



DAC  
Activiteitenverslag

Terugblik 2010-2011



# Voorwoord

Hierbij stellen wij u graag de eerste editie voor van het activiteitenverslag van de Dienst voor Administratieve Controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het vormt een aanvulling op de publicaties die wij uitgeven over onze acties inzake de controle en bestrijding van sociale fraude.

In dit eerste verslag geven wij een overzicht van onze activiteiten in de jaren 2010 en 2011. Wij stellen ook een deel van de behaalde resultaten voor.

Terugblik op 2010-2011, twee belangrijke jaren voor onze Dienst:

- we hebben onze acties op het vlak van de strijd tegen sociale fraude kunnen opvoeren, met name door het inspectiekorps van de sociaal controleurs<sup>1</sup> te integreren en datamatching-operaties te ontwikkelen,
- we hebben onze controles verder gediversifieerd en gesystematiseerd door audits te verrichten en hierover feedback en advies te verstrekken aan de ziekenfondsen,
- we hebben het beheer van en de controle over de toegankelijkheid van de sociaal verzekerden tot de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verbeterd door de gegevensstromen te optimaliseren en statistische analyses te ontwikkelen.

Deze aandachtspunten liggen in de lijn van het moderniseringsproces dat een aantal jaar geleden werd opgestart en dat we sindsdien verder hebben ontwikkeld om onze werkzaamheden te verbeteren.

Deze vooruitgang is enkel mogelijk dankzij de betrokkenheid van ons personeel. We zijn ook erkentelijk voor de positieve samenwerking met de verzekeringsinstellingen en de synergieën met onze partners.

Het is dankzij deze impulsen dat we steeds betere resultaten kunnen voorleggen en het voortbestaan van ons socialezekerheidssysteem kunnen garanderen.

Veel leesplezier!



Patricia Heidbreder  
*dd. Leidend ambtenaar*

<sup>1</sup> De Dienst Sociale Controle maakte voordien deel uit van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV.



# Inhoud

Voorwoord	3
Deel 1 - Identiteitskaart	7
I. Opdrachten	8
II. Strategie	9
1. Informatie & controle	9
2. Responsabilisering & regelgeving	9
III. Structuur & organisatie	10
1. Structuur	10
2. Organisatie	11
a. Algemene directie	11
b. Operationele ondersteuning	11
c. Operationele directies	12
3. Personeel	13
IV. Overleg	14
Deel 2 - Terugblik 2010-2011	15
I. Informatie & controle	16
1. Themacontroles	16
a. Regeling der zelfstandigen: uniforme en correcte toepassing van de uitkeringsverzekering	17
b. Geïnde en terugbetaalde bedragen in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I.	18
c. Frauduleuze en onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid	20
d. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering	21
e. De vergoeding van werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid	22
2. Acties in de strijd tegen sociale fraude	23
a. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een verbrekingsvergoeding of met een niet-toegestane, maar aan de RSZ aangegeven activiteit	23
b. Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid	25
c. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een niet-toegestane en niet-aangegeven activiteit	27
3. Onderzoeken, controles op eigen initiatief en opvolging van de dossiers	30
a. Onderzoeken	30
b. Controles op eigen initiatief	31
c. Hernazichten	31
4. Controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens	32
a. Systematische controles op de maatregelen van financiële toegankelijkheid	33
b. Opmaken van voorlopige bewijsstukken inzake verzekerbaarheid	36
c. Beheer en controle van de gegevensuitwisseling in het domein van de administratieve toegankelijkheid	38
d. Studies en analyses van de verzekerbaarheidsgegevens	39
e. Beslissingen over de verzekerbaarheid: specifieke situaties	40
f. Verloren SIS-kaarten	41

II. Responsabilisering en regelgeving	43
1. Financiële responsabilisering van de V.I.	43
a. Aan CDZ overgemaakte informatie - huidige evaluatiecriteria	43
b. Voorstel tot modernisering	45
c. Klachtenbeheersystemen van de V.I.	46
2. Beslissingen in het kader van de discretionaire bevoegdheid van de leidend ambtenaar	47
a. Administratieve sancties	48
b. Beslissingen tot toekenning van een terugbetalingstermijn van meer dan 7 jaar voor onverschuldigde bedragen aan uitkeringen	52
c. Beslissingen tot vrijstelling van tenlasteneming door de V.I. van onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedragen	53
d. Schorsing van de verjaring wegens overmacht	54
3. Geschillen	55
a. Geschillen over sancties tegen verzekerden	55
b. Geschillen over de weigering om de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen	58
c. Geschillen over de weigering tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten	60

## Deel 3 - Praktische informatie

63

I. Nuttige adressen	64
1. De maatschappelijke zetel van het RIZIV	64
2. De kantoren van de DAC	64
3. Contactgegevens	65
II. Publicaties	65
III. Pictogrammen en afkortingen	67
1. Pictogrammen	67
2. Afkortingen	67
IV. Index tabellen	68



Deel 1  
Identiteitskaart



# I. Opdrachten

De Dienst voor Administratieve Controle (DAC) vormt een van de vijf kerndiensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Het RIZIV is een openbare instelling van sociale zekerheid die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Sociale Zaken en de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) beheert en controleert.


 Meer informatie over de opdrachten van het RIZIV vindt u op de website: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), onder de rubriek Het RIZIV.

De DAC:

- ziet toe op de correcte en uniforme toepassing van de regelgeving inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering)
- controleert de optimale aanwending van de financiële middelen van de GVU-verzekering
- bestrijdt sociale fraude
- garandeert de toegang van de sociaal verzekerden tot de GVU-verzekering
- garandeert een gelijke behandeling van elke sociaal verzekerde.

De opdrachten van de DAC zijn gericht op:

- de zeven verzekeringsinstellingen (V.I.), en meer bepaald de ziekenfondsen die ze overkoepelen
- de sociaal verzekerden.

 U vindt een lijst van alle ziekenfondsen op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), onder de rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen.



De 7 verzekeringsinstellingen zijn:

- LCM: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- LNZ: Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
- NVSL: Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- LLM: Landsbond van Liberale Mutualiteiten
- LOZ: Landsbond van de Onafhankelijke ziekenfondsen
- HZIV: Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
- NMBS Holding: Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding.



## II. Strategie

Om zijn opdrachten te kunnen vervullen, baseert de DAC zijn strategie op de volgende 2 pijlers:

- informatie en controle
- responsabilisering en regelgeving.

### 1. Informatie & controle

De DAC:

- informeert en adviseert de V.I. over de toepassing van de regelgeving betreffende de GVV-verzekering
- controleert de kwaliteit van de dienstverlening van de V.I.
- controleert de uniforme toepassing van de regelgeving betreffende de GVV-verzekering
- bestrijdt sociale fraude
- controleert de onwettige cumulatie van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, moederschapsrust, vaderschapsrust en adoptieverlof met het uitoefenen van een (al dan niet frauduleuze) beroepsactiviteit
- gaat na of de door de werkgevers bezorgde sociale documenten in overeenstemming zijn met de wetgeving
- beheert en controleert de gegevens die het openen en behouden mogelijk maken van het recht van de sociaal verzekerden op geneeskundige verzorging (MAF, VT, OMNIO...) en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen
- beheert en controleert de gegevens die voor bepaalde categorieën van sociaal verzekerden een vermindering mogelijk maken van de persoonlijke tussenkomst in de kosten voor geneeskundige verzorging
- stelt ontwerpen van omzendbrieven op en beantwoordt parlementaire vragen
- ontwerpt wetten en verordeningen over aangelegenheden die onder zijn bevoegdheid vallen.

### 2. Responsabilisering & regelgeