneesheren in toepassing van paragraaf 2 geen supplementen mogen aanrekenen bij opname in een individuele kamer.

§ 5. De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het geheel van de bestanddelen van die honoraria.

De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in een individuele kamer, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het forfaitaire deel van die honoraria.

§ 6. In geval van een in artikel 97, § 2, d), bedoelde opname van een kind samen met een begeleidende ouder, wordt aan deze ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de keuzemogelijkheid aangeboden van een opname waarbij de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen mogen aanrekenen, namelijk een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.

De begeleidende ouder kan in dit document verzaken aan de in het eerste lid bedoelde keuzemogelijkheid en uitdrukkelijk kiezen voor een verblijf in een individuele kamer.

Indien het ondertekend document waarin door de begeleidende ouder een keuze wordt gemaakt ontbreekt, mogen de ziekenhuisgeneesheren in geen enkel geval supplementen aanrekenen”.

Artikel 27 van de wet van 27 december 2012 vult artikel 153 van de Ziekenhuiswet aan met het volgende lid :

“De ziekenhuisgeneesheren delen aan de beheerder mee of ze al dan niet verbonden zijn in het kader van het in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bedoeld akkoord. De beheerder geeft daarvan kennis aan de medische raad”.

Artikel 28 van de wet van 27 december 2012 heft het koninklijk besluit van 29 september 2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, op.

Artikel 29 van de wet van 27 december 2012 stelt de datum van inwerkingtreding van de bestreden artikelen 23 tot 28 vast op 1 januari 2013.

Artikel 33 van de wet van 7 februari 2014 heeft paragraaf 6 van artikel 152 van de Ziekenhuiswet met ingang van 1 juli 2014 opgeheven.

Ten aanzien van de ontstaansgeschiedenis van de bestreden bepalingen

B.2.1. Het hoofddoel van de wet van 27 december 2012 en meer bepaald van artikel 26 van de wet bestaat erin de toegang van de patiënten tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen te waarborgen. In dat kader verbiedt artikel 26 de ziekenhuisgeneesheren om aan de in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten supplementen aan te rekenen op honoraria die afwijken van de verbintetarieven indien een akkoord van kracht is tussen geneesheren en ziekenfondsen of van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegevoetkoming indien geen dergelijk akkoord van kracht is.

B.2.2. Om tegemoet te komen aan het doel inzake de toegankelijkheid van de zorgverstrekking, had de wetgever reeds, bij artikel 54 van de programmawet van 23 december 2009, de mogelijkheid geschrapd om supplementen voor verblijf in tweepatiëntenkamers aan te rekenen.

B.2.3. Ondanks het verbod van supplementen op de prijzen van de kamers en ook, in sommige gevallen, van honorariumsupplementen voor tweepatiëntenkamers en gemeenschappelijke kamers, heeft de wetgever vastgesteld dat talrijke patiënten met een gemiddeld of gering inkomen honorariumsupplementen opgelegd kregen voor een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer, terwijl zij precies teneinde de ziekenhuisopnamekosten te beperken, verzochten om in een dergelijke kamer te worden opgenomen (Parl. St., Kamer, 2012-2013, DOC 53-2524/004, pp. 5 tot 8 en 21).

Het verbod dat voortaan in de wet is opgenomen om honorariumsupplementen aan te rekenen voor de tweepatiëntenkamers - die in de meeste ziekenhuizen de norm zijn geworden - of voor gemeenschappelijke kamers, is in de memorie van toelichting als volgt verantwoord :

“Het verbod op honorariumsupplementen voor patiënten in die kamers ligt dus in het verlengde van het beleid dat al jaren wordt gevoerd om de zorgtoegankelijkheid te waarborgen. De twee belangrijkste ziekenfondsen hebben in hun respectieve “barometers” (waarin de ziekenhuisrekeningen worden geanalyseerd) gewezen op de impact van die supplementen op de facturen; ze pleiten ervoor die supplementen gewoon op te heffen als noodzakelijke voorwaarde om de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg te vrijwaren. Het al dan niet opleggen van honorariumsupplementen voor patiënten in gemeenschappelijke kamers en in tweepersoonskamers is de belangrijkste oorzaak van de nog bestaande grote verschillen tussen de ziekenhuizen.

De aanzienlijke verschillen tussen de gewesten (en vooral dan de zorgwekkende toestand in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, hoewel 39 % van de opnames aldaar betrekking heeft op gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming) zijn grotendeels toe te schrijven aan de honorariumsupplementen (*in casu* voor alle soorten kamers). Slechts een klein aantal ziekenhuizen - 20 op ongeveer 200 (psychiatrische ziekenhuizen inbegrepen) - rekent nog dergelijke supplementen aan. De maxima die worden gehanteerd - soms tot 400 % of vijf keer het tarief - zijn duizelingwekkend.

Voor de patiënten die bewust voor een dergelijke kamer kozen, precies om dergelijke meerkosten niet te moeten dragen, is die toestand onbegrijpelijk. De artsen en ziekenhuizen die er wel normale praktijken hanteren of een duidelijke sociale aanpak nastreven, ondergaan oneerlijke concurrentie door het moeilijk houdbare opbod qua vergoedingen voor bepaalde specialisten. Er bestaat een reeel risico dat zich in België een geneeskunde met twee snelheden ontwikkelt, waarbij kwaliteitszorg alleen wordt verstrekt aan wie die zorg kan betalen of zich een hospitalisatieverzekering die de supplementen ten laste neemt, kan veroorloven. In tijden van crisis, wanneer de burgers om grote inspanningen wordt gevraagd, kunnen dergelijke praktijken niet langer door de beugel.

Het is volgens de regering gepast om dit specifieke probleem bij voorrang aan te pakken, wat niet belet ook ruimer na te denken over de ziekenhuisfinanciering. Die financiering is een ingewikkeld mechanisme, waarin tal van factoren elkaar in evenwicht houden en dat functioneert volgens een systeem van communicerende vaten.

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp strekt er dus toe de honorariumsupplementen voortaan te beperken tot de patiënten in de eenpersoonskamers. Wat die kamers betreft, wordt in geen enkele nieuwe maatregel voorzien. De uitzonderingen die krachtens de vigerende wet bestaan, waarbij in het bijzonder wordt bepaald dat geen supplementen mogen worden gevraagd wanneer de opname in een eenpersoonskamer om medische redenen verantwoord is, blijven gehandhaafd. Om enige ongelijke behandeling te voorkomen, kan de Koning het verbod tot andere zorgverleners uitbreiden. De wet zou op 1 januari 2013 in werking treden” (Parl. St., Kamer, 2012-2013, DOC 53-2524/004, pp. 6 en 7).

In het verslag van de Senaatscommissie wordt voorts gepreciseerd :

“Amper een klein aantal ziekenhuizen, twintig op ongeveer tweehonderd (psychiatrische ziekenhuizen inbegrepen), rekenen dergelijke toeslagen nog aan, terwijl tweepersoonskamers de norm zijn geworden. De maxima die kunnen worden gehanteerd zijn duizelingwekkend - men stelt toeslagen vast die tot 400 % of vijf keer het tarief oplopen.

De minister verwijst naar het verslag van de Kamer, waar zij cijfers vernoemt uit een studie van de ziekenfondsen. Zij geven als voorbeeld bedragen rond bevallingen, waar het nationale gemiddelde 388 EUR bedraagt in een tweepersoonskamer. Met de ereloontoeslagen kan dit echter stijgen tot 1.368 EUR.

Er wordt van uit gegaan dat de ereloontoeslagen van klassieke ziekenhuizen en dagziekenhuizen voor gemeenschappelijke en tweepersoonskamers, neerkomen op een bedrag van ongeveer 50 miljoen EUR, ongeveer gelijk verdeeld tussen beide soorten ziekenhuizen. De ereloonstoeslagen voor eenpersoonskamers komen neer op ongeveer 300 miljoen EUR.

Er wordt niet geraakt aan de toeslagen voor eenpersoonskamers, omdat de patent voor dergelijke kamer kiest. Daarentegen worden toeslagen voor gemeenschappelijke en tweepersoonskamers verboden.

Inzake de daghospitalen werd met de partners van de Medicomut overeengekomen dat de definitie van “dagopname” zal vastgelegd worden na bespreking in de Medicomut.

De minister beweert niet dat het voorliggende ontwerp op unanieme goedkeuring kan rekenen. Het geniet echter wel brede ondersteuning. Bovendien is het ene supplement het andere niet. Sommige supplementen zijn redelijk en door ze af te schaffen zal een ziekenhuis bijvoorbeeld geen personeel moeten ontslaan. Maar indien een supplement van 400 % voor een tweepersoonskamer niet meer kan gevraagd worden, dan zal dat misschien wel voor enkele problemen zorgen. Anderzijds moet de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd blijven.

[...]

Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, zijn er verschillende problemen. De FMB [Financiële middelenbegroting] is dezelfde voor iedereen. De supplementen worden slechts ten belope van 6 tot 13 % overgedragen aan het ziekenhuis op grond van de specialismen.

Men kan in een ziekenhuis werken dat geen supplementen hanteert en toch een heel degelijke beroepsbeoefenaar zijn. Supplementen zijn geen garantie voor een kwalitatief hoogstaand verzorgingsbeleid.

Wat de ereloonsupplementen betreft, heeft de minister de eenpersoonskamers niet geïviseerd. Naar aanleiding van het overleg is duidelijk gezegd dat deze wet niet zou worden gewijzigd zonder overleg met Medicomut. Er zal uitgebreid overleg nodig zijn indien er ooit een wil is om verder te gaan.

De afschaffing van de supplementen voor de tweepersoonskamers was bekend : dit lag al op tafel bij het vroegere akkoord tussen artsen en ziekenfondsen, maar men had de minister gevraagd de maatregel uit te stellen. Nu meent de minister dat het haar plicht is om op te schieten met de uitvoering van het regeerakkoord en met de bescherming van de patiënten tegen deze supplementen.

Het klopt niet dat de verzekeringen hiervan zullen profiteren. Bij de meeste verzekeringen gelden er vrijstellingen, plafonds. De patiënten zullen er baat bij hebben. Het spreekt echter voor zich dat indien een risico dat door de verzekeringen wordt gedekt niet langer bestaat, men hiervan de gevolgen moet zien op de premies die de patient moet betalen” (Parl St., Senaat, 2012-2013, nr. 5-1895/3, pp. 5 en 14).

Ten aanzien van het belang van de verzoekende partijen

B.3.1. De Grondwet en de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof vereisen dat elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die een beroep tot vernietiging instelt, doet blijken van een belang. Van het vereiste belang doen slechts blijken de personen wier situatie door de bestreden norm rechtstreeks en ongunstig zou kunnen worden geraakt.

B.3.2. De Ministerraad betwist het belang van alle verzoekende partijen om in rechte op te treden en zulks, ongeacht hun hoedanigheid van ziekenhuisgeneesheer, vennootschap van geneesheren, vzw die de beroepsbelangen behartigt of ziekenhuis. De Ministerraad steunt zijn exceptie op het door de wetgever nagestreefde doel en voert aan dat de bestreden bepalingen de patient als rechtstreekse adressaat zouden hebben en niet de voormelde verzoekende partijen die, om hun belang te verantwoorden, in hoofdzaak de geldelijke gevolgen aanvoeren die voortvloeien uit het verbod om een honorariumsupplement aan te rekenen aan de in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten.

B.3.3. Zelfs indien artikel 152, § 1, van de Ziekenhuiswet, zoals vervangen bij het bestreden artikel 26 van de wet van 27 december 2012, “*van toepassing [is] op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie*”, bepaalt artikel 152, § 2, van diezelfde wet dat het voor de ziekenhuisgeneesheren verboden is honorariumsupplementen aan te rekenen aan de patiënten die in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer zijn opgenomen.

In hun hoedanigheid van ziekenhuisgeneesheren of vennootschappen van ziekenhuisgeneesheren, waarop de bestreden bepaling van toepassing kan zijn wat de honorariumsupplementen betreft die zij aan hun gehospitaliseerde patiënten kunnen aanrekenen, doen de verzoekende partijen blijken van hun belang bij het beroep.

B.3.4. In elk van de zaken treden een of meer ziekenhuisgeneesheren of vennootschappen van ziekenhuisgeneesheren in rechte op wie de bestreden bepalingen van toepassing zijn.

Het is derhalve niet nodig te onderzoeken of de andere verzoekende partijen op geldige wijze hun beroep tot vernietiging hebben ingesteld.

De exceptie wordt verworpen.

Ten gronde

Wat betreft de middelen afgeleid uit de schending van de bevoegdheidverdelende regels

B.4. Het tweede middel in de zaak nr. 5672 en het derde middel in de zaak nr. 5688 zijn afgeleid uit de schending van de bevoegdheidverdelende regels. De verzoekende partijen voeren aan dat, aangezien de toegankelijkheid tot de zorgverstrekking reeds werd gewaarborgd voor de aanneming van de bestreden wet, die wet alleen tot doel heeft de concurrentie tussen de ziekenhuizen, die de beste geneesheren wensen aan te trekken, te beperken, terwijl dat doel zou vallen onder het beleid inzake de zorgverstrekking in de verzorgingsinrichtingen, dat uitsluitend tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort.

B.5. Naar luid van artikel 5, § 1, l, 1^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, zoals van toepassing op het ogenblik van de aanneming van de bestreden bepalingen, zijn de gemeenschappen wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd inzake “het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen” met uitzondering van de materies opgesomd onder a) tot g). Onder die uitzonderingen bevinden zich de organieke wetgeving (a) en de ziekte- en invaliditeitsverzekering (c). Die aangelegenheden vallen dus enkel onder de bevoegdheid van de federale overheid.

B.6. De bestreden artikelen 24 tot 27 voegen in het hoofdstuk “Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis” van titel I “Algemene bepalingen” een nieuw artikel in (art. 30/1) of wijzigen bestaande bepalingen van hoofdstuk VI “Financiering van de werkingskosten” van titel III “Programmatie, financiering en erkenning van ziekenhuizen” (art. 98) en van hoofdstuk III “Geldelijk statuut van de ziekenhuisgeneesheer” van titel IV “Specifieke bepalingen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheer” (art. 152 en 153). De andere bestreden bepalingen staan daarmee rechtstreeks in verband.

De bestreden bepalingen, en in het bijzonder artikel 26, hebben tot gevolg dat het toepassingsgebied van de akkoorden gesloten tussen de beroepsorganisaties en de verzekeringsinstellingen, zoals daarin is voorzien en zoals ze zijn georganiseerd bij artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt uitgebreid tot buiten het domein van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangezien ze raken aan het deel van de honoraria dat door de patient zelf wordt betaald. Daaruit volgt echter niet dat ze zich de aangelegenheid van de zorgverstrekking, toegewezen aan de gemeenschappen, zouden toeëigenen. Uit de opsomming in artikel 5, § 1, l, 1^o, van de voormelde bijzondere wet en uit de parlementaire voorbereiding ervan blijkt dat de *in littera a*) bedoelde “organieke wetgeving” met name betrekking heeft op de zorgverstrekking in de ziekenhuizen. Gewis kan niet elke bepaling van de Ziekenhuiswet tot de “organieke wetgeving” worden gerekend (zie met name arrest nr. 108/2000 van 31.10.2000, B. 1.4.1), maar de bepalingen die de toegang van de patiënten tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen waarborgen behoren tot de basisregels van het ziekenhuisbeleid, zoals met name vervat in de Ziekenhuiswet.

B.7. De middelen afgeleid uit de schending van de bevoegdheidsverdelende regels zijn niet gegrond.

Wat betreft het geheel van de middelen afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met bepalingen van nationaal en internationaal Recht

B.8. De bestreden bepalingen beogen een evenwicht tot stand te brengen tussen twee behartenswaardige doelstellingen van het ziekenhuisbeleid : het waarborgen van de gelijke toegang tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen, door het invoeren van vaste en voorzienbare tarieven, in het bijzonder wanneer de patient kiest voor een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer, enerzijds, en het vrijwaren van een billijke vergoeding voor de zorgverstrekkers, door het principiële behoud van de vrije honoraria, anderzijds. De wetgever heeft die dubbele doelstelling geconcretiseerd door het sluiten van akkoorden tussen de beroepsorganisaties en de verzekeringsinstellingen te bevorderen. Hij heeft de geneesheren aangezet tot het onderschrijven van de gesloten akkoorden, waarbij buiten die akkoorden de vrijheid tot het vastleggen van de honoraria werd behouden.

B.9. De bestreden bepalingen, en in het bijzonder artikel 26, dat, door artikel 152 van de voormelde Ziekenhuiswet te vervangen, de ziekenhuisgeneesheren voortaan verbiedt om honorariumsupplementen aan te rekenen aan de in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, geven tegelijk blijk van de wil om het toepassingsgebied van de akkoorden te verruimen door die algemeen verbindend te verklaren voor de niet tot het akkoord toegetreden geneesheren in situaties die de wetgever behartenswaardig acht, en om te verhinderen dat de resterende tariefvrijheid tot het aanrekenen van buitensporige honoraria zou leiden wanneer de patient kiest voor een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.

B.10. Hoewel de bestreden bepalingen de vrijheid om de door de ziekenhuisgeneesheren gevraagde honoraria vast te stellen aanzienlijk verminderen en daardoor, in zekere mate, kunnen leiden tot het afremmen van de investeringen in technologische uitrusting van de ziekenhuizen waarin de honorariumsupplementen worden aangerekend, beogen zij, in welbepaalde gevallen, de belangen van de patiënten boven die van de artsen te stellen.

B.11. Het verzoenen van dergelijke belangen valt onder de beoordelingsbevoegdheid van de wetgever.

Het Hof zou de keuzes van de wetgever slechts kunnen afkeuren als ze blijken te geven van een onverantwoord verschil in behandeling of van onevenredigheid tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

B.12. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is. Dat beginsel verzet er zich overigens tegen dat categorieën van personen, die zich ten aanzien van de aangevochten maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op identieke wijze worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen; het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie is geschonden wanneer vaststaat dat geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

B.13. Doordat ze voor een groot deel in een gelijke behandeling voorzien voor geneesheren die tot de akkoorden zijn toegetreden en voor diegenen die hebben geweigerd dat te doen, behandelen de bepalingen categorieën van personen die zich in essentieel verschillende situaties bevinden op dezelfde manier. Dergelijke maatregelen zijn in principe onverenigbaar met het gelijkheidsbeginsel. Ze lijken des te minder te kunnen worden verantwoord daar de zogenaamde verbonden geneesheren sociale voordelen genieten die de niet-verbonden geneesheren worden geweigerd.

B.14. Zodra echter de beslissing om al dan niet tot de akkoorden toe te treden aan de beoordeling van de geneesheren wordt overgelaten en zodra elkeen vrij het belang kan bepalen dat hij erbij heeft dat te doen, kunnen de bestreden maatregelen niet *a priori* als discriminerend worden beschouwd. De druk die de maatregelen op de keuzevrijheid van de geneesheren uitoefenen, dermate dat hun belang bij het weigeren van de toetreding aanzienlijk vermindert, moet evenwel redelijk verantwoord zijn.

B.15. Door de aangeklaagde beperkingen van toepassing te verklaren in de gevallen beoogd in artikel 152, § 2, van de Ziekenhuiswet, zoals vervangen bij artikel 26 van de bestreden wet, heeft de wetgever een maatregel genomen die redelijk verantwoord is.

Het is immers niet onredelijk te vermoeden dat de patiënten die hebben gevraagd te worden opgenomen in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer niet over de middelen beschikken om supplementen te betalen bovenop het tarief dat als grondslag dient voor de verzekeringstegemoetkoming of bovenop de honoraria die uit het akkoord voortvloeien.

B.16. Het is tevens waar dat de bestreden maatregelen leiden tot het verschillend behandelen van ziekenhuisgeneesheren in vergelijking met andere geneesheren, van diezelfde geneesheren in vergelijking met andere zorgverstrekkers in een ziekenhuisomgeving, en van een aantal specialistenziekenhuisgeneesheren ten opzichte van andere specialisten die niet of niet hoofdzakelijk werkzaam zijn in een ziekenhuismilieu. Die maatregelen zouden ook verschillende gevolgen kunnen hebben voor de geneesheren die in priveziekenhuizen werken in vergelijking met diegenen die hun activiteiten in openbare ziekenhuizen uitoefenen. Het is evident dat de ziekenhuisgeneesheren anders worden behandeld dan personen die andere vrije beroepen uitoefenen.

B.17. Het is waarschijnlijk dat de openbare ziekenhuizen en de privéziekenhuizen die geen honorariumsupplementen aanrekenen voor een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer, de financiële gevolgen van de bestreden maatregelen gemakkelijker zullen kunnen opvangen dan de priveziekenhuizen die dat honorariumsupplement aanrekenen tot de inwerkingtreding van de bestreden wet.

B.18. Aangezien de wetgever zich tot taak stelt de toegang tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen te waarborgen door de tariefzekerheid en de tariefdoorzichtigheid in de ziekenhuissector te verbeteren en de misbruiken die zich er zouden hebben voorgedaan te vermijden, hebben de door hem genomen maatregelen onvermijdelijk gevolgen die slechts in die sector voelbaar zijn, waarbij het onredelijk zou zijn ze uit te breiden tot sectoren waar de noodzaak van identieke maatregelen zich niet op een vergelijkbare wijze doet voelen.

B.19. Ten aanzien van de onevenredige gevolgen die de bestreden maatregelen zouden hebben, berusten de beweringen van de verzoekende partijen op hypothesen die niet onwaarschijnlijk zijn, maar toch kan niet met zekerheid worden gesteld dat die gevolgen een dergelijke omvang zullen aannemen dat ze de maatregelen discriminerend zouden maken. Het gaat om elementen die het voorwerp moeten uitmaken van een concrete evaluatie en die in voorkomend geval, zoals eraan is herinnerd in de parlementaire voorbereiding (Parl. St., Senaat, 2012-2013, nr. 5-1895/3, pp. 14-15), redenen zullen kunnen zijn voor correcties en voorstellen in het kader van de onderhandelingen die worden gevoerd binnen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen.

B.20. De middelen zijn niet gegrond.

Ingeval betreft de middelen afgeleid uit de schending van artikel 23 van de Grondwet

B.21. Artikel 23 van de Grondwet bepaalt :

“Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden.

Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen.

Die rechten omvatten inzonderheid :

1° het recht op arbeid en op de vrije keuze van beroepsarbeid in het raam van een algemeen werkgelegenheidsbeleid dat onder meer gericht is op het waarborgen van een zo hoog en stabiel mogelijk werkgelegenheidspeil, het recht op billijke arbeidsvoorwaarden en een billijke beloning, alsmede het recht op informatie, overleg en collectief onderhandelen

2° het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand

[...]”.

B.22. Volgens de verzoekende partijen doen de bestreden bepalingen, die het bedrag beperken van de honoraria die de ziekenhuisgeneesheren aan bepaalde patiënten kunnen aanrekenen, afbreuk aan hun arbeidsvoorwaarden en schenden zij aldus het bij de voormelde bepaling gewaarborgde *standstill*-beginsel. Dezelfde bepalingen zouden bovendien afbreuk doen aan het recht van de patiënten op een kwalitatieve zorgverstrekking.

B.23. Artikel 23 van de Grondwet impliceert een *standstill*-verplichting die eraan in de weg staat dat de bevoegde wetgever het beschermingsniveau dat geboden wordt door de van toepassing zijnde wetgeving in aanzienlijke mate vermindert, zonder dat daarvoor redenen zijn die verband houden met het algemeen belang.

B.24.1. Het verbod ten aanzien van de ziekenhuisgeneesheren om, onder de voorwaarden die in herinnering zijn gebracht in B.2.1 tot B.2.3, aanvullende honoraria aan te rekenen aan de in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, brengt het recht op arbeid noch het recht op een billijke vergoeding van de beoogde geneesheren in het geding. Die laatstgenoemden blijven immers honoraria ontvangen zoals die krachtens de akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen van toepassing zijn op alle verbonden ziekenhuisgeneesheren en op de niet-verbonden ziekenhuisgeneesheren die geen honorariumsupplementen aanrekenen.

B.24.2. Voor het overige hebben de bestreden bepalingen die ertoe strekken aan alle patiënten een gelijke toegang tot de zorgverstrekking in de ziekenhuizen te verzekeren, tot gevolg de waarborg vervat in artikel 23, derde lid, 2^o, van de Grondwet te vergroten en niet te verminderen.

B.24.3. Ten slotte verzuimen de verzoekende partijen de correlatie te staven tussen de kwaliteit van de zorgverstrekking en het bedrag van de honoraria die aan de patiënten worden aangerekend. Zij voeren geen gegevens aan waaruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de kwaliteit van de zorgverstrekking in België beter zou zijn in de ziekenhuizen - overigens in de minderheid - die aanvullende honoraria aanrekenen aan de patiënten die in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer zijn opgenomen.

B.25. De middelen zijn niet gegrond.

Wat betreft de middelen afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de regels van het Europees recht inzake de vrije dienstverrichting en de vrijheid van vestiging

B.26. In de zaken nrs. 5672 en 5689 voeren de verzoekende partijen aan dat de bestreden bepalingen met name afbreuk zouden doen aan de artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) die de beperkingen van de vrijheid van vestiging voor onderdanen van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat, enerzijds, en de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Europese Unie, anderzijds, verbieden.

De verzoekende partijen in de zaak nr. 5689 die ziekenhuisgeneesheren zijn en onderdanen van een andere lidstaat die gedomicilieerd zijn in België, of die hun ziekenhuisactiviteiten in België uitvoeren gedurende een deel van de week, vragen aan het Hof een prejudiciële vraag te stellen aan het Hof van Justitie van de Europese Unie, met toepassing van artikel 267 van het VWEU.

B.27. Wanneer een vraag die betrekking heeft op de uitlegging van het Unierecht wordt opgeworpen in een zaak aanhangig bij een nationale rechterlijke instantie waarvan de beslissingen volgens het nationale recht niet vatbaar zijn voor hoger beroep, is die instantie, overeenkomstig artikel 267, derde alinea, van het VWEU, gehouden die vraag te stellen aan het Hof van Justitie. Die verwijzing is evenwel niet nodig wanneer die rechterlijke instantie heeft vastgesteld "dat de opgeworpen vraag niet relevant is of dat de betrokken gemeenschapsbepaling reeds door het Hof is uitgelegd of dat de juiste toepassing van het gemeenschapsrecht zo evident is, dat redelijkerwijze geen ruimte voor twijfel kan bestaan" (HvJ 06.10.1982, C-283/81, CILFIT, punt 21).

B.28.1. Artikel 49 van het VWEU bepaalt :

"In het kader van de volgende bepalingen zijn beperkingen van de vrijheid van vestiging voor onderdanen van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat verboden. Dit verbod heeft eveneens betrekking op beperkingen betreffende de oprichting van agentschappen, filialen of dochterondernemingen door de onderdanen van een lidstaat die op het grondgebied van een lidstaat zijn gevestigd.

De vrijheid van vestiging omvat, behoudens de bepalingen van het hoofdstuk betreffende het kapitaal, de toegang tot werkzaamheden anders dan in loondienst en de uitoefening daarvan alsmede de oprichting en het beheer van ondernemingen, en met name van vennootschappen in de zin van de tweede alinea van artikel 54, overeenkomstig de bepalingen welke door de wetgeving van het land van vestiging voor de eigen onderdanen zijn vastgesteld".

B.28.2. Artikel 56 van het VWEU bepaalt :

"In het kader van de volgende bepalingen zijn de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Unie verboden ten aanzien van de onderdanen der lidstaten die in een andere lidstaat zijn gevestigd dan dat, waarin degene is gevestigd te wiens behoefte de dienst wordt verricht.

Het Europees Parlement en de Raad kunnen, volgens de gewone wetgevingsprocedure, de bepalingen van dit hoofdstuk van toepassing verklaren ten gunste van de onderdanen van een derde staat die diensten verrichten en binnen de Unie zijn gevestigd”.

B.28.3. De beperkingen die worden beoogd door de artikelen 49 en 56 van het VWEU, zijn maatregelen, genomen door een lidstaat van de Europese Unie, die de uitoefening van de vrijheid van vestiging of het vrij verrichten van diensten verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken (HvJ, grote kamer, 28.04.2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 62; grote kamer” 01.06.2010, C-570/07 en C-571/07, *Blanco Perez en Chao Gomez*, punt 53; 07.10.2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 29).

De regeling van een lidstaat van de Europese Unie vormt geen beperking, enkel omdat andere lidstaten minder rigoureuze of economisch gunstigere regels toepassen op verrichters van soortgelijke diensten die op hun grondgebied zijn gevestigd (HvJ, grote kamer, 28.04.2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 63; 12.09.2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, punt 47).

B.28.4. In zijn voormelde arrest van 12 September 2013 heeft het Hof van Justitie van de Europese Unie gepreciseerd :

“47. Voorts zij eraan herinnerd dat een regeling van een lidstaat geen beperking in de zin van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie vormt, enkel omdat andere lidstaten minder rigoureuze of economisch gunstigere regels toepassen op verrichters van soortgelijke diensten die op hun grondgebied zijn gevestigd (zie reeds aangehaald arrest Commissie/Italië, punt 49 en aldaar aangehaalde rechtspraak).

48. Het bestaan van een beperking in de zin van het Verdrag kan dus niet worden afgeleid uit het enkele feit dat in een andere lidstaat dan de Bondsrepubliek Duitsland gevestigde artsen zich voor de berekening van hun honoraria voor op het grondgebied van het Land Hessen verrichte diensten moeten voegen naar de op dat grondgebied geldende regels.

49. Indien de in het hoofdgeding aan de orde zijnde regeling niet flexibel is, wat door de nationale rechter moet worden beoordeeld, vormt de toepassing van die regeling, die een afschrikkende werking kan hebben voor artsen uit andere lidstaten, echter een beperking in de zin van het Verdrag.

*50. Wat de rechtvaardiging van een dergelijke beperking betreft, is het vaste rechtspraak dat nationale maatregelen die de uitoefening van de in het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden kunnen belemmeren of minder aantrekkelijk kunnen maken, slechts toelaatbaar kunnen zijn mits zij een doel van algemeen belang nastreven, geschikt zijn om de verwezenlijking daarvan te waarborgen en niet verder te gaan dan noodzakelijk is om het gestelde doel te bereiken (zie met name arrest van 16.04.2013, *Las*, C-202/11, nog niet gepubliceerd in de Jurisprudentie, punt 23 en aldaar aangehaalde rechtspraak).*

*51. Dienaangaande staat het aan de verwijzende rechter om na te gaan of aan de regeling die in het hoofdgeding aan de orde is, gesteld dat de toepassing ervan in omstandigheden zoals beschreven in de verwijzingsbeslissing een beperking van de vrijheid van dienstverrichting vormt, een doel van algemeen belang ten grondslag ligt. Algemeen zij erop gewezen dat de bescherming van de gezondheid en het leven van personen, zoals bedoeld in artikel 36 VWEU, en de bescherming van de consument behoren tot de doelstellingen die kunnen worden beschouwd als dwingende redenen van algemeen belang die een beperking van de vrijheid van dienstverrichting kunnen rechtvaardigen (zie in die zin met name arresten van 05.12.2006, *Cipolla e.a.*, C-94/04 en C-202/04, *Jurispr. blz. 1-11421*, punt 64 en aldaar aangehaalde rechtspraak, en 08.11.2007, *Ludwigs-Apotheke*, C-143/06, *Jurispr. blz. 1-9623*, punt 27 en aldaar aangehaalde rechtspraak).*

52. Met betrekking tot de vraag of een dergelijke regeling waaraan een doel van algemeen belang ten grondslag ligt, geschikt is om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder gaat dan ter bereiking van dat doel noodzakelijk is, staat het aan de verwijzende rechter om na te gaan of die regeling daadwerkelijk ertoe strekt het nagestreefde doel op samenhangende en stelselmatige wijze te verwezenlijken. Voor de beoordeling van de evenredigheid moet met name rekening worden gehouden met de zwaarte van de voorgenomen sanctie.

53. Het staat derhalve aan de verwijzende rechter om na te gaan of de regeling die in het hoofdgeding aan de orde is, een beperking in de zin van artikel 56 VWEU vormt en, zo ja, of zij een doel van algemeen belang nastreeft, geschikt is om de verwezenlijking daarvan te waarborgen en niet verder gaat dan noodzakelijk is om het nagestreefde doel te bereiken”.

B.29.1. Zonder dat het nodig is om te onderzoeken of de bestreden bepalingen beperkingen zijn in de zin van de artikelen 49 en 56 van het VWEU, volstaat het vast te stellen dat zij beantwoorden aan de criteria vermeld in B.28.4.

B.29.2. Immers, zoals eraan is herinnerd in B.2.1, beogen de bestreden bepalingen in hoofdzaak de toegang tot een kwalitatieve zorgverstrekking voor alle gehospitaliseerde patiënten, zonder rekening te houden met de keuze van de kamer die zij in alle vrijheid kunnen maken. De wet strekt dus ertoe de gezondheid van de personen te beschermen, doel dat is opgenomen in artikel 36 van het VWEU en dat, zoals eraan is herinnerd in B.28.4, een dwingende reden van algemeen belang kan vormen die een beperking van de vrije dienstverrichting kan verantwoorden.

B.29.3. Uit het onderzoek van de middelen die zijn afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet blijkt dat de bestreden bepalingen het bereiken van dat doel kunnen waarborgen, waarbij, zoals eraan is herinnerd in B.8, dat doel in evenwicht blijft met de zorg om een billijke vergoeding te verzekeren aan de zorgverstrekkers door de handhaving van de vrijheid van honoraria te waarborgen, en dat die bepalingen niet verder gaan dan hetgeen noodzakelijk is om dat doel te bereiken. De bestreden bepalingen verplichten de ziekenhuisgeneesheren immers niet ertoe door een overeenkomst toe te treden tot de akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen, zoals zij hen ook niet verbieden aanvullende honoraria aan te rekenen aan de patiënten die ervoor kiezen in een individuele kamer te verblijven. Er dient overigens eraan te worden herinnerd dat het bedrag van de vergoeding van een ziekenhuisgeneesheer niet rechtstreeks voortvloeit uit de honoraria die hij aanreken, maar uit de overeenkomst tussen hem en het ziekenhuis of de vennootschap van geneesheren die het ziekenhuis beheert.

B.29.4. De bestreden bepalingen zijn bijgevolg bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 49 en 56 van het VWEU.

B.30. Gelet op het voorgaande, is er geen aanleiding om een prejudiciële vraag te stellen aan het Hof van Justitie van de Europese Unie.

OM DIE REDENEN

Het Hof,

Verwerpt de beroepen.

...

Analyse van het arrest 107/2014 van het Grondwettelijk Hof van 17 juli 2014

Door Ph. VRAY, attaché.

Bij het voormelde arrest heeft het Grondwettelijk Hof het beroep tot vernietiging, ingesteld tegen de artikelen 23 tot 29 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, verworpen.

Die artikelen hebben tot doel te waarborgen dat de patiënten toegang hebben tot de door de ziekenhuizen verleende verzorging. De wet verbiedt geneesheren ereloonsupplementen aan te rekenen aan patiënten die in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepatiëntenkamer zijn opgenomen.

De ABSYM (Association belge des Syndicats Médicaux), artsenverenigingen, individueel handelende geneesheren en de vzw "Clinique la Ramée" hadden verschillende vorderingen in beroep ingesteld.

De verzoekende partijen verweten de bestreden wettelijke bepalingen vooral de regels betreffende de verdeling van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de deelstaten te schenden en onder meer te zorgen voor discriminatie tussen niet-geconventioneerde en geconventioneerde geneesheren, tussen ziekenhuisgeneesheren en de geneesheren met een vooral ambulante activiteit, tussen openbare ziekenhuizen en privéziekenhuizen.

De verzoekende partijen verweten de bovenvermelde wet van 27 december 2012 bovendien artikel 23 van de Grondwet (principe van de *standstill*) en de bepalingen van het Europese recht betreffende de vrijheid van dienstverrichting en de vrijheid van vestiging te schenden.

Het Hof heeft dus achtereenvolgens elk van de aangevoerde middelen onderzocht.

1. *Schending van de bevoegdheidsverdelende regels.* Het Hof oordeelt dat de bestreden bepalingen die de toegang van de patiënten tot de ziekenhuisverzorging waarborgen, deel uitmaken van de fundamentele regels van de ziekenhuiswetgeving, zoals die zijn opgenomen in de wet op de ziekenhuizen. Volgens artikel 5, § 1, I, 1^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen valt die materie uitsluitend onder de bevoegdheid van de federale overheid. Het Hof is immers van oordeel dat de ziekenhuiswetgeving een van de uitzonderingen is op de bevoegdheid van de deelstaten, zoals bedoeld in de punten a) tot g) van het bovenvermelde artikel.

2. *Schending van het gelijkheidsbeginsel.* Het Hof herinnert aan het volgende :

“Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen bepaalde categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is. Dat beginsel verzet er zich overigens tegen dat categorieën van personen die zich ten aanzien van de aangevochten maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op identieke wijze worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.”

Het Hof stelt voorts dat het geconventioneerde en niet-geconventioneerde geneesheren natuurlijk wel op gelijke wijze verboden is supplementen te vragen als het niet gaat om een opname in een individuele kamer maar dat enkel geconventioneerde geneesheren de met hun conventionering samenhangende voordelen genieten. Maar “de beslissing om al dan niet tot de akkoorden toe te treden, wordt aan de beoordeling van de geneesheren overgelaten en zodra elkeen vrij het belang kan bepalen dat hij erbij heeft dat te doen, kunnen de bestreden maatregelen niet a priori als discriminerend worden beschouwd.”

Voor het overige meent het Hof dat de wetgever het belang voor de patiënten van de gelijke toegang tot de geneeskundige verzorging moet verzoenen met het belang voor de zorgverleners van een billijke vergoeding. In dit geval heeft de wetgever een op een redelijke manier verantwoorde maatregel genomen.

3. *Schending van artikel 23 van de Grondwet.* Volgens de verzoekende partijen zouden de bestreden bepalingen hun arbeidsvoorwaarden schaden omdat hun het recht wordt ontzegd om ereloon-supplementen aan te rekenen in een tweepatiëntenkamer en in een gemeenschappelijke kamer en zouden zij de bij artikel 23 van de Grondwet bekrachtigde verplichting tot een *standstill* schenden door het niveau van bescherming dat door de toepasselijke wetgeving wordt geboden, aanzienlijk te beperken.

Het Hof oordeelt daarentegen dat de bestreden wet noch het recht op werk noch het recht op een billijke vergoeding voor de geneesheren die de honoraria blijven ontvangen die van toepassing zijn op de geconventioneerde geneesheren en op de niet-geconventioneerde geneesheren die geen ereloon-supplementen aanrekenen, ter discussie stelt.

4. *Schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in combinatie met de Europese regels betreffende de vrijheid van dienstverrichting.* Volgens het Hof beoogt de wet de bescherming van de gezondheid van de personen, hetgeen een dwingende reden van algemeen belang kan vormen, waardoor een belemmering van het vrij verrichten van diensten gerechtvaardigd kan zijn.

Het Grondwettelijk Hof is dus aan geen enkel van deze rechtsmiddelen tegemoetgekomen en heeft alle vorderingen in beroep verworpen.

II. Hof van cassatie, 13 januari 2014

Artikel 94, 95, 96bis, van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen (in de versie van toepassing vóór de coördinatie ervan bij K.B. van 10.07.2008).

De artikelen 95 en 96bis van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen die verband houden met de organisatie, inzonderheid de financiering en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, raken de openbare orde.

Van deze bepalingen kan dus niet afgeweken worden door een overeenkomst die een ziekenhuis sluit met een patiënt.

Arrest nr. C.11.0596.N
X. t./H.H. R.-M

...

III. Beslissing van het Hof

Beoordeling

Eerste oordeel

1. Krachtens het hier nog toepasselijke artikel 94, eerste lid, van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, hierna : Ziekenhuiswet, dekt, onverminderd de toepassing van artikel 90, het budget van financiële middelen op forfaitaire wijze de kosten die verband houden met het verblijf in een gemeenschappelijke kamer en de verstrekking van zorgen aan de patiënten in het ziekenhuis, met inbegrip van de patiënten in daghospitalisatie zoals omschreven door de Koning. De Koning omschrijft krachtens artikel 94, tweede lid, de in het eerste lid bedoelde kosten.

Het hier nog toepasselijke artikel 95 Ziekenhuiswet somt op limitatieve wijze de kosten op die niet in het budget van het ziekenhuis zijn begrepen.

Krachtens het hier nog toepasselijke artikel 96*bis* Ziekenhuiswet kan voor de tussenkomsten, diensten en verstrekkingen van zorgen waarvan de kosten op forfaitaire wijze door het budget van financiële middelen worden gedekt, geen financiële vergoeding van de patiënt worden gevorderd.

Uit deze bepalingen volgt dat alle kosten die verband houden met het verstrekken van zorgen aan patiënten in het ziekenhuis en die niet worden opgesomd in artikel 95 Ziekenhuiswet, begrepen zijn in het budget van financiële middelen en dat daarvoor geen financiële vergoeding van de patiënt kan worden gevorderd.

2. De artikelen 95 en 96*bis* Ziekenhuiswet die verband houden met de organisatie, inzonderheid de financiering en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, raken de openbare orde.

Van deze bepalingen kan niet worden afgeweken door een overeenkomst die een ziekenhuis sluit met een patiënt.

3. Het bestreden vonnis oordeelt vooreerst dat het door de eiser teruggevorderde bedrag van 1.200 EUR enkel een vergoeding is voor het gebruik van een duur apparaat dat in toepassing van artikel 94 Ziekenhuiswet begrepen dient te zijn, in “de ligdagprijs”.

Het stelt vervolgens vast dat de eiser een “*informed consent*”-formulier ondertekende waarin hij verklaarde:

- ermee akkoord te gaan dat de operatie zou worden uitgevoerd met de innoverende techniek van robotchirurgie
- ervan uitdrukkelijk op de hoogte te zijn gebracht dat die techniek nog niet was opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de kosten ervan derhalve niet door het ziekenfonds worden terugbetaald
- ermee akkoord te gaan die kosten zelf ten laste te nemen.

Het stelt verder vast dat het “*informed consent*”-formulier door de eiser werd ondertekend op 10 februari 2006 en de operatie werd uitgevoerd op 26 maart 2006, dit is ruim zes weken na het ondertekenen van het “*informed consent*”-formulier, na de betaling van het als voorschot bestempelde bedrag van 1.200 EUR.

Het bestreden vonnis dat vervolgens oordeelt dat de overeenkomst die de partijen op 10 februari 2006 afsloten geldig is en de eiser bindt, verantwoordt aldus zijn beslissing waarbij de door de eiser gevorderde terugbetaling van het betaalde voorschot van 1.200 EUR wordt afgewezen, niet naar recht.

Het onderdeel is gegrond.

DICTUM,

Het Hof,

Vernietigt het bestreden vonnis;

...

III. Hof van Cassatie, 16 juni 2014

Uitkeringsverzekering – Voorwaarden tot erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid van de zelfstandigen – Vaststelling van de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid – Bevoegde overheid

Koninklijk besluit van 20 juli 1971, artikelen 6, 7, 9, 10, 19, 20, 59 en 62

In artikel 7 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds het tijdvak van primaire ongeschiktheid, dat betrekking heeft op het eerste jaar van erkenning van de arbeidsongeschiktheid en dat uitsluitend onder de bevoegdheid van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling valt (art. 59 van het voormelde KB), en anderzijds het tijdvak van invaliditeit, dat aanvangt wanneer het tijdvak van primaire vergoedbare ongeschiktheid is verstreken en waarvan de erkenning, op voorstel van de adviserend geneesheer, onder de bevoegdheid van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV valt (art. 62 van het voormelde KB en art. 94 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

Met de beslissing ten aanzien van de eiser, dat de verweerder, wiens staat van invaliditeit op 4 juli 2001 was geëindigd, vanaf 1 april 2004 arbeidsongeschikt was als bedoeld in de artikelen 19 en 20 van het voormelde koninklijk besluit en dat hij dus aanspraak kon maken op de uitkeringen terwijl zijn verzekeringsinstelling niet in het geding was en een voorafgaand verslag van de adviserend geneesheer ontbrak, schendt het arrest de bepalingen tot vaststelling van de voorwaarden betreffende de erkenning van de arbeidsongeschiktheid (de voormelde art. 19 en 20), de bepalingen in verband met het vaststellen van de verschillende tijdvakken van arbeidsongeschiktheid van een zelfstandige (art. 6, 7, 9, 10 van het voormelde K.B.) evenals de bepalingen waarmee het bevoegde orgaan wordt aangeduid (art. 59 en 62 van het voormelde K.B.).

Wanneer immers tussen de beslissing om een einde te stellen aan de invaliditeit en de erkenning van een nieuwe ongeschiktheid meer dan drie maanden verlopen, eindigt de staat van invaliditeit en begint een nieuw tijdvak van primaire ongeschiktheid (art. 10, § 3, van het voormelde KB). Daaruit volgt dat tijdens dat nieuwe tijdvak van primaire ongeschiktheid niet de GRI over de staat van arbeidsongeschiktheid moet beslissen maar de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de zelfstandige, die niet in het geding was.

Bijgevolg wordt het aangevochten arrest vanaf 1 april 2004 vernietigd aangezien niet op een wettelijke manier is beslist dat de verzekerde arbeidsongeschikt is, zoals bedoeld in de voormelde artikelen 19 en 20.

Arrest S. 13.0072.F

H. t./RIZIV

...

GRIEFS

1.1. Selon l'article 6, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité 'en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, cet arrêté distingue 1° la période d'incapacité primaire non indemnisable; 2° la période d'incapacité primaire indemnisable; 3° la période d'invalidité.

L'article 7 de cet arrêté royal dispose que la période d'incapacité primaire non indemnisable concerne le premier mois d'incapacité de travail, la période d'incapacité primaire indemnisable les onze mois suivants. La période d'invalidité prend cours lorsque la période d'incapacité primaire indemnisable est révolue. Pour l'application de cet article, le calcul en mois se fait de date à date.

D'après l'article 9, § 2, du même arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'incapacité primaire indemnisable.

L'article 10, § 3, de l'arrêté royal dispose qu'une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas trois mois est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'invalidité.

Il suit de ces dispositions que le travailleur indépendant qui, après une interruption de la période d'invalidité qui atteint trois mois, est à nouveau reconnu se trouver dans un état d'incapacité de travail se trouve dans un état d'incapacité primaire et ce, pour une nouvelle durée de douze mois.

1.2. Selon l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail au cours des périodes d'incapacité primaire lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle ni comme travailleur indépendant ou aidant ni en une autre qualité.

L'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 dispose que le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail au cours de la période d'invalidité lorsqu'il est satisfait à l'article 19 et qu'en outre, il est reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, compte tenu notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

1.3. D'après l'article 59 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le début, le maintien, la reprise, la durée et la fin de l'incapacité de travail au cours des périodes d'incapacité primaire sont établis par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou, dans les conditions prévues à l'article 48, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 [instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités], par le médecin-inspecteur du Service du contrôle médical.

Selon l'article 62 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les décisions au sujet de l'incapacité de travail au cours de la période d'invalidité sont régies par les dispositions qui concernent la même matière dans le régime des indemnités organisé en vertu de la loi du 9 août 1963 et notamment par les articles 51 et 52 de ladite loi et par le chapitre III de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 [portant exécution de la loi du 08.04.1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités].

Les articles 51 et 52 de la loi du 9 août 1963 ont été remplacés par les articles 94 et 95 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le chapitre III de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 intitulé "Du conseil médical de l'invalidité" a été remplacé par la section II "Du conseil médical de l'invalidité" du chapitre I^{er} du titre III de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comportant les articles 167 à 192.

D'après l'article 94 de la loi coordonnée, c'est le conseil médical de l'invalidité du demandeur qui constate, conformément aux dispositions de l'article 82, sur la base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'état d'invalidité au sens de l'article 100 et qui en fixe la durée.

Des dispositions précitées, il suit que, dans la période d'incapacité primaire, la décision concernant l'état d'incapacité de travail appartient au médecin-conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant ou au médecin-inspecteur du service du contrôle médical et que le conseil médical de l'invalidité du demandeur n'est pas habilité à reconnaître un tel état ou à en déterminer la durée sans un rapport émanant de ce médecin.

2. L'arrêt constate que:

- le défendeur a été en incapacité de travail à partir du 15 avril 2000
- le 28 juin 2001, le conseil médical de l'invalidité du demandeur a décidé que le défendeur ne serait plus considéré comme étant incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du 4 juillet 2001
- la période litigieuse est fort longue, : elle débute le 4 juillet 2001, soit à un moment où le défendeur était en incapacité de travail depuis plus d'un an, d'où il suit qu'il y a lieu de se référer à l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- l'expert désigné dans l'arrêt du 8 avril 2011 propose de considérer que :
 - du 4 juillet 2001 au 31 mars 2004, le défendeur n'était pas incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
 - à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur peut être considéré comme incapable de travailler au sens de l'article précité
 - le rapport d'expertise est complet et répond de manière précise aux questions d'ordre médical que se posait la cour du travail
 - il y a lieu d'entériner le rapport d'expertise.

En entérinant le rapport d'expertise dont il constate les propositions relatives aux périodes d'incapacité de travail et à leur interruption, l'arrêt décide qu'il y a eu une interruption dans l'état d'invalidité du défendeur du 4 juillet 2001 au 31 mars 2004, c'est-à-dire pendant une période de plus de trois mois.

Il s'ensuit qu'en application des articles 6, 7 et 10, § 3, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, une nouvelle période d'incapacité primaire commence le 1^{er} avril 2004.

En entérinant le rapport d'expertise et en décidant que, depuis le 1^{er} avril 2004, le défendeur répond aux conditions de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, et donc *a fortiori* aux conditions de l'article 19 de cet arrêté royal, et en décidant qu'une nouvelle période d'incapacité de travail doit être considérée comme ayant pris cours le 1^{er} avril 2004 et que le défendeur peut sur cette base faire valoir ses droits aux indemnités d'incapacité de travail, alors qu'il s'agit d'une procédure entre le défendeur et le demandeur en l'absence de l'organisme assureur du défendeur et en l'absence d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'arrêt décide de l'existence d'un état d'incapacité de travail du défendeur dans une période qui est une période d'incapacité primaire de travail à l'égard du demandeur. Dès lors, il viole les articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, qui déterminent les conditions de reconnaissance d'un état d'incapacité de travail, ainsi que les dispositions relatives à la détermination des différentes périodes d'incapacité du travail d'un travailleur indépendant (violation des art. 6, 7, 9, 10, 19 et 20 de l'A.R. du 20.07.1971, qui déterminent les conditions de reconnaissance d'un état d'incapacité de travail) et celles qui indiquent l'instance compétente pour décider de l'état d'incapacité de travail d'un travailleur indépendant - (violation des art. 59, 62 de l'A.R. du 20.07.1971 et 94, al. 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

L'arrêt ne décide pas légalement que, depuis le 1^{er} avril 2004, le défendeur est en incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (violation de toutes les dispositions visées au moyen).

III. LA DÉCISION DE LA COUR

L'arrêt confirme la décision du conseil médical de l'invalidité suivant laquelle, à partir du 4 juillet 2001, le défendeur n'était pas en état d'incapacité de travail suivant les critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Conformément à l'avis de l'expert judiciaire, l'arrêt décide à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur était en état d'incapacité de travail suivant les mêmes critères "et donc *a fortiori*" suivant ceux "de l'article 19 [dudit] arrêté royal."

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

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

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

En décidant à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur, dont l'état d'invalidité a pris fin le 4 juillet 2001, a été en état d'incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté royal, l'arrêt viole les dispositions légales visées au moyen.

Celui-ci est fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué;

...

IV. Arbeidshof van Luik, 26 november 2013

Afwezigheid van initieel verdienvermogen - In de tijd beperkte en vrijwillige activiteiten zonder productief karakter - Foutieve erkenning - Afwezigheid van fout

De verergering van de gezondheidstoestand die een einde maakt aan een reeds onbestaand verdienvermogen opent geen recht op de uitkeringen zoals bedoeld in artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet. De genoemde verergering kan immers niet leiden tot de stopzetting van elke beroepsactiviteit aangezien die niet kon bestaan (A.H. Antwerpen, 15.02.07, I.B. - RIZIV 2007, p. 225). Indien men ervan uitgaat dat vrijwilligerswerk kan wijzen op een arbeidsgeschiktheid, dan moet worden opgemerkt dat de desbetreffende activiteiten een productief karakter moeten hebben en zich in de arbeidsmarkt moeten kunnen integreren. Als die activiteiten erin bestaan op de kinderen uit zijn omgeving te passen en voor zijn grootmoeder te zorgen, is er sprake van beperkt, niet in een professioneel kader gesitueerd vrijwilligerswerk dat meer lijkt op occasionele dienstverlening dan op activiteiten die wijzen op een werkelijk verdienvermogen.

De betrokkene voert de fout van het RIZIV en het ziekenfonds aan omdat zij zijn teruggekomen op een beoordeling die van meerdere jaren terug dateert, namelijk een voorheen erkende arbeidsongeschiktheid. Aangezien de ten onrechte gestorte uitkeringen niet kunnen worden teruggevorderd, oordeelt het Hof dat het ziekenfonds noch het RIZIV een fout hebben begaan omdat de foutieve vergoeding niet tot enige schade heeft geleid.

A.R. 2011/AL/370 en 2011/AL/374
V.l. t./A.B. en RIZIV t./A.B.

...

I. La recevabilité de l'appel

Attendu qu'il résulte des éléments du dossier que le jugement dont appel a été notifié aux parties appelantes le 17 juin 2011. Les appels du 7 juillet 2011 et 8 juillet 2011, réguliers quant à la forme et introduits dans le délai légal, sont recevables.

II. Les faits et la procédure

1. Par une décision notifiée le 24 mai 2006, l'INAMI constatait que Madame B., née le 5 avril 1970, n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 à partir du 31 mai 2006, la cessation de ses activités n'étant pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels. Cette décision sera contestée.

Madame B. fut toutefois reprise en charge par sa mutuelle en raison d'hospitalisation.

Par une décision notifiée le 2 avril 2007, la mutuelle de Madame B. l'informatique suite à l'examen pratiqué le 2 avril 2007, elle n'était plus considérée comme incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 à partir du 10 avril 2007, les lésions ou troubles présentés n'entraînant plus une réduction des 2/3 de sa capacité de gain dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100 de la loi précitée. Cette décision sera contestée.

2. Devant le tribunal, le 1^{er} juin 2007, dans la cause opposant l'INAMI à Madame B., l'INAMI fit valoir que Madame B. n'avait jamais, depuis son entrée sur le marché du travail présenté une capacité de gain dépassant un tiers. Par son jugement du 15 juin 2007, le tribunal, a désigné en qualité d'expert médecin le Docteur M. avec, notamment, pour mission de dire si à la date du 31 mai 2006 et postérieurement Madame B. se trouvait en incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994.

En conclusion de son rapport, l'expert considérait que le 31 mai 2006 et postérieurement, Madame B. est en incapacité de travail. Quant à savoir si Madame B. avait eu une capacité de travail depuis son entrée sur la marché du travail, l'expert ne se prononçait pas, estimant que cette question devait être appréciée par le tribunal. Il relevait toutefois que la travailleuse avait été considérée en état de capacité de travail à plusieurs reprises, notamment durant 95 jours lorsqu'elle est entrée sur le marché du travail. Il relève aussi que pendant une période de 8 mois et une période de 3 mois, Madame B. s'est occupée d'une personne âgée en convalescence et que durant d'autres périodes, plus brèves, elle s'est occupée d'enfants.

Par son jugement dont appel, le tribunal, après avoir joint les causes et considéré que depuis son entrée sur le marché du travail Madame B. avait bien présenté la capacité de gain minimale exigée par l'article 100 de la loi coordonnée de 1994, déclarait les recours fondés et disait pour droit que Madame B. était en incapacité de travail le 31 mai 2006 et postérieurement.

Les litiges portant les numéros de rôle 2011/AL/370 et 2011/AL/374 ayant un même objet et concernant un même assuré social, il convient de les joindre pour connexité.

...

IV. Discussion

1. Conformément à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'il entraîne une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lequel se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

De cette disposition, il résulte que l'aggravation de l'état de santé qui supprime une capacité de gain qui était toutefois inexistante n'ouvre pas le droit aux indemnités pour incapacité de travail. En effet, cette aggravation ne saurait entraîner la cessation de toute activité professionnelle, celle-ci n'ayant pu exister. Ainsi, un assuré doit avoir eu une capacité de gain de plus d'un tiers afin de pouvoir être considéré ultérieurement en incapacité de travail (Cf. C.T. Anvers, arrêt du 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007, p. 225).

Dans le cas d'espèce, Madame B. a arrêté sa scolarité à l'âge de 20 ans sans avoir terminé ses études de niveau professionnel, section "service aux personnes." En effet, en 5^e année, elle va connaître d'importants problèmes médicaux divers (physiques et psychiatriques) ayant nécessité des hospitalisations. Madame B. souffre, notamment d'un état dépressif et d'épilepsie depuis 1990.

2. Durant l'année 1991, elle va émarger durant 95 jours au bénéfice des allocations de chômage. Le fait d'émarger au bénéfice des allocations de chômage n'établit toutefois nullement une capacité de travail, l'admission au bénéfice des allocations de chômage n'étant pas précédée d'un examen relatif à l'aptitude au travail. En outre, en l'espèce, en 1992, suite à une visite auprès du médecin de l'ONEm, elle sera déclarée en incapacité de travail. Depuis ce moment, elle bénéficiera des indemnités de la mutuelle sans discontinuer.

3. Comme activité, Madame B. a été autorisée par le médecin de sa mutuelle à exercer une surveillance des enfants d'une crèche à raison de 12 heures par semaine. Dans le cadre de cette autorisation, le médecin conseil a toutefois précisé : "Eviter l'éveil prolongé et les siestes sont indispensables."

Madame B., durant plusieurs mois, s'est occupée de sa grand-mère et a gardé bénévolement des enfants de son entourage.

La cour relève que durant toutes ces périodes, la travailleuse était reconnue comme étant en incapacité de travail et bénéficiait d'indemnités AMI. Au cours de ces périodes d'activité, elle ne s'est jamais reconnue comme apte à exercer une activité professionnelle.

Certes, les activités exercées à titre bénévole peuvent démontrer une capacité de travail. Il importe toutefois de souligner que le travailleur doit avoir établi une capacité de gain, ce qui implique que les activités vantées doivent avoir un caractère productif et doivent pouvoir s'intégrer sur le marché du travail.

La cour estime que les activités vantées en l'espèce ne démontrent nullement une capacité de travail de 33 % au moins. Il s'agit en effet d'occupations de durées limitées, bénévoles et non encadrées dans un milieu professionnel. Ces activités s'apparentent plus à des services rendus à titre occasionnel qu'à des activités démontrant une capacité de gain.

La cour relève aussi que Madame B. n'a pu terminer ses études en raison de problèmes médicaux majeurs. Depuis la fin de ses études, Madame B. a subi de nombreuses hospitalisations en raison de son état physique et psychologique fragile. Elle n'établit pas avoir jamais tenté de s'insérer dans le marché du travail et elle fut considérée par l'ONEm comme en incapacité de travail depuis 1992. Son médecin traitant, en 2007, estime que Madame B. est en incapacité de travail depuis de longues années.

Au vu de ces éléments, la cour considère comme établi que Madame B. n'a jamais présenté depuis son entrée sur le marché du travail une capacité de gain et elle ne peut dès lors bénéficier des indemnités AMI. Les décisions administratives doivent être confirmées et les recours doivent être déclarés fondés.

o La faute de l'administration

Madame B. estime que l'INAMI et la mutuelle ont commis une faute en revenant sur une appréciation effectuée depuis plusieurs années, à savoir une capacité de travail reconnue antérieurement.

Pour reconnaître, à tort, une capacité de travail, l'INAMI et la mutuelle se sont fondés sur l'admission au bénéfice des allocations de chômage durant 95 jours. La cour a déjà précisé que le bénéfice des allocations de chômage a été accordé sans examen médical préalable. En outre, lorsque Madame B. a été admise au bénéfice des indemnités à charge de sa mutuelle, elle n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle.

La législation relative à l'indemnisation pour incapacité de travail est d'ordre public et tant la mutuelle que l'INAMI sont tenus d'appliquer la réglementation applicable et ce même si antérieurement Madame B. a bénéficié à tort des indemnités AMI.

La cour relève aussi qu'il n'est pas question dans le cas d'espèce de récupérer le montant des indemnités accordées à tort.

Au vu de ces éléments, la cour considère que la mutuelle et l'INAMI n'ont pas commis de faute et que Madame B. n'a pas subi de préjudice du fait de son indemnisation erronée.

- **Les dépens**

L'INAMI sollicite que les frais de l'expertise ordonnée par les premiers juges soient également pris en charge par la mutuelle. Il fait valoir que l'expertise était indispensable également dans le litige opposant Madame B. à sa mutuelle.

La cour relève que l'expertise fut ordonnée dans le cadre du litige opposant Madame B. à l'INAMI. Les litiges furent déclarés connexes par les premiers juges alors que l'expertise médicale était clôturée.

Certes, la mutuelle a pris en considération l'expertise médicale effectuée pour établir sa position. Toutefois, force est de constater que la mutuelle, en aucune manière, n'a participé à l'expertise médicale ordonnée par les premiers juges et ce n'est pas parce que la mutuelle a utilisé un document figurant dans le dossier qu'elle doit supporter les frais de celui-ci. Il ne sera pas fait droit à cette demande.

PAR CES MOTIFS,

La Cour, après en avoir délibéré et statuant contradictoirement :

...

Déclare l'appel de la mutuelle fondé et l'appel de l'INAMI en grande partie fondé,

Réforme le jugement entrepris, sauf en ce qu'il se prononce sur les dépens et les frais d'expertise,

Confirme les décisions administratives critiquées,

...

V. Arbeidshof van Luik, afdeling Luik,
9 mei 2014

Gerechtigd Wetboek, artikel 1017, 4^e lid – Omslaan van de kosten

De partij die slechts deels in het ongelijk is gesteld voor haar rechtsovername, kan in de regel niet in alle kosten worden verwezen.

In dit geval verkrijgt de appelante voor 11 van de 19 patiënten waarvoor er een geschil bestaat, een vernietiging van de door de gedaagde vastgestelde categorieën en wordt zij voor haar vorderingen voor de 8 anderen in het ongelijk gesteld. Zij moet dus slechts 8/19^e van de kosten betalen.

A. R. 2013/AL/74

NV G. t./RIZIV

...

I. La recevabilité de l'appel

Il ne ressort d'aucun élément des dossiers que le jugement prononcé le 29 février 2012 aurait été signifié, en sorte que l'appel, formé par requête déposée au greffe de la cour le 30 janvier 2013, régulier en la forme, doit être déclaré recevable.

...

7. Les dépens

7.1. LA DISPOSITION LÉGALE APPLICABLE

7.1.1. L'article 1017, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire dispose que "tout jugement définitif prononcé, même d'office, la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé, à moins que les lois particulières n'en disposent autrement et sans préjudice de l'accord des parties que, le cas échéant, le jugement décrète."

7.1.2. Il s'agit là de la règle générale, à laquelle fait exception l'article 17, alinéa 2, du Code judiciaire, qui dispose ce qui suit :

"La condamnation aux dépens est toutefois toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois ou règlements prévus aux articles 580, 1^o à 17^o, 581 et 582, 1^o et 2^o, en ce qui concerne les demandes introduites *par ou contre les bénéficiaires*."

7.1.3 Un tempérament est par ailleurs apporté à la rigueur de la règle générale inscrite au 1^{er} alinéa de l'article 1017, mettant l'intégralité de la charge des dépens sur "la partie qui a succombé", par le 3^e alinéa dudit article, qui dispose ce qui suit :

"Les dépens peuvent être compensés dans la mesure appréciée par le juge, soit si les parties succombent respectivement sur quelque chef, soit entre conjoints, ascendants, frères et soeurs ou alliés au même degré".

7.2. SON APPLICATION EN L'ESPÈCE

7.2.1. L'appelante revendique l'application en sa faveur de l'exception inscrite à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, en soutenant qu'elle est le bénéficiaire, pour compte de ses résidents, des interventions de l'assurance maladie-invalidité. Elle ajoute que l'on aurait pu imaginer que chaque résident conteste individuellement les mesures d'évaluation des degrés de dépendance, les patients concernés lui ayant du reste en l'espèce donné expressément mandat en ce sens.

7.2.2. Cette thèse ne peut être suivie du fait que le texte dudit article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, fait expressément référence demandes introduites *par ou contre les bénéficiaires*.

7.2.2.1. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Même si d'évidence, les résidents accueillis au sein de la MRS ou de la MRPA gérée par l'appelante bénéficient indirectement, par les soins qui leur sont prodigués et l'encadrement plus ou moins important qui leur est assuré en fonction de leur degré de dépendance, il reste que l'allocation journalière est versée directement à l'appelante et non aux patients concernés.

C'est donc, très logiquement et pour d'évidentes raisons pragmatiques, l'appelante elle-même qui a introduit la présente action. Si l'on peut supposer qu'elle bénéficiait pour ce faire de l'accord des résidents concernés - du moins pour ceux qui étaient encore en vie lors de l'introduction du litige - elle ne justifie d'aucun mandat que ceux-ci lui auraient donné.

Il s'ensuit que l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire ne trouve pas à s'appliquer en l'espèce.

7.2.3. Il convient en revanche de faire ici application du tempérament inscrit à l'article 1017, alinéa 3 du Code judiciaire.

La Cour de cassation¹ a jugé que la partie qui n'a succombé que partiellement dans une demande en justice ne peut, en règle, être condamnée à tous les dépens.

Il a été relevé plus haut que l'appelante obtient une réformation des catégories arrêtées par l'intimé pour 11 des 19 patients faisant l'objet d'un litige, succombant dans ses demandes pour les 8 autres.

Elle doit donc être tenue à 8/19^e des dépens, soit 42 % de ceux-ci, l'intimé devant en supporter 58 %.

L'appelante devra donc prendre en charge 42 % des honoraires de l'expert S., que celui-ci a chiffrés à hauteur de la somme de 6.194,95 EUR, soit une intervention de l'appelante de 2.601,88 EUR, l'intimé devant prendre en charge les 58 % restants, soit une somme de 3.953,07 EUR.

Les deux parties contestent la hauteur des frais administratifs portés en compte par l'expert à concurrence d'une somme de 1.853,64 EUR.

Le Dr S. voudra bien en fournir le détail dans le mois de la notification qui lui sera faite du présent arrêt, les parties disposant ensuite, conformément à l'article 775 du Code judiciaire, d'un mois pour faire valoir leurs observations et l'expert d'un mois pour faire valoir les siennes dans le cadre de la réouverture des débats ordonnée à cet effet par la cour.

La partie appelante devra supporter 42 % des frais de citation qu'elle a exposés pour introduire l'action, soit la somme de (72,98 EUR x 42 %) = 30,65 EUR, l'intimé devant être condamné à lui payer 58 % de ces frais, soit la somme de 42,33 EUR.

Il convient, pour le surplus, de procéder à une compensation intégrale entre les parties des indemnités de procédure d'instance et d'appel.

...

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Déclare l'appel recevable et partiellement fondé,

...

Statuant sur les dépens, procédant à une compensation des dépens sur la base de 42 % à charge de l'appelante et de 58 % à charge de l'intimé, condamne la partie appelante à payer 42 % des honoraires personnels de l'expert S., soit la somme de 2.601,88 EUR et condamne la partie intimée à payer 58 % des honoraires personnels de l'expert S., soit la somme de 3.953,07 EUR.

Condamne, sur la base de la même compensation la partie intimée à payer à l'appelante la somme de 42,33 EUR.

Compense les indemnités de procédure d'instance et d'appel.

...

1. Cass., 25.06.1992, Pas., 1992, I, 959.

VI. Arbeidshof van Luik, afdeling Luik, 23 juni 2014

Gerechtelijk Wetboek, artikel 772 – Nieuw feit – Heropening van de debatten

De voorwaarde dat tijdens de beraadslagingen een nieuw feit wordt vastgesteld, beperkt de elementen die een heropening van de debatten kunnen verantwoorden tot twee grote categorieën. Enerzijds de feiten die na de afsluiting van de debatten opduiken. Anderzijds de feiten die voorafgaan aan de afsluiting van de debatten maar die erna worden vastgesteld, voor zover dat voordien niet mogelijk was.

De medische elementen die geen betrekking hebben op een nieuwe situatie die zich na de afsluiting van de debatten voordoet, kunnen geen aanvraag tot heropening verantwoorden. Het gaat slechts om verduidelijkingen of nieuwe verslagen met betrekking tot een vroegere situatie die zich heeft voorgedaan tijdens de gehele betwiste periode of tijdens een groot deel ervan en die het voorwerp heeft uitgemaakt van de expertise en de debatten voor het Hof. Bovendien kan voor die elementen die na de afsluiting van de debatten zijn verkregen, worden gesteld dat hun nieuwe karakter slechts voortvloeit uit recente initiatieven van de appelante die van voordien hadden kunnen dateren. Hun recente karakter is enkel daaraan toe te schrijven en is niet zozeer het resultaat van een objectief nieuw feit.

A.R. 2013/AL/520

V.Y. t./RIZIV en V.I.

...

I. Les demandes originaires – le jugement - l'objet de l'appel

1. La décision qui ouvre le litige a été prise le 10 juin 2011 par la commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ci-après dénommé l'INAMI.

Elle a décidé que madame Y., ci-après dénommée madame Y., n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à partir du 17 juin 2011, au motif que ses lésions et troubles fonctionnels n'entraînaient plus une réduction des deux tiers de sa capacité de gain.

2. Par une requête du 21 juin 2011, madame Y. a contesté cette décision. Elle a demandé la condamnation de son organisme assureur, ..., à continuer à lui verser les indemnités légales à partir du 17 juin 2011, majorées des intérêts.

3. Par un jugement du 7 mars 2012, le tribunal du travail de Liège a dit la demande recevable. Il a désigné un expert en vue de l'éclairer sur l'incapacité de travail de madame Y.

Le 2 octobre 2012, le docteur A. a déposé son rapport. Ses conclusions étaient les suivantes: "Madame Y., depuis le 17 juin 2011 jusqu'à la date de l'expertise, ne présente pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé-indemnités."

4. Le jugement attaqué¹ a dit la demande non fondée. Il a condamné l'INAMI aux dépens, consistant dans les frais d'expertise.

1. Trib. Trav. Liège (2^e ch.), 09.09.13, R.G. : 399.711.

5. Par son appel du 30 septembre 2013, madame V. demande la réformation du jugement et un complément d'expertise ou la désignation d'un nouvel expert.

II. Les faits

Les faits pertinents de la cause, tels qu'ils résultent des dossiers et pièces de procédure déposés par les parties, peuvent être résumés comme suit.

6. Madame Y. est âgée de 35 ans. Elle a accompli des études secondaires en option couture puis a obtenu un diplôme en gestion. Elle a travaillé comme caissière dans une grande surface à partir de 1999.

Madame Y. a été reconnue en incapacité de travail à partir du mois de juillet 2008.

7. Le 10 juin 2011, l'INAMI a pris la décision attaquée.

III. La position des parties

La position de madame Y.

8. Madame Y. rappelle les constats accomplis par l'expert ainsi que les principes relatifs à l'appréciation de la capacité de gain en assurance maladie-invalidité.

Elle estime que le rapport de l'expert est insuffisant. En effet, il indique que le marché du travail est limité puisqu'elle doit éviter les manipulations et contraintes du rachis, pour néanmoins conclure à une absence de perte de capacité de gain. Par ailleurs, l'expert n'indique pas quelles professions seraient encore accessibles à madame Y.

Faute d'être assez convaincant, le rapport devrait être écarté.

À titre subsidiaire, madame Y. sollicite que l'expert soit interrogé à nouveau pour qu'il précise de manière concrète les professions restant accessibles.

9. Madame Y. sollicite par ailleurs la réouverture des débats en faisant état d'un nombre de pièces et rapports médicaux qui attesteraient de son incapacité de travail, notamment en raison d'un état psychiatrique sérieux.

La position de l'INAMI

10. L'INAMI sollicite la confirmation pure et simple du jugement.

Il fait valoir que l'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 s'apprécie par rapport au marché général de l'emploi accessible à la personne concernée.

Par ailleurs, ni la loi ni le jugement n'imposent à l'expert d'énumérer une liste de professions accessibles. Dans ces conditions, l'absence d'une telle énumération ne peut suffire à écarter les conclusions de l'expert si elles sont convaincantes, ce qui est le cas.

L'INAMI relève que le médecin conseil de madame Y. n'a aucun moment émis de critiques précises sur la manière dont l'expert avait diligenté sa mission.

Le seul fait que madame Y. et ses médecins soient en désaccord avec les conclusions de l'expert est insuffisant pour les écarter.

Il en va de même des éléments nouveaux avancés par madame Y.

La position de l'O.A.

11. L'O.A. a fait défaut en première instance comme devant la cour. Elle n'a pas émis d'opinion sur le litige.

IV. L'avis du ministère public

12. Madame le substitut général est d'avis que le rapport de l'expert, s'il n'est pas contradictoire, comporte cependant certains raccourcis en ce qui concerne les professions encore accessibles à madame Y. Celles-ci ne sont ni énumérées ni illustrées par voie d'exemples, ce qui empêche de se faire une réelle conviction quant au fait que la capacité de gain ne serait pas réduite à moins d'un tiers.

Dans ces conditions, elle suggère d'ordonner un complément de mission à l'expert.

V. La decision de la cour

La recevabilité de l'appel

13. Le jugement attaqué a été rendu le 9 septembre 2013.

L'appel, introduit par requête le 30 septembre 2013, a donc été nécessairement formé dans le délai prévu à l'article 1051 du Code judiciaire.

La cour constate par ailleurs que toutes les conditions de recevabilité de l'appel sont remplies.

14. L'appel est recevable.

La demande de réouverture des débats

15. Selon l'article 771 du Code judiciaire, *"sans préjudice de l'application des articles 767 et 772, il ne peut être déposé, après la clôture des débats, aucune pièce ou note, ni aucunes conclusions. Celles-ci seront, le cas échéant, rejetées du délibéré"*.

16. Aux termes de l'article 772 du même code, si durant le délibéré, une pièce ou un fait nouveau et capital sont découverts par une partie comparante, celle-ci peut, tant que le jugement n'a été prononcé, demander la réouverture des débats.

Ne peut constituer une pièce au sens de cette disposition qu'un document spécifique au litige soumis à la juridiction qui a pris la cause en délibéré².

2. G. de Leval, *Éléments de procédure civile*, Larcier, 2003, p. 206 et les références citées.

L'exigence d'un fait nouveau découvert durant le délibéré limite les éléments pouvant justifier une réouverture des débats à deux grandes catégories. D'une part, les faits postérieurs à la clôture des débats. D'autre part, les faits antérieurs à cette clôture des débats mais découverts après celle-ci, pour autant qu'ils n'aient pu l'être antérieurement : la négligence d'une partie à se procurer en temps utile les preuves dont elle entend se prévaloir ou à prendre les conseils opportuns, ne peut justifier la réouverture des débats³.

Ainsi, ne viole pas l'article 772 du Code judiciaire, la cour d'appel qui rejette une demande de réouverture des débats, aux motifs que la requête adressée à cette cour durant le délibéré "vise, d'une part, une initiative nouvelle de procédure prise par le (demandeur) postérieurement à la clôture des débats et qui ne constitue donc pas un fait nouveau découvert après celle-ci et, d'autre part, des considérations de fond qui ont déjà été largement débattues à l'audience"⁴.

17. En l'espèce, les éléments médicaux avancés par madame Y. à l'appui de sa demande de réouverture des débats ne concernent pas une situation nouvelle et postérieure à la clôture des débats. Il ne s'agit que d'éclairages ou de rapports nouveaux d'une situation ancienne, qui concerne tout ou une partie importante de la période litigieuse et qui a fait l'objet tant de l'expertise que des débats devant la cour. Par ailleurs, même en ce que ces éléments ont été obtenus après la clôture des débats, leur caractère nouveau ne résulte que d'initiatives récentes de madame Y., qui auraient pu avoir lieu antérieurement. Leur caractère récent est donc imputable à elle seule plutôt que de procéder d'une nouveauté objective.

Ces éléments ne sont donc pas des pièces ou des faits nouveaux découverts par une partie pendant le délibéré.

Enfin, puisqu'il ne s'agit que d'éclairages nouveaux ou de rapports plus récents ou plus précis concernant une situation psychiatrique déjà connue et invoquée, ces pièces ou faits ne sont pas non plus capitaux au sens de l'article 772 du Code judiciaire.

18. Il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de réouverture des débats.

Le fondement de l'appel

19. L'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui constitue une disposition commune aux diverses indemnités, énonce qu'est reconnu incapable de travailler au sens de cette loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressée au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Cette disposition vise la couverture du dommage subi par le travailleur et consistant en la perte ou la réduction de la capacité d'acquérir, par son travail, des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires⁵.

L'alinéa 5 du même article qui permet une appréciation par rapport à la profession habituelle de l'intéressé ne concerne que les six premiers mois de l'incapacité primaire, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

3. Idem, p. 206, spéc. note 3.

4. Cass., 14.05.1992, Pas., p. 803.

5. Cass., 21.11.1994, Arr. Cass., p. 996; Cass., 11.10.1999, Pas., n° 521.

20. L'article 11, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire énonce que les juges ne peuvent déléguer leur juridiction.

Selon l'article 962, alinéa 2, du même Code, le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose.

Il s'en déduit que la cour n'est pas liée par la position de l'expert et que celle-ci ne constitue qu'un simple avis d'ordre technique destiné à éclairer la décision à prendre.

Sans remettre en cause ces règles, la cour note qu'il n'en reste pas moins que le principe même du recours à l'expertise se fonde sur l'idée qu'un avis spécialisé est nécessaire dans une matière technique dont le juge ne maîtrise pas tous les tenants et aboutissants et qu'elle suppose une relative confiance dans l'avis des experts.

21. Préalablement à ses conclusions, l'expert avait notamment :

- rappelé le passé familial, scolaire, professionnel et médical de madame Y.
- relevé ses plaintes consistant en des douleurs lombaires
- procédé à un examen clinique détaillé de madame Y.
- établi un relevé de tous les documents médicaux qui lui avaient été transmis et des réactions des médecins-conseils des deux parties.

22. En l'espèce, la cour relève que le rapport de l'expert est clair et détaillé.

Cependant, le lien fait par l'expert entre, d'une part, la situation médicale qu'il décrit et les limitations fonctionnelles qu'elle impose (éviter certaines manipulations et contraintes du rachis) et, d'autre part, la conclusion qu'il tire (pas d'incapacité de travailler de plus des deux tiers), n'est guère apparent.

En guise d'éclairage sur la question centrale du litige, l'expert émet une opinion certes parfaitement claire, mais peu explicitée. L'expert n'indique pas quels métiers, parmi ceux accessibles à madame Y. compte tenu de sa formation et de son expérience, sont devenus impossibles et lesquels pourraient encore être exercés.

Certes, une telle énumération n'est exigée ni par le libellé de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, ni par la mission impartie à l'expert. La cour considère cependant, dans les circonstances de l'espèce, qu'elle serait nécessaire pour que l'opinion de l'expert puisse être non seulement explicite, mais également convaincante.

Il va de soi que l'indication de métiers inaccessibles ou encore réalisables peut n'être qu'exemplative et ne doit pas être exhaustive. Elle doit cependant permettre de se faire une idée réaliste des possibilités économiques de madame Y. sur le marché du travail actuel et concret qui lui est accessible.

23. La cour décide par conséquent de confier à l'expert un complément de mission ayant cet objet.

Comme dans le cadre de sa mission initiale, l'expert pourra si nécessaire recourir à des examens spécialisés ou à l'avis de sages de son choix, ergologues par exemple.

24. Il y a lieu de réserver à statuer pour le surplus.

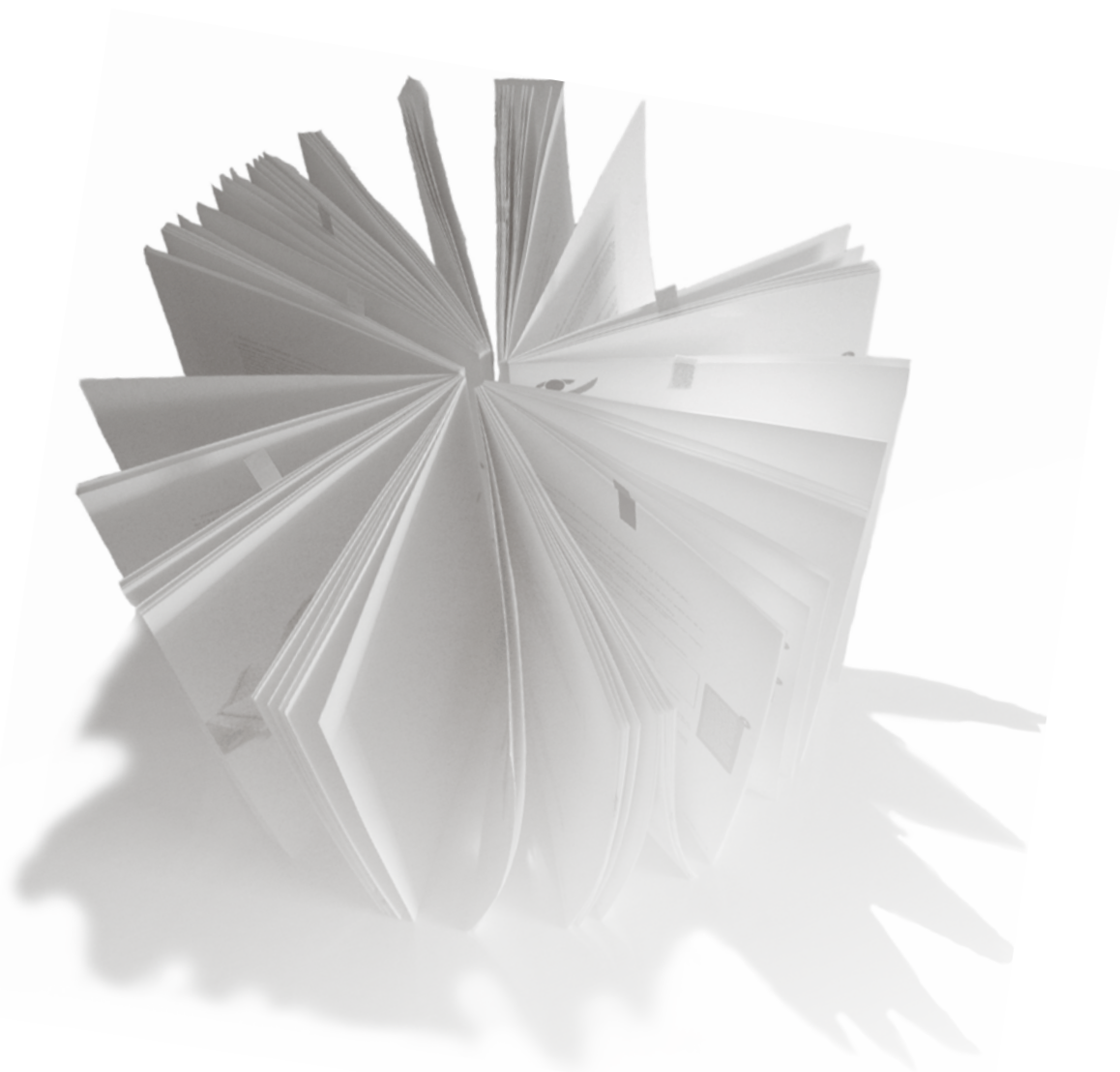
PAR CES MOTIFS,**La Cour du travail,**

Statuant après un débat contradictoire, faisant application de l'article 747 du Code judiciaire et de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, spécialement de son article 24 ;

1. Dit l'appel recevable mais non fondé;
2. Avant dire droit plus avant, confie à l'expert A., un complément à la mission qui lui avait été assignée par le jugement du tribunal du travail de Liège du 7 mars 2012 ;

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Geneesmiddelengebruik

Ouderen – Rusthuizen – Monitoring – Rol verpleegkundigen

Vraag nr. 5-11039, gesteld op 5 februari 2014 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, Senator¹

Het antwoord van de minister op de schriftelijke vraag nr. 5-6313 noopt mij tot enkele bijkomende vragen.

1. Het geformuleerde antwoord gaat voornamelijk in op de situatie in de ziekenhuizen. Het doctoraatsonderzoek waaraan ik refereerde en ook de vraag concentreerden zich op de woonzorgcentra. De vraag blijft dus hoe de geachte minister de kwaliteit van de monitoring van het medicatiegebruik in woonzorgcentra evalueert en welke initiatieven gepland worden om deze te verbeteren?
2. Het antwoord gaat amper in op de rol van de verpleegkundigen. Het project met betrekking tot de klinische farmacie situeert zich wederom in de ziekenhuizen en geeft geen duidelijke rol en ondersteuning aan de verpleegkundigen. In de andere argumenten blijft de rol van de verpleegkundige afwezig. Een cruciaal aspect voor de verbetering van de farmacotherapeutische zorg in de woonzorgcentra is immers de betrokkenheid van de verpleegkundigen. Zij kunnen patiënten meer continu opvolgen mits ondersteuning en hun bevindingen nauwgezet rapporteren aan artsen. Artsen kunnen die informatie immers concreet gebruiken bij het optimaliseren van hun voorschriften. In een evaluatie van de “trigger tool” - waaraan de eerdere vraag refereerde - ervoer 83 % van de huisartsen de verpleegkundige voorbereiding als zeer waardevol, met mogelijkheden tot verbetering van de farmacotherapeutische zorg (waardevol werd beschouwd als een score ≥ 7 op 10).
3. Er blijkt begripsverwarring in het antwoord wat betreft de benaming “trigger tool”. Deze term en het concept werden origineel ontwikkeld in het kader van een recent doctoraatsonderzoek. Het is dus niet mogelijk dat deze reeds gekend is of gebruikt is door andere personen. Er bestaan echter wel andere instrumenten die eveneens “trigger tools” worden genoemd en die passen in de definitie zoals vermeld in het antwoord van de minister. De “DRP trigger tool” die in dit doctoraatsonderzoek werd voorgesteld, draagt de volgende kenmerken (1) heeft niet tot doel de farmacovigilantie rapporteringen via gele briefjes, gericht op het opsporen van nieuwe bijwerkingen van geneesmiddelen, ongekend in die populatie, te verbeteren, (2) heeft niet tot doel om alarmen te genereren op basis van interacties tussen geneesmiddelen of ongeschikte geneesmiddelen in medicatiefiches en (3) is geen methode van dossieronderzoek met retrospectieve analyse.

1. Senaat, gewone zitting 2013-2014.

De ontwikkelde trigger tool beoogt wel (1) de creatie van lijsten van klachten die bij individuele residenten kunnen voorkomen als gevolg van hun geneesmiddelengebruik, (2) de mogelijkheid te creëren voor verpleegkundigen om met die lijsten na te gaan welke klachten zich voordoen bij de residenten (gerichte screening), (3) het faciliteren van de rapportage van klachten van residenten door verpleegkundigen aan artsen, (4) het stimuleren van een performant interdisciplinair geneesmiddelenoverleg, (5) een stap verder te zetten dan de registratie van geneesmiddelengebruik, zoals bijvoorbeeld in de RAI, of het registreren van incidenten bij het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG).

4. Hoe zal de geachte minister een verder beleid uitbouwen wat betreft concrete acties, waarbij meer aandacht wordt gevraagd voor deze problematiek bij de betrokken opleidingsinstanties en bij de benoeming van de competenties van de verschillende functies?
5. De geachte minister maakte melding van de voorbereiding van een koninklijk besluit door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) dat de mogelijkheid zal bieden aan twintig projecten om het medisch-farmaceutisch zorgbeleid te verbeteren. Ik hoop dat in de projecten verpleegkundige inbreng in het multidisciplinair overleg aangemoedigd wordt en dat verbeterinitiatieven zoals de “DRP trigger tool” de mogelijkheid krijgen om binnen deze projecten verder getest en gefinaliseerd te worden zodat de voordelen ervan ook daadwerkelijk in de praktijk kunnen terechtkomen. Het zou spijtig zijn als er energie en middelen zouden verloren gaan door niet verder te bouwen op het reeds uitgevoerde werk en iedereen terug vanaf nul te laten starten.

Antwoord

1. Het onaangepast gebruik van medicatie bij de ouderen met een kwetsbaar zorgprofiel heeft jaarlijks aanleiding tot een belangrijk aantal ziekenhuisopnames. Uit de literatuur blijkt dit tot 18 % van de ziekenhuisopnamen bij ouderen medicatiegerelateerd is. In deze problematiek zijn op de eerste plaats de patiënt en alle zorgverstrekkers in de verschillende settings betrokken. Deze multidisciplinaire zorgverstrekking heeft er ons toe aangezet om in de voorbije jaren het BelRAI-instrument te ontwikkelen. Meer bepaald verwijs ik naar het aanhangsel 7 van het Protocol 3-akkoord, dat door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 18 juni 2012 werd goedgekeurd. Dank zij dit akkoord bestaat nu reeds een structurele financiering. In de komende weken zullen mijn diensten, in samenwerking met de Gewesten en Gemeenschappen, een implementatieplan voor het gebruik van het BelRAI-instrument in de woonzorgcentra, de thuiszorg en de acute ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen voorbereiden. Het veralgemeend gebruik van het BelRAI-instrument is tevens voorzien in het “Actieplan e-gezondheid 2013-2018” op de Ronde Tafel eHealth van 20 december 2012 werd voorgesteld.

Er is dus op dit ogenblik nog geen georganiseerde monitoring van het medicatie-gebruik in de rustoorden, de operationele planning ervan is in voorbereiding.

Het thema van een kwaliteitsvolle en betaalbare farmacotherapie voor rusthuisbewoners ligt me evenwel nauw aan het hart. Het is dan ook wenselijk in de komende jaren het geneesmiddelenverbruik en het geneesmiddelenproces in de rustoorden te wijzigen aan de hand van een aantal aanbevelingen en richtlijnen voor de sector. Samen met de andere bevoegde ministers heb ik in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid mijn akkoord gegeven aan een studie van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (totale duurtijd = 3 jaar). Het doel is om te komen tot een efficiënter en rationeler geneesmiddelengebruik in de rustoorden, waarbij een rationeler voorschrijfgedrag en een beter proces van aflevering en toediening van medicatie vooropstaat. Naast het kwaliteitsvolle aspect, wordt er eveneens een vermindering in volume en uitgaven beoogd.

De implementatie van de studie gebeurt door 30 projecten bestaande uit een rustoord voor bejaarden (ROB) of een rust- en verzorgingstehuizen (RVT), de coördinerend en raadgevend arts (CRA) van de instelling, de betrokken huisartsen en huisartsenkringen, en de betrokken apothekers. De projecten organiseren voor minstens 35 rusthuisbewoners een medisch-farmaceutisch overleg op patiënteniveau. Daarnaast nemen ze deel aan werkgroepen met als doel aanbevelingen en richtlijnen te formuleren rond het gebruik van een geneesmiddelenformularium en het voorschrijven van geneesmiddelen (medicatieschema, doseringsschema), en het volledige geneesmiddelenproces. Een universitaire onderzoeksequipe van de Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven) en de Université Catholique de Louvain (UCL) begeleidt deze projecten en zal op basis van de wetenschappelijke studie in het najaar van 2016 aanbevelingen formuleren en uittesten, procedures en protocollen opstellen, en kwaliteitsindicatoren ontwikkelen.

2. De verpleegkundige heeft een cruciale rol in het medicatieproces: het beheren, voorbereiden, opslaan, verdelen, het toezicht op het gebruik en het rapporteren van eventuele ongewenste reacties.

Deze rol moet ondersteund worden. Ze is hierbij echter niet alleen, ook de apotheker en de arts hebben een belangrijke plaats en verantwoordelijkheid in dit proces. De huidige evoluties zullen het in de toekomst onder meer mogelijk maken om medicatie via robotisatie, individueel per patiënt en per inname-moment mogelijk te maken. Dit moet fouten voorkomen en tijdswinst in de zorgverstrekking opleveren. In mijn bovengenoemd "Actie-plan e-gezondheid 2013-2018" werd het verplicht elektronisch voorschrijven opgenomen, hierdoor krijgen arts en apotheker een overzicht van de voorgeschreven medicatie en maakt het de controle op mogelijke ongewenste interacties mogelijk. Het elektronisch voorschrift zal aan het elektronisch patiëntendossier van de arts en de zorginstelling worden gekoppeld.

De verpleegkundige zal door deze initiatieven meer tijd vrij krijgen voor de noodzakelijke en specifieke aandacht met betrekking tot het medicatiegebruik. Momenteel wordt een aanpassing voorbereid om het Koninklijk besluit van 21 september 2004 betreffende de functie van de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) in de RVT-instellingen. Deze zal hierdoor meer mogelijkheden krijgen om ondersteunend op te treden voor de verpleegkundigen en de professionele zorgverleners binnen de woonzorgcentra, zijn collega's bezoekende huisartsen en de apotheker.

3. De trigger tool voor "Drug Related Problems", ook Drug Tigger Tool of Trigger Tool For Adverse Drug Event genoemd, zijn terminologieën die vaak door mekaar worden gebruikt. Het betreft het retrosectief of prospectief scannen van patiëntendossiers op het voorkomen van risicofactoren om het mogelijk optreden van geneesmiddelen-gebonden schade te detecteren. In ons land werd er eveneens, zij het beperkt, onderzoek naar verricht door Dr A. Spinewinne (UCL Mont-Godinne). Het betrof een onderzoek in het kader van het gebruik van dit instrument in een ziekenhuisomgeving.

Een andere Trigger tool werd gebruikt in het kader van een onderzoek door Dr T. Dilles (UA) en was toegespitst op de verpleegkundigen in Woonzorgcentra. De studie beschrijft het gebruik van "trigger tool for interdisciplinary drug utilisation review". Dit hulpmiddel staat de verpleegkundigen bij in het proces van observatie en rapportering. Het betreft een softwareprogramma dat per geneesmiddel een lijst met mogelijke neveneffecten aanlevert die bij bepaalde patiënten kunnen voorkomen. De verpleegkundigen kunnen, op gestandaardiseerde wijze, hun bevindingen aan de voorschrijvende arts mededelen. Zo kan de behandeling worden bijgestuurd en kan mogelijke schade worden voorkomen. Het onderzoek toonde aan dat de verpleegkundigen hierdoor een belangrijke bijdrage leverden bij de screening van zulke problemen. Het instrument dient echter nog te worden verfijnd vooraleer er van implementatie sprake kan zijn.

Het betreffen dus veelbelovende pistes die verder onderzocht zullen te worden. In dit kader moet eveneens de mogelijkheid onderzocht worden om deze instrumenten in de geïnformatiseerde assessments (bijvoorbeeld BeRAI) en patiëntendossiers te integreren.

4. Over de inhoud van de opleidingen voor verpleegkundigen en de competenties die op het einde daarvan verworven moeten zijn, wordt een debat gevoerd dat zeer belangrijk is voor ons land. Ik weet dat deze kwestie nu op tafel ligt bij de gemeenschappen die verantwoordelijk zijn voor onderwijs en dat die zich een beeld trachten te vormen van wat wij op lange termijn in de toekomst als competenties zullen nodig hebben, onder meer in het kader van de vergrijzing van de bevolking.

Wat mijn bevoegdheden betreft heb ik, in eerste instantie en in het kader van het plan inzake de aantrekkelijkheid van het verpleegkundige beroep dat sinds 2008 door de regering wordt gesteund, maatregelen getroffen die verpleegkundigen ertoe aanzetten om verder te studeren in bepaalde domeinen die van essentieel belang zijn voor de volksgezondheid. Een van de eerste was trouwens het verwerven van expertise of de specialisatie in de geriatrie. Verpleegkundigen die een dergelijke bekwaamheid of een dergelijke titel behalen, hebben een diepgaandere opleiding in de geriatrie en uiteraard in de specifieke farmacologie van dit soort patiënten genoten. Wij hebben ook maatregelen getroffen om een aanmoedigingspremie toe te kennen aan verpleegkundigen met deze titel en deze bekwaamheid die in de sector van de ouderenzorg werken. Dit met een zeker succes: momenteel ontvangen 2 000 verpleegkundigen die premie.

Daarnaast hebben wij, met de hulp van mijn administratie, vorig jaar een onderzoek gefinancierd om te bepalen over welke competenties de verpleegkundigen van morgen zouden moeten beschikken rekening houdend met de evolutie van de behoeftes van de bevolking. In de conclusies van dat onderzoek leggen de auteurs onder andere de nadruk op verpleegkundige competenties inzake veiligheid van de zorgomgeving en de behandeling en in het bijzonder op competenties qua opvolging van medicatie en observatie van bijwerkingen. Ik ben van plan de resultaten van dat onderzoek te bezorgen aan de ministers die bevoegd zijn voor onderwijs. Ik wil hen erop wijzen dat het belangrijk is om na te gaan of de studenten dit soort competenties verworven hebben aan het eind van de basisopleiding verpleegkunde.

5. Het Koninklijk besluit van 11 juli 2013 (B.S. van 31.07.2013) lanceert de oproep tot kandidaten voor de projecten ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg in het kader van een medisch-farmaceutisch zorgbeleid in de rustoorden. Er werden in het najaar van 2013 in totaal 80 kandidatuursdossiers ingediend, waarvan er 72 formeel in orde zijn en kunnen deelnemen aan de selectie. De Overeenkomstencommissie tussen de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de verzekeringsinstellingen, alsook de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen zullen in maart 2014, 30 projecten selecteren en leggen deze dan ter goedkeuring voor aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Nadien stelt het RIZIV de overeenkomsten met de geselecteerde projecten op.

II. CVS/ME

Behandeling – Einde overeenkomsten referentiecentra – Nieuwe overeenkomst multidisciplinaire diagnosecentra

Vraag nr. 5-11351, gesteld op 4 april 2014 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw LIJNEN, Senator¹

In 2002 werden 5 referentiecentra door de FOD Volksgezondheid opgericht. Het Riziv sloot namelijk met 5 ziekenhuizen revalidatie- overeenkomsten af inzake de ten laste neming van patiënten met CVS/ME. De werking van die centra is gebaseerd op het bio-psychosociale model.

In 2008 publiceerden de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) echter elk een rapport inzake de zorgverlening in het kader van CVS/ME en dit naar aanleiding van het verlopen van de overeenkomsten tussen het RIZIV en de referentiecentra voor CVS. Hierin werd geconcludeerd dat de bekomen resultaten als teleurstellend beschouwd kunnen worden.

Volgens nieuwsberichten zou het Riziv een nieuwe revalidatieovereenkomst goedgekeurd hebben, waardoor multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS kunnen opgericht worden en cognitieve gedragstherapeuten voor CVS worden gefinancierd. Bedoeling is om een multidisciplinaire zorgverlening aan patiënten met het CVS mogelijk te maken die gebaseerd is op de laatste wetenschappelijke inzichten over dit syndroom. Het gaat om een proefproject dat begin 2014 start en na twee jaar zal geëvalueerd worden. Op basis van een eerste onderzoek van patiënten door de geneesheerspecialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, wordt een behandelingsadvies met cognitieve gedragstherapie en/of graduele oefentherapie voorgesteld. Voor de patiënten die een behandeling volgen bij een cognitief gedragstherapeut, organiseert het diagnostisch centrum een educatiesessie waarbij de patiënten objectief geïnformeerd worden over CVS en de biopsychosociale benaderingswijze van dit syndroom.

In de Verenigde Staten vindt op 19 maart een symposium plaats over CVS/ME aan de universiteit van Stanford. Het basis standpunt van de universiteit is dat CVS/ME een echte, fysieke ziekte is en dat het ook zo herkend dient te worden door de gehele medische wereld.

Graag had ik hierover de Minister de volgende vragen gesteld.

1. Kan de minister mij een samenvatting geven van wat de recente wetenschappelijke inzichten zijn, waarop men zich baseert om de cognitieve gedragstherapie verder uit te bouwen?
2. In het rapport dat in 2008 gepubliceerd werd door de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd de werking van de referentiecentra voor CVS als teleurstellend geëvalueerd. Toch wordt de werking ervan verder gezet. Kan de Minister de redenen hiervoor aanhalen?
3. Is de Minister van mening dat deze referentiecentra succesvol zijn? Zo ja, kan de Minister dit toelichten?

1. Senaat, gewone zitting 2013-2014.

4. In de referentiecentra voor CVS wordt er gewerkt met cognitieve gedragstherapie. Wordt in deze referentiecentra dan vooral het biopsychosociale model geprefereerd in vergelijking met het biomedische model? Zo ja, kan de Minister de redenen hiervoor opnoemen?
5. België blijft vasthouden aan het biopsychosociale model voor de behandeling van CVS, terwijl in andere landen, zoals de VS, de biomedische stroming als efficiënter wordt aanzien. Hoe staat de Minister tegenover de biomedische stroming? Acht de Minister het mogelijk dat dit model het voortouw zal nemen in onze referentiecentra in de toekomst?

Antwoord

1. en 4. In 2008 stond er het volgende in het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE): “Het is heel duidelijk dat er op dit moment geen medicijn beschikbaar is dat de CVS-patiënt kan genezen”. “De Belgische referentiecentra bieden cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie. Deze therapieën hebben hun doeltreffendheid bewezen, mits zij worden aangepast aan de specifieke situatie van CVS-patiënten en uitgevoerd worden door ervaren therapeuten”.

Deze vaststelling blijft ook vandaag nog geldig. Geen enkele van de intussen gelanceerde pistes van het zogenaamde “biomedische model” werd tot op heden bevestigd, er is geen enkel bewijs van effectiviteit van een biomedische behandeling.

2. en 3. De referentiecentra voor CVS werden opgericht in 2002.

In 2006 evalueerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de werking van deze centra. De resultaten van deze evaluatie worden onderzocht in een gezamenlijk verslag dat de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum samen opgesteld hebben in 2008 inzake de diagnose, behandeling en zorgorganisatie van CVS.

De resultaten van deze evaluatie zijn zeer uiteenlopend. Met betrekking tot bepaalde klachten en de levenskwaliteit, kan men vanuit statistisch standpunt vaststellen dat er aanzienlijke verbeteringen zijn na de behandeling, in vergelijking met de situatie voor de behandeling.

Op andere gebieden (inspanningscapaciteit, sociaal beroepsmatig functioneren) zijn er geen kenmerkende wijzigingen ten opzichte van de situatie voor de behandeling.

Patiënten die in referentiecentra worden behandeld, lijden gemiddeld al bijna 6 jaar aan chronische vermoeidheid. Slechts 26 % van de patiënten is nog steeds professioneel actief sinds het begin van de behandeling.

Een andere belangrijke bevinding uit de evaluatie van 2006 resulteert in het feit dat de eerstelijnsgezondheidszorg (meer bepaald de huisdokter) zeer weinig betrokken is bij de begeleiding in de referentiecentra. Dit was nochtans omschreven als een expliciete opdracht in de overeenkomst gesloten met de referentiecentra. Het is ook de belangrijkste aanbeveling in het gezamenlijk verslag van 2008 van de Hoge Gezondheidsraad en het KCE: “Het is noodzakelijk om in België een beter gestructureerde zorgorganisatie op punt te stellen met betrekking tot CVS, waarin de eerstelijns-hulp (huisarts, fysiotherapeut, psycholoog,...) weer een centrale rol vindt in samenwerking met de dichtst bijgelegen tweedelijns-hulp en een referentiecentrum.”

Ten aanzien van de door het ziekenfonds vergoede behandelingen, stelt het rapport dat gedrags- en cognitieve therapie en graduele oefeningen de enige succesvolle behandelingen zijn voor CVS. Dit wordt ook bevestigd door meer recente aanbevelingen uitgaande van ander internationale instanties (National institute for health and care excellence, Organisation mondiale de la Santé, Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing van Nederland). Ingevolge het rapport van 2008 bestond er dus geen enkele reden om de conventies met de referentiecentra aan te passen in termen van specifieke vormen van behandelingen die worden vergoed. Cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie zijn geen curatieve behandelingen die tot op heden onvoldoende gekende oorzaak kunnen wegnemen. Er werd echter wel aangetoond dat ze klachten kunnen doen verminderen en de kwaliteit van het leven en het algemeen functioneren kunnen doen verbeteren. Dit is op zich al een zeer waardevol doel omdat volgens de verschillende richtlijnen er tot nu nog geen andere curatieve behandelingen voor CVS bestaan, waarvan het effect wetenschappelijk werd aangetoond.

Na het verslag van 2008, heeft het RIZIV meerdere initiatieven genomen teneinde het aandeel van de eerstelijnszorg te doen verhogen bij CVS-patiënten. In eerste instantie werd er een werkgroep gecreëerd om een nieuw zorgmodel op te richten voor de behandeling van CVS op basis van de aanbevelingen van het rapport van 2008. De centra hebben uiteindelijk de taak gekregen om consortia te creëren met de zorgverleners eerste en tweede lijn. Omdat uit de door de referentiecentra ingediende voorstellen uit 2011 over deze kwestie bleek dat de eerste en tweedelijns hulp nog steeds onvoldoende of niet betrokken werden bij de behandeling van CVS, heeft het RIZIV uiteindelijk besloten een einde te maken aan de overeenkomsten met de referentiecentra op 31 december 2011. Op dit vlak waren de overeenkomsten met de referentiecentra zeker geen succes.

Op vraag van de regering heeft het RIZIV een nieuwe overeenkomst uitgewerkt met multidisciplinaire diagnosecentra voor CVS, zodat in de toekomst evidence-based-behandelingen kunnen worden terugbetaald aan de patiënten. Tijdens het opstellen van deze overeenkomst, werd er rekening gehouden met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en van het Kenniscentrum die voorkomen in het rapport van 2008.

In het kader van de nieuwe overeenkomst, zijn de voorgestelde behandelingen meestal individuele behandelingen (en dus geen groep sessies meer zoals het vaak werd toegepast in de referentiecentra) en er wordt een groter aantal sessies per patiënt terugbetaald dan in vergelijking met de referentiecentra. De behandelingen gebeuren door ambulante therapeuten buiten de centra. Gedragstherapeuten moeten voldoen aan specifieke opleidingsvereisten (een universitair postgraduaat van drie jaar cognitieve en gedragstherapie). Dankzij deze verbeteringen in vergelijking met de Referentiecentra kunnen we betere resultaten verwachten.

Zes ziekenhuizen hebben zich kandidaat gesteld om de nieuwe overeenkomst te onderschrijven. Deze dossiers dienden ingediend te worden voor 31 januari 2014. Sommige aanvraagdossiers voldeden niet aan de toetredingsvoorwaarden. Deze ziekenhuizen krijgen de kans om hun aanvraagdossier te verbeteren. Het RIZIV zal vervolgens beslissen met welke centra de conventie aangegaan wordt.

De overeenkomst zal gesloten worden voor een periode van vier jaar. Er zal een tussentijdse en definitieve evaluatie zijn. Binnen deze context zal men ook evalueren of de patiënten in een eerder stadium van hun ziekte naar deze centra verwezen worden.

III. Kanker

Statistieken – Incidentie

Vraag nr. 1395, gesteld op 11 februari 2014 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer LOGGHE, Volksvertegenwoordiger¹

De meest recente statistieken over kankerdiagnoses waarover men beschikt, zijn die voor het jaar 2008. Ze zijn opgenomen in het rapport van de Stichting Kankerregister “*Cancer incidence in Belgium 2008*”. Daar lezen we dat 59.996 nieuwe diagnoses van kanker (de niet-melanome huidkankers niet meegerekend) in België werden geregistreerd. Dat 1 man op 3 en 1 vrouw op 4 met kanker wordt geconfronteerd vóór zijn/haar 75e verjaardag, en dat kanker vooral oudere mensen treft. Respectievelijk 64 % van de vrouwen en 75 % van de mannen zijn 60 jaar of ouder op het moment van de diagnose.

1. Heeft u cijfergegevens betreffende de evolutie van tumoren bij de Belgische bevolking over de jaren 2009 tot en met 2013?
2. a) Op welke manier worden de cijfergegevens bijgehouden: via de ziekenhuizen, via de dokters en eerstelijngeneeskunde, via de mutualiteiten?
3. Hoe evolueren de tumorcijfers op Europees vlak?
4. a) Stijgt het aantal tumoren in het Vlaamse Gewest sneller dan het aantal tumoren in de andere Gewesten?
b) Heeft u een verklaring voor de ene of voor de andere tendens?
c) Hoe zit het in het Waals Gewest?
d) Hoe zit het in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest?
5. Met de stijging van het aantal tumoren valt er misschien ook iets te zeggen over de stijgende overlevingskansen van patiënten met tumoren.

Heeft u daarover soms gegevens over de betrokken jaren?

Antwoord

De Stichting Kankerregister beschikt momenteel over de incidentiecijfers vanaf 2004 tot 2011 (8 jaar) voor België, Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en vanaf 1999 voor Vlaanderen (13 jaar) aangezien de kankerregistratie in Vlaanderen vroeger van start gegaan is.

1. Bulletin nr. 155, Kamer, gewone zitting 2013-2014, p. 119.

Het is normaal dat incidentiecijfers van een bepaald jaar met enige vertraging gepubliceerd worden. Deze tijd is noodzakelijk voor het verzamelen, coderen en controleren van de gegevens. Deze vertraging bedraagt momenteel ongeveer 2 jaar wat in overeenstemming is met de internationale aanbevelingen, die 1,5 tot 2 jaar voorschrijven. De incidentiecijfers van 2011 werden gepubliceerd op de website van de Stichting Kankerregister in oktober 2013. De incidentiecijfers van 2012 zullen in oktober 2014 gepubliceerd worden.

Het Kankerregister ontvangt gegevens van alle nieuwe kankerdiagnoses via verschillende bronnen:

1. Rechtstreeks via de ziekenhuizen: Zoals beschreven in de Gezondheidswet van 13 december 2006 en het koninklijk besluit betreffende de normen voor oncologische basiszorg en zorgprogramma's dienen alle nieuwe diagnoses van kanker, al dan niet besproken op een MOC, geregistreerd te worden via het standaardkankerregistratieformulier, zoals beschreven in het Staatsblad van 14 oktober 2010. Deze gegevens worden elektronisch of op CD-ROM verstuurd naar het Kankerregister.
2. Rechtstreeks via de anatomopathologen, die de protocols aanleveren die horen bij de histologische diagnoses van kanker.
3. Via de mutualiteiten die de papieren registraties aan het kankerregister bezorgen. Huisartsen leveren geen gegevens aan, wat ook niet aangeraden wordt volgens de internationale richtlijnen.

In 2011 (meest recente gegevens op dit moment), werden 64.301 nieuwe diagnoses van kanker (exclusief non-melanoma huidkanker) geregistreerd in België, waarvan 34.600 diagnoses bij mannen en 29.701 bij vrouwen. Kanker is meer frequent bij mannen dan bij vrouwen. Bij ongeveer één op drie mannen en één op vier vrouwen zal voor zijn/haar 75e verjaardag de diagnose van kanker gesteld worden. Het risico om kanker te ontwikkelen stijgt met de leeftijd. Kanker raakt dus vooral de oudere bevolking. Ongeveer 65 % van de vrouwen en 76 % van de mannen zijn 60 jaar of ouder bij diagnose.

Prostaatcancer is de meest voorkomende tumor bij mannen, gevolgd door longkanker en colorectale kanker. Bij vrouwen is borstkanker de meest voorkomende kanker gevolgd door colorectale kanker op de 2^e plaats en longkanker op de 3^e plaats. Deze kankers vormen 56% van alle kankerdiagnoses bij mannen en vrouwen.

Om een beter idee te krijgen van de evolutie van de kankerincidentie in de tijd is het aangeraden om een tijdsperiode van tenminste 10 jaar te bekijken. Zoals hierboven vermeld zijn de gegevens voor Vlaanderen beschikbaar voor een periode van 13 jaar (1999-2011) en voor België en de twee andere regio's voor een periode van 8 jaar (2004-2011). Daarom baseren we ons momenteel op de gegevens uit Vlaanderen om de evolutie van de kankerincidentie te beschrijven. Evenwel lijkt het erop dat gelijkaardige trends in Wallonië en Brussel kunnen waargenomen worden.

In Vlaanderen, stijgt het aantal kankers jaarlijks gemiddeld met 2,1 %, zowel voor mannen als vrouwen. Het grootste deel van deze stijging kan toegeschreven worden aan de groei en de vergrijzing van de bevolking. De medische vooruitgang voor andere ziekten, zoals bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen, heeft ervoor gezorgd dat we een betere levensverwachting hebben. We worden dus ouder en omdat het risico om kanker te ontwikkelen toeneemt met de leeftijd zijn er dus meer kankers (meer dan 65 % van de kankers bij vrouwen en 76 % van de kankers bij mannen worden gediagnosticeerd na de leeftijd van 60 jaar).

Na correctie voor deze twee factoren door middel van standaardisatie voor leeftijd (WSR), bedraagt de gemiddelde jaarlijkse toename in incidentie in Vlaanderen minder dan 1 % (tussen 1999 en 2011, 0,4 % bij mannen en 0,7 % bij vrouwen). Andere factoren dan vergrijzing of de toename van de bevolking, zoals mogelijks levensstijl (tabak, alcohol, obesitas), maar ook screeningsprogramma's, vroegtijdige diagnose, omgevingsfactoren of andere nog ongekende factoren zijn verantwoordelijk voor deze stijging.

In België (periode 2004-2011) daalt de incidentie (WSR) bij mannen (0,7 % per jaar) en neemt toe bij vrouwen (0,6 % per jaar). Dezelfde trend wordt geobserveerd in Vlaanderen tussen 2004 en 2011 (daling van 0,7 % bij mannen en toename van 0,6 % bij vrouwen) en in Wallonië (daling van 0,9 % per jaar bij mannen en een toename van 0,9 % per jaar bij vrouwen). De gestandaardiseerde incidentie in Brussel blijft relatief stabiel. Als het risico op het ontwikkelen van kanker (WSR) stabiel blijft, zullen demografische veranderingen (toename en vergrijzing van de bevolking) resulteren in een stijging van het aantal (N) nieuwe kankerdiagnoses (voor België toename van 58.587 in 2004 naar 64.301 in 2011).

De incidentiecijfers voor alle tumoren samen zijn vergelijkbaar in de drie Belgische regio's. Niettegenstaande bestaan er voor bepaalde types van tumoren belangrijke geografische verschillen. De belangrijkste verschillen worden hieronder weergegeven:

De incidentie van longkanker bij mannen en vrouwen is hoger in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen. Dit is vooral zo in Waalse steden. Het gebruik van tabak is nog steeds verantwoordelijk voor meer dan 80 % van de longkankers.

Hoofd- en halstumoren zijn het meest voorkomend in het zuiden van het land. Het gebruik van tabak en/of alcohol zijn gekende risicofactoren voor hoofd- en halstumoren. De incidentie van prostaatkanker is lager in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen. Het screenen naar deze kanker door middel van PSA-bepalingen, wat niet aanbevolen wordt op internationaal niveau, zou deze verschillen in incidentie gedeeltelijk kunnen verklaren.

De incidentie voor schildklierkanker vertoont grote geografische verschillen in België. In Wallonië en Brussel is de incidentie 1,5 keer hoger dan in Vlaanderen. Daarnaast zijn er ook variaties in de regio's. Om deze variaties in incidentie in ons land beter te begrijpen, werd reeds een mandaat verleend aan het wetenschappelijk instituut voor Volksgezondheid, het KCE en het Kankerregister voor de realisatie van twee studies waarvan de rapporten in 2012 gefinaliseerd werden. Deze kankers komen weinig voor (892 nieuwe gevallen in 2011) en het zijn meestal kleine papillaire kankers met een goede prognose. De mortaliteit van deze kanker is dus zeer laag.

Europese en internationale incidentiecijfers suggereren dat België één van de hoogste incidentiecijfers heeft wat betreft borstkanker. De reden voor deze verschillen is momenteel nog niet helemaal duidelijk. Verschillende hypothesen worden bekeken. Het is waarschijnlijk een combinatie van meerdere oorzaken aangezien één enkele oorzaak deze observaties niet kan verklaren. Enkele risicofactoren van borstkanker, zoals minder kinderen krijgen, minder borstvoeding geven, obesitas en hormonale substitutietherapie tijdens de menopauze, zijn de laatste decennia meer aanwezig maar dit is gelijkaardig in andere Europese landen. Op dit ogenblik is het aandeel van elke oorzaak afzonderlijk nog niet gekend.

De incidentie voor colorectale kanker, non-Hodgkin lymfoom, multipel myeloom en roken gerelateerde kankers (longkanker, hoofd- en halskanker, blaaskanker en slokdarmkanker) behoort eveneens bij de hoogste in Europa. België bevindt zich op de 3e plaats wanneer we vergelijken met de gestandaardiseerde kankerincidentie (WSR) voor alle tumoren bij mannen en vrouwen, hoewel de cijfers zeer dicht bij die van onze buurlanden liggen.

Voor de incidentie van nierkanker, schildklierkanker, teelbalkanker, melanomen, gynaecologische tumoren en hersentumoren behoren de Belgische cijfers tot de middenmoot van Europa.

Voor maagkanker, pancreaskanker, lever- en galblaaskanker is de incidentie in België bij de laagste in Europa.

In Vlaanderen daalde de sterfte door kanker tussen 1999 en 2010 (bron Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, statistieken sterftcijfers) met 2,2 % per jaar bij mannen en 0,9 % per jaar bij vrouwen. Dit positief nieuws is het gevolg van verschillende factoren (verbetering van de zorg, vroegtijdige detectie en diagnose, actieve opsporing en zelfs een vermindering van de incidentie voor bepaalde tumortypes).

Ondanks de jaarlijkse toename in het aantal nieuwe diagnoses van kanker in België, daalt de sterfte door kanker en neemt de overleving toe dankzij verschillende factoren: een betere zorg voor de patiënten, verbeterde diagnostische technieken met bijgevolg een vroegtijdige opsporing van een letsel, screeningsprogramma's en zelfs een vermindering van de incidentie (risico) voor bepaalde types van tumoren.

Door de stijging van het totaal aantal nieuwe diagnoses van kanker, moet een groeiend aantal patiënten behandeld en opgevolgd worden. De toename in overleving impliceert ook dat meer patiënten gedurende langere tijd moeten opgevolgd worden en eventueel zelfs een chronische behandeling volgen. Kanker wordt meer en meer een chronische ziekte waarvoor aangepaste zorg en infrastructuur nodig is.

IV. Geneesmiddelen

Belgische markt – (On)beschikbaarheid

Vraag nr. 1432, gesteld op 6 maart 2014 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

Elk jaar zijn honderden geneesmiddelen onbeschikbaar voor Belgische patiënten door problemen met de productie of de bevoorrading, wat de volksgezondheid in gevaar kan brengen. Dit aantal stockbreuken is de jongste tijd aanzienlijk gestegen onder andere als gevolg van het principe van de vrije markt in Europa, waardoor de geneesmiddelen over de grenzen mogen worden verkocht. In België brengen de geneesmiddelen minder op dan in sommige andere landen waardoor ze worden weggezogen naar landen waar ze duurder zijn. Bij tekorten moeten ze dan weer tegen een hogere prijs aangekocht worden in het buitenland.

1. Hoe groot is het aandeel van tekorten als gevolg van hogere prijzen die in het buitenland worden betaald?
2. Wat kan de overheid ondernemen om te verzekeren dat de stock die binnenlands aanwezig is de mogelijke behoefte dekt, voor er uit winstbejag meer medicijnen worden uitgevoerd?
3. Laat de EU zulke protectionistische maatregelen of dictaten toe?
4. Denkt men aan zekere bevoorradingzekerheidsmechanismen of andere solidariteitsmaatregelen op Univeau?
5. a) Kan men op nationaal niveau bij middel van een afdwingbare ethische code tekorten als gevolg van overdreven winstbejag vermijden?
b) Denkt men aan maatregelen in die zin?

Antwoord

Wat betreft het aandeel van tekorten van geneesmiddelen als gevolg van uitvoer en /of hogere prijzen van geneesmiddelen in andere lidstaten zijn er geen cijfers beschikbaar.

De vergunninghouders en groothandelaars van een geneesmiddel hebben de wettelijke plicht om, zodra het eenmaal in de handel is gebracht en voor zover hun respectievelijke verantwoordelijkheden dat toelaten, ervoor te zorgen dat een geneesmiddel continu in voldoende mate voorradig is om in de behoeften van patiënten of dieren te voorzien.

In België bestaat de functie van groothandelaar belast met verplichtingen van openbare dienstverlening, de zogenaamde groothandelaars-verdelers. Deze moeten voortdurend over een geneesmiddelenvoorraad beschikken waarmee zij dagelijks en op gebruikelijke wijze kunnen voorzien in de behoeften van de streek die zij bedienen. Meer specifiek moet die voorraad overeenstemmen met tweederde van het aantal geneesmiddelen die in België in de handel zijn. Deze groothandelaars hebben de verplichting om uiterlijk binnen de 24 uur aan apothekers de gevraagde geneesmiddelen te leveren en moeten voorzien in een wachtdienst. Om hieraan te kunnen voldoen hebben ook vergunninghouders en fabrikanten de verplichting om deze groothandelaars te beleveren.

1. Bulletin nr. 158, Kamer, gewone zitting 2013-2014, p. 133.

Anderzijds dient duidelijk benadrukt te worden dat de parallelhandel in geneesmiddelen één van de basisprincipes is van het Europese Verdrag. Alle maatregelen die nationaal genomen worden om de volksgezondheid te beschermen, zullen steeds op basis van hun proportionaliteit en noodzakelijkheid ten aanzien van het principe van vrij verkeer moeten afgewogen worden.

Het creëren van bevoorradingszekerheidsmechanismen of andere solidariteitsmaatregelen werd meermaals besproken op Europees niveau. Dit heeft geleid tot het besluit van het Europees Parlement en de Raad van 22 oktober 2013 over grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid. Hierin wordt een gemeenschappelijke procedure voorzien voor de gezamenlijke aankoop van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in geval van noodsituaties. Een situatie die hier bedoeld wordt, is bijvoorbeeld de dreiging van een griep epidemie en de gezamenlijke aankoop van vaccins om deze te bestrijden.

Het moet benadrukt worden dat onbeschikbaarheid van geneesmiddelen niet per definitie het gevolg is van winstbejag. Geneesmiddelen kunnen ook onbeschikbaar zijn omdat er productie- of distributieproblemen zijn of omdat de commercialisatie tijdelijk of definitief wordt stopgezet.

De task force opgericht bij het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (met vertegenwoordiging van het RIZIV en de betrokken sectoren) heeft zich in eerste instantie gericht op het correct in beeld brengen van de situatie. Dit heeft geleid tot het creëren van één meldpunt bij het fagg voor tijdelijke onbeschikbaarheden of definitieve stopzetting van het in de handel brengen van een geneesmiddel. Dit meldpunt is sinds 1 januari 2014 beschikbaar. Met de medewerking van de betrokken sectoren is nu dagelijks overzicht van de situatie voor iedereen toegankelijk op de website van het fagg. De task force zoekt verder naar duurzame oplossingen hoe, in overleg met de farmaceutische sector, in de reglementering kan voorzien worden dat vergunninghouders bijvoorbeeld steeds een alternatieve fabrikant zouden voorhanden hebben of nog bij definitieve stopzetting de markt minstens voor redelijke periode toch zouden blijven bevoorraden voor de als essentieel te beschouwen geneesmiddelen.

Anderzijds rest de mogelijkheid om de responsabilisering van de betrokken operatoren in de distributieketen te verhogen door een verstrengeerde sanctionering in te voeren bij niet bevoorrading van de Belgische markt omwille van redenen buiten stockbreuk tengevolge van bij de overheid gekende productie-, distributie-, of commercialisatieproblemen. Een afdwingbare ethische code is zeker ook een piste die kan overwogen worden.

V. Geneesmiddelen

Psychofarmaca – Overmatig gebruik - Bestrijdingsacties

Vraag nr. 1444, gesteld op 21 maart 2014 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer DUCARME, Volksvertegenwoordiger²

De International Narcotics Control Board (INCB), een VN-orgaan met zetel in Wenen, hekelt het misbruik van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen en de daaruit voortvloeiende risico's voor de volksgezondheid. In sommige landen zou de omvang van het geneesmiddelenmisbruik zelfs groter zijn dan het drugsprobleem. Dat komt doordat men onterecht denkt dat voorgeschreven geneesmiddelen minder verslavend zijn dan illegale drugs.

Vooraf in Noord-Amerika stijgt het misbruik, en overmatig gebruik van receptplichtige medicatie zou voornamelijk een probleem zijn bij vrouwen. Daarom roept de INCB de landen ertoe op om het aanbod van die medicijnen te verkleinen en de bevolking te sensibiliseren, bijvoorbeeld door prescription drug take-back days te organiseren. Dat zijn dagen waarop mensen hun voorgeschreven geneesmiddelen kunnen inleveren. Volgens de INCB werd er op die manier in de VS alleen al sinds 2010 meer dan 1.700 ton medicijnen uit de circulatie genomen.

1. Wat is het standpunt van de Belgische regering hierover?
2. Wat onderneemt de Belgische regering om de aanbevelingen van de INCB te volgen?

Antwoord

1. en 2. De federale beleidsnota drugs van 2001 signaleerde het grote gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in ons land. Deze nota bepaalde: "Er zal tevens een preventiecampagne opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's)." De nota engageerde de federale regering tot het starten van initiatieven. Dit resulteerde tot op heden in specifieke opleidingen voor artsen en apothekers en verschillende publiekscampagnes.

Ongeveer 4000 huisartsen en evenveel apothekers werden gevormd in het kader van een project dat tot doel heeft een adequaat gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen te bevorderen. De opleidingen worden georganiseerd op basis van hulpmiddelenboeken en elektronische modules die specifiek gericht zijn op huisartsen en apothekers. Binnen ditzelfde project werd geëxperimenteerd met consultaties van langere duur (+/- 40 minuten) die toelaten om een evaluatie te maken van de medische, psychologische en sociale situatie van de patiënt. In de vorige jaren werden ook e-opleidingen en een "beslissingsboom" voor apothekers ontwikkeld en werd overleg tussen apothekers en huisartsen ondersteund. Dit project werd gerealiseerd met steun van het Fonds tot Bestrijding van de Verslavingen.

2. Bulletin nr. 158, Kamer, gewone zitting 2013-2014, p. 141.

Jaarlijks wordt een publiekscampagne gevoerd in december - januari. Het betreft een verderzetting van de in 2009 ontwikkelde campagne "Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar - Praat erover met je huisarts of je apotheker". De campagne is ontwikkeld in de drie landstalen (Nederlands, Frans en Duits) en bevat onder andere een TV-spot, affiches en een campagnewebsite (www.slaapenkalmersmiddelen.be), folders voor de bevolking en de handboeken voor de huisartsen en apothekers worden hierbij gratis ter beschikking gesteld.

Tot 2012 waren de acties inzake psychofarmaca van de Cel Drugs voornamelijk gericht op de slaap- en kalmeringsmiddelen. De Hoge Gezondheidsraad stelde in haar advies nr. 8571 voor om de campagnes uit te breiden tot het rationele voorschrijven van antidepressiva en antipsychotica. Ze deed dit voorstel omdat het aantal voorschriften voor antidepressiva in het afgelopen decennium meer dan verdubbeld is en het aantal voorschriften voor antipsychotica bijna twee keer zo hoog ligt als 10 jaar geleden. Ze wijst er ook op dat deze middelen vooral bij ouderen worden voorgeschreven, niettegenstaande zij vooral het gevoeligst zijn voor de ongewenste effecten.

Gelet op de meerdere adviezen met betrekking tot het hoge gebruik van psychofarmaca en in uitvoering van het regeerakkoord van 1 december 2011, waar wordt aangehaald dat het overmatig gebruik van geneesmiddelen (vooral in rusthuizen, wat betreft antibiotica en psychofarmaca, enz.) moet bestreden worden, heb ik in 2012 een wetenschappelijk platform psychofarmaca opgericht.

De missie van dit platform psychofarmaca is het realiseren van een adequater gebruik van psycho-stimulantia, benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica in België.

Dit kan bereikt worden via onder meer drie actiedomeinen:

- sensibilisering (bijvoorbeeld door middel van publiekscampagnes)
- het uitschrijven en implementeren van richtlijnen en aanbevelingen voor professionelen (bijvoorbeeld de ontwikkeling van hulpmiddelenboeken)
- het stimuleren van onderzoek en monitoring.

Het platform psychofarmaca bestaat uit een coördinatiecomité, dat waakt over de coherente uitvoering van haar visienota en werkgroepen die instaan voor de concrete uitvoering van dit plan. Deze werkgroepen zijn:

- werkgroep 1: Adequaate gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jonge volwassenen
- werkgroep 2: Adequaate gebruik van psychofarmaca bij niet geïnstitutionaliseerde volwassenen
- werkgroep 3: Adequaate gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen.

Dit platform wordt samengesteld door academische en wetenschappelijke vertegenwoordigers, maar ook door administraties zoals de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FAGG, het KCE en het WIV.

Daarnaast wordt bij het toekennen van een vergunning voor het in de handel brengen als geneesmiddel altijd aandacht besteed aan de voorgestelde verpakkingsgrootte en de relatie tot een normale behandelingsduur.

Voor 2014, worden volgende acties en projecten gepland:

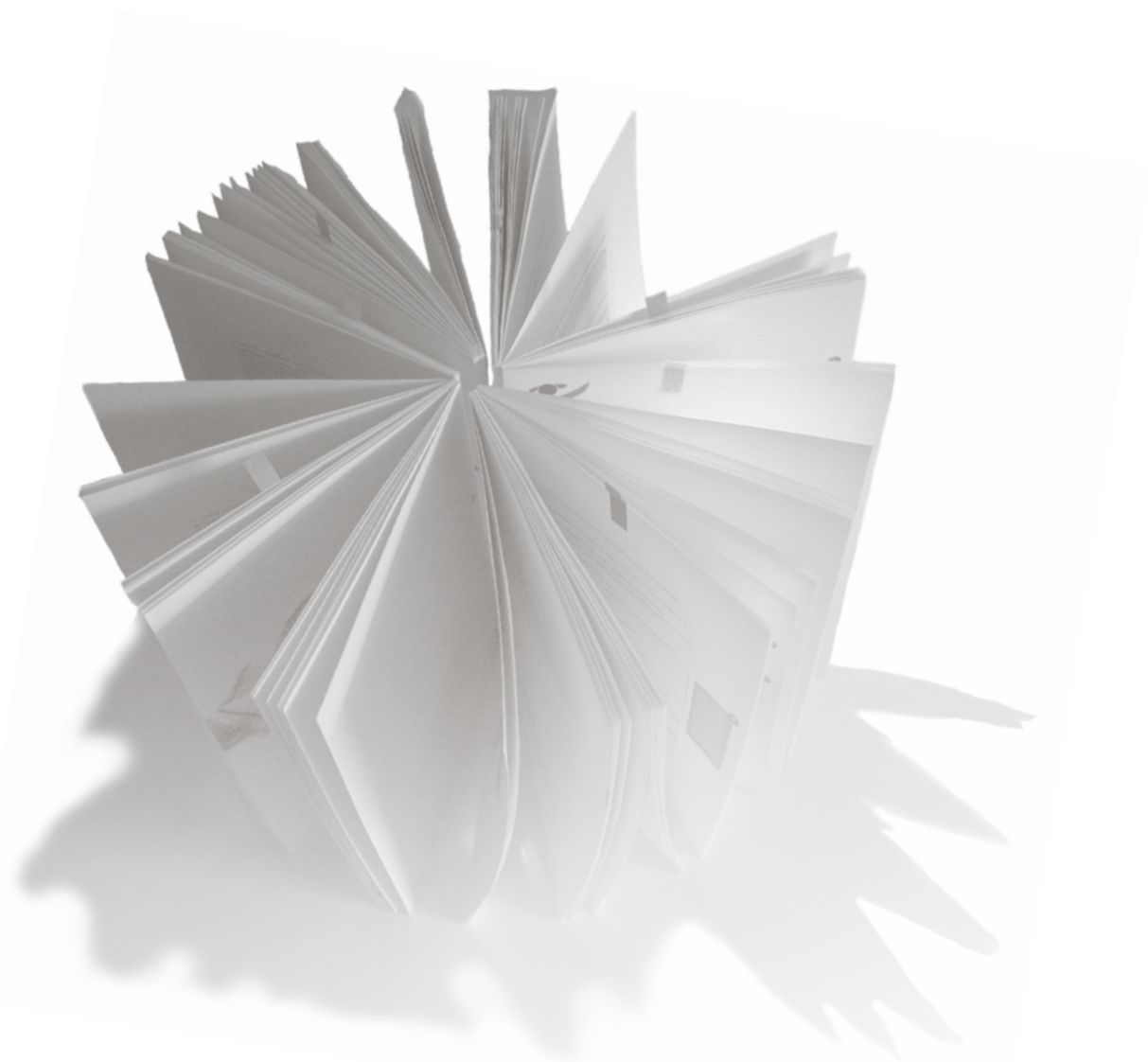
Financiering van 2 studies:

- een studie om de verschillende registratiesystemen (monitoring) te onderzoeken aangaande de beschikbare psychofarmaca in België. Het doel is om de variabelen, de middelen, de overlappingen en lacunes in elk van de systemen te evalueren en na te gaan hoe men een 'ideaal' en volledige systeem kan overwegen waarop men zich kan baseren om een coherent en wetenschappelijk gebaseerd beleid te implementeren
- een studie voor het aanbieden van een algemene communicatiestrategie om het bewustzijn van de Belgische bevolking en de professionals op het juiste gebruik van psychofarmaca te wijzen. Deze communicatiestrategie moet bepalen: wanneer, hoe, wie en waar de doelgroepen het best te bereiken. Dit onderzoek zal ook toelaten om een beter zicht te krijgen over de financiële middelen nodig voor de uitvoering van dit mediaplan

Specifieke projecten voor antidepressiva:

- het ontwikkelen van een opleidings-/sensibilisatiemodule voor huisartsen om hen te helpen een beter onderscheid te maken tussen stressvolle levensgebeurtenissen (sterfgeval (in de brede zin), job verlies, echtscheiding, scheiding,...) die kunnen leiden tot een toestand van zwaarmoedigheid, maar zonder diagnose van een echte depressie en anderzijds een diagnose van depressie
- Nagaan hoe het overleg tussen de eerste- en de tweedelijnszorg kan worden verbeterd zodat de behandeling van een ernstige depressie kan worden geoptimaliseerd. Het doel is dus om een methodologie en instrument(en) te ontwikkelen, die door alle betrokken actoren worden gevalideerd, ter bevordering van de communicatie en het overleg
- Bijwerken en implementeren van de richtlijnen (in elk land), geschreven in 2008 aan Nederlandstalige kant van het land, betreffende de opvang van depressie in de huisartsenpraktijk.

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten

Van toepassing vanaf 16 mei 2014.

De toepasselijke reglementering inzake de in aanmerking te nemen inkomsten in het kader van de verhoogde tegemoetkoming is afdeling 5 van hoofdstuk 4 van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hieronder het K.B.): in aanmerking genomen inkomsten¹:

Onderafdeling 1 - Soorten inkomsten

Artikel 27. Onder belastbare bruto-inkomsten moet worden verstaan het bedrag van de inkomsten zoals ze zijn vastgesteld inzake de inkomstenbelasting, vóór elke aftrek, vermindering, vrijstelling, immunisatie.

Worden eveneens in aanmerking genomen, de inkomsten die in België van belasting zijn vrijgesteld krachtens internationale overeenkomsten ter preventie van de dubbele belastingheffing of andere internationale verdragen of akkoorden, of ze nu gelden voor de berekening van de belasting van andere inkomsten of niet, alsook de inkomsten van de personen bedoeld in artikel 227, 1°, van het WIB/92 die van belasting worden vrijgesteld in overeenstemming met de artikelen 230 of 231, § 1, 2° van hetzelfde Wetboek.

Worden eveneens in aanmerking genomen, de inkomsten van buitenlandse oorsprong van dezelfde aard als deze hiervoren bedoeld, ontvangen door personen bedoeld in artikel 227, 1°, van het WIB/92.

Evenwel wordt, ter bepaling van de hoegroetheid van het inkomen van het betrokken gezin dat is samengesteld volgens de bepalingen van afdeling 4 van dit hoofdstuk, als volgt rekening gehouden met de volgende inkomsten :

1. de inkomsten uit roerende goederen vastgesteld in overeenstemming met artikel 22, § 1, eerste lid van het WIB/92;

2. de inkomsten waarvan de aangifte aan de belastingadministratie niet verplicht is, in toepassing van artikel 313 van het WIB/92;

3. het brutobedrag van de beroepsinkomsten, bedoeld in artikel 23, § 1, 1° tot 3°, van het WIB/92, fictief vastgesteld op 100/80 van het verschil tussen de brutowinsten of -baten en de beroepslasten die daaraan zijn verbonden;

4. het brutobedrag van de spaartegoeden, kapitalen en afkoopwaarden, bedoeld in artikel 171, 1°, d tot h, 2°, b tot e, 2° quater, 3°bis, 4°, f tot h en de artikelen 515bis, vijfde lid, 515quater en 515octies van het WIB/92 voor het bedrag van de rente die voortvloeit uit de omzetting ervan volgens de coëfficiënt, bedoeld in artikel 73 van het Koninklijk besluit tot uitvoering van het WIB/92 gedurende een periode van tien jaar vanaf het jaar waarin het kapitaal of de afkoopwaarde is uitgekeerd;

5. het geïndexeerde kadastraal inkomen, de huur of de huurwaarde van de woning die is vrijgesteld krachtens artikel 12, § 3 van het WIB/92. Wordt evenwel vrijgesteld, een bedrag van 743,68 EUR, verhoogd met 123,95 EUR voor elk ander gezinslid dan de rechthebbende. Deze bedragen worden geïndexeerd op dezelfde wijze als voorzien in artikel 518 van het WIB/92;

1. Infra : wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen = wet GVV.

6. de beroepsinkomsten van kinderen worden vrijgesteld voorzover zij het effectieve genot van de kinderbijslag behouden tijdens de periode waarin zij de voormelde inkomsten hebben verkregen.

Onderafdeling 2 - Vaststelling van de inkomsten volgens de referentieperiodes

Artikel 28. § 1. Om vast te stellen dat de inkomsten van het gezin lager zijn dan het grensbedrag bedoeld in artikel 21, worden de belastbare bruto-inkomsten van het gezin in aanmerking genomen zoals ze bestaan tijdens de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag bedoeld in artikel 29 werd ingediend, wanneer er geen referentieperiode van toepassing is.

Als de aanvraag evenwel wordt ingediend tijdens de maand waarin de situatie bedoeld in artikel 18 ontstaat, worden de belastbare bruto-inkomsten van het betrokken gezin zoals ze bestaan tijdens de maand waarin de aanvraag wordt ingediend in aanmerking genomen.

§ 2. Indien een referentieperiode van één kalenderjaar van toepassing is, worden de inkomsten van die referentieperiode in aanmerking genomen.

§ 3. Voor wat betreft de beroepsinkomsten, met inbegrip van de vervangingsinkomsten en de pensioenen, indien geen enkele referentieperiode van toepassing is, worden de bedragen in aanmerking genomen die betrekking hebben op de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend of de maand waarin de aanvraag werd ingediend, overeenkomstig het bepaalde in § 1, vermenigvuldigd met 12, verhoogd met het bedrag van alle voordelen die eraan zijn verbonden.

Indien de referentieperiode betrekking heeft op het kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar van de aanvraag, worden de beroepsinkomsten, vervangingsinkomsten en pensioenen welke tijdens die referentieperiode reëel ontvangen zijn in aanmerking genomen alsook het bedrag van alle voordelen die eraan zijn verbonden.

§ 4. Voor wat betreft de onroerende inkomsten, wordt enkel rekening gehouden met de inkomsten van onroerende goederen waarvan een gezinslid eigenaar, vruchtgebruiker of bezitter is op het ogenblik van de indiening van de aanvraag bedoeld in artikel 29.

De inkomsten die in het kader van de verhoogde tegemoetkoming in aanmerking worden genomen zijn de bruto-belastbare inkomsten:

1. het betreft **inkomsten** 't is te zeggen, voordelen ongeacht hun aard of benaming. Indien de belastingadministratie aldus meent dat sommige bedragen niet onder het toepassingsgebied van het WIB/92 vallen, zal dat in principe ook zo zijn in het kader van de VT. Dat zal bijvoorbeeld het geval zijn voor de vergoeding van door de bevoegde autoriteiten (= Office de la Naissance et de l'Enfance, Kind en Gezin, ...) erkende onthaalouders die op fiscaal vlak wordt beschouwd als een **kostenvergoeding** en bijgevolg niet belastbaar is². Deze vergoeding wordt dus niet in aanmerking genomen in het kader van de VT;

2. Zie circ.V.I. nr. 2003/224-2271/1 en 3991/171.

2. het betreft **belastbare** inkomsten 't is te zeggen, vatbaar om in aanmerking te worden genomen voor de belastbare grondslag, zelfs als ze in werkelijkheid om de één of andere reden niet worden belast (bv., in toepassing van een bilateraal verdrag gesloten tussen België en een andere staat met het oog op het vermijden van een dubbele belasting). Het zal doorgaans inkomsten betreffen die onderworpen zijn aan de personenbelasting (=PB).

Nochtans, indien de reglementering GVV het uitdrukkelijk vermeldt zullen inkomsten in aanmerking worden genomen die fiscaal gezien niet belastbaar zijn. Zo zijn de inkomsten van het Belgisch of buitenlands personeel in dienst van de Wereldorganisatie der Douanen vrijgesteld van belastingen krachtens een overeenkomst, maar worden zij in aanmerking genomen in het kader van de VT³: het betreffen inkomsten vrijgesteld op basis van een internationale overeenkomst;

3. het betreft **bruto**-inkomsten, 't is te zeggen, inkomsten zoals ze worden vastgesteld vóór elke aftrek. De *ratio legis* en de nagestreefde bedoeling is duidelijk: de verschillende bedragen die worden opgeheven, verminderd, niet in aanmerking genomen als een inkomen door de belastingadministratie, worden wel in aanmerking genomen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming (Bv. de betaalde onderhoudsuitkeringen worden niet in mindering gebracht van het inkomen van de schuldenaar dat in aanmerking wordt genomen voor de verhoogde tegemoetkoming).

Aldus,

1. worden in het buitenland verworven inkomsten of de inkomsten die voortvloeien uit in het buitenland gelegen goederen beschouwd als fiscale inkomsten en dienen zij op de erewoordverklaring te worden aangegeven
2. beroepsinkomsten worden aangegeven bij de belastingadministratie, na aftrek van de RSZ bijdragen. Dat zal tevens het geval zijn voor de berekening van de inkomsten in het kader van de VT (cfr infra)
3. de door de belastingadministratie afgetrokken bedragen, kunnen in principe niet worden afgetrokken in het kader van de verhoogde tegemoetkoming. Dat zal het geval zijn voor onderhoudsuitkeringen betaald door een lid van het gezin VT⁴, beroepsverliezen uit vroegere belastbare periodes worden niet in aftrek genomen van de inkomsten in het kader van de VT
4. worden eveneens in aanmerking genomen, de buitenlandse inkomsten die niet belastbaar zijn in België, de inkomsten van het personeel van de Europese Gemeenschappen, de inkomsten van het personeel van de ambassades. Dat vloeit voort uit de verwijzing in de reglementering VT naar de artikelen van de fiscale reglementering⁵.

De diverse inkomstetypes gekend in de fiscale reglementering worden dus in aanmerking genomen, 't is te zeggen, de onroerende inkomsten, de roerende inkomsten, de beroepsinkomsten en de diverse inkomsten.

Deze verschillende inkomstetypes die, uit hun aard, in aanmerking worden genomen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming worden hierna verduidelijkt.

Er wordt rekening gehouden met de inkomsten van de toepasselijke referentieperiode (zie omzendbrief V.I. 2014/72 – 3991/244 van 05.02.2014). (Gepubliceerd in het I.B. 2014/1)

3. Zie art. 27, 2^{de} lid, van het K.B.

4. Zie art. 104 van het WIB/92.

5. Zie art. 230, 4^o van het WIB/92 (= de bezoldigingen geïnd in die hoedanigheid door de diplomatieke ambtenaren en de consulaire beroepsambtenaren die in België zijn geaccrediteerd) en art. 231, § 1, 2^o van het WIB/92 (= bezoldigingen geïnd door de personeelsleden (van vreemde nationaliteit) van de diplomatieke zendingen en vreemde buitenlandse consulaire geaccrediteerd in België). De ambtenaren van de Europese Gemeenschappen vallen niet onder de PB krachtens het protocol op de voorrechten en immuniteiten van de Europese Gemeenschappen.

1. Onroerende inkomsten

a. Worden in aanmerking genomen

Elk onroerend inkomen: het onroerend inkomen is het inkomen dat voortvloeit uit een onroerend goed in de zin van het Burgerlijk Wetboek (BW), ongeacht of dit goed zich in België dan wel in het buitenland bevindt, ongeacht of het bebouwd is en ongeacht of dit al dan niet verhuurd wordt.

Het feit dat het een onroerend goed betreft dat is vrijgesteld van onroerende voorheffing (bijvoorbeeld op grond van een decreet of een ordonnantie van het Gewest waar het goed is gelegen) of het feit dat de sociaal verzekerde de onroerende voorheffing niet verschuldigd is omdat het bijvoorbeeld een nieuwbouw betreft, is irrelevant: het gaat wel degelijk over het onroerend inkomen dat voor de belastbare grondslag van de PB in aanmerking wordt genomen en derhalve wel degelijk een belastbaar inkomen uitmaakt.



Men houdt rekening met inkomsten van onroerende goederen waarvan een lid van het gezin eigenaar, vruchtgebruiker of bezitter is op het ogenblik van indiening van de aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming⁶.

Onder de notie “onroerende inkomsten” dient men hetzelfde te verstaan als de fiscale bepalingen terzake. Dat geldt ook voor de noties gebruikt in die wetgeving (bv.: huur, kadastraal inkomen, huurvoordelen...).

Zo is *de huur samengesteld uit het huurgeld en de huurvoordelen*. De huurvoordelen zijn diegene welke de eigenaar verkrijgt uit het feit dat de huurder in zijn plaats de lasten van elke aard draagt (Bv.: grote herstellingen, verzekeringen, ...). Dat geldt tevens voor de onroerende voorheffing voor zover deze daadwerkelijk ten laste wordt genomen door de huurder. Wanneer een huurvoordeel bestaat in een eenmaal door de huurder gedane uitgave, wordt het bedrag ervan over de gehele duur van het huurcontract verdeeld. De huur wordt uiteindelijk voor 60 % in aanmerking genomen voor de bebouwde⁷ onroerende goederen en voor 90 % voor de onbebouwde onroerende goederen (zie verder).

b. Woning gelegen in België of in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte die de rechthebbende zelf betreft of die hij om beroeps- of sociale redenen niet zelf betreft

De enige precisering die wordt aangebracht door de reglementering is de volgende:

“Er wordt rekening gehouden met “het geïndexeerde kadastraal inkomen, de huur of de huurwaarde van de woning die is vrijgesteld krachtens artikel 12, § 3 van het WIB/92. Wordt evenwel vrijgesteld, een bedrag van 743,68 EUR, verhoogd met 123,95 EUR voor elk ander gezinslid dan de rechthebbende. Deze bedragen worden geïndexeerd op dezelfde wijze als voorzien in artikel 518 van het WIB/92”.

In principe verschijnt het kadastraal inkomen, de huur of de huurwaarde van de woning die de belastingplichtige zelf betreft of die hij om beroeps- of sociale redenen niet zelf betreft niet in de fiscale aangifte of in het aanslagbiljet⁹, tenzij de voorwaarden voorzien in de overgangsregeling vervuld zijn. In dat geval moet dit inkomen worden aangegeven onder de code 1100/2100 of 1101/2101 (woning gelegen in België), 1121/2121 of 1133/2133 (woning gelegen in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte).

6. Art. 28, § 4, van het K.B.

7. Onder voorbehoud van de precisering hierna aangebracht.

8. Voor de geïndexeerde bedragen, zie omzendbrief die jaarlijks wordt gepubliceerd door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

9. Zie art. 12 van het WIB/92 zoals gewijzigd door de wet van 27.12.2004 (B.S. 31.12.2004).

Het te weerhouden bedrag in het kader van de VT is het geïndexeerd kadastraal inkomen, de nettohuur of de nettohuurwaarde van de woning.

c. Een onroerend goed gelegen in België dat de eigenaar gebruikt voor de uitoefening van een beroepsactiviteit

Fiscaal gezien wordt het kadastraal inkomen van dat onroerend goed niet in aanmerking genomen. De eventuele inkomsten worden in aanmerking genomen als beroepsinkomsten¹⁰.

Te noteren valt dat het kadastraal inkomen van een dergelijk onroerend goed op de fiscale aangifte vermeld wordt onder de code 1105 of 2115.

Wanneer een persoon bijvoorbeeld de grond waarvan hij eigenaar is gebruikt als parking voor zijn onderneming, zal hij daar niet op worden belast. Wanneer een onroerend goed bestemd is zowel voor beroeps- als private doeleinden, wordt het percentage dat het beroepsgebruik vertegenwoordigt niet toegevoegd, omdat dit wordt geacht in de beroepsinkomsten begrepen te zijn.

In het kader van de VT wordt geen rekening gehouden met het kadastraal inkomen van het betrokken onroerend goed. Desgevallend zal er rekening worden gehouden met beroepsinkomsten.

d. Onroerend goed dat wordt verhuurd: in het kader van de verhoogde tegemoetkoming wordt rekening gehouden met volgende elementen

1. *Ingeval van een bebouwd onroerend goed gelegen in België, verhuurd aan een huurder die het gebruikt voor zijn beroep*: Het totale bedrag van het huurgeld en de huurvoordelen zonder dat dit lager mag liggen dan het geïndexeerd kadastraal inkomen verhoogd met 40 %¹¹. Onder huurgeld verstaat men het brutobedrag verminderd met 40 % voor onderhoudskosten, herstelkosten, geplafonneerd op 2/3 van het gerevaloriseerd K.I. (tt. Waarop de revalorisatiecoëfficiënt¹² op werd toegepast);
2. *Ingeval van een onbebouwd onroerend goed, materieel of outillage (met het karakter van onroerend goed) gelegen in België, verhuurd aan een huurder die het gebruikt voor zijn beroep*: Het totale bedrag van het huurgeld en de huurvoordelen zonder dat dit lager mag liggen dan het geïndexeerd kadastraal inkomen. Onder huurgeld verstaat men het brutobedrag verminderd met 10 % voor onbebouwde onroerende goederen en met 40 % voor materieel en outillage;
3. In afwijking van wat onder de punten 1 en 2 wordt vermeld, zal wanneer een *onroerend goed wordt verhuurd voor land- of tuinbouw, overeenkomstig de pachtwetgeving*, het geïndexeerd kadastraal inkomen in aanmerking worden genomen.

Wanneer het echter een pachtovereenkomst betreft voor een onbebouwd onroerend goed (= een grond), gesloten bij authentieke akte die een eerste periode voorziet met een minimumduur van 18 jaar, wordt geen enkel inkomen in aanmerking genomen¹³. Men meent in dergelijk geval inderdaad dat de eigenaar zijn goed volledig "ontzegt" is.

Er wordt geen rekening gehouden met de inkomsten uit onroerende goederen verhuurd krachtens een overeenkomst van loopbaanpacht (=huurcontract overeengekomen voor de duur van het beroepsleven).¹⁴

10. Zie art. 37 van het WIB/92 : inkomsten van onroerende goederen worden aangemerkt als beroepsinkomsten wanneer die goederen worden gebruikt voor het uitoefenen van de beroepswerkzaamheid van de verkrijger van de inkomsten (= onroerende inkomsten met beroeps karakter).

11. Zie art. 7, § 1, 2°, c van het WIB/92.

12. Zie art. 1 van het uitvoeringsbesluit van het WIB/92.

13. Zie art. 12, § 2, tweede lid van het WIB/ 92.

14. Zie art. 12, § 2, eerste lid van het WIB/ 92.

4. In het geval van een *bebouwd onroerend goed gelegen in België verhuurd aan een huurder die het niet gebruikt voor zijn beroep*: het geïndexeerd kadastraal inkomen verhoogd met 40 % (= vermenigvuldigd met de coëfficiënt 1, 40);
5. In het geval van een *onbebouwd onroerend goed gelegen in België verhuurd aan een huurder die het niet gebruikt voor zijn beroep*: het geïndexeerd kadastraal inkomen;
6. Indien een gebouw bestemd wordt voor verscheidene doeleinden (bv.: gedeeltelijk bewoond door de eigenaar en gedeeltelijk verhuurd), dient het kadastraal inkomen in overeenkomstige mate te worden opgesplitst. Elk deel van het gebouw zal zijn eigen regime volgen.

Bijzonder geval : indien de huurder het goed gedeeltelijk gebruikt voor zijn beroepsdoeleinden en gedeeltelijk als woning, zal de totale netto huurprijs in aanmerking worden genomen voor de VT (zie pt. 1), tenzij er een geregistreerde huurovereenkomst bestaat waarin het huurgeld en de huurvoordelen toekomend aan elk deel afzonderlijk worden vermeld¹⁵. In dat geval zal het inkomen dat in aanmerking wordt genomen voor beide delen afzonderlijk worden bepaald.



Bijvoorbeeld: X huurt een appartement dat hij deels bestemt voor de uitoefening van zijn beroep en deels om zelf te bewonen. Het huurcontract stipuleert enkel een globaal bedrag aan huurgelden: de eigenaar zal belast worden op de nettohuur. Het is dit bedrag dat in aanmerking zal worden genomen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming. De huurder zal het deel van de huur met betrekking tot het beroepsdeel kunnen aftrekken (**fiscaal maar niet in het kader van de verhoogde tegemoetkoming**) ook al wordt in hoofde van de eigenaar, het totaal beschouwd als door de huurder bestemd ter uitoefening van beroepsdoeleinden.

e. Onroerend goed, al dan niet bebouwd, gelegen in België, dat niet wordt verhuurd

Indien het gaat om een bebouwd onroerend goed, bijvoorbeeld een tweede verblijfplaats: het geïndexeerd kadastraal inkomen verhoogd met 40 % (= vermenigvuldigd met coëfficiënt 1,40). Indien het gaat om een niet bebouwd onroerend goed: het geïndexeerd kadastraal inkomen.

f. Wat de sommen betreft die zijn verkregen bij vestiging of overdracht van een recht van erfpacht¹⁶ of opstal¹⁷, omvatten de in aanmerking genomen inkomsten de eigenlijke vergoedingen alsook de voordelen verkregen door de overdrager of de vestiger van het recht op erfpacht of opstal. De waarde van de verkregen voordelen is gelijk aan de waarde die daaraan wordt toegekend voor de heffing van het registratierecht op de overeenkomst van erfpacht of van opstal¹⁸

15. Zie art. 8 van het WIB/92.

16. Erfpacht : tijdelijk recht dat de titularis ervan (= de erfpachter) het genot verleent van een onroerend goed dat een andere persoon toebehoort (=de eigenaar), tegen betaling aan deze laatste van een jaarlijkse bijdrage.

17. Opstal: tijdelijk recht dat een persoon (= de opstalhouder) toelaat eigenaar te zijn van gebouwen, werken of beplantingen op grond die een andere persoon (= de opstalgever) toebehoort.

18. Zie art. 10 van het WIB/92.

g. Wanneer verschillende personen (waarvan niet allen noodzakelijkerwijze deel uitmaken van het gezin dat in aanmerking wordt genomen) *in onverdeeldheid het genot van een onroerend goed hebben*, dient elke onverdeelde zijn aandeel van de onroerende inkomsten te vermelden (op de erewoordverklaring die hij onderschrijft)

Tussen echtgenoten moet men rekening houden met het huwelijksstelsel:

- voor de personen gehuwd onder het stelsel van scheiding van goederen, zijn de onroerende inkomsten belastbaar in hoofde van de eigenaar van het goed. In geval van onverdeeldheid, als de akte niets vermeldt, is elkeen eigenaar voor de helft. Hetzelfde geldt voor de wettelijke samenwoning
- voor de personen gehuwd onder het wettelijk stelsel, zijn de onroerende inkomsten in hoofde van elk van de echtgenoten belastbaar voor de helft, ongeacht de eigendom (dus zelfs als er maar één eigenaar is). Hetzelfde geldt *a fortiori* in het geval van een algemene gemeenschap.

De immunisatie van het kadastraal inkomen van het woonhuis wordt toegepast ten belope van de mate waarin het kadastraal inkomen in aanmerking wordt genomen.

Die precisering is van belang wanneer de echtgenoten scheiden, vermits er in het jaar dat volgt op de scheiding nog een gemeenschappelijke aanslag wordt gevestigd.

h. De fiscale reglementering behandelt de *eigenaars, de bezitters¹⁹ en de vruchtgebruikers* op dezelfde manier: anders gezegd, voor deze personen worden de onroerende inkomsten op dezelfde wijze samengesteld²⁰

i. De inkomsten van *onroerende goederen gelegen in het buitenland* worden eveneens in aanmerking genomen, ongeacht of België al dan niet een overeenkomst ter preventie van dubbele belasting heeft gesloten. In dat geval onderscheidt men volgende situaties

1. *Onroerende goederen (bebouwd en onbebouwd), materieel en outillage die niet door de eigenaar worden gebruikt voor zijn beroep en die niet worden verhuurd* : de huurwaarde, in voorkomend geval verminderd met de buitenlandse belastingen die op die inkomsten slaan, verminderd met 40 % indien het een bebouwd goed of materieel of outillage betreft en met 10 % wanneer het een onbebouwd goed betreft. Onder huurwaarde verstaat men de huurprijs die men kan bekomen indien het goed zou worden verhuurd;
2. *Onroerende goederen (bebouwd en onbebouwd), materieel en outillage die niet door de eigenaar worden gebruikt voor zijn beroep en die worden verhuurd* : de huurprijs wordt in aanmerking genomen *a rato* van 90 % indien het gaat om een onbebouwd goed en *a rato* van 60 % indien het gaat om een bebouwd goed;
3. De bedragen verkregen uit vestiging of overdracht van een recht van erfpacht of opstal: de regels hierboven toegelicht zijn van toepassing voor die inkomsten die slaan op in het buitenland gelegen onroerende goederen.

19. De bezitter is de schuldenaar van de onroerende voorheffing; hij heeft niet het eigendomsrecht over een onroerend goed, maar gedraagt zich zoals een eigenaar.

20. Zie art. 11 van het WIB/92.

j. Zoals hierboven toegelicht, worden in het kader van de VT de inkomsten in aanmerking genomen voor elke aftrek. Hierdoor kunnen de door een lid van het gezin betaalde interesten, die horen bij hypothecaire leningen gesloten om een onroerend goed te bouwen, een onroerend goed te verwerven of geheel of gedeeltelijk te renoveren, niet worden afgetrokken van vorenbedoelde onroerende inkomsten

De betaalde lasten om het recht op erfpacht of opstal te verwerven, zijn evenmin aftrekbaar.

k. enkele voorbeelden

Indexatiecoëfficiënt kadastraal inkomen

Geïmmuniseerd basisbedrag van het kadastraal inkomen voor VT: 743,68 EUR + 123,95 EUR per bijkomende persoon in het gezin

Inkomstenjaar	Indexatiecoëfficiënt (jaarlijks gepubliceerd)	Geïmmuniseerd basisbedrag ²¹	Bijkomend geïmmuniseerd bedrag
2006	1,4276	1.062	177
2007	1,4532	1.081	180
2008	1,4796	1.100	183
2009	1,5461	1.150	192
2010	1,5461	1.150	192
2011	1,5790	1.174	196
2012	1,6349	1.216	203
2013	1,6813	1.250	208

i Inzake personenbelasting, betreft het aanslagjaar 2013 de inkomsten van 2012. Voor wat betreft de voorheffing daarentegen, gaat het om inkomsten van het betreffende jaar : aanslagjaar 2013, inkomsten 2013. Op het aanslagbiljet van de onroerende voorheffing staat én het geïndexeerde én het niet-geïndexeerde bedrag van het kadastraal inkomen. Op het aanslagbiljet inzake personenbelasting staat het aangegeven bedrag vermeld (het niet-geïndexeerd K.I.) in de geëncodeerde gegevens, terwijl op het detail van de berekening men het geïndexeerd bedrag kan terugvinden, al naar het geval verhoogd met 40 % of de netto huur (zijnde het bedrag dat in aanmerking wordt genomen voor de VT).

VERGOEDINGEN VAN ERFPACHT OF VAN OPSTAL

- **Fiscale code** : 1114/2114 (indien Belgische inkomsten), 1125/2125 (indien buitenlandse inkomsten en het land van herkomst van de inkomsten heeft geen dubbelbelastingverdrag gesloten met België), 1132/2132 (indien buitenlandse inkomsten en het land van herkomst van de inkomsten heeft met België een dubbelbelastingverdrag gesloten).
- **Soort Inkomsten** : onroerende inkomsten

Het betreft vergoedingen en alle andere voordelen verkregen door de overdrager bij de vestiging of overdracht van een recht van erfpacht, opstal of een gelijkaardig onroerend recht

21. Zie de omzendbrief die elk jaar wordt gepubliceerd door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

- **Berekening van het in aanmerking te nemen bedrag**

Het betreft hetzij, een jaarlijks bedrag verdeeld over de looptijd van de overeenkomst zoals voorzien door de overeenkomst, hetzij een eenmalig bedrag, betaald op het ogenblik van de vestiging of de overdracht van het recht. In dit tweede geval, zal het betaalde bedrag een onroerend inkomen uitmaken voor het jaar van betaling. In al de gevallen gaat het om het bedrag waarover de registratierechten werden ontvangen, in voorkomend geval in het buitenland.

- **Berekeningsvoorbeeld**

Jaarlijks bedrag: bedrag voorzien in de overeenkomst.
 Eenmalige vergoeding: 2.000 EUR betaald in 2012 = bedrag te weerhouden voor 2012.
 Deze bedragen zullen voorkomen op het aanslagbiljet.

KADASTRAAL INKOMEN VAN DE EIGEN WONING, GELEGEN IN BELGIË, AL DAN NIET ONDERWORPEN AAN DE ONROERENDE VOORHEFFING

- **Fiscale code**

1100/2100 of 1101/2101: eigen woning gelegen in België

- **Soort Inkomsten**

Onroerende inkomsten : het betreft de woning die de sociaal verzekerde zelf betreft of die hij om beroepsredenen of sociale redenen niet zelf kan betrekken, en waarvan hijzelf de eigenaar is of de vruchtgebruiker.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Geïndexeerd kadastraal inkomen, minus het geïndexeerd bedrag voorzien in het kader van de VT (zie tabel hierboven).

Indien het bedrag verkregen na de berekening negatief is, zal het niet in aanmerking worden genomen.

- **Berekeningsvoorbeeld**

In 2012 is een gezin samengesteld uit een gerechtigde, zijn echtgenoot en twee personen ten laste in de zin van de VT.

De gerechtigde beschikt over een woning, die hij zelf betreft en waarvan het basis **kadastraal inkomen 1.438 EUR** bedraagt.

In het kader van de verhoogde tegemoetkoming, dient men rekening te houden met het volgende bedrag (aanslag PB 2013):

Kadastraal inkomen 1.438 EUR x 1.6349 = 2.350,99 EUR afgerond op 2.351 EUR.

Geïndexeerde aftrek: 1.216 EUR + (3 X 203 EUR) = 1.825 EUR.

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag : 2.351 EUR – 1.825 EUR = 526 EUR.

ONROEREND GOED, GELEGEN IN BELGIË, GEBRUIKT VOOR ZIJN BEROEP

- **Fiscale code**

1105/2105

- **Soort Inkomsten**

Het betreft een onroerend goed dat een persoon gebruikt in het kader van zijn beroepswerkzaamheid. Het kadastraal inkomen moet aangegeven worden: het zal voorkomen op het aanslagbiljet.

Deze inkomsten worden geacht begrepen te zijn in de beroepsinkomsten : men dient er hier derhalve geen rekening mee te houden in het kader van de VT.

GEBOUWEN²², GELEGEN IN BELGIË, NIET VERHUURD OF VERHUURD AAN PARTICULIEREN

- **Fiscale code**

1106/2106

- **Soort Inkomsten**

Belgische onroerende inkomsten. Het betreft bebouwde onroerende goederen in verhuur gegeven aan personen die er geen enkele beroepsactiviteit in uitoefenen of niet verhuurde goederen.

- **Berekening van het in aanmerking te nemen bedrag**

Geïndexeerd kadastraal inkomen X 1,4

- **Berekeningsvoorbeeld**

Het kadastraal inkomen van een woning verhuurd door de gerechtigde aan een particulier wordt aangegeven als volgt voor 2012: kadastraal inkomen = 1.294 EUR

Geïndexeerd kadastraal inkomen: 1.294 EUR x 1,6349 = 2.115,56 EUR afgerond op 2.116 EUR.

In aanmerking te nemen bedrag voor de VT: 2.116 EUR X 1,4 = 2.962,40 EUR.

- **Bewijsstuk**

Op het aanslagbiljet PB - detail van de berekening, is het kadastraal inkomen reeds verhoogd met 40 %.

GRONDEN, MATERIEEL EN OUTILLAGE, GELEGEN IN BELGIË, NIET VERHUURD OF VERHUURD AAN PARTICULIEREN.

- **Fiscale code**

1107/2107

- **Soort Inkomsten**

Belgische onroerende inkomsten. Het betreft gronden, materieel, outillage dat betrokkene niet verhuurt en niet gebruikt voor zijn beroep of verhuurt aan personen die het niet gebruiken voor hun beroep.

- **Berekening van het in aanmerking te nemen bedrag**

Geïndexeerd kadastraal inkomen

- **Berekeningsvoorbeeld**

Een terrein wordt verhuurd door de gerechtigde aan een particulier in 2012:

Basisbedrag: 1.294 EUR ; geïndexeerd kadastraal inkomen : 1.294 EUR X 1,6349 = 2.115,56 EUR afgerond op 2.116 EUR.

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag : 2.116 EUR.

22. Met uitzondering van het materieel en de outillage (zie infra).

ONROERENDE GOEDEREN, AL DAN NIET BEBOUWD, VERHUURD AAN TUIN- OF LANDBOUWERS

- **Fiscale code**

1108/2108

- **Soort Inkomsten**

Belgische onroerende inkomsten. Het betreft aan landbouwers of tuinbouwers in verhuring gegeven landbouwgronden of boerderijen voor de uitoefening van hun activiteit, overeenkomstig de pachtwetgeving²³.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Geïndexeerd kadastraal inkomen

- **Berekeningsvoorbeeld**

Een grond wordt verhuurd door de gerechtigde aan een landbouwer in 2012 :

Basisbedrag: 1.294,00 EUR.

Geïndexeerd kadastraal inkomen: 2.115,56 EUR afgerond op 2.116 EUR.

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag: 2.116 EUR.

GEBOUWEN GELEGEN IN BELGIË VERHUURD AAN PERSONEN DIE ZE VOOR HUN BEROEP GEBRUIKEN

- **Fiscale code**

1109/2109 : kadastraal inkomen

1110/2110 : bruto huur

- **Soort inkomsten**

Inkomsten van gebouwen andere dan hierboven bedoeld

- **In aanmerking te nemen bedrag**

40 % van de totale huur wordt vergeleken met het gerevalueerde kadastrale inkomen²⁴ (= X 4,10 in 2012 – aanslagjaar 2013) X 2/3. Het kleinste van deze twee bedragen wordt afgetrokken van de totale huur. Wat overblijft is de netto huur.

De netto huur wordt vergeleken met het geïndexeerde kadastrale inkomen X 1,4. Het grootste van deze twee bedragen wordt in aanmerking genomen.

- **Berekeningsvoorbeeld**

De huurder is een natuurlijk persoon die het goed volledig gebruikt voor de uitoefening van zijn beroepsactiviteit (in 2012).

- Brutohuur: 3.000 EUR

- Kadastraal inkomen: 1.300 EUR.

Berekening van netto huurprijs en huurvoordelen: Huur: 3.000 EUR

23. Indien het bedrag van de huur hoger is dan dat voorzien door de pachtwetgeving, is dit bijzondere regime niet van toepassing. Het gewone regime is dan van toepassing. Zie hierna.

24. Cfr. Art. 1 van het K.B. tot uitvoering van het WIB/92: voor de revalorisatiecoëfficiënt. Voor het aanslagjaar 2011 (inkomsten 2010) bedraagt die coëfficiënt 3,87, voor het aanslagjaar 2012 (inkomsten 2011) bedraagt die coëfficiënt 3,97, voor het aanslagjaar 2013 (inkomsten 2012) bedraagt die coëfficiënt 4,10, voor het aanslagjaar 2014 (inkomsten 2013) bedraagt die coëfficiënt 4,19.

Forfaitaire lasten (40 %): 1.200 EUR. Dit bedrag komt in aanmerking omdat het lager is dan 2/3 van het gerevalueerde kadastraal inkomen, nl $2/3 \times 1.300 \text{ EUR} \times 4,10 = 3.553,33 \text{ EUR}$. Voor de berekening van de beperking wordt het kadastraal inkomen niet geïndexeerd.

Netto huur: $3.000 \text{ EUR} - 1.200 \text{ EUR} = 1.800 \text{ EUR}$

Aangezien de nettohuurprijs lager is dan het geïndexeerde kadastraal inkomen, verhoogd met 40 %, hetzij $1.300 \text{ EUR} \times 1,6349 = 2.125,37 \text{ EUR}$ afgerond op 2.125 EUR en vermenigvuldigd met 1,40 hetzij **2.975 EUR**, moet echter dit laatste bedrag in aanmerking worden genomen.

NIET BEBOUWDE ONROERENDE GOEDEREN, GELEGEN IN BELGIË, VERHUURD AAN PERSONEN DIE ZE VOOR HUN BEROEP GEBRUIKEN

- **Fiscale code**

1112/2112: kadastraal inkomen

1113/2113: bruto huur

- **Soort inkomen**

Belgische onroerende inkomsten van gronden verhuurd aan personen die ze voor hun beroep gebruiken, **andere dan de land- of tuinbouwers in het kader van een pachtovereenkomst.**

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Forfaitaire lasten zijn gelijk aan 10 % van de bruto huurprijs. Het totale huurbedrag X 90 % = de netto huur. Wordt in aanmerking genomen behalve indien het lager is dan het geïndexeerde kadastrale inkomen. Het bedrag dat in aanmerking dient te worden genomen in het kader van de VT is dus steeds gelijk of groter dan het geïndexeerde kadastrale inkomen.

- **Berekeningsvoorbeeld**

Inkomsten van een grond verhuurd aan een handelaar in 2012 :

Kadastraal inkomen van de grond (basisbedrag) : 300 EUR.

Geïndexeerd kadastraal inkomen : $300 \text{ EUR} \times 1,6349 = 490,47 \text{ EUR}$ afgerond 490 EUR.

Jaarlijkse huur in 2012: 500 EUR.

Netto huur = $500 \text{ EUR} \times 90 \% = 450 \text{ EUR}$.

In aanmerking te nemen bedrag in het kader van de VT: 490 EUR.

MATERIEEL EN OUTILLAGE IN BELGIË, VERHUURD AAN PERSONEN DIE HET GEBRUIKEN VOOR HUN BEROEP

- **Fiscale code**

1115/2115

1115/2115 : kadastraal inkomen

1116/2116 : bruto huur

- **Soort inkomen**

Belgische onroerende inkomsten uit materieel en outillage (met het karakter van onroerend goed) in verhuring gegeven aan personen die het gebruiken voor hun beroep (andere dan de land- en tuinbouwers in het kader van een pachtovereenkomst).

- **In aanmerking te nemen bedrag**

De forfaitaire lasten zijn gelijk aan 40 % van de bruto huurprijs. Het totale huurbedrag X 60 % = de netto huur . De netto huur wordt in aanmerking genomen behalve indien het lager is dan het geïndexeerde kadastraal inkomen. Het bedrag dat in aanmerking dient te worden genomen in het kader van de VT is dus steeds gelijk of groter dan het geïndexeerde kadastraal inkomen.

GEBOUWEN, MATERIEEL EN DE OUTILLAGE, GELEGEN IN HET BUITENLAND, AL DAN NIET VERHUURD (NIET GEBRUIKT VOOR EIGEN BEROEP)

- **Fiscale code**

1123/2123 of 1130/2130

1123/2123 : landen waarmee België geen overeenkomst heeft gesloten

1130/2130 : landen waarmee België een overeenkomst heeft gesloten

- **Soort Inkomsten**

Buitenlandse onroerende inkomsten. Het betreft inkomsten van bebouwde onroerende goederen, gelegen in het buitenland en die al dan niet in verhuring zijn gegeven door de sociaal verzekerde.

Zelfs indien deze onroerende goederen onderworpen zijn aan de grondbelasting in het land waar ze gelegen zijn, worden ze in België aangegeven ten einde de berekening van de aanslagvoet toe te laten.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

De bruto huur (of de bruto huurwaarde indien het goed niet verhuurd is) verminderd met de forfaitaire lasten. De huurwaarde wordt verondersteld de huur te vertegenwoordigen die zou zijn ontvangen als het goed was verhuurd.

De forfaitaire lasten stemmen overeen met 40 % van de bruto huur of de bruto huurwaarde van het goed.

- **Berekeningsvoorbeelden**

1) Indien de huur van een goed: 400 EUR per maand bedraagt : $400 \text{ EUR} \times 12 \times 60 \% =$
2.880 EUR.

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag: 2.880 EUR.

2) Indien het officiële document van het buitenland vermeldt :

Huurwaarde: 4.000 EUR

weerhoudt men: $4.000 \text{ EUR} \times 60 \% =$ **2.400 EUR.**

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag: 2.400 EUR.

GRONDEN, GELEGEN IN HET BUITENLAND, VERHUURD OF NIET VERHUURD (NIET GEBRUIKT VOOR EIGEN BEROEP)

- **Fiscale code**

1124/2124: landen waarmee België geen overeenkomst heeft gesloten

1131/2131: landen waarmee België een overeenkomst heeft gesloten

- **Soort Inkomsten**

Buitenlandse onroerende inkomsten. Dit zijn inkomsten van in het buitenland gelegen gronden, en die al dan niet in verhuring zijn gegeven door de sociaal verzekerde.

Zelfs indien deze onroerende goederen onderworpen zijn aan de grondbelasting in het land waar ze gelegen zijn, moeten ze in België worden aangegeven ten einde de berekening van de aanslagvoet toe te laten.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

De huur of de huurwaarde wordt verminderd met de lasten forfaitair bepaald op 10 % van de huur.

- **Berekeningsvoorbeeld**

1) Indien de huur van een grond 100 EUR per maand bedraagt : $100 \text{ EUR} \times 12 \times 90 \% = 1.080 \text{ EUR}$

2) Indien het officiële document vanuit het buitenland vermeldt:
huurwaarde: 1.000 EUR.

Men weerhoudt $1.000 \text{ EUR} \times 90 \% = 900 \text{ EUR}$.

2. Roerende inkomsten

a. Onder roerende inkomsten verstaat men de inkomsten uit kapitalen en roerende goederen (inkomsten uit aandelen, obligaties, verhuur van roerende goederen, ...). Wordt in aanmerking genomen: het werkelijk geïnde of verkregen inkomen, verhoogd met innings- en bewaringskosten en andere soortgelijke kosten (Bv. de door de bank aangerekende beheerskosten). De eventuele roerende voorheffing betaald door een lid van het gezin en de woonstaatheffing en de bijkomende heffing op roerende inkomsten²⁵ worden eveneens bijgevoegd

b. Wat de roerende inkomsten betreft, brengt de reglementering²⁶, volgende preciseringen aan

Er wordt rekening gehouden met de volgende inkomsten:

"1. de inkomsten uit roerende goederen vastgesteld in overeenstemming met artikel 22, § 1, eerste lid van het WIB/92

2. de inkomsten waarvan de aangifte aan de belastingadministratie niet verplicht is, in toepassing van artikel 313 van het WIB/92"

Belangrijk punt: enkel **intrest en dividenden** waarvoor roerende voorheffing of de bijkomende heffing op roerende inkomsten werd ingehouden moeten niet altijd worden aangegeven.

25. De bijkomende heffing op roerende inkomsten (van 4 %) is enkel van toepassing voor het aanslagjaar 2013 (inkomsten 2012).

26. Art. 27, vierde lid, 1 en 2 van het K.B.

c. Inkomsten die niet moeten worden aangegeven in toepassing van artikel 313 van het WIB/92

Inkomsten uit kapitalen, met name intrest en dividenden (zowel van Belgische als buitenlandse oorsprong) waarop roerende voorheffing kan worden geheven moeten in het algemeen niet worden aangegeven. *In het kader van de VT* worden echter alle inkomsten uit kapitaal in aanmerking genomen.

1. *Betreft het dividenden (= inkomsten uit aandelen) waarop roerende voorheffing werd betaald (dividenden van Belgische of buitenlandse oorsprong d.w.z. in het laatste geval, indien ze werden geïnd door tussenkomst van een in België gevestigde tussenpersoon), dan wordt het netto-geïnde bedrag in aanmerking genomen in het kader van de VT, vóór aftrek van innings- en bewaringskosten, verhoogd met de roerende voorheffing en, in voorkomend geval, de woonstaatheffing en de bijkomende heffing op roerende inkomsten die hierop werd ingehouden. De algemene principes zijn natuurlijk van toepassing: de financiële kosten verbonden aan de leningen gesloten om roerende inkomsten te verwerven of te behouden zijn niet aftrekbaar*
2. *Betreft het ontvangen intresten (= alle andere inkomsten uit kapitaal, met name de inkomsten uit bepaalde levensverzekeringen) waarvoor de roerende voorheffing werd betaald (intresten van Belgische of buitenlandse oorsprong die werden geïnd door een in België gevestigde tussenpersoon) of die aan een fictieve roerende voorheffing werden onderworpen, dan wordt in het kader van de VT het netto-geïnde bedrag in aanmerking genomen²⁷, vóór aftrek van innings- en bewaringskosten, verhoogd met de roerende voorheffing en, in voorkomend geval, de woonstaatheffing en de bijkomende heffing op roerende inkomsten die hierop werd ingehouden.*

Het betreft bijvoorbeeld inkomsten van obligaties, kasbons, enz. inkomsten uit gelddeposito's op zicht (m.a.w. de inkomsten uit zichtrekeningen).

Voor wat betreft de inkomsten uit gelddeposito's in België die de belastingadministratie "gewone spaardeposito's" noemt, zie *verder*.

d. Inkomsten die verplicht dienen te worden aangegeven

De aangifte is in principe altijd verplicht voor:

- andere roerende inkomsten dan intrest en dividenden
- intresten en dividenden (zowel van Belgische als buitenlandse oorsprong) waarvoor geen roerende voorheffing en geen bijkomende heffing op roerende inkomsten werd betaald en die niet werden onderworpen aan een fictieve roerende voorheffing.

Het betreft bijvoorbeeld **inkomsten uit gewone Belgische spaardeposito's waarop geen roerende voorheffing werd ingehouden.**

Men bedoelt de inkomsten uit gewone spaardeposito's in de mate waarin deze inkomsten een jaarlijks reglementair vastgesteld en geïndexeerd bedrag overschrijden. Dit bedrag bedraagt momenteel 1.830 EUR (inkomsten 2012, aanslagjaar 2013)²⁸ per echtgenoot/wettelijk samenwonende. *De bedragen lager dan 1.830 EUR vallen buiten het toepassingsgebied van het WIB/92.*

Het bedrag dat wordt vermeld op het aanslagbiljet van de PB, is het bedrag dat werd aangegeven (Code 1151/2151).

In het kader van de VT wordt het deel van de intresten dat hogergenoemd bedrag overschrijdt, in aanmerking genomen.

27. Het belastbaar bedrag van sommige verzekeringscontracten kan echter niet lager zijn dan het bedrag dat overeenstemt met de kapitalisatie van de intresten, aan 4,75 % per jaar, berekend op het totaal bedrag van de gestorte premies.

28. 1.770 EUR voor het aanslagjaar 2012 (inkomsten 2011), 1.730 EUR voor het aanslagjaar 2011 (inkomsten 2010).

 Voorbeelden:

1. X bezit twee gewone spaardeposito's. Ingevolge stortingen op één van de rekeningen, int X 1.500 EUR intrest. Er wordt dus geen voorheffing ingehouden. De andere rekening brengt hem 700 EUR aan intresten op. Er moet geen voorheffing worden ingehouden. X moet 2.200 EUR – 1.830 EUR = 370 EUR aangeven. In het kader van de VT zal met 370 EUR rekening worden gehouden.
2. X heeft twee gewone spaardeposito's. De eerste rekening levert 1.900 EUR intresten op. Er wordt op 70 EUR (1.900 EUR - 1.830 EUR) roerende voorheffing ingehouden. De tweede rekening levert 700 EUR intresten op; er wordt geen roerende voorheffing ingehouden. X dient 700 EUR aan te geven bij de belastingadministratie. Hij is echter niet verplicht om het bedrag aan te geven dat werd onderworpen aan roerende voorheffing (70 EUR – 70 EUR x 15 % = 59,50 EUR). In het raam van de VT worden 70 EUR + 700 EUR, hetzij 770 EUR in aanmerking genomen.

Het kan ook gaan om andere inkomsten zonder roerende voorheffing. Het betreft meerbepaald inkomsten uit hypothecaire schuldvorderingen (met uitsluiting van obligaties), uit onroerende leasing alsook inkomsten van buitenlandse oorsprong waarop geen enkele roerende voorheffing werd ingehouden, zoals inkomsten uit obligaties van buitenlandse oorsprong die niet geïnd werden in België.

3. Voorbeeld: X beschikt over een depositorekening in Luxemburg die hem 1.000 EUR intresten oplevert en een gewone spaarrekening in België die hem 700 EUR oplevert. In het kader van de VT wordt rekening gehouden met het bedrag van 1.000 EUR.

e. Inkomsten van verhuring, verpachting, gebruik of concessie van roerende goederen

Een voorbeeld van concessie van roerende goederen is de op een *wagen aangebrachte reclame*.

Worden ook bedoeld *de verhuur van gemeubelde kamers (bv. studentenkoten), woningen en appartementen* voor zover het gezinslid dat deze goederen verhuurt dit niet beroepsmatig doet.

Er wordt rekening gehouden met het huurgeld voor het meubilair. Behoudens andersluidend beding in het huurcontract, is de brutohuur van het meubilair forfaitair vastgesteld op 40 % van het totale huurgeld en vertegenwoordigt het saldo een inkomen uit onroerend goed (zie hoger). De brutohuur wordt verminderd met de kosten gedragen om deze inkomsten te verwerven of te behouden (aflossingen, onderhouds- en herstellkosten, ...). Deze kosten zijn forfaitair vastgesteld op 50 % van de brutohuur van het meubilair.

f. Inkomsten begrepen in lijfrenten of tijdelijke renten²⁹

Het betreft inkomsten die begrepen zijn in lijfrenten of tijdelijke renten (= een rente vastgezet voor een beperkte periode in de tijd met een maximum van 20 jaar) die werden aangelegd onder bezwarende titel. Deze renten spruiten voort uit de afstand van kapitaal, bijvoorbeeld ten gevolge van de vervreemding van een onroerend goed.

1. Wanneer de lijfrente werd aangelegd vóór 1 januari 1962, worden deze inkomsten niet belast en moeten zij dus niet voorkomen op de verklaring op erewoord;

29. Zie art. 17 en 20 van het WIB/92.

2. Wanneer de lijfrente werd aangelegd na 1 januari 1962, wordt het belastbaar bedrag beperkt tot 3 % van het afgestane kapitaal. Bij vervreemding van een onroerend goed tegen betaling van een lijfrente wordt rekening gehouden met de waarde die als grondslag heeft gediend voor de inning van de registratierechten. *De rente zal belastbaar zijn indien ze ten laste is van een rechtspersoon of een onderneming (bv. het onroerend goed wordt verkocht tegen betaling van een lijfrente aan een handelaar die het bestemt voor de uitoefening van zijn beroep).* Deze regel is zowel van toepassing voor de rente die voortspuit uit de eigendomsoverdracht, de naakte eigendom of het vruchtgebruik van onroerende goederen.

g. De pensioenen zijn geen roerende inkomsten : deze inkomsten zijn belastbare beroepsinkomsten (zie verder) en worden in die hoedanigheid in aanmerking genomen in het raam van de VT

Zo zal het kapitaal dat de rechthebbende van een groepsverzekering ontvangt, als dusdanig beschouwd worden als een belastbaar beroepsinkomen. Indien het kapitaal wordt omgezet in een lijfrente, zal de rente ook als dusdanig worden belast aan 3 % van het afgestane kapitaal (namelijk het bedrag van het kapitaal verminderd met de belasting).

In sommige gevallen, in het bijzonder in het geval van verzekeringen verbonden aan de terugbetaling van hypothecaire leningen, wordt het kapitaal niet belast. De omzettingsrente van het kapitaal wordt daarentegen belast als beroepsinkomen. Cfr. beroepsinkomsten *verder*.

h. Enkele voorbeelden

LIJFRENTEN

- **Fiscale code**

1158/2158: overeenkomst voor 1 maart 1990

1159/2159: overeenkomst na 1 maart 1990

De wijzigingen gebeurd op 1 maart 1990 betreffen de aanslagvoet.

- **Soort inkomsten**

Belgische of buitenlandse roerende inkomsten in het geval de lijfrente wordt betaald door een rechtspersoon of een onderneming.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Men weerhoudt maximaal 3 % van het afgestane kapitaal.

- **Berekeningsvoorbeeld**

Prijs van overdracht van een onroerend goed (waarde van het gebouw voor de registratierechten):
200.000 EUR

Ontvangen lijfrente: 12.000 EUR

Belastbaar bedrag: 6.000 EUR

In het kader van de VT in aanmerking te nemen bedrag: 6.000 EUR.

INKOMSTEN VAN KAPITAAL (DIVIDENDEN EN INTRESTEN) IN BELGIË ONDERWORPEN AAN DE ROERENDE VOORHEFFING (R.V.) EN/OF DE BIJKOMENDE HEFFING OP ROERENDE INKOMSTEN³⁰, EN WAARVOOR DE AANGIFTE INZAKE INKOMSTENBELASTING IN PRINCIPE FACULTATIEF IS

• **Fiscale code**

- 1160/2160: inkomsten minus de R.V. aan 25 %
- 1161/2161: inkomsten minus de R.V. aan 21 %
- 1152/2152: inkomsten minus de R.V. aan 21 % en de bijkomende heffing van 4 %
- 1162/2162 en 1153/2153: inkomsten minus de R.V. aan 15 %
- 1163/2163: inkomsten minus de R.V. aan 10 %
- 1155/2155: inkomsten belastbaar aan 21 % zonder inhouding van R.V. maar met inhouding van de bijkomende heffing (van 4 %)

• **Soort inkomsten**

Belgische of buitenlandse roerende inkomsten (die langs een Belgische tussenpersoon zijn geïnd)

Het betreft dividenden of interesten die werden onderworpen aan de roerende voorheffing in België. De aangifte aan de fiscus is normaal niet verplicht en ze verschijnen dus niet steeds op het aanslagbiljet inzake personenbelasting. Indien het buitenlandse inkomsten betreft, worden zij aangegeven na betaling van de buitenlandse belasting en vóór de eventuele woonstaatheffing.

• **In aanmerking te nemen bedrag**

Voor wat betreft de inkomsten uit kapitalen (in hoofdzaak dividenden van vennootschapsaandelen en interesten uit ontleende kapitalen): men dient het netto geïnde bedrag in aanmerking te nemen, voor aftrek van bewaringskosten (code 1170/2170), verhoogd met de roerende voorheffing en, in voorkomend geval, de woonstaatheffing en de bijkomende heffing op roerende inkomsten die hierop werd ingehouden. Bovendien zijn financiële kosten verbonden aan leningen aangegaan voor de verwerving of de bewaring van roerende inkomsten niet aftrekbaar.

• **Berekeningsvoorbeeld**

Een dividend van 25 EUR netto werd ontvangen in België, in 2012, voor een aandeel van een vennootschap die niet geniet van een afwijkend fiscaal regime; dit bedrag stemt overeen met het verschil tussen een dividend dat overblijft na de roerende voorheffing van 25 %, gevolgd door een heffing voor innings- en bewaringskosten van 1 EUR.

Het desgevallend aan de fiscus aan te geven bedrag (aangifte in principe facultatief): dividenden met R.V. van 25 %: 25 EUR + 1 EUR = 26 EUR (code 1160 of 2160); innings- en bewaringskosten: 1 EUR (code 1170 of 2170).

Tabel 2: Het bedrag dat steeds in aanmerking dient te worden genomen in het kader van de VT, wordt als volgt berekend:

Bedrag voor aftrek van innings- en bewaringskosten (code 1160 of 2160): 25 EUR + 1 EUR	26 EUR
Ingehouden roerende voorheffing van 25 % (wedersamenstelling vertrekkende van de formule: bedrag voor aftrek van kosten x 25/75), hetzij 26 EUR x 25/75 =	8,67 EUR
Totaal in aanmerking te nemen:	34,67 EUR

30. De bijkomende heffing op roerende inkomsten (van 4 %) is enkel van toepassing voor het aanslagjaar 2013 (inkomsten 2012).

INKOMSTEN UIT KAPITALEN (DIVIDENDEN EN INTRESTEN) NIET ONDERWORPEN AAN DE ROERENDE VOORHEFFING (R.V.) OF DE BIJKOMENDE HEFFING OP ROERENDE INKOMSTEN EN WAARVOOR DE AANGIFTE INZAKE INKOMSTENBELASTING VERPLICHT IS

o Fiscale code

- 1165/2165: dividenden van erkende coöperatieve vennootschappen belastbaar aan 25 %
- 1166/2166: dividenden van erkende coöperatieve vennootschappen belastbaar aan 21 %
- 1164/2164: dividenden van erkende coöperatieve vennootschappen belastbaar aan 10 %
- 1167/2167: interesten en dividenden van vennootschappen met een sociaal oogmerk belastbaar aan 25 %
- 1168/2168: interesten en dividenden van vennootschappen met een sociaal oogmerk belastbaar aan 21 %
- 1150/2150: interesten en dividenden van vennootschappen met een sociaal oogmerk belastbaar aan 10 %
- 1151/2151: inkomsten uit gewone Belgische spaardeposito's

Andere intresten en dividenden zonder R.V.:

- 1444/2444: inkomsten belastbaar aan 25 %
- 1154/2154: inkomsten belastbaar aan 21 % zonder inhouding van de bijkomende heffing
- 1446/2446: inkomsten belastbaar aan 10 %.

o Soort inkomsten

Belgische en buitenlandse roerende inkomsten

Het betreft dividenden of intresten ontvangen uit kapitalen. Geen enkele roerende voorheffing werd ingehouden aan de basis. Het bruto belastbaar bedrag is hetzelfde als het aan te geven bedrag.

o In aanmerking te nemen bedrag

Het is het bedrag dat zich bevindt op het aanslagbiljet personenbelasting.

o Aanslagbiljet personenbelasting

Code 1165 : 4.000 EUR

In aanmerking te nemen: 4.000 EUR

INKOMSTEN VERKREGEN UIT DE VERHUUR VAN ROERENDE GOEDEREN

o Fiscale code

1156/2156 – 1157/2157

o Soort inkomsten

Het zijn de inkomsten uit de verhuur van roerende goederen en gelijkgestelde goederen: men dient rekening te houden met het bruto inkomen verminderd met de gemaakte kosten, reëel of forfaitair (met uitsluiting van financieringskosten).

o In aanmerking te nemen bedrag³¹

Bruto huur minus kosten (reëel of forfaitair vastgesteld).

31. Cfr. De art. 3 en 4 van het K.B. tot uitvoering van het WIB/92.

- **Berekeningsvoorbeeld**

Verhuur van een gemeubeld appartement, voor 10.000 EUR per jaar door iemand die dit niet beroepsmatig verhuurt. Bij gebrek aan een omdeling in de overeenkomst, zal de verhuur van het meubilair geacht worden 40 % van de totale huur uit te maken, wat 4000 EUR geeft; in dat geval bedraagt het belastbaar bedrag van de **roerende inkomsten**, evenals het in aanmerking te nemen bedrag voor de VT :

Bruto huur van de meubels: 4.000 EUR

Onderhoudskosten, afschrijvingskosten... met uitzondering van financiële kosten (intresten) ; gebruik van de mogelijkheid om te kiezen voor een forfaitaire evaluatie (50 % van de huur), hetzij: 2.000 EUR

In aanmerking te nemen bedrag: 2.000 EUR.



Deze inkomsten moeten bij de inkomsten van het onroerend goed worden gevoegd (zie onroerende inkomsten – verhuurd gebouw).

INKOMSTEN UIT DE CESSIE OF CONCESSIE VAN AUTEURSRECHTEN, NABURIGE RECHTEN EN WETTELIJKE EN VERPLICHTE LICENTIES

- **Fiscale code**

1117/2117

- **Soort inkomsten**

Het zijn de inkomsten uit de cessie of concessie van auteursrechten, naburige rechten en wettelijke en verplichte licenties, bedoeld in de wet van 30 juni 1994 betreffende het auteursrecht en de naburige rechten, die werden ontvangen, hetzij buiten elke beroepsactiviteit, hetzij in het kader van een beroepsactiviteit maar enkel in de mate dat het bruto bedrag (bepaald na aftrek van de eventuele buitenlandse belasting, maar vóór aftrek van de kosten en de R.V. die eventueel werd ingehouden) niet hoger is dan 54.890 EUR (inkomsten 2012, aanslagjaar 2013)³².

- **In aanmerking te nemen bedrag³³**

Men moet het netto-bedrag in aanmerking nemen: bruto bedrag (vóór aftrek van eventueel ingehouden R.V.) verminderd met de reële kosten, met uitzondering van intresten, gedragen in 2012 om die inkomsten te verwerven of te behouden, of de forfaitaire kosten.

Het kostenforfait bedraagt 50 % van de schijf van 0 tot 14.640 EUR, plus 25 % van de schijf van 14.640 tot 29.280 EUR³⁴.

- **Berekeningsvoorbeeld**

In 2012 werd een bruto bedrag van 1.000 EUR ontvangen. Er werd geen aftrek van reële kosten gevraagd.

In aanmerking te nemen bedrag: 1.000 EUR – 500 EUR (50 % van 1.000 EUR) = 500 EUR.

32. 53.020 EUR voor aanslagjaar 2012 (inkomsten 2011), 51.920 EUR voor aanslagjaar 2011 (inkomsten 2010).

33. Zie art. 3 en 4 van het K.B. tot uitvoering van het WIB/92.

34. 50 % van de schijf van 0 tot 14.140 EUR, plus 25 % van de schijf van 14.140 EUR tot 28.280 EUR voor aanslagjaar 2012 (inkomsten 2011), 50 % van de schijf van 0 tot 13.840 EUR, plus 25 % van de schijf van 13.840 tot 27.680 EUR voor aanslagjaar 2011 (inkomsten 2010).

3. Beroepsinkomsten

a. De notie beroepsinkomsten is in overeenstemming met de notie die wordt gehanteerd op fiscaal vlak

Het gaat om bruto-inkomsten die in aanmerking worden genomen, met aftrek van RSZ-bijdragen.

De solidariteitsbijdragen betaald door de gepensioneerde gerechtigden³⁵, de bijdragen die worden geëist van de sociaal verzekerden in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen alsook de bijzondere bijdrage voor de sociale zekerheid, worden niet afgetrokken van de beroepsinkomsten (en maken dus deel uit van de beroepsinkomsten die in aanmerking worden genomen in het kader van de VT). De bijdragen betaald aan mutualiteiten in het kader van een aanvullende verzekering zijn eveneens begrepen in de in het kader van de VT in aanmerking te nemen beroepsinkomsten.

Vermits het gaat om bruto belastbare inkomsten, worden de beroepskosten (forfaitair of reëel), die fiscaal aftrekbaar zijn, niet in aanmerking genomen.

b. Wat de beroepsinkomsten betreft heeft de reglementering³⁶ volgende preciseringen aangebracht

Er wordt rekening gehouden met de volgende inkomsten:

"3. het brutobedrag van de beroepsinkomsten, bedoeld in artikel 23, § 1, 1^o tot 3^o, van het WIB/92, fictief vastgesteld op 100/80 van het verschil tussen de brutowinsten of -baten en de beroepslasten die daaraan zijn verbonden".

Een andere precisering werd aangebracht:

"§ 3. Voor wat betreft de beroepsinkomsten, met inbegrip van de vervangingsinkomsten en de pensioenen, indien geen enkele referentieperiode van toepassing is, worden de bedragen in aanmerking genomen die betrekking hebben op de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend of de maand waarin de aanvraag werd ingediend, overeenkomstig het bepaalde in § 1, vermenigvuldigd met 12, verhoogd met het bedrag van alle voordelen die eraan zijn verbonden"³⁷.

Wat betreft de vaststelling van de inkomsten wanneer geen referentieperiode van toepassing is, dient men steeds voor ogen te houden dat het de bedoeling is een jaarlijks bedrag van de inkomsten te bepalen, te vergelijken met een jaarlijks grensbedrag. De hiervoren vermelde § 3 moet niet mathematisch worden toegepast als een andere berekening toelaat meer precies het jaarlijks bedrag van de inkomsten te bepalen. Als de inkomsten werkloosheidsuitkeringen of invaliditeitsuitkeringen bevatten is het aldus meer opportuun om het dagelijks bedrag van de werkloosheidsuitkering of de invaliditeitsuitkering van de in aanmerking te nemen referentieperiode (lopende of voorafgaande maand) in aanmerking te nemen, vermenigvuldigd met 312.

Er wordt tenslotte ook gepreciseerd dat:

"De beroepsinkomsten van kinderen worden vrijgesteld voorzover zij het effectieve genot van de kinderbijslag behouden tijdens de periode waarin zij de voormelde inkomsten hebben verkregen"³⁸.


35. Zie Wet van 30.03.1994, art. 68. Opgepast, deze bijdrage wordt ingehouden aan de bron.

36. Art. 27, vierde lid, 3 van het K.B.

37. Art. 28, § 3 van het K.B.

38. Art. 27, vierde lid, 6 van het K.B.

Wat betreft de vrijstelling (onder bepaalde voorwaarden) van inkomsten uit een beperkte beroepsactiviteit van kinderen (studentenjob bijv.), worden de daaraan verbonden voordelen (bijv. vakantiegeld) eveneens vrijgesteld zelfs als ze later worden betaald.


 Voorbeeld

X, gepensioneerde, onderschrijft een verklaring op eer eind september 2012. Als beroepsinkomsten zal hij het pensioenbedrag moeten opgeven ontvangen in de maand september 2012 x 12.

c. Opname van de voordelen verbonden met de beroeps- of vervangingsinkomsten

Opdat deze voordelen worden opgenomen, dienen twee voorwaarden te worden vervuld: de voordelen moeten belastbaar zijn en er moet een verband zijn met de in aanmerking genomen beroepsinkomsten.

C. 1. DE VOORDELEN ZIJN BELASTBARE INKOMSTEN:

 Voorbeeld

X, gepensioneerde, ontvangt een pensioen en ontvangt hierdoor ook vakantiegeld. Dit vakantiegeld is een voordeel gelinkt aan het rustpensioen waarvan de betrokken gepensioneerde geniet. Dat voordeel is belastbaar. Hierdoor worden in het kader van het onderzoek van het recht op de VT, zowel het ontvangen rustpensioen als het vakantiegeld in aanmerking genomen.


C. 2. DE VOORDELEN ZIJN VERBONDEN MET DE BEROEPSINKOMSTEN DIE IN AANMERKING WORDEN GENOMEN IN HET KADER VAN DE VT.

Zo moet het vakantiegeld dat de gepensioneerde ontvangt, maar dat betrekking heeft op de *vroegere beroepsactiviteit*, niet in aanmerking worden genomen.

Dienen meerbepaald te worden aangegeven als voordelen:

- het vakantiegeld voortspuitend uit toegelaten deeltijdse arbeid verricht door een gepensioneerde
- het vakantiegeld en het aanvullend vakantiegeld verleend aan gepensioneerden, weduwnaars en weduwen
- het vakantiegeld dat aan gepensioneerden van de publieke sector wordt verleend. Er wordt rekening gehouden met de vermindering toegepast op het vakantiegeld wanneer zij eveneens van vakantiegeld genieten via hun werknemerspensioen.

Wat het vakantiegeld betreft, wordt het netto ontvangen bedrag verhoogd met de ingehouden bedrijfsvoorheffing. Er wordt ook rekening gehouden met de uitkering in de bouwsector ter compensatie van de vermindering van het vakantiegeld.

 Men moet rekening houden met het vakantiegeld ook als de verklaring op eer wordt ondertekend vóór ontvangst van het eerste vakantiegeld (in geval van pensioen, verandering van werkgever ...).

Hetzelfde principe geldt voor eindejaarspremies en inhaalpremies (invaliditeitsuitkeringen).

Vervroegd vakantiegeld

Onder vervroegd vakantiegeld begrijpt men het aandeel van het vakantiegeld dat werd verworven en betaald aan de werknemer op het moment dat hij de werkgever verlaat.

i **Wanneer een referentieperiode van een jaar van toepassing is**, houdt men rekening met het vakantiegeld in de inkomsten van het jaar van betaling. Voor de aanvragen gebaseerd op een “indicator” houdt men geen rekening met dit vakantiegeld.

> Voorbeeld

In 2014 wordt vervroegd vakantiegeld betaald.

Als de aanvraag VT wordt ingediend met een referentieperiode van een jaar houdt men rekening met dit vakantiegeld als de aanvraag wordt ingediend in 2015.

Als de aanvraag wordt ingediend op basis van een indicator, houdt men geen rekening met dit vakantiegeld.

De voordelen van alle aard worden in aanmerking genomen. Dit betreft de waarde van de voordelen waarvan een gezinslid het genot heeft in valuta, in natura of anders *in zijn hoedanigheid van werknemer, bedrijfsleider of gepensioneerde*: het verblijf, de verwarming, de verlichting, het kosteloos gebruik van een wagen, gratis of onder de kostprijs ontvangen handelswaar, de door de werkgever verleende vergoeding voor persoonlijke kosten van de werknemer,...

De terugbetaling van woon-werkverkeer wordt tegen 100 % in aanmerking genomen.

De terugbetaling van verplaatsingskosten die eigen kosten van de werkgever vormen, zijn daarentegen geen inkomsten: ze worden niet in aanmerking genomen. Als de fiscus enkel een deel van de voor die kosten toegekende tegemoetkoming als een terugbetaling van eigen kosten beschouwt, is het saldo een belastbare vergoeding waarmee men rekening dient te houden in de verhoogde tegemoetkoming.

De eindejaarspremie wordt in aanmerking genomen.

d. In het kader van de VT worden de *brutowedden en lonen* in aanmerking genomen. Dat zal het geval zijn voor de wedde toegekend aan een persoon die door het OCMW aan het werk gezet wordt in toepassing van artikel 60 van de wet betreffende de OCMW's

Er is geen aftrek van beroepskosten noch van beroepsverliezen.

De *opzeggingsvergoedingen* zijn de al dan niet contractueel betaalde vergoedingen als gevolg van de stopzetting van de arbeid of de verbreking van de arbeidsovereenkomst of van de huur van diensten. Zij worden in aanmerking genomen in het kader van de VT zelfs voor het deel dat fiscaal is vrijgesteld.

Als ze in een keer worden betaald, worden ze omgezet in mensualiteiten en in aanmerking genomen ten belope van de mensualiteiten die slaan op de referentieperiode.

> Voorbeeld

X ontvangt op 1 april 2014 een opzeggingsvergoeding die 18 maanden dekt.

Hij heeft een aanvraag VT ingediend vóór deze datum op basis van een “indicator”:

- Ofwel is de termijn van twee maanden verstreken: men heeft geen rekening gehouden met dit gegeven en het recht werd terecht geopend
- Ofwel is de termijn van twee maanden nog niet verstreken: de verzekerde zal moeten zeggen dat zijn inkomsten zijn gewijzigd: herberekening waarbij rekening wordt gehouden met 9/18 van de vergoeding.

Hij dient een aanvraag VT in op 1 april 2014 op basis van de inkomsten van maart: hij moet in elk geval verklaren dat zijn inkomsten zijn gewijzigd (idem vorige situatie).

Hij dient een aanvraag VT in op 1 mei 2014 op basis van de inkomsten van april: men houdt rekening met de vergoeding ten belope van 9/18.

Hij dient een aanvraag VT in op 1 oktober 2014 op basis van de inkomsten van september: men houdt rekening met de vergoeding ten belope van 4/18.

Hij dient een aanvraag VT in op 1 februari 2015 met een referentieperiode van een jaar: men houdt rekening met de vergoeding ten belope van 9/18.

De beroepsinkomsten van buitenlandse oorsprong worden eveneens in aanmerking genomen.

Wanneer een persoon geheel of gedeeltelijk wordt bezoldigd met fooien, worden de werkelijk ontvangen bezoldigingen en voordelen in natura in aanmerking genomen.

Het door een student uitgevoerde werk is een beroepsinkomen en dient als dusdanig verplicht te worden aangegeven bij de belastingadministratie. Er wordt rekening mee gehouden in het kader van de VT, evenwel onder voorbehoud van een vrijstelling wanneer de student het recht op kinderbijslag behoudt.

Ook de sommen die aan een gezinslid worden gestort door sociale fondsen, de fondsen voor bestaanszekerheid of de vakbonden worden in aanmerking genomen: de vakbondspremie, ...

Andere sommen kunnen ook fiscaal als beroepsinkomsten worden beschouwd en zullen in aanmerking worden genomen in het kader van de VT: opties op aandelen of deelbewijzen die worden toegekend aan een gezinslid...

e. De persoonlijke sociale bijdragen die verschuldigd zijn in uitvoering van de sociale wetgeving en die *niet van de bezoldigingen worden afgehouden* worden niet afgetrokken van de beroepsinkomsten (fiscaal maken ze deel uit van de beroepslasten). Het gaat bijvoorbeeld om bijdragen gestort door de meewerkende echtgenoten van zelfstandigen, door de personen in voortgezette verzekering alsook om bijdragen die worden betaald in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen

De bijdragen voor een aanvullende verzekering, de bijzondere bijdrage voor de sociale zekerheid alsook de sommen betaald in het kader van een hospitalisatieverzekering worden evenmin in mindering gebracht van de beroepsinkomsten (*zie hoger*).

Deze sommen worden dus in aanmerking genomen in het kader van de VT.

Zo zal de bijdrage, die aan de Rijksdienst voor pensioenen (= RVP) of aan de Nederlandse sociale verzekeringskas wordt betaald door de in België wonende grensarbeider die een Nederlandse invaliditeitsuitkering geniet, door de fiscus worden beschouwd als een "persoonlijke bijdrage ter uitvoering van de sociale wetgeving of van een wettelijk of reglementair statuut dat de betrokkenen van het toepassingsgebied van de sociale wetgeving uitsluit"³⁹.

Het wordt toegelaten dat deze bijdrage kan worden afgetrokken van het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen. Het bedrag waarmee wordt rekening gehouden in de VT zal dus het bedrag van de invaliditeitsuitkering zijn verminderd met vorenbedoelde bijdrage. Indien deze bijdrage vervat ligt in het bedrag dat voorkomt op de fiscale aangifte van de betrokken belastingplichtige, dient de verzekeringsinstelling deze bijdrage eruit af te leiden om de bruto-inkomsten te bepalen voor deze categorie van personen⁴⁰.

39. Zie art. 52, 7^e, van het WIB/92.

40. Zie omz. VI. 2004/212-3991/181.

f. Er wordt rekening gehouden met *wettelijke of met extrawettelijke werkloosheidsuitkeringen*. Dit betreft zowel uitkeringen met of zonder anciënniteitstoeslag

Hier is de aard van de uitkering bepalend (het moet gaan om uitkeringen die de aard hebben van werkloosheidsuitkeringen) ongeacht de persoon die de sommen daadwerkelijk betaalt : fondsen voor bestaanszekerheid, vakbonden, officiële instellingen met name buitenlandse instanties, ...

g. *De wettelijke arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen worden in aanmerking genomen, ongeacht of zij worden ontvangen in uitvoering van de Belgische wetgeving of in uitvoering van een buitenlandse wetgeving. Ze komen voor 100 % in aanmerking in het kader van de VT zoals in het kader van de fiscale wetgeving*

h. Er wordt rekening gehouden met de *wettelijke en extrawettelijke brugpensioenen*. Dit betreft de bedragen die daadwerkelijk betaald zijn, verhoogd met de eventuele bedrijfsvoorheffing

i. Er wordt rekening gehouden met de andere uitkeringen dan werkloosheidsuitkeringen, wettelijke arbeids- of invaliditeitsuitkeringen of brugpensioenen ontvangen door werknemers, bedrijfsleiders of door zelfstandigen als herstel van een tijdelijke derving van winst, baten of bezoldigingen

Dit betreft zowel aanvullende ziekte- of invaliditeitsuitkeringen als uitkeringen wegens beroepsziekten of arbeidsongevallen (ongeacht of het wettelijke of aanvullende uitkeringen betreft). Dit beoogt tevens alle andere uitkeringen tot herstel van een tijdelijke derving van bezoldigingen: uitkeringen gestort door of in naam van derden die verantwoordelijk zijn voor een verkeersongeval, uitkeringen gestort door een sociaal fonds of door een fonds voor bestaanszekerheid of een vakbond (Bv.: de tegenwaarde van stempels wegens slechte weersomstandigheden).

Uitkeringen wegens loopbaanonderbreking worden in aanmerking genomen.

j. *De wettelijke en extrawettelijke pensioenen worden in aanmerking genomen, ongeacht of zij worden gestort in uitvoering van de Belgische of buitenlandse reglementering. Worden bedoeld de pensioenen, renten zowel van werknemers als bedrijfsleiders en van zelfstandigen, ongeacht of zij nog actief zijn of niet*

k. *De pensioenen, renten en kapitalen en als zodanig geldende afkoopwaarden : ouderdomspensioenen, rust- en overlevingspensioenen, renten en uitkeringen tot herstel van een blijvende derving van beroepsinkomsten, kapitalen en afkoopwaarden van een individuele levensverzekering en van groepsverzekeringen*

1. **Pensioenen die voortvloeien uit de uitoefening van een beroepsactiviteit** : rust en overlevingspensioenen van alle sectoren (publieke sector, private sector, sector van de zelfstandigen), inkomensgarantie voor ouderen, bijzonder pensioen verleend door de werkgever, deel van het pensioen toegekend aan de gescheiden echtgenoot, burgerlijk of militair pensioen toegekend aan oorlogsinvaliden, wezenuitkeringen;
2. **Omzettingsrenten van kapitalen en afkoopwaarden**: de reglementering brengt volgende preciseringen aan:

Er wordt rekening gehouden met "het brutobedrag van de spaartegoeden, kapitalen en afkoopwaarden, bedoeld in artikel 171, 1^o, d tot h, 2^o, b tot e, 2^o quater, 3^o bis, 4^o, f tot h en de artikelen 515bis, vijfde lid, 515quater en 515octies van het WIB/92 voor het bedrag van de rente die voortvloeit uit de omzetting ervan volgens de coëfficiënt, bedoeld in artikel 73 van het koninklijk besluit tot uitvoering van het WIB/92 gedurende een periode van tien jaar vanaf het jaar waarin het kapitaal of de afkoopwaarde is uitgekeerd."⁴¹

Deze bepaling wijkt af van de fiscale regels en is dus van strikte interpretatie. Dit betekent dat de inkomsten gedurende tien jaar in aanmerking worden genomen.

3. **Arbeidsongevallen en beroepsziekten**: wettelijke uitkeringen wegens blijvende ongeschiktheid: het belastbaar bedrag van de uitkeringen, toelagen, renten en als zodanig geldende omzettingsrenten, verleend in toepassing van de wetgeving met betrekking tot de arbeidsongevallen en beroepsziekten die tot een blijvende ongeschiktheid hebben geleid.

Als het fiscaal lot van de rente gekend is, houdt men voor de VT rekening met de rente in dezelfde mate als de fiscus:

- de rente kan volledig worden vrijgesteld, omdat ze een aanvulling is op een rust- of overlevingspensioen, omdat de invaliditeitsgraad geen 20 % overtreft of omdat de betrokkene aantoonde dat ze geen herstel van een permanent inkomensverlies betreft: er wordt geen rekening mee gehouden in het kader van de verhoogde tegemoetkoming
- de rente kan gedeeltelijk worden vrijgesteld bij toepassing van het fiscaal vermoeden volgens hetwelk de rente niet wordt geacht het herstel van een permanent inkomensverlies te vormen ten belope van 20 % / percentage invaliditeitsgraad of omdat de betrokkene heeft kunnen aantonen dat een hoger percentage van de rente geen dergelijk herstel vormt: men dient rekening te houden met de rente in dezelfde mate als de fiscus.

Als de fiscale behandeling van de rente nog niet gekend is dient men de regels en het vermoeden van artikel 39 WIB/92 te volgen:

- er wordt geen rekening gehouden met de rente als ze een aanvulling vormt op een rust- of overlevingspensioen, noch als de invaliditeitsgraad niet meer dan 20 % bedraagt
- als de invaliditeitsgraad hoger is dan 20 % wordt er geen rekening gehouden met de rente ten belope van het bedrag x 20 %/percentage invaliditeit.

De RSZ-bijdragen worden afgetrokken van de bruto-bedragen.

Als er meerdere renten zijn moet men ze afzonderlijk beschouwen.

41. Art. 27, vierde lid, 4 van het K.B.

I. Worden fiscaal niet beschouwd als beroepsinkomsten en worden dus niet in aanmerking genomen voor de VT⁴²

- wettelijke kinderbijslagen, hierin begrepen de wezenbijslagen, de geboortepremies en de wettelijke adoptiepremies. De extrawettelijke kinderbijslagen worden daarentegen beschouwd als beroepsinkomsten en worden in aanmerking genomen
- pensioenen en renten, andere dan de militaire anciënniteitspensioenen verleend ten laste van de Schatkist aan de militaire en burgerlijke slachtoffers van de twee oorlogen en hun rechtverkrijgenden: het betreft in het bijzonder uitkeringen en pensioenen voorzien door de wet van 15 maart 1954 betreffende de herstelpensioenen voor de burgerlijke slachtoffers van de oorlog 1940-1945 en hun rechtverkrijgenden en door het koninklijk besluit van 16 oktober 1954 tot coördinatie van de wetsbepalingen betreffende het statuut van de politieke gevangenen en hun rechtverkrijgenden
- renten verleend aan invaliden in vrede of aan hun rechtverkrijgenden in de mate waarin ze wat overeenstemt met het rust- of overlevingspensioen, waarop ze normaal gezien aanspraak op hadden kunnen maken, te boven gaan
- tegemoetkomingen toegekend aan gehandicapten, ten laste van de Schatkist, in uitvoering van de wetgeving met betrekking tot de tegemoetkomingen aan personen met een handicap⁴³. (inkomensvervangende- en integratietegemoetkomingen, tegemoetkoming wegens hulp van derden)
- verhoging van de tegemoetkomingen die worden gestort in uitvoering van de sociale wetgeving aan de slachtoffers van een arbeidsongeval of beroepsziekte, die door een derde persoon dienen te worden bijgestaan
- kapitalen gestort aan slachtoffers van gemeen recht of van een arbeidsongeval, andere dan als zodanig geldende uitkeringen toegekend tot herstel van een verlies van beroepsinkomsten
- toelagen voor geneeskundige verzorging en voor begrafeniskosten, toegekend in uitvoering van de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ontwikkeld in de wet GVU, de schadevergoedingen voor arbeidsongevallen en voor ongevallen op weg naar en van het werk, en de schadeloosstelling voor beroepsziekten



Voorbeeld

Terugbetaalbare geneeskundige verstrekkingen, hospitalisatiekosten, zorgforfait voor chronisch zieken, incontinentieforfait, ...

- toelagen voor geneeskundige verzorging en voor begrafeniskosten verleend aan de vrije verzekerden door de ziekenfondsen ten titel van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- vergoeding voor begrafeniskosten verleend door de Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten aan de rechtverkrijgenden van hun personeelsleden of van gewezen personeelsleden
- toelagen verkregen in uitvoering van een individueel contract tegen lichamelijke ongevallen
- het inkomen verkregen voor prestaties geleverd in het kader van een PWA-arbeidsovereenkomst tot 4,10 EUR per gepresteerd uur⁴⁴; vergoedingen ontvangen in het kader van dienstencheques worden daarentegen volledig in aanmerking genomen
- studiebeurzen in de mate waar het werkelijk een studiebeurs en niet een verdoken bezoldiging betreft

42. Zie art. 38 van het WIB/92 en zijn commentaar(ComIR).

43. Zie art. 38, § 1, 4^e WIB/92.

44. Zie art. 38, 13^e WIB/92.

- leefloon
- giften en erfenissen
- in het algemeen, winst uit spelen
- renten verleend aan de weduwnaar/weduwe waarvan de echtgenoot is overleden door een arbeidsongeval
- de verwarmingstoelage voor invalide of gepensioneerde mijnwerkers.

m. Worden fiscaal beschouwd als beroepsinkomsten en worden dus in aanmerking genomen in het kader van de VT

- beroepsinkomsten die voortvloeien uit een onregelmatige uitgeoefende beroepsactiviteit : een persoon die slechts enkele dagen per week, per maand of gedurende een welbepaalde periode van het jaar een beroepsactiviteit uitoefent zal als jaarlijkse inkomsten aangeven wat hij verdient in de loop van het ganse jaar op basis van zijn laatste bezoldiging
- toelagen in als zodanig geldend kapitaal van uitkeringen die het herstel uitmaken van een permanent verlies van baten, bezoldigingen, van winsten die met name voortvloeien uit een ongeluk van gemeen recht of een arbeidsongeval. Deze toelagen moeten worden aangegeven ten belope van de fictieve lijfrente die voortvloeit uit hun omzetting volgens de coëfficiënten variërend van 1 tot 3 volgens de leeftijd van de rechthebbende (coëfficiënt bepaald in art. 73 van het K.B. tot uitvoering van het WIB)
- bezoldigingen van bedrijfsleiders, inclusief tantièmes
- huurinkomsten die als bezoldiging dienen te worden beschouwd
- winsten uit nijverheids-, handels- of landbouwondernemingen
- baten uit vrije beroepen, ambten, posten of andere winstgevende bezigheden
- vrijgestelde bruto-inkomsten van Europese ambtenaren
- bruto-inkomsten van diplomatieke en consulaire buitenlandse ambtenaren, geaccrediteerd in België en vrijgesteld van belastingen in België
- bruto-inkomsten van de beroepsactiviteit van leerjongens
- bruto-inkomsten ontvangen in het kader van een sociaal plan voor de kinesitherapeuten: dit zijn winsten
- de bezoldigingen van meewerkende echtgenoten die bestaan uit de toekenning van een deel van de winst of de baten aan de meewerkende echtgenoot die voor het MAXI-statuut heeft gekozen, ook als er geen gemeenschappelijke aanslag is (bv. het jaar van de scheiding): *cfr.* Artikel 30, 3^o en 33 WIB/92
- de bruto-inkomsten van burgemeesters, schepenen, OCMW-voorzitters, ministers, gouverneurs, bestendig afgevaardigden voor aftrek van de beroepskosten
- de inkomsten van gemeenteraadsleden, provincieraadsleden, parlementairen (senatoren, volksvertegenwoordigers): dit zijn inkomsten waarop artikel 27, vierde lid, 3^o van toepassing is (100/80 van het verschil tussen de brutowinsten of –baten en de beroepslasten die daaraan zijn verbonden).



Opmerkingen

1. Als het resultaat van de beroepsactiviteit negatief is (verlies), wordt het inkomen in de VT als nihil beschouwd. Het verlies wordt niet afgetrokken van de inkomsten van de andere gezinsleden.
2. De inkomsten die fictief worden toegekend aan de meewerkende echtgenoot in toepassing van artikel 86 WIB/92 (onmogelijk in het jaar van de scheiding); het zijn (fiscaal) beroepsinkomsten, maar men dient er geen rekening mee te houden in het kader van de VT omdat het fictieve inkomsten zijn die bovendien zijn inbegrepen in de inkomsten van de zelfstandige. Men bedoelt hier de meewerkende echtgenoten die zijn onderworpen aan het mini-statuuut.

n. Achterstallen

Als er geen referentieperiode is, wordt geen rekening gehouden met de achterstallen voor de opening van het recht (maar er zal rekening mee worden gehouden in de systematische controle).

Als men een referentieperiode van een jaar toepast, worden de achterstallen in aanmerking genomen voor het jaar van betaling voor de opening van het recht (en de systematische controle).



Voorbeeld achterstallen ontvangen in 2014. De aanvraag VT wordt ingediend in 2014 op basis van een indicator: men houdt geen rekening met de achterstallen. Hetzelfde als de aanvraag wordt ingediend in 2015. Als de aanvraag wordt ingediend met een referentieperiode van een jaar, houdt men rekening met de achterstallen ontvangen in 2014 wanneer de aanvraag wordt ingediend in 2015.

o. Enkele voorbeelden

STUDIEBEURZEN

- **Fiscale code**

Niets.

- **Soort Inkomen**

Studiebeurzen toegekend voor het volgen van een opleiding zijn niet belastbaar. Zijn nochtans wel belastbaar onder de vorm van beroepsinkomsten: de sommen toegekend aan studenten voor de vergoeding van gedane werken (fictieve studiebeurzen) tenzij expliciet vermelde uitzonderingen in de fiscale reglementering. Voorbeeld: studiebeurs toegekend aan doctorerende personen.

- **Berekening van het in aanmerking te nemen bedrag**

- GEEN : indien het gaat over een werkelijke studiebeurs
- het bruto bedrag dat werd toegekend in de maand van onderschrijven van de verklaring op erewoord x 12 indien het gaat over een fictieve studiebeurs. Inderdaad, aangezien het hier gaat om beroepsinkomsten.

RUST- EN OVERLEVINGSPENSIOENEN

- **Fiscale code**

1211/2211, 1228/2228, 1229/2229

- o **Soort inkomsten**

“beroeps” -inkomsten:

Het betreft alle pensioenen die het resultaat zijn of gekoppeld zijn aan een beroepsactiviteit:

- o rust- en overlevingspensioen van de openbare sector, privé of zelfstandigen
- o uitkeringen aan wezen
- o inkomensgarantie voor ouderen
- o burgerlijke of militaire pensioenen toegekend aan oorlogsinvaliden
- o bijzondere pensioenen toegekend door de werkgever
- o deel van het pensioen van de echtgenoot.

- o **In aanmerking te nemen bedrag**

Maandelijks bruto bedrag van het pensioen voor de maand van de ondertekening van de verklaring op erewoord X 12. Worden toegevoegd de voordelen toegekend aan de sociaal verzekerde die een band hebben met het pensioen (vb. : vakantiegeld,...).

- o **Berekeningsvoorbeeld**

Indiening van de aanvraag op 18 juni 2014:

Maandelijks bedrag van het pensioen (gezinsbedrag):

944,43 EUR in de maand mei + vakantiegeld: 594,92 EUR

963,32 EUR in de maand juni.

- o **In aanmerking te nemen bedrag in het kader van de VT**

963,32 EUR X 12 = 11.559,84 EUR

Verhoogd met het vakantiegeld: 594,92 EUR

Hetzij: **12.154,76 EUR**

4. Diverse inkomsten

Deze inkomsten worden in aanmerking genomen in de mate waarin dat ook op fiscaal vlak gebeurt⁴⁵.

a. Ontvangen onderhoudsuitkeringen

Wanneer een gezinslid regelmatig een onderhoudsuitkering ontvangt die wordt gestort door een persoon die geen deel uitmaakt van zijn gezin maar die onderhoud verschuldigd is op grond van een verplichting voorzien in het Burgerlijk of Gerechtelijk Wetboek of een gelijkaardige verplichting in een buitenlandse wetgeving, dient dit inkomen op zijn erewoordverklaring te worden aangegeven. Deze onderhoudsverplichting kan bestaan tussen feitelijk of van tafel en bed gescheiden echtgenoten, tussen uit de echt gescheiden personen, tussen (ex-) wettelijk samenwonenden en tussen ouders en kinderen.

Op de verklaring op eer dient te worden vermeld welke onderhoudsuitkeringen effectief werden betaald en dus effectief ontvangen door een gezinslid.

Wanneer de onderhoudsuitkering aan een kind wordt gestort, wordt dit beschouwd als een eigen inkomen van het kind. Bijgevolg moet er slechts rekening mee gehouden worden wanneer het kind deel uitmaakt van het gezin.

45. Zie art. 90 van het WIB/92.

De onderhoudsuitkeringen worden tegen 100 % in aanmerking genomen. De betaalde onderhoudsuitkeringen zijn niet aftrekbaar.



Voorbeelden

1. X, invalide, leeft samen met zijn echtgenote en haar zoon uit een vorig huwelijk. Het kind is ingeschreven in de hoedanigheid van persoon ten laste van zijn moeder. Zijn vader stort hem een onderhoudsuitkering. In het kader van de VT is het gezin samengesteld uit drie personen en wordt dus rekening gehouden met het inkomen van elk van die personen. Het onderhoudsgeld zal mee in aanmerking worden genomen.

2. Wonen samen op hetzelfde adres:

X, invalide : gescheiden, hij stort een onderhoudsuitkering aan zijn kind;

Y, tweede vrouw van X is ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde;

Z, hun kind ingeschreven in de hoedanigheid van persoon ten laste van zijn vader;

A, kind van Y, ingeschreven in de hoedanigheid van persoon ten laste van zijn moeder; zijn vader stort hem een onderhoudsuitkering.

Deze vier personen maken één gezin uit in het kader van de VT. De inkomsten van elk van die personen worden in aanmerking genomen, daarin begrepen de onderhoudsuitkering ontvangen door A. De door X betaalde onderhoudsuitkering kan niet in mindering worden gebracht.

Wanneer de onderhoudsuitkering in één keer betaald of toegekend wordt onder de vorm van kapitaal, wordt het in aanmerking genomen bedrag bepaald door het kapitaal te vermenigvuldigen met een reglementair vastgesteld percentage in functie van de leeftijd die de rechthebbende van de onderhoudsuitkering had op het ogenblik van de betaling van het kapitaal.

b. Diverse inkomsten van roerende aard

Het betreft meerbepaald de inkomsten die voortvloeien uit de concessie van een affichagerecht of het recht om zend- en ontvangstapparaten voor mobiele telefonie te installeren, de verhuur van het jachtrecht, vergoedingen voor ontbrekende coupon. In het raam van de VT wordt rekening gehouden met het netto bedrag verhoogd met de roerende voorheffing en de innings- en bewaringskosten. Het feit van reclame te maken op een terrein maakt bijvoorbeeld zo een inkomen uit.

Inkomsten uit de onderverhuring van onroerende goederen⁴⁶. Wanneer deze inkomsten worden verkregen buiten het uitoefenen van een beroepsactiviteit en worden verkregen uit de onderverhuring of de overdracht van huur van al dan niet gemeubelde onroerende goederen, worden ze beschouwd als diverse inkomsten.

c. Andere diverse inkomsten

De prijzen en subsidies aan geleerden, schrijvers of kunstenaars⁴⁷, meerwaarden op bebouwde of onbebouwde onroerende goederen, occasionele baten of winsten (bv. verkoop van schilderijen door een amateurschilder, commissie die wordt opgestreken door een tussenpersoon bij de verkoop van een onroerend goed, terwijl dat niet zijn beroep is, ...), persoonlijke vergoedingen uit de exploitatie van uitvindingen, toegekend aan onderzoekers, bepaalde meerwaarden op aandelen, maken eveneens diverse inkomsten uit en worden bijgevolg eveneens in aanmerking genomen in het raam van de VT.

46. Zie art. 90,5° van het WIB/92.

47. Er zijn uitzonderingen, zie art. 90, 2° WIB/92 en nr. 38/35 van COM.IB/92.

d. Enkele voorbeelden:

DIVERSE INKOMSTEN VAN ROERENDE AARD

- **Fiscale code: deel II van de fiscale aangifte**

1175/2175 : loten van Belgische overheidsfondsen;
 1176/2176, 1177/2177 : loten van effecten van leningen van buitenlandse oorsprong die werden onderworpen aan roerende voorheffing;
 1178/2178, 1179/2179 : loten van effecten van leningen van buitenlandse oorsprong, niet geïnd in België;
 1184/2184, 1186/2186 : concessie van het recht om plakbrieven of andere reclametrageers te plaatsen;
 1435/2435, 1437/2437 : concessie van het recht om zend- en ontvangstapparaten voor mobiele telefonie te installeren;
 1188/2188, 1189/2189 : verhuur van jacht-, vis en vogelvangstrechten;
 1127/2127, 1126/2126, 1128/2128, 1129/2129 : vergoedingen voor ontbrekende coupon of ontbrekend lot die werden onderworpen aan roerende voorheffing;
 1197/2197, 1439/2439, 1198/2198, 1199/2199 : vergoedingen voor ontbrekende coupon of ontbrekend lot, niet geïnd in België.

- **Soort inkomsten**

Diverse inkomsten in aanmerking te nemen in het kader van de VT.

De bepaling van het koninklijk besluit⁴⁸ preciseert dat de inkomsten waarvan sprake in aanmerking dienen te worden genomen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, zelfs als ze niet moeten worden vermeld op de jaarlijkse belastingaangifte.

- **In aanmerking te nemen bedrag: 100 %.**

INKOMSTEN UIT ONDERVERHUURING VAN ONROERENDE GOEDEREN

- **Fiscale code**

1180/2180 – 1182/2182 van deel II van de voorbereiding van de fiscale aangifte.

- **Soort inkomsten**

Het betreffen inkomsten uit de onderverhuur van onroerende goederen.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Bruto huur minus de kosten aangegeven in de codes 1181/2181 en 1183/2183, dit wil zeggen bijvoorbeeld de huur betaald aan de eigenaar, bewaringskosten, betaalde belastingen, ...

- **Berekeningsvoorbeeld**

De huurder van een goed betaalt een jaarlijkse huur van 8.000 EUR.
 Hij onderverhuurt dit goed voor 10.000 EUR per jaar.

Wordt in aanmerking genomen in het kader van de VT : 10.000 EUR – 8.000 EUR (huur betaald aan de eigenaar) = 2.000 EUR.

48. Zie art. 27, vierde lid, 2 van het K.B.

NIET-GEKAPITALISEERDE ONDERHOUDSUITKERINGEN

- **Fiscale code**

1192/2192

- **Soort inkomsten**

Onderhoudsuitkeringen worden opgenomen in de **diverse inkomsten**. Het betreffen onderhoudsuitkeringen betaald aan de sociaal verzekerde (gescheiden echtgenoot, ascendenten, kind...) krachtens onderhoudsverplichtingen.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

100 % van de werkelijk ontvangen uitkering.

- **Berekeningsvoorbeeld**

De rechthebbende ontvangt een maandelijkse onderhoudsuitkering van 504,07 EUR op 1 februari 2012.

Het in aanmerking te nemen bedrag zal zijn: 504,07 EUR x 12 = **6.048,84 EUR**.

- **Bewijsstuk**

Bankuittreksel dat expliciet de betaling van het onderhoudsgeld aangeeft
Gerechtelijke beslissing, notariële akte...



Toepassing van het principe van het in aanmerking nemen van bruto belastbare inkomsten **voor elke aftrek of vermindering**.

GEKAPITALISEERDE ONDERHOUDSUITKERINGEN

- **Fiscale code**

1194/2194

- **Soort inkomsten**

Diverse inkomsten. Het betreft een onderhoudsuitkering toegekend in de vorm van een kapitaal.

- **In aanmerking te nemen bedrag**

Het kapitaal wordt omgezet in een jaarlijkse rente, waarvan de hoogte wordt bepaald in functie van de leeftijd van de rechthebbende. Het omzettingpercentage bedraagt tussen 1 en 5 % van het kapitaal, volgens de bepalingen van het artikel 73 van het koninklijk besluit tot uitvoering van het WIB/92, wat de volgende tabel geeft :

Leeftijd van de rechthebbende op het ogenblik van de toekenning van het kapitaal	Omzettingcoëfficiënt van het kapitaal in rente
40 jaar en minder	1 %
41 tot 45 jaar	1,5 %
46 tot 50 jaar	2 %
51 tot 55 jaar	2,5 %
56 tot 58 jaar	3 %
59 tot 60 jaar	3,5 %
61 en 62 jaar	4 %
63 en 64 jaar	4,5 %
65 jaar en meer	5 %

- **Berekeningsvoorbeeld**

Kapitaal van de rente: 100.000 EUR gestort op 1 januari 2012 aan een verzekerde van 65 jaar.
Inkomstenjaren 2012 tot 2021 : 100.000 EUR x 5 % : 5.000 EUR.

- **Bewijsstuk**

Overeenkomst van toekenning van kapitaal.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/209 – 3991/250 – van 20 mei 2014.

II. Persoonlijke bijdrage van gerechtigden ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Van toepassing vanaf 1 januari 2014.

1. Inleiding

Overeenkomstig artikel 134 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, zijn de gerechtigden ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen een trimestriële bijdrage verschuldigd. Deze bijdrage is verschuldigd voor elk kwartaal waarin de voormelde hoedanigheid bestaat en zulks vanaf het kwartaal waarin de voormelde hoedanigheid werd verworven. Als de inkomsten van het gezin lager zijn dan een bepaald grensbedrag of als de gerechtigde recht heeft op bepaalde voordelen, geniet hij een vermindering of vrijstelling van bijdrage.

Artikel 134 bevat een aantal verwijzingen naar de vroegere reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, die met ingang van 1 januari 2014 werd gewijzigd. Een ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van artikel 134 is in voorbereiding. Dit ontwerp past de verwijzingen aan en breidt de bijdragevrijstelling uit tot alle rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. In afwachting van de inwerkingtreding van dit besluit zijn de regels van toepassing zoals die worden uiteengezet in deze omzendbrief.

2. Bedrag van de bijdrage

2.1. Normale bijdrage

De normale bijdrage bedraagt 688,37 EUR. Deze bijdrage is verschuldigd als niet wordt aangetoond dat de gerechtigde zich in een situatie bevindt die recht geeft op een bijdragevermindering.

2.2. Vermindering van bijdrage

Overeenkomstig artikel 134, derde lid, wordt het bedrag van de bijdrage verminderd tot 344,18 EUR wanneer de gerechtigde het bewijs levert dat het totaal jaarlijks bedrag van de inkomsten van zijn gezin lager is dan 33.363,74 EUR.

Overeenkomstig artikel 134, vijfde lid, wordt het bedrag van de bijdrage verminderd tot 58,36 EUR wanneer de gerechtigde het bewijs levert dat het totaal jaarlijks bedrag van de inkomsten van zijn gezin lager is dan het bedrag bedoeld in artikel 17 van het koninklijk besluit van 1 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, en tot invoering van het OMNIO-statuut.

Dit laatste bedrag stemt thans overeen met het bedrag van 16.965,47 EUR dat in de verhoogde tegemoetkoming geldt wanneer geen referentieperiode van toepassing is.

2.3. Vrijstelling van bijdrage

De gerechtigde is vrijgesteld van bijdragebetaling indien hij het bewijs levert dat het totaal jaarlijks bedrag van de inkomsten van zijn gezin niet hoger is dan het bedrag voor een persoon die samenwoont met een gezin te zijnen laste, zoals bedoeld in artikel 14, § 1, 3^o, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie. Hetzelfde geldt voor de gerechtigde die recht heeft op één van de voordelen, bedoeld in artikel 37, § 19, eerste lid, 1^o, 2^o of 3^o van de gecoördineerde wet, voor de periode dat hij de verhoogde tegemoetkoming geniet.

De bedoelde voordelen worden sedert 1 januari 2014 niet meer opgesomd in de wet. Het betreft de volgende voordelen:

1^o het leefloon, ingevoerd bij wet van 26 mei 2002;

2^o steun verleend door een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn die geheel of gedeeltelijk door de federale staat wordt ten laste genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende de tenlasteneming van de steun, toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

3^o een gewaarborgd inkomen voor bejaarden ingesteld bij de wet van 1 april 1969 of de inkomensgarantie voor ouderen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001.

Ook na 31 december 2013 geven deze voordelen recht op vrijstelling van bijdrage voor de periode dat de gerechtigde de verhoogde tegemoetkoming geniet.

3. Het begrip gezin

De gezinsnotie van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming zoals gedefinieerd in artikel 25 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is van toepassing.

Het in aanmerking genomen gezin is dus samengesteld uit de gerechtigde zelf, zijn niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of zijn samenwonende en hun personen ten laste. De van tafel en bed gescheiden echtgenoten en de feitelijk gescheiden echtgenoten worden dus geacht twee onderscheiden gezinnen te vormen vanaf het ogenblik van de scheiding van tafel en bed of de feitelijke scheiding. Onder samenwonende verstaat men de persoon met wie de gerechtigde samenwoont, met uitsluiting van de bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad, en met wie hij een feitelijk gezin vormt. Als de echtgenoot of de samenwonende is ingeschreven ten laste van een andere gerechtigde maakt hij echter geen deel uit van het gezin van de betrokkene.

De voormelde gezinsnotie geldt ook als de gerechtigde een kind is dat voldoet aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als kind ten laste en samenwoont met zijn ouders of adoptieve ouders of met een van hen. De bijzondere regel die in die situatie geldt in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, is dus niet van toepassing in het kader van de bijdrage resident.

Het zijn de inkomsten van alle voormelde gezinsleden die in aanmerking dienen te worden genomen om na te gaan of het grensbedrag is overschreden. Het grensbedrag wordt voor elk ander gezinslid dan de gerechtigde verhoogd met het bedrag van 3.140,77 EUR.

4. Verklaring op erewoord

Het bewijs dat het totaal jaarlijks bedrag van de inkomsten van zijn gezin lager is dan een van de grensbedragen die recht geven op een vermindering of vrijstelling van bijdragen wordt geleverd door ondertekening van een verklaring op erewoord zoals opgenomen in bijlage III van het voormelde koninklijk besluit van 1 april 2007 of de afwijkende modellen toegestaan door de Dienst voor administratieve controle van het Instituut. De verzekeringsinstellingen kunnen, indien ze dit wensen, ook gebruik maken van de verklaring op erewoord opgenomen in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of de afwijkende modellen toegestaan door de Dienst voor administratieve controle van het Instituut.

Artikel 134, zevende lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de gerechtigden die hebben aangetoond over inkomsten te beschikken die recht geven op een vermindering of vrijstelling van bijdrage ertoe zijn gehouden binnen de dertig dagen hun verzekeringsinstelling op de hoogte te brengen van elke wijziging die een verhoging van de inkomens tot gevolg heeft, met uitzondering van een wijziging in de informatiegegevens, bedoeld bij artikel 3, eerste lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van het Rijksregister van de natuurlijke personen, voor zover ze die wijziging aan het bevoegde gemeentebestuur hebben meegedeeld. De verklaring op erewoord dient bijgevolg een rubriek te bevatten waarin de gerechtigde op deze verplichting wordt gewezen.

5. In aanmerking te nemen inkomsten

De in aanmerking te nemen inkomsten zijn dezelfde als deze die in aanmerking dienen te worden genomen in het kader van de verhoogde tegemoetkoming (voor meer uitleg zie Omzendbrief V.I. van de Dienst voor geneeskundige verzorging betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming). Het gaat om de inkomsten zoals die bestaan op het ogenblik van de indiening van de verklaring op erewoord. In geval van wijziging van de hoedanigheid met terugwerkende kracht, betreft het de inkomsten zoals ze bestaan tijdens de periode waarop de bijdrage betrekking heeft. Er is geen referentieperiode van toepassing tijdens dewelke de gerechtigde moet aantonen over bescheiden inkomsten te beschikken.

6. Toepassing

Deze omzendbrief is van toepassing tot op het ogenblik waarop het voormelde koninklijk besluit tot wijziging van artikel 134 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, in werking treedt.

Bijvoorbeeld het koninklijk besluit tot wijziging van artikel 134 treedt in werking op 1 juli 2014. Voor de bijdragen die zijn verschuldigd voor het eerste en tweede kwartaal 2014 met het oog op de verlenging van het recht in 2016, zijn de regels van toepassing zoals die worden uiteengezet in deze omzendbrief. Voor de bijdragen die verschuldigd zijn vanaf het derde kwartaal 2014 gelden de nieuwe regels.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/236 – 2299/4 van 6 juni 2014.

III. Verzaking aan de terugvordering van onverschuldigde uitkeringen. Toepassing van de Verordening van 17 maart 1999 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde of 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

Van toepassing vanaf 1 september 2014.

1. Gevallen van verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen

Op grond van de Verordening van 17 maart 1999 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van “het handvest” van de sociaal verzekerde (uitkeringsverzekering voor werknemers) of 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 (uitkeringsverzekering voor zelfstandigen) kan er in de volgende gevallen worden afgezien van de terugvordering van de onverschuldigde uitkeringen :

- **als de behartigenswaardigheid wordt vastgesteld op basis van het gezinsinkomen van de sociaal verzekerde (zie punt II)**

Voor het bepalen van een behartigenswaardige toestand wordt er rekening gehouden met het gezinsinkomen gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan het ogenblik waarop de aanvraag om verzaking wordt ingediend.

Als het gezinsinkomen lager is dan het jaarlijks bedrag dat recht geeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (**basisdrempel (basisdrempelbedrag** verhoogd met een bedrag per persoon ten laste)), wordt er *volledig verzaakt* aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag.

Als het inkomen het bedrag van de voormelde basisdrempel met 150 % (**bovendrempel**) overschrijdt, is er *geen verzaking mogelijk*.

Als het inkomen hoger of gelijk is aan het bedrag van de basisdrempel, maar het bedrag van de voormelde basisdrempel niet met 150 % overschrijdt, wordt de verzaking toegekend voor het gedeelte van het onverschuldigde bedrag dat de helft van het bedrag van het gezinsinkomen verminderd met het bedrag van de voormelde basisdrempel zou overschrijden (*gedeeltelijke verzaking*).

Voorbeeld

Mijnheer X is sinds 1 oktober 2012 arbeidsongeschikt erkend en woont samen met zijn echtgenote Y die bediende is. Zij hebben vier schoolgaande kinderen (geen inkomsten). Via een aangetekende brief van 5 februari 2014 vordert het ziekenfonds voor 9.500 EUR aan onverschuldigde uitkeringen terug. Hij dient op 1 april 2014 een aanvraag in tot verzaking aan de terugvordering van deze onverschuldigde uitkeringen. Het dagbedrag van zijn uitkering is gedurende de periode van 1 april 2013 tot en met 30 september 2013, 60 EUR. Het bedrag van zijn invaliditeitsuitkering is 40 EUR. Zijn echtgenote ontvangt een vast maandloon dat 2.000 EUR bedraagt. Hij is samen met zijn echtgenote eigenaar van een woning met als kadastraal inkomen 1.860 EUR (geïndexeerd bedrag).

Bepaling gezinsinkomen:

- Mijnheer X:
 - 1 april 2013 - 30 september 2013: $157 \times 60 \text{ EUR} = 9.420 \text{ EUR}$
 - 1 oktober 2013 - 31 maart 2014: $156 \times 40 \text{ EUR} = 6.240 \text{ EUR}$
- Mevrouw Y: $2.000 \text{ EUR} \times 12 = 24.000 \text{ EUR}$
- Kadastraal inkomen = 1.860 EUR

=> Totaal: 41.520 EUR

Basisdrempel (art. 7, eerste lid): 16.965,47 EUR + (5 x 3.140,77 EUR): 16.965,47 EUR + 15.703,85 EUR = 32.669,32 EUR

Bovendrempel (art. 8): 150 % van 32.669,32 EUR = 49.003,98 EUR

=> Aangezien het gezinsinkomen zich bevindt tussen de basisdrempel en de bovendrempel, kan "artikel 8" worden toegepast.

9.500 EUR - (41.520 EUR - 32.669,32 EUR) / 2 =
9.500 EUR - 4.425,34 EUR = **5.074,65 EUR**

Besluit: Het Beheerscomité kan gedeeltelijk verzaken voor 5.074,65 EUR en de betrokkene blijft nog 4.425,34 EUR verschuldigd.

- **in specifieke situaties die een bijzonder onderzoek vergen**
 - de terugvordering is het gevolg van een onterechte onderwerping aan de sector uitkeringen (zie punt III)
 - de terugvordering heeft zijn oorsprong in het door het ziekenfonds provisioneel toekennen van prestaties ten laste van de sector uitkeringen en het ziekenfonds dat in de plaats is getreden van de gerechtigde, heeft een betaling ontvangen (zie punt IV).

2. Verzaking bedoeld in artikel 7 en artikel 8 van de Verordening van 17 maart 1999 of de Verordening van 12 februari 2001

2.1. Indienen van de aanvraag door de sociaal verzekerde bij zijn ziekenfonds

De verzekerde moet zijn aanvraag tot verzaking indienen via het formulier "Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen ("art. 7" en "art. 8")" dat de volgende onderdelen bevat:

- I. identificatiegegevens van de gerechtigde
- II. gegevens over de aanvraag tot verzaking
- III. beoordeling van de goede trouw
- IV. beoordeling van de behartigenswaardigheid vastgesteld op basis van het gezinsinkomen.

Het model van dit formulier gaat als bijlage 1.

Het ziekenfonds vult de punten I en II van dit formulier in. De punten III en IV worden door de verzekerde ingevuld.

Als de verzekerde rechtstreeks aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV vraagt om aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag te verzaken (bijvoorbeeld via een gewone brief of e-mail), stuurt deze Dienst die aanvraag onverwijld naar de Landsbond met het verzoek dat het ziekenfonds een volledig dossier indient. De betrokkene wordt hiervan op de hoogte gebracht.

2.2. Samenstelling van het administratief dossier door het ziekenfonds

Het ziekenfonds stelt een administratief dossier samen dat de volgende stukken moet bevatten:

1. het formulier “Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen (“art. 7” en “art. 8”);

2. bij te voegen stukken:

- een kopie van de *aangetekende* terugvorderingsbrief die naar de sociaal verzekerde is gestuurd
- een uittreksel uit het Rijksregister of, als dat ontbreekt, een door het gemeentebestuur uitgereikte beschrijving van de gezinssituatie
- een kopie van de ondertekende en gedateerde schuldbekentenis waarin de sociaal verzekerde duidelijk erkent dat hij een welbepaalde schuld heeft, of bij gebreke hiervan, een kopie van de uitvoerbare titel die het bestaan en de omvang van het onverschuldigde bedrag vaststelt.

Indien de aanvraag om verzaking wordt ingediend meer dan drie maanden na de kennisgeving van de terugvorderingsbeslissing en de verzekerde heeft deze beslissing niet voor het bevoegde rechtscollege aangevochten, is geen schuldbekentenis vereist

- alle bewijsstukken die aan het ziekenfonds werden bezorgd met betrekking tot het gezinsinkomen. Elke aanvraag moet in elk geval het meest recente aanslagbiljet van de personenbelasting bevatten. Als referentieperiode voor de beoordeling van het gezinsinkomen geldt het tijdvak van twaalf maanden voorafgaand aan de aanvraag om verzaking.

2.3. Indiening van de aanvraag tot verzaking bij de Dienst voor uitkeringen door het ziekenfonds via de Landsbond

Het ziekenfonds bezorgt het volledige dossier (het aanvraagformulier en de bij te voegen stukken) aan de Landsbond die het vervolgens na een verificatie verstuurt naar het RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL. Het ziekenfonds doet dit zo snel mogelijk na de indiening van de aanvraag om verzaking door de gerechtigde.

De Dienst voor uitkeringen deelt via een gewone brief aan de betrokkene de ontvangst van zijn aanvraag mee.

2.4. Dossierbehandeling en beslissing

Als na een **eerste controle** door de Dienst voor uitkeringen blijkt dat het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld of niet alle noodzakelijke bijlagen bevat, deelt deze Dienst dit via de Landsbond aan het ziekenfonds mee en vraagt hij om de ontbrekende gegevens op het aanvraagformulier te vermelden of de noodzakelijke stukken te bezorgen.

Nadien **onderzoekt de Dienst** de aanvraag **ten gronde** met het oog op het voorleggen van dit verzoek aan het Beheerscomité.

- a) Om in aanmerking te kunnen worden genomen, moet de aanvraag ingediend worden binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de beroepstermijn of vanaf de dag waarop de rechterlijke beslissing in kracht van gewijsde is getreden. Als datum van indiening van de aanvraag wordt de datum in aanmerking genomen waarop de verzekerde het aanvraagformulier heeft ingediend bij het ziekenfonds.

Wanneer de Dienst vaststelt dat die **termijn** om een aanvraag in te dienen, niet is gerespecteerd, zal dit aan de Landsbond worden meegedeeld waarbij er zal worden gevraagd dat het ziekenfonds nagaat of de sociaal verzekerde een formele beslissing van het Beheerscomité wenst. In bevestigend geval wordt het dossier vervolgens op een **bijzondere lijst “artikel 1”** vermeld die onder de vorm van een nota aan het Beheerscomité wordt voorgelegd (voorstel om de verzaking aan de terugvordering te weigeren wegens de onontvankelijkheid van de aanvraag *ratione temporis*).

- b) De in deze omzendbrief omschreven **procedure tot verzaking is** – zonder een verdere analyse van het gezinsinkomen – **niet van toepassing in de volgende gevallen.**
- het onverschuldigde bedrag is minder of gelijk aan 250 EUR
 - de onverschuldigde uitkeringen zijn betaald na een werkhervatting, hervatting van de gecontroleerde werkloosheid of na een beslissing tot einde van de arbeidsongeschiktheid
 - de onverschuldigde uitkeringen vloeien voort uit een niet toegelaten activiteit zoals bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of artikel 23^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971. In dit geval kan de verzekerde – die te goeder trouw is – vragen om af te zien van de terugvordering via een bijzondere procedure die wordt beschreven in de omzendbrief V.I. nr. 2012/503 van 14 december 2012 (uitkeringsverzekering voor loontrekkenden) en de omzendbrief V.I. nr. 2012/504 van 14 december 2012 (uitkeringsverzekering voor zelfstandigen)¹
 - het gaat om onverschuldigde uitkeringen waarbij het ziekenfonds voor de terugvordering gesubrogeerd is in de rechten van de sociaal verzekerde of om de onverschuldigde uitkeringen toegekend wegens de samenloop met voordelen bedoeld in de artikelen 103, § 1, 104 en 108, 3^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of artikel 28, eerste lid en artikel 29, § 1, 5^o van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

Wanneer de Dienst vaststelt dat er wegens één van de hogervermelde redenen geen verzaking mogelijk is, zal dit aan de Landsbond worden meegedeeld waarbij er wordt gevraagd dat het ziekenfonds nagaat of de sociaal verzekerde een formele beslissing van het Beheerscomité wenst. In bevestigend geval wordt het dossier op een **bijzondere lijst “artikel 3”** vermeld die onder de vorm van een nota aan het Beheerscomité wordt voorgelegd (voorstel om de verzaking aan de terugvordering te weigeren).

- c) Voorts zal de Dienst nagaan of de verzekerde **te goeder trouw** was. Als de Dienst aan de hand van de terugvorderingsbrief en de vermeldingen op het aanvraagformulier vaststelt dat de betrokkene te kwader trouw is, zal hij dit aan de Landsbond mededelen. In voorkomend geval worden nog bijkomende gegevens gevraagd om afdoende deze kwade trouw vast te stellen. Het ziekenfonds dient na te gaan of de sociaal verzekerde een formele beslissing van het Beheerscomité wenst. In bevestigend geval wordt het dossier vervolgens via een afzonderlijke nota aan het Beheerscomité voorgelegd waarin de kwade trouw van de verzekerde nader wordt omschreven.
- d) De behartigenswaardigheid hangt af van het **gezinsinkomen van de gerechtigde**. Zowel het inkomen van de gerechtigde zelf als het inkomen van de leden van zijn gezin wordt in aanmerking genomen. De precieze samenstelling van het gezin wordt op het ogenblik van de indiening van de aanvraag door de verzekerde bij zijn ziekenfonds bepaald op grond van de informatiegegevens vermeld in het Rijksregister van de natuurlijke personen, behalve in de gevallen waarin uit andere, hiertoe overgelegde bewijsstukken blijkt dat de in aanmerking te nemen toestand niet of niet langer overeenstemt met voornoemd informatiegegeven van het Rijksregister.

Als de Dienst na een verificatie van de gegevens vindt dat aanvullende gegevens noodzakelijk zijn, wordt aan de Landsbond gevraagd om die mee te delen.

1. Gepubliceerd in het I.B. 2012/4.

Indien de Dienst na de analyse van de aanvraag vaststelt dat het onverschuldigde bedrag dat voor een verzaking aan de terugvordering in aanmerking komt, niet gelijk is aan het door het ziekenfonds geformuleerde verzakingsvoorstel, meldt hij dit aan de Landsbond. Daarbij wordt gevraagd het dossier en het door de Dienst opgestelde voorstel tot verzaking nogmaals te onderzoeken.

Als na onderzoek van de aanvraag wordt vastgesteld dat het dossier alle gegevens bevat en het voorstel tot verzaking gegrond is, wordt het verzoek van de verzekerde op **een lijst “artikel 7” en “artikel 8”** via een nota aan het Beheerscomité voorgelegd.

Als het Beheerscomité beslist om niet of niet volledig in te gaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering, brengt de Dienst deze beslissing ter kennis van de gerechtigde (met de weergave van de reden).

Een kopie van deze beslissing wordt ook naar de Landsbond gestuurd.

Als het Beheerscomité beslist om volledig in te gaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering, brengt de Dienst deze beslissing eveneens ter kennis van de gerechtigde.

Een kopie van deze beslissing wordt ook naar de Landsbond gestuurd.

3. Verzaking bedoeld in artikel 9 van de Verordening van 17 maart 1999 of de Verordening van 12 februari 2001

3.1. Indienen van de aanvraag door de sociaal verzekerde bij zijn ziekenfonds

Er geldt een *vereenvoudigde aanvraag tot verzaking* via het formulier “Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen (“art. 9”)” dat de volgende onderdelen bevat:

- I. identificatiegegevens van de gerechtigde
- II. gegevens over de aanvraag tot verzaking.

Het model van dit formulier gaat als bijlage 2.
Het ziekenfonds vult dit formulier in.

Als de verzekerde rechtstreeks aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV vraagt om aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag te verzaken, stuurt deze Dienst die aanvraag onverwijld naar de Landsbond met het verzoek dat het ziekenfonds een volledig dossier indient. De betrokkene wordt hiervan op de hoogte gebracht.

3.2. Samenstelling van het administratief dossier door het ziekenfonds

Het ziekenfonds stelt een administratief dossier samen dat de volgende stukken moet bevatten:

1. het formulier “Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen (“art. 9”)”
2. bij te voegen stukken:
 - een kopie van de aangetekende terugvorderingsbrief die naar de sociaal verzekerde is gestuurd

- een kopie van de ondertekende en gedateerde schuldbekentenis waarin de sociaal verzekerde duidelijk erkent dat hij een welbepaalde schuld heeft, of bij gebreke hiervan, een kopie van de uitvoerbare titel die het bestaan en de omvang van het onverschuldigde bedrag vaststelt
- indien de aanvraag tot verzaking wordt ingediend meer dan drie maanden na de kennisgeving van de terugvorderingsbeslissing en de verzekerde heeft deze beslissing niet voor het bevoegde rechtscollege aangevochten, is geen schuldbekentenis vereist
- een kopie van het document dat de onrechtmatige onderwerping van de verzekerde aan de Landsbond meedeelt.

3.3. Indiening van de aanvraag om verzaking bij de Dienst voor uitkeringen door het ziekenfonds via de Landsbond

Het ziekenfonds bezorgt het volledige dossier (het aanvraagformulier en de bij te voegen stukken) aan de Landsbond die het na een verificatie vervolgens verstuurt naar het RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL. Het ziekenfonds doet dit zo snel mogelijk na de indiening van de aanvraag om verzaking door de gerechtigde.

De Dienst voor uitkeringen deelt via een gewone brief aan de betrokkene de ontvangst van zijn aanvraag mee.

3.4. Dossierbehandeling en beslissing

Als na een **eerste controle** door de Dienst voor uitkeringen blijkt dat het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld of niet alle noodzakelijke bijlagen bevat, deelt deze Dienst dit via de Landsbond aan het ziekenfonds mee en vraagt hij om de ontbrekende gegevens op het aanvraagformulier te vermelden of de noodzakelijke stukken te bezorgen.

Vervolgens **onderzoekt** de Dienst de aanvraag **ten gronde**.

- a) Er wordt geverifieerd of de verzekerde **te goeder trouw** is. Als de Dienst aan de hand van de gegevens van het door hem opgevraagde verslag van de sociale inspectie vaststelt dat de betrokkene te kwader trouw is, zal hij dit aan de Landsbond meedelen. In voorkomend geval worden nog bijkomende gegevens gevraagd om afdoende deze kwade trouw vast te stellen. In geval van kwade trouw wordt via de Landsbond verzocht dat het ziekenfonds nagaat of de sociale verzekerde een formele beslissing van het Beheerscomité wenst. In bevestigend geval wordt het dossier vervolgens via een afzonderlijke nota aan het Beheerscomité voorgelegd.
- b) Vervolgens gaat de Dienst na of het ziekenfonds duidelijk heeft nagegaan of **de gerechtigde in het kader van een andere regeling of een andere wetgeving voor dezelfde periode rechten op prestaties kan laten gelden**, en als die laatste geen rechten op andere prestaties kan doen gelden, onderzoekt de Dienst de (door het ziekenfonds op het aanvraagformulier vermelde) redenen die deze onmogelijkheid rechtvaardigen.
- c) Op basis van alle gegevens stelt de Dienst uiteindelijk **een nota** ter attentie van het Beheerscomité op met het voorstel tot verzaking.

Als het Beheerscomité beslist om niet in te gaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering, wordt dit meegedeeld aan de betrokkene (met de weergave van de reden).

Een kopie van deze beslissing wordt ook naar de Landsbond gestuurd.

Als het Beheerscomité beslist om in te gaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering (in voorkomend geval wordt de verzaking beperkt tot het gedeelte van het onverschuldigde bedrag dat het bedrag overschrijdt dat de betrokkene kan genieten in het andere stelsel), wordt dit meegedeeld aan de betrokkene.

Een kopie van deze beslissing wordt ook naar de Landsbond gestuurd.

4. Verzaking bedoeld in artikel 10 van de Verordening van 17 maart 1999 of de Verordening van 12 februari 2001

4.1. Samenstelling van het administratief dossier door het ziekenfonds

Door middel van een bijzonder formulier ("Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag aan uitkeringen ("artikel 10")") stelt het ziekenfonds de aanvraag op die de volgende onderdelen bevat:

- I. identificatiegegevens van de gerechtigde
- II. gegevens over de aanvraag tot verzaking.

Het model van dit formulier gaat als bijlage 3.

Bij deze aanvraag wordt een document gevoegd waaruit de betaling van de achterstallen aan het ziekenfonds door de derde-schuldenaar blijkt.

4.2. Indiening van de aanvraag om verzaking bij de Dienst voor uitkeringen door het ziekenfonds via de Landsbond

Het ziekenfonds bezorgt het volledige dossier (het aanvraagformulier en het bij te voegen stuk) aan de Landsbond die het vervolgens na een verificatie verstuurt naar het RIZIV, Dienst voor uitkeringen, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL.

4.3. Dossierbehandeling en beslissing

Als na een **eerste controle** door de Dienst voor uitkeringen blijkt dat het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld of niet de noodzakelijke bijlage bevat, deelt deze Dienst dit mee aan de Landsbond en vraagt hij om de ontbrekende gegevens op het aanvraagformulier te vermelden of het noodzakelijke bewijsstuk te bezorgen.

Vervolgens **analyseert** de Dienst voor uitkeringen de aanvraag **ten gronde** (in voorkomend geval worden via de Landsbond bijkomende inlichtingen aan het ziekenfonds gevraagd) en plaatst het voorstel tot verzaking op een **lijst "artikel 10"** via een nota ter attentie van het Beheerscomité.

De beslissing van het Beheerscomité wordt aan de betrokkene meegedeeld.

Een kopie van deze beslissing wordt ook naar de Landsbond gestuurd.

5. Opheffing van de vorige omzendbrief

Deze omzendbrief heft de omzendbrief V.I. 99/471 - 495/5 van 22 oktober 1999² op.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/314 – 495/7 van 1 augustus 2014 (gepubliceerd zonder bijlagen).

IV. Laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid - Artikel 9 van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en artikel 58*ter* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Van toepassing vanaf 1 september 2014.

In artikel 9 van de hierboven bedoelde Verordening van 16 april 1997 betreffende de loontrekken- den en in artikel 58*ter* van het hierboven bedoelde koninklijk besluit van 20 juli 1971 betreffende de zelfstandigen wordt voorzien in een procedure tot opheffing van sanctie die van toepassing is in geval van een laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

Een verzekerde die een arbeidsongeschiktheid aangeeft buiten de reglementaire termijn die is bepaald bij artikel 2 van de Verordening van 16 april 1997 en bij artikel 53, 54 en 55 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt gesanctioneerd met een vermindering met 10 % van het dagbedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering tot en met de dag waarop hij zijn arbeidsongeschiktheid aangeeft. Die verzekerde kan “in **behartigenswaardige situaties**” vragen om de hem opgelegde sanctie op te heffen.

De sanctie kan door de verzekeringsinstelling worden opgeheven, op eensluidend advies van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen van het Instituut of van de door hem gedelegeerde ambtenaar, voor zover het bedrag van de sanctie minstens 25 EUR bedraagt.

Onder behartigenswaardige situaties moet worden verstaan:

1) de situaties waarin **de sociale en financiële toestand van het gezin van de gerechtigde als moeilijk kan worden beschouwd**.

In deze situatie wordt de behartigenswaardigheid vastgesteld op basis van het gezinsinkomen van de sociaal verzekerde. Er wordt hierbij rekening gehouden met het gezinsinkomen gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid. Als het gezinsinkomen lager is dan het jaarlijks bedrag dat recht geeft op de verhoogde verzekeringste-gemoetkoming in het kader van de geneeskundige verzorging (basisdrempelbedrag verhoogd met een bedrag per persoon ten laste) kan een opheffing van sanctie worden verleend.

Indien de sociaal verzekerde een opheffing van de sanctie wenst te bekomen op grond van sociale of financiële redenen, dan dient hij zijn gezinsinkomen te staven aan de hand van bewijsstukken (zie punt IV van de synthesefiche toegevoegd als bijlage).

De opheffing van sanctie kan evenwel niet voor een tweede maal worden toegekend op basis van de sociale en financiële situatie van het gezin van de gerechtigde tijdens de periode van drie jaar die volgt op het einde van de arbeidsongeschiktheid waarvoor een eerste opheffing van sanctie om die reden werd verleend.

2) de situaties waarin de gerechtigde zijn arbeidsongeschiktheid niet kon aangeven ten gevolge van **overmacht**.

In voorkomend geval dient de verzekerde de overmachtssituatie toe te lichten en zijn schriftelijke verklaring te staven met bewijselementen (zie punt V van de synthesefiche toegevoegd als bijlage).

Om te vermijden dat dossiers worden verzonden die ambtshalve zullen moeten worden geweigerd, lijkt het ons nuttig om te preciseren dat de volgende gevallen *niet* kunnen worden beschouwd als gevallen van overmacht die een opheffing van sanctie verantwoorden:

- het gebrek aan kennis van het Belgische sociaal recht vanwege de sociaal verzekerde
- de goede trouw van de sociaal verzekerde
- de mededeling van foutieve informatie aan de sociaal verzekerde door zijn werkgever, zijn behandelende geneesheer, het ziekenhuis, een familielid, enz.
- het verlies van een brief die via de post is verzonden (behalve in het geval van een behoorlijk vastgestelde staking bij de Post).

Indien de verzekerde echter aan de hand van bewijsstukken aantoont dat verkeerde informatie of een foutief beheer vanwege zijn ziekenfonds aan de basis ligt van zijn laattijdige aangifte (bijvoorbeeld verlies van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door het ziekenfonds na de ontvangst ervan...) kan eventueel een aanvraagdossier voor de opheffing van de sanctie worden ingediend en zal elk aangevoerd geval van overmacht apart en degelijk worden geanalyseerd.

In de loop der jaren hebben wij vastgesteld dat het beheer van de dossiers betreffende de laattijdige aangiftes van de arbeidsongeschiktheid alsmaar meer problemen stelt.

De ziekenfondsen en het RIZIV krijgen te maken met tal van onvolledige dossiers, wat behalve een grote en te vermijden hoeveelheid meerwerk, een tijdverlies meebrengt voor de sociaal verzekerden, die wachten op een beslissing over het al dan niet opheffen van de hen opgelegde sanctie.

De onderhavige omzendbrief heeft tot doel de regels voor de behandeling van de dossiers betreffende de laattijdige aangiftes van de arbeidsongeschiktheid te herzien en voortaan gebruik te maken van een meer gedetailleerde **nieuwe synthesefiche**.

Die nieuwe synthesefiche moet een eenvormig, sneller en efficiënter beheer van alle dossiers mogelijk maken.

1. Indiening van de dossiers bij de dienst voor uitkeringen

De dossiers met betrekking tot een aanvraag tot opheffing van sanctie op basis van artikel 9 van de Verordening van 16 april 1997 of artikel 58^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 worden ingediend via een synthesesfiche die bij de onderhavige omzendbrief is gevoegd.

Het administratief dossier moet de volgende gegevens bevatten:

- I. identificatie van de gerechtigde
- II. gegevens over de arbeidsongeschiktheid
- III. gegevens over de sanctie
- IV. beoordeling van het behartigenswaardig karakter op basis van de sociale en financiële situatie van de gerechtigde

Of

- V. beoordeling van het behartigenswaardig karakter op basis van de sociale en financiële situatie van de gerechtigde.

Het ziekenfonds vult op de synthesesfiche alle gegevens in waarover het beschikt (punten I tot III). Het vraagt de sociaal verzekerde naar de ontbrekende gegevens (punt IV of V).

Vervolgens bezorgt het ziekenfonds het administratief dossier en alle bewijsstukken aan de Landsbond, die, met het oog op een eventuele controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV, moet nagaan of de gegevens juist en volledig zijn.

Indien het administratief dossier niet alle vereiste gegevens noch de in het aanvraagformulier aangeduide bewijsstukken bevat, kan de aanvraag tot opheffing van sanctie niet aan de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV worden voorgelegd en zal het dossier naar het ziekenfonds worden teruggezonden om te worden aangevuld.

Wanneer de Landsbond over een volledig dossier beschikt, dient zij het administratief dossier in bij de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV. De Dienst voor Uitkeringen analyseert het dossier en bereidt een voorstel van advies voor dat voor goedkeuring aan de Leidend ambtenaar van de Dienst zal worden voorgelegd.

De Landsbond wordt per gewone brief op de hoogte gebracht van het advies van de Leidend ambtenaar.

2. Toepassing van de onderhavige omzendbrief :

De onderhavige omzendbrief vervangt de punten 2.2, 2.3 en 2.4 evenals de bijlage van de omzendbrief V.I. 2001/455 - 400/30 van 26 oktober 2001¹ en is van toepassing op de arbeidsongeschiktheiden die een aanvang hebben genomen vanaf 1 september 2014.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/315 – 400/36 van 1 augustus 2014 (gepubliceerd zonder bijlagen).

1. Gepubliceerd in het I.B. 2001/4

V. Reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

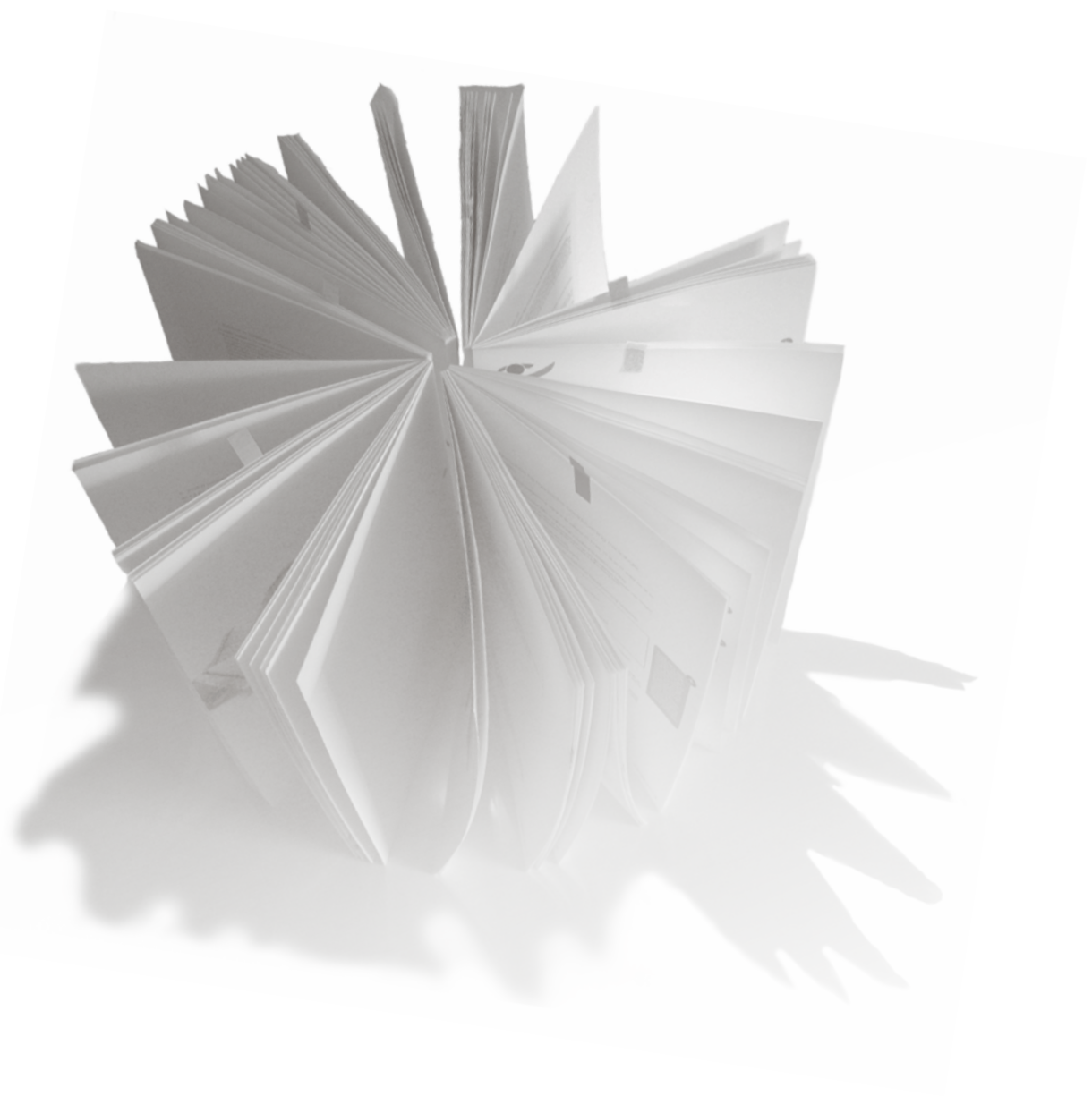
Van toepassing vanaf 5 september 2014.

Wijziging van de omzendbrief 2014/209 - 3991/250 van 20 mei 2014 gepubliceerd in het I.B. 2014/1.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/359 - 3991/251 van 11 september 2014.

6^e Deel
Basisgegevens



Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na één jaar arbeidsongeschiktheid

I. Basiselementen

Wettelijke basis

Koninklijk besluit van 21 maart 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (K.B. 12.06.2013).

Algemene regeling

HERWAARDERING VAN HET BEDRAG VAN DE INHAALPREMIE TOEGEKEND NA ÉÉN JAAR ARBEIDSONGESCHIKTHEID (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

Het basisbedrag van de inhaalpremie gestort in de maand mei van elk jaar aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1) is geherwaardeerd van 207,7227 EUR naar 233,4901 EUR (basis 103,14).

In mei 2014 is het bedrag van die inhaalpremie gelijk aan 308,0902 EUR afgerond op 308,09 EUR (spilindex 119,62).

II. Toepassingsdatum

1 mei 2014

De tabel D in bijlage vervangt de tabel D die opgenomen is in de omzendbrief nr. 2013/290 – 45/244 – 482/120 van 9 september 2013.¹

1. Gepubliceerd in het .I.B. nr. 2013/3.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer

Vanaf - Tot en met		01-05-2013	31-08-2013	01-09-2013	30-04-2014	vanaf 01-05-2014		Volgende indexatie			
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459		
I. LOONTREKKENDEN											
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens											
Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/01/2005	123,3821		123,3821		123,3821		125,8507			
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	125,8497		125,8497		125,8497		128,3676			
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	127,1082		127,1082		127,1082		129,6514			
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	128,1250		128,1250		128,1250		130,6885			
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	129,0219		129,0219		129,0219		131,6033			
	vanaf 01/04/2013	131,6023		131,6023		131,6023		134,2354			
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)											
Maximum	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41		
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96		
	vanaf 01/04/2013	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54		
Minimum	regelmatige werknemer met gezinslast	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaanden	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	samenwonende	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
	niet-regelmatige werknemer met gezinslast	41,0943	41,09	41,9162	41,92	41,9162	41,92	42,7548	42,75		
vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid zonder gezinslast	30,8207	30,82	31,4371	31,44	31,4371	31,44	32,0661	32,07			
3 - Invaliditeit											
Daguitkering	Maximum	Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
			met gezinslast	53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859	54,19
			zonder gezinslast	35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632	36,26
			vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
			invalide voor 1/01/2005								
			met gezinslast	82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065	84,11
			alleenstaande	69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670	71,17
			samenwonende	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578	51,76
			invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
			invalide voor 01/01/2007								
			met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
			alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
			samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
			invalide vanaf 01/01/2007 tot 31/12/2008								
			met gezinslast	84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
			alleenstaande	71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
			samenwonende	52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
			vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2007								
			invalide vanaf 01/01/2009								
			met gezinslast	83,2813	83,28	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
			alleenstaande	70,4688	70,47	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
			samenwonende	51,2500	51,25	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
			invalide vanaf 01/01/2009 ¹								
			met gezinslast	83,9475	83,95	85,6265	85,63	85,6265	85,63	87,3397	87,34
			alleenstaande	71,0325	71,03	72,4532	72,45	72,4532	72,45	73,9028	73,90
			samenwonende	51,6600	51,66	52,6932	52,69	52,6932	52,69	53,7475	53,75
			vanaf 01/01/2008								
			invalide voor 01/01/2009 ²								
			met gezinslast	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734	84,27
			alleenstaande	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082	71,31
			samenwonende	50,8433	50,84	50,8433	50,84	50,8433	50,84	51,8605	51,86
			invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010								
			met gezinslast	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95
			alleenstaande	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88
			samenwonende	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28
			invalide vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013								
			met gezinslast	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422	85,54
			alleenstaande	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818	72,38
			samenwonende	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413	52,64
			invalide vanaf 01/04/2013								
met gezinslast	85,5415	85,54	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530	87,25			
alleenstaande	72,3813	72,38	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294	73,83			
samenwonende	52,6409	52,64	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941	53,69			
Minimum	Regelmatige werknemer met gezinslast	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaanden	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	samenwonende	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
	Niet-regelmatige werknemer met gezinslast	41,0943	41,09	41,9162	41,92	41,9162	41,92	42,7548	42,75		
zonder gezinslast	30,8207	30,82	31,4371	31,44	31,4371	31,44	32,0661	32,07			

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

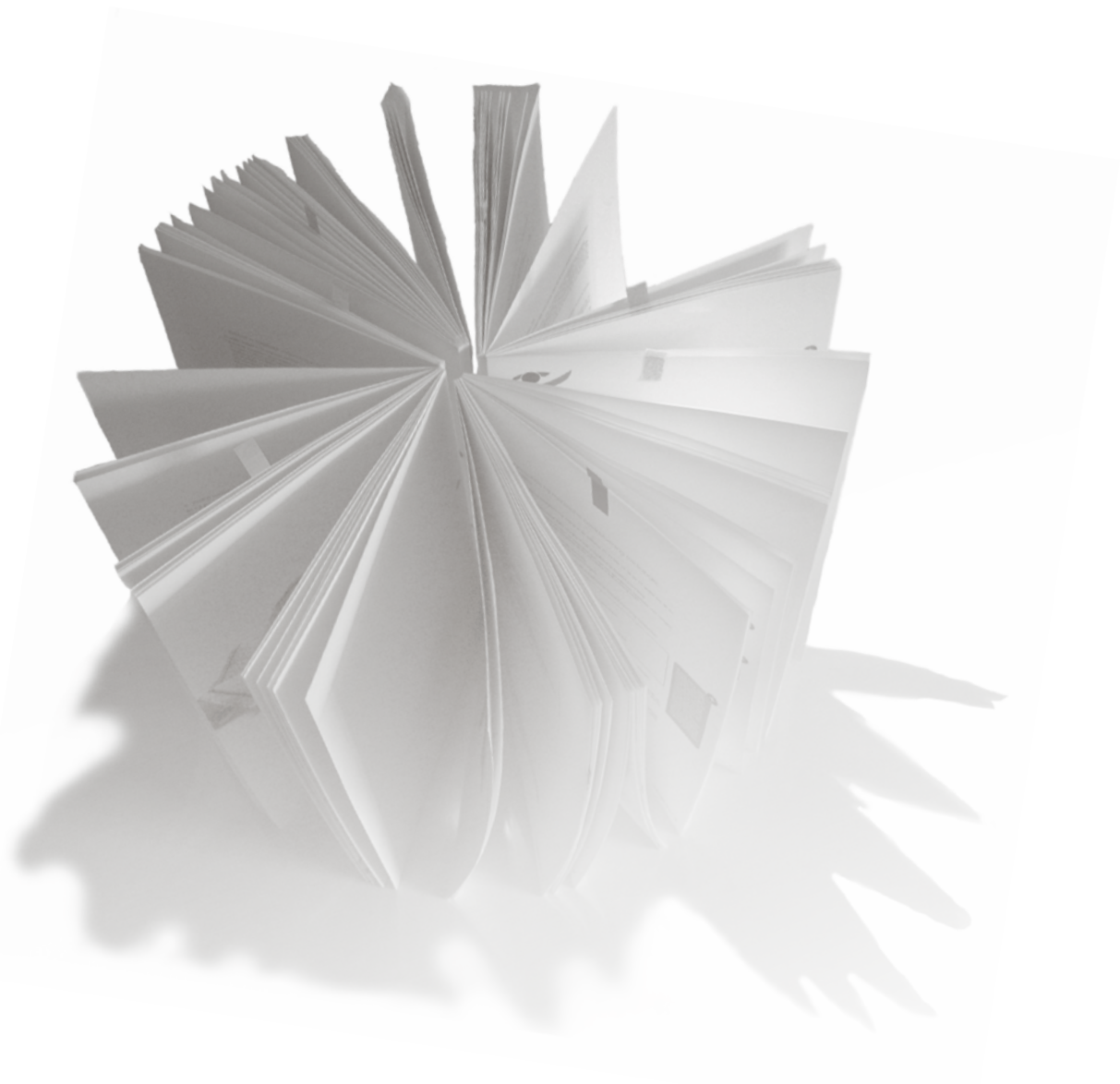
2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer - vervolg

Vanaf - Tot en met		01-05-2013	31-08-2013	01-09-2013	30-04-2014	vanaf 01-05-2014		Volgende indexatie			
Spilindex - Verhogscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459		
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)											
4 - Moederschap, geboorteverlof & adoptie											
Daguitkering	Maximum	vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010									
		Geboort. & adopt.	82,0 %	105,0625	105,06	105,0625	105,06	105,0625	105,06	107,1646	107,16
		Moederschap	79,5 %	101,8594	101,86	101,8594	101,86	101,8594	101,86	103,8974	103,90
			75,0 %	96,0938	96,09	96,0938	96,09	96,0938	96,09	98,0164	98,02
		Werkverwijdering	60,0 %	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41
			78,237 %	100,2412	100,24	100,2412	100,24	100,2412	100,24	102,2468	102,25
	Begin moederschap, geboorteverlof, adoptie en werkverwijdering	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013									
		Geboort. & adopt.	82,0 %	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91
		Moederschap	79,5 %	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62
			75,0 %	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70
		Werkverwijdering	60,0 %	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96
			78,237 %	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96
	vanaf 01/04/2013										
	Geboort. & adopt.	82,0 %	107,9139	107,91	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07	
	Moederschap	79,5 %	104,6238	104,62	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72	
		75,0 %	98,7017	98,70	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68	
	Werkverwijdering	60,0 %	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54	
		78,237 %	102,9617	102,96	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02	
5 - Diversen											
	Onthaalmoeder (maandelijks)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93		
	Onthaalmoeder (dagelijks)	57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92		
	Onthaalmoeder (uurloon)	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30		
	1ste schijf toegelaten arbeid	15,6068		15,6068		15,6068		15,9190			
	Volgende schijven toegelaten arbeid	9,3641		9,3641		9,3641		9,5514			
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01-10-1974)		123,95		123,95		123,95		123,95		
II. ZELFSTANDIGEN											
1 - Primaire ongeschiktheid											
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,8054	40,81	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	samenwonende	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
2 - Invaliditeit											
	Zonder stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,8054	40,81	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	samenwonende	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
	Met stopzetting bedrijf										
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	alleenstaande	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	samenwonende	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
3 - Moederschapsuitkering & adoptie											
	Wekelijkse uitkering		440,50		440,50		440,50		449,32		
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28bis											
	Beroepsinkomen vanaf 2008 tot en met 2012		17.149,19		17.149,19		17.149,19		17.149,19		
	Beroepsinkomen vanaf 2013		17.492,17		17.492,17		17.492,17		17.492,17		
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE											
	plafond statuut met last	932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65		
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35		
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93		
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN											
				20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40		
V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN											
1 - Minimum dagdrempel											
	met gezinslast		57,37		57,37		57,37		58,52		
	zonder gezinslast		47,63		47,63		47,63		48,58		
2 - Gedeeltelijke inhouding											
	met gezinslast tussen		57,38		57,38		57,38		58,53		
	en		59,44		59,44		59,44		60,63		
	zonder gezinslast tussen		47,64		47,64		47,64		48,59		
	en		49,35		49,35		49,35		50,33		
3 - Volledige inhouding vanaf											
	met gezinslast		59,45		59,45		59,45		60,64		
	zonder gezinslast		49,36		49,36		49,36		50,34		
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK											
	Dagelijks bedrag	32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36		
	Jaarlijks bedrag	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55		
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)											
	Loontrekkenden	274,0901	274,09	274,0901	274,09	308,0902	308,09	314,2543	314,25		
	Zelfstandigen	208,0902	208,09	208,0902	208,09	208,0902	208,09	212,2535	212,25		



7^e Deel
Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1^{ste} trimester 2014

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Medische beeldvorming	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Speciale verstrekkingen	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Heelkunde	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynaecologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Toezicht	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	22	6.239	6.734	6.802	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	3.476	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) impulsfonds	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432	637	685	17.093	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	0	0	0	0	
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	0	0	0	0	
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren - specialisten	0	0	0	0	
Totaal geneesheren	1.886.293	3.745.514	5.463.071	7.265.430	7.304.023
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accreditering	15	26	13.893	14.076	14.148
Totaal tandheekkundigen	204.043	402.123	599.517	804.594	822.036
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.351	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Verzorging door opticiëns	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Verzorging door audiciëns	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.330.420	2.685.322	4.037.545	5.418.398	5.537.867

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait nierdialyse	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	100.271	201.059	302.445	404.042	417.311
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Rustoorden voor bejaarden	222.239	441.974	668.759	898.829	
c) Dagverzorgingscentra	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Syndicale premie	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	132	438	
Totaal	628.583	1.233.979	1.854.695	2.484.066	2.516.463
17. Einde loopbaan	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688	1.419	2.080	2.715	2.955
Totaal	34.613	68.129	103.192	138.113	152.897
19. Revalidatie en herscholing	127.460	266.005	397.389	533.873	602.074
20. Bijzonder Fonds	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopedie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
26. Chronische zieken	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171	339	504	700	551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Therapeutische projecten	105	201	237	337	4.698
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	347	654	916	1.191	5.754

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
32. Geïnterneerden	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Tabaksonwenning	234	459	645	859	2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59	120	120	120	0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	0
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.696
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	3.053
45. Sociaal akkoord	0	65	823	8.688	18.199
46. Diplomatiek personeel	0	0	0	0	0
47. Besparingsmaatregelen task force	0	0	0	0	0
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging	0	0	0	0	0
49. Noodoproepnummer 1733	0	0	0	0	0
50. Diversen	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Bevriezing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
Totaal	0	0	0	0	145.443
Algemeen totaal	6.363.652	12.612.485	18.667.167	24.984.951	25.627.379

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	305.530	635.092	930.408	1.259.253	
b) Medische beeldvorming	281.702	581.964	856.725	1.161.446	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	523.660	1.014.034	1.492.545	1.971.301	
d) Speciale verstrekkingen	308.588	629.042	923.746	1.248.002	
e) Heelkunde	282.989	588.528	865.848	1.171.714	
f) Gynaecologie	22.401	45.755	68.263	92.175	
g) Toezicht	101.673	209.990	309.423	414.273	
h) Forfait accreditering geneesheren	6	8.497	12.291	17.188	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	19	2.339	4.459	8.700	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	19.886	33.644	46.740	59.501	
m) impulsfonds	7.057	14.640	19.110	22.632	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	473	593	641	17.287	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	240	240	240	240	
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	538	626	694	1.393	
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren - specialisten	0	0	0	0	
Totaal geneesheren	1.854.762	3.764.984	5.531.133	7.445.105	7.544.861
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	211.948	419.956	613.738	824.244	826.934
b) Forfait accreditering	29	34	14.928	14.996	14.523
Totaal tandheelkundigen	211.977	419.990	628.666	839.240	841.457
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.060.095	2.160.451	3.180.912	4.257.005	4.248.545
4. Honoraria van verpleegkundigen	298.775	619.416	946.392	1.266.158	1.282.530
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.916	12.485	24.292	24.292	22.307
6. Verzorging door kinesitherapeuten	169.316	331.231	489.492	652.480	657.250
7. Verzorging door bandagisten	65.271	131.966	200.316	274.691	290.265
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	164.573	335.461	488.586	662.940	700.552
10. Verzorging door opticiens	7.163	14.061	20.531	27.211	32.687
11. Verzorging door audiciens	12.766	25.540	39.865	53.343	57.624
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4.288	8.420	12.797	17.193	17.638
13. Verpleegdagprijs	1.319.992	2.640.460	3.963.354	5.320.679	5.510.542
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.265	122.036	182.498	247.606	260.151
Vervoer	0	0	0	0	235
Totaal	1.378.257	2.762.496	4.145.852	5.568.285	5.770.928
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.694	4.386	6.377	8.332	8.098
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.652	77.024	115.267	154.910	157.208
b) Forfait nierdialyse	38.614	73.390	109.697	148.677	156.119
c) Thuis, in een centrum	28.359	55.131	82.934	112.087	120.947
d) Nachtdialyse	0	0			0
Totaal dialyse	103.625	205.545	307.898	415.674	434.274

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	325.303	656.489	993.009	1.334.243	
b) Rustoorden voor bejaarden	233.360	470.657	712.288	957.047	
c) Dagverzorgingscentra	5.346	10.703	16.228	22.341	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.702	159.897	234.842	310.367	
e) Syndicale premie	2.578	4.096	4.096	4.393	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	3.163	3.163	3.713	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	0	
Totaal	650.289	1.305.005	1.963.626	2.632.104	2.633.895
17. Einde loopbaan	43.748	70.734	97.667	124.602	130.216
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	24.960	49.593	74.352	98.384	107.357
b) Initiatieven van beschut wonen	11.361	21.817	32.692	43.722	44.123
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	768	1.488	2.171	2.818	3.548
Totaal	37.089	72.898	109.215	144.924	155.028
19. Revalidatie en herscholing	134.091	278.394	419.639	567.949	620.727
20. Bijzonder Fonds	313	811	1.118	1.402	14.166
21. Logopedie	21.854	43.694	60.745	82.054	83.691
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	8.312	15.746	23.750	31.562	32.209
24. Regularisaties + Herfacturatie	-30.248	-52.546	-68.907	-81.355	-93.680
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
26. Chronische zieken	22.249	40.986	67.620	95.711	98.806
27. Palliatieve zorgen	3.850	8.034	11.553	12.549	13.387
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.878	7.624	11.252	15.091	20.589
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.881	3.655	5.178	7.016	7.325
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	174	345	542	747	847
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	120	224	331	433	329
b) COMA	99	210	321	470	555
c) Therapeutische projecten	113	213	348	458	4.828
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	332	647	1.000	1.361	5.712
32. Geïnterneerden	11.243	11.243	24.132	37.831	34.522
33. Tabaksontwenning	233	466	670	911	1.233
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	0	0	0	0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	0

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	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	24.290	52.646	84.403	113.177	115.607
39. MS/ALS/Huntington	2.003	4.138	6.528	8.593	9.056
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	6.029
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	12.310
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.071
45. Sociaal akkoord	1.316	27.712	28.430	28.430	27.137
46. Diplomatiek personeel	0	0	0	0	0
47. Besparingsmaatregelen task force	0	0	0	0	0
48. Alternatieve projecten voor ziekenhuisverpleging	0	0	0	0	0
49. Noodoproepnummer 1733	0	0	0	0	0
50. Diversen	2.735	5.254	7.375	14.972	24.413
- Vermindering alternatieve financiering					346.132
- Vermindering alternatieve financiering conclaaf maart 2012					38.745
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					51.448
Totaal	0	0	0	0	436.325
Algemeen totaal	6.398.353	12.847.024	19.096.199	25.685.660	26.676.586

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2014 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	297.367				
b) Medische beeldvorming	286.128				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	539.921				
d) Speciale verstrekkingen	309.989				
e) Heelkunde	290.778				
f) Gynaecologie	21.481				
g) Toezicht	101.483				
h) Forfait accreditering geneesheren	0				
i) Forfait medisch dossier	0				
j) Forfait Telematica	1.860				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	21.733				
m) Impulsfonds	4.076				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	4.051				
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	0				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	771				
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren-specialisten	4.775				
Totaal geneesheren	1.884.413				7.803.184
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	216.973				851.917
b) Forfait accreditering	22				15.477
Totaal tandheelkundigen	216.995				867.394
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.034.804				4.386.470
4. Honoraria van verpleegkundigen	324.397				1.345.090
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	11.598				26.443
6. Verzorging door kinesitherapeuten	178.279				680.383
7. Verzorging door bandagisten	66.866				300.424
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	161.492				724.709
10. Verzorging door opticiens	7.490				34.592
11. Verzorging door audiciens	14.177				55.375
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4.559				18.003
13. Verpleegdagprijs	1.353.353				5.654.873
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	54.774				208.443
Vervoer	0				235
Totaal	1.408.127				5.863.551
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.404				8.164
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.661				164.452
b) Forfait nierdialyse	35.186				153.447
c) Thuis, in een centrum	26.257				118.241
d) Nachtdialyse	0				0
Totaal dialyse	98.104				436.140

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2014 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	361.283				
b) Rustoorden voor bejaarden	264.569				
c) Dagverzorgingscentra	6.009				
d) Loonharmonisering personeel RVT	85.943				
e) Syndicale premie	2.484				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.986				
g) Palliatieve dagcentra	0				
Totaal	723.274				2.755.896
17. Einde loopbaan	48.578				139.796
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	26.149				104.788
b) Initiatieven van beschut wonen	10.944				44.404
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	715				3.549
Totaal	37.808				152.741
19. Revalidatie en herscholing	133.948				615.856
20. Bijzonder Fonds	543				15.666
21. Logopedie	23.308				87.101
22. Medisch-pediatische centra	0				0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	8.478				32.770
24. Regularisaties + Herfacturatie	-57.948				-93.680
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	116.592				378.015
b) Fiscale MAF	0				0
Totale Maximumfactuur	116.592				378.015
26. Chronische ziekten	23.283				102.179
27. Palliatieve zorgen	4.060				13.037
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4.144				22.197
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.919				7.770
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	197				823
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	119				422
b) COMA	116				464
c) Therapeutische projecten	109				4.895
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	344				5.781
32. Geïnterneerden	7.935				39.769
33. Tabaksontwenning	240				1.217
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0				0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2014 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0				0
36. Fonds verslaving	1.945				3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0				0
38. Medische huizen	30.904				128.585
39. MS/ALS/Huntington	1.818				9.363
40. Chronische zieken extra	0				9.075
41. Zorgtrajecten	0				0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0				0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0				12.310
44. Zeldzame ziekten	436				6.325
45. Sociaal akkoord	2.014				27.362
46. Diplomatiek personeel	0				-11.000
47. Besparingsmaatregelen task force	0				-12.000
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging	0				10.131
49. Noodoproepnummer 1733	0				2.950
50. Diversen	350				30.325
- Vermindering alternatieve financiering					777.491
- Vermindering alternatieve financiering conclaaf maart 2013					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					40.787
Totaal	0				818.278
Algemeen totaal	6.527.875				27.861.560

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in %				
Omschrijving	2013.1 2012.1	2013.2 2012.2	2013.3 2012.3	2013.4 2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-4,5	-2,1	-1,7	0,5
b) Medische beeldvorming	-7,0	-5,1	-3,6	-0,9
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,6	5,4	5,8	5,3
d) Speciale verstrekkingen	-4,2	-2,8	-2,8	-1,3
e) Heelkunde	-2,5	1,9	3,5	5,1
f) Gynaecologie	-5,1	-3,6	-3,2	-2,4
g) Toezicht	0,9	4,4	5,0	5,7
h) Forfait accreditering geneesheren	-99,9	-23,8	-20,6	4,4
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-13,6	-62,5	-33,8	27,9
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				-100,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	15,4	18,4	13,6	8,2
m) Impulsfonds	395,6	808,2	631,3	405,6
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	9,5	-6,9	-6,4	1,1
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren-specialisten				
Totaal geneesheren	-1,7	0,5	1,2	2,5
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	4,4	4,8	4,3
b) Forfait accreditering	93,3	30,8	7,4	6,5
Totaal tandheelkundigen	3,9	4,4	4,9	4,3
3. Farmaceutische verstrekkingen	-6,7	-4,2	-3,5	-2,6
4. Honoraria van verpleegkundigen	3,6	4,9	6,5	6,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,4	3,4	6,7	6,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,2	3,5	4,3	4,4
7. Verzorging door bandagisten	4,4	1,7	2,5	3,2
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	3,0	5,5	5,2	5,7
10. Verzorging door opticiens	8,5	10,8	12,4	13,6
11. Verzorging door audiciens	13,2	10,6	12,5	5,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	5,1	6,0	6,9
13. Verpleegdagprijs	3,8	2,9	2,7	2,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	-0,8	1,8	2,8	4,3
Vervoer				
Totaal	3,6	2,9	2,7	2,8
14. Militair hospitaal - all-in prijs	470,8	71,3	146,6	16,3
15. Dialyse				
a) Geneesheren	1,4	1,2	1,0	1,6
b) Forfait nierdialyse	3,4	3,3	2,7	4,2
c) Thuis, in een centrum	6,1	2,3	1,8	3,0
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,3	2,2	1,8	2,9

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	4,0	5,9	6,1	6,7
b) Rustoorden voor bejaarden	5,0	6,5	6,5	6,5
c) Dagverzorgingscentra	15,6	16,2	16,5	17,8
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,8	2,6	2,3	2,5
e) Syndicale premie	8,0	63,6	63,6	75,5
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	-60,3
g) Palliatieve dagcentra			-100,0	-100,0
Totaal	3,5	5,8	5,9	6,0
17. Einde loopbaan	16,4	15,1	14,6	14,2
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	6,7	7,9	6,3	5,2
b) Initiatieven van beschut wonen	7,9	5,1	4,8	4,4
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	11,6	4,9	4,4	3,8
Totaal	7,2	7,0	5,8	4,9
19. Revalidatie en herscholing	5,2	4,7	5,6	6,4
20. Bijzonder Fonds	-69,9	-66,8	-64,2	-66,1
21. Logopedie	7,0	5,9	6,0	5,7
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	5,3	4,8	7,1	6,2
24. Regularisaties + Herfacturatie	-10,6	-10,9	-6,0	-4,7
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	0,1	1,1	0,2	0,9
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	0,1	1,1	0,2	0,9
26. Chronische zieken	7,7	7,9	4,9	5,7
27. Palliatieve zorgen	-1,9	-1,8	2,8	2,2
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	7,0	9,2	7,7	7,4
29. Menselijk lichaamsmateriaal	16,6	15,6	5,6	5,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	1,8	1,8	7,5	6,7
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	17,7
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	-3,3
c) Therapeutische projecten	7,6	6,0	46,8	35,9
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-4,3	-1,1	9,2	14,3

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1 2012.1	2013.2 2012.2	2013.3 2012.3	2013.4 2012.4
32. Geïnterneerden	181,0	-36,1	36,3	29,6
33. Tabaksontwenning	-0,4	1,5	3,9	6,1
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	10,3	16,4	20,5	18,8
39. MS/ALS/Huntington	21,1	11,7	14,9	12,8
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord		42.533,8	3.354,4	227,2
46. Diplomatiek personeel				
47. Besparingsmaatregelen task force				
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging				
49. Noodoproepnummer 1733				
50. Diversen	77,7	162,3	174,8	360,0
Algemeen totaal	0,5	1,9	2,3	2,8

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2013 - 2014 in %

Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-2,7			
b) Medische beeldvorming	1,6			
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	3,1			
d) Speciale verstrekkingen	0,5			
e) Heelkunde	2,8			
f) Gynaecologie	-4,1			
g) Toezicht	-0,2			
h) Forfait accreditering geneesheren	-100,0			
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	9.689,5			
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	9,3			
m) Impulsfonds	-42,2			
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	756,4			
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	-100,0			
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	43,3			
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren-specialisten				
Totaal geneesheren	1,6			
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	2,4			
b) Forfait accreditering	-24,1			
Totaal tandheelkundigen	2,4			
3. Farmaceutische verstrekkingen	-2,4			
4. Honoraria van verpleegkundigen	8,6			
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,2			
6. Verzorging door kinesitherapeuten	5,3			
7. Verzorging door bandagisten	2,4			
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	-1,9			
10. Verzorging door opticiens	4,6			
11. Verzorging door audiciens	11,1			
12. Verlossingen door vroedvrouwen	6,3			
13. Verpleegdagprijs	2,5			
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	-6,0			
Vervoer				
Totaal	2,2			

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2013 - 2014 in % - vervolg				
Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-10,8			
15. Dialyse				
a) Geneesheren	5,2			
b) Forfait nierdialyse	-3,9			
c) Thuis, in een centrum	-7,4			
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	-5,3			
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	11,1			
b) Rustoord voor bejaarden	13,4			
c) Dagverzorgingscentra	12,4			
d) Loonharmonisering personeel RVT	2,7			
e) Syndicale premie	-3,6			
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	11,2			
17. Einde loopbaan	11,0			
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	4,8			
b) Initiatieven van beschut wonen	-3,7			
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	-6,9			
Totaal	1,9			
19. Revalidatie en herscholing	-0,1			
20. Bijzonder Fonds	73,5			
21. Logopedie	6,7			
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	2,0			
24. Regularisaties + Herfacturatie	91,6			
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	4,8			
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	4,8			
26. Chronische zieken	4,6			
27. Palliatieve zorgen	5,5			

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2013 - 2014 in % - vervolg				
Omschrijving	2014.1 2013.1	2014.2 2013.2	2014.3 2013.3	2014.4 2013.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	6,9			
29. Menselijk lichaamsmateriaal	2,0			
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	13,2			
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-0,8			
b) COMA	17,2			
c) Therapeutische projecten	-3,5			
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	3,6			
32. Geïnterneerden	-29,4			
33. Tabaksonwenning	3,0			
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	-35,2			
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	27,2			
39. MS/ALS/Huntington	-9,2			
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord	53,0			
46. Diplomatiek personeel				
47. Besparingsmaatregelen task force				
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging				
49. Noodoproepnummer 1733				
50. Diversen	-87,2			
Algemeen totaal	2,0			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2014 in de doelstelling 2014				
Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren-specialisten				
Totaal geneesheren	24,1			
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,5			
b) Forfait accreditering	0,1			
Totaal tandheelkundigen	25,0			
3. Farmaceutische verstrekkingen	23,6			
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,1			
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	43,9			
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,2			
7. Verzorging door bandagisten	22,3			
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	22,3			
10. Verzorging door opticiens	21,7			
11. Verzorging door audiciens	25,6			
12. Verlossingen door vroedvrouwen	25,3			
13. Verpleegdagprijs	23,9			
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	26,3			
Vervoer	0,0			
Totaal	24,0			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2014 in de doelstelling 2014 - vervolg				
Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	29,4			
15. Dialyse				
a) Geneesheren	22,3			
b) Forfait nierdialyse	22,9			
c) Thuis, in een centrum	22,2			
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	22,5			
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	26,2			
17. Einde loopbaan	34,7			
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	25,0			
b) Initiatieven van beschut wonen	24,6			
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	20,1			
Totaal	24,8			
19. Revalidatie en herscholing	21,7			
20. Bijzonder Fonds	3,5			
21. Logopedie	26,8			
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,9			
24. Regularisaties + Herfacturatie	61,9			
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	30,8			
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	30,8			
26. Chronische zieken	22,8			
27. Palliatieve zorgen	31,1			
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,7			
29. Menselijk lichaamsmateriaal	24,7			

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2014 in de doelstelling 2014 - vervolg				
Omschrijving	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	23,9			
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	28,2			
b) COMA	25,0			
c) Therapeutische projecten	2,2			
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	6,0			
32. Geïnterneerden	20,0			
33. Tabaksontwenning	19,7			
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	64,8			
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	24,0			
39. MS/ALS/Huntington	19,4			
40. Chronische ziekten extra	0,0			
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0			
44. Zeldzame ziekten	6,9			
45. Sociaal akkoord	7,4			
46. Diplomatiek personeel	0,0			
47. Besparingsmaatregelen task force	0,0			
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging	0,0			
49. Noodoproepnummer 1733	0,0			
50. Diversen	1,2			
Algemeen totaal	23,4			

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

Omschrijving	Juni 2013 (1)	September 2013 (2)	December 2013 (3)	Maart 2014 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-0,76	-1,45	0,49	1,01
b) Medische beeldvorming	-4,08	-4,20	-0,87	1,35
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,34	4,34	5,34	4,93
d) Speciale verstrekkingen	-0,50	-1,90	-1,31	-0,12
e) Heelkunde	1,53	3,05	5,06	6,46
f) Gynaecologie	-2,57	-2,63	-2,43	-2,15
g) Toezicht	4,36	5,18	5,73	5,45
h) Forfait accreditering geneesheren	-25,72	-22,07	4,45	72,72
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-56,06	-33,52	27,90	55,04
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	-61,70	-61,70	-100,00	-100,00
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	2,39	14,00	8,19	6,40
m) Impulsfonds	217,33	450,18	405,63	94,39
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	6,51	12,13	1,13	21,78
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				-100,00
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				202,23
q) Aanmoediging volledige toetreding tot het akkoord voor geneesheren-specialisten				
Totaal geneesheren	0,67	0,77	2,47	3,33
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	4,24	4,74	4,27	3,86
b) Forfait accreditering	5,89	7,48	6,54	6,38
Totaal tandheelkundigen	4,26	4,79	4,31	3,91
3. Farmaceutische verstrekkingen	-4,13	-3,99	-2,56	-1,43
4. Honoraria van verpleegkundigen	4,70	6,25	6,23	7,44
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	4,57	6,71	6,65	6,55
6. Verzorging door kinesitherapeuten	4,22	4,28	4,42	5,24
7. Verzorging door bandagisten	3,20	4,39	5,16	5,77
8. Verzorging door orthopedisten	4,04	2,08	1,71	0,43
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	8,20	6,57	5,69	4,40
10. Verzorging door opticiens	6,62	9,45	13,63	12,35
11. Verzorging door audiciens	15,61	17,54	5,48	5,19
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,64	4,99	6,87	6,47
13. Verpleegdagprijs	3,55	3,20	2,70	2,39
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	3,25	3,23	4,26	3,01
Vervoer				
Totaal	3,54	3,20	2,77	2,41

(1) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)
(2) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)
(3) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)
(4) Maart 2014 = (3 eerste maanden 2014 + 9 laatste maanden 2013) / (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Juni 2013 (1)	September 2013 (2)	December 2013 (3)	Maart 2014 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	32,56	148,19	16,30	-14,32
15. Dialyse				
a) Geneesheren	0,83	0,46	1,62	-0,02
b) Forfait nierdialyse	1,82	1,64	4,15	2,30
c) Thuis, in een centrum	0,63	0,86	2,97	-0,46
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	1,13	0,99	2,88	0,68
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,04	5,46	6,65	8,44
b) Rustoorden voor bejaarden	5,88	6,29	6,48	8,62
c) Dagverzorgingscentra	14,08	14,40	17,82	16,87
d) Loonharmonisering personeel RVT	3,86	3,41	2,45	2,97
e) Syndicale premie	-8,06	63,64	75,51	59,64
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-22,08	11,15	-60,33	12,57
g) Palliatieve dagcentra	58,12	-25,18	-100,00	-100,00
Totaal	5,13	5,65	5,96	7,95
17. Einde loopbaan	14,02	14,19	14,23	12,30
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	1,85	4,49	5,19	4,71
b) Initiatieven van beschut wonen	4,76	3,71	4,43	1,43
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	1,83	2,56	3,79	-1,07
Totaal	2,71	4,21	4,93	3,59
19. Revalidatie en herscholing	4,57	4,22	6,38	5,05
20. Bijzonder Fonds	-58,97	-59,88	-66,05	-52,03
21. Logopedie	5,12	5,53	5,66	5,58
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,23	6,46	6,20	5,28
24. Regularisaties + Herfacturatie	-15,21	-8,56	-4,67	33,39
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,83	2,50	0,94	2,53
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	3,83	2,50	0,94	2,53
(1) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				
(2) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)				
(3) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)				
(4) Maart 2014 = (3 eerste maanden 2014 + 9 laatste maanden 2013) / (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012)				

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

Omschrijving	Juni 2013 (1)	September 2013 (2)	December 2013 (3)	Maart 2014 (4)
26. Chronische zieken	6,12	-1,23	5,72	5,02
27. Palliatieve zorgen	1,29	3,96	2,24	4,59
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	10,13	8,72	7,42	7,38
29. Menselijk lichaamsmateriaal	17,36	8,94	4,95	1,45
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	10,49	14,95	6,71	9,53
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	8,67	2,06	17,66	13,68
b) COMA	-15,73	-14,31	-3,29	7,98
c) Therapeutische projecten	-23,97	27,64	35,91	31,59
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-11,84	2,66	14,27	16,75
32. Geïnterneerden	-45,33	9,59	29,56	-5,27
33. Tabaksontwenning	0,00	3,63	6,05	6,99
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,00	0,00	0,00	-35,17
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,33	16,22	18,84	22,86
39. MS/ALS/Huntington	16,79	17,18	12,78	5,52
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord	100,29	231,92	227,23	191,16
46. Diplomatiek personeel				
47. Besparingsmaatregelen task force				
48. Alternatieve projecten voor klassieke ziekenhuisverpleging				
49. Noodoproepnummer 1733				
50. Diversen	-27,36	-5,10	359,97	182,79
Algemeen totaal	1,83	2,04	2,80	3,18

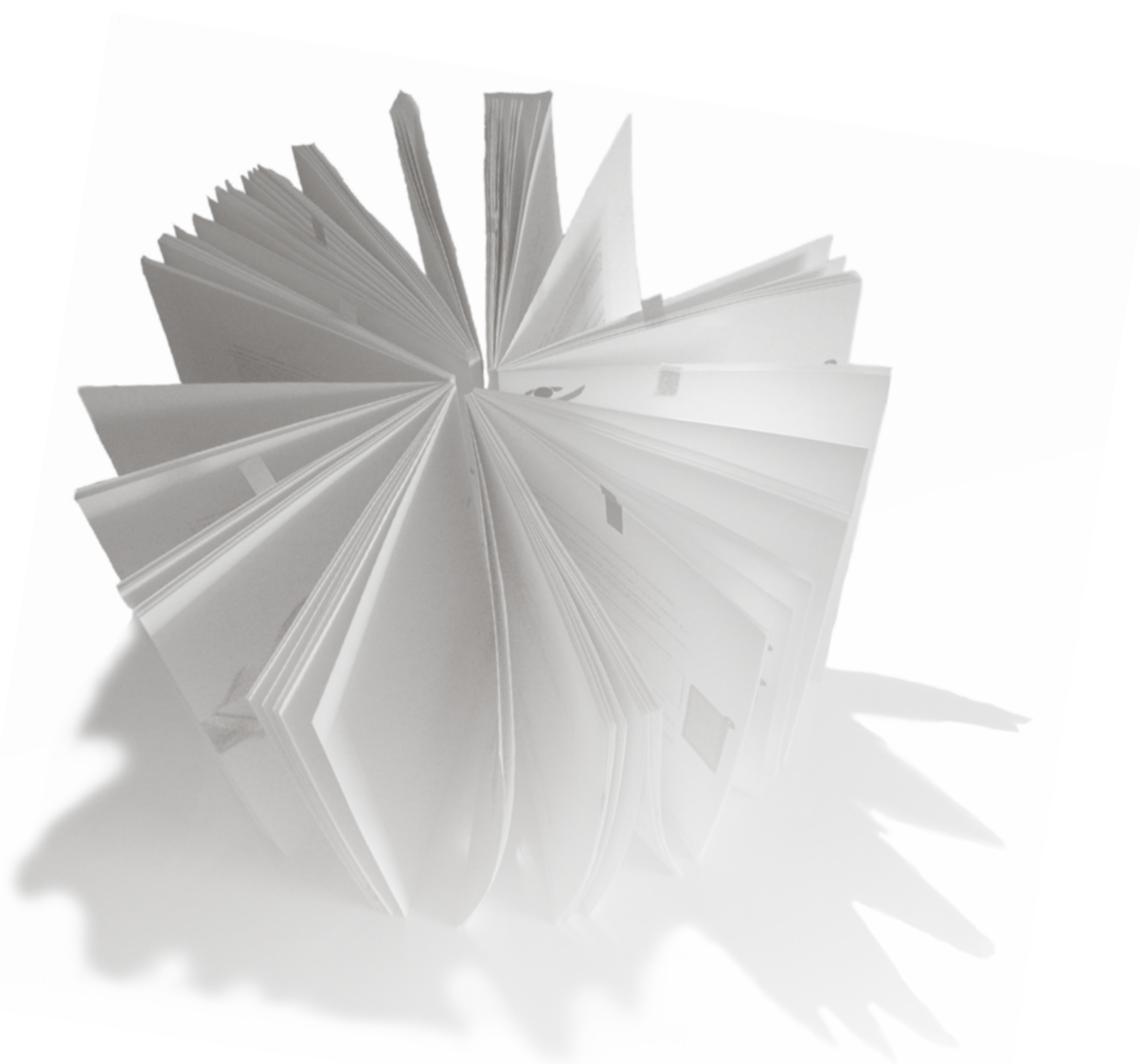
(1) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)

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

(3) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)

(4) Maart 2014 = (3 eerste maanden 2014 + 9 laatste maanden 2013) / (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012)

8^e Deel
Publicatieprijzen



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

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



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

2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 5,00
Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 5,00

a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

Bijwerkingen 2014 25,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Bijwerkingen 2014 5,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 12,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Bijwerkingen 2014 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 18,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 13,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2014 Losbladig 58,00

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

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

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

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

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

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

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



Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Webtoepassingen.

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

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

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

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

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

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



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

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

4. Technische informatie

Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

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

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

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

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

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

Brochure gratis

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

Folder gratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder, zolang de voorraad strekt gratis

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

Uitgave juni 2014.....gratis

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten gratis

g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Boek door J. Engels (449 blz.) 12,50



De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV:
www.riziv.be, rubriek Publicaties > Overzicht van onze publicaties.

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



Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 78 77, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be



De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. IBAN: BE 84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
De h. Jan Demey
Mevr. Nancy Demarneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
De h. Youssef El boutaibe
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cedric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR
IBAN: 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

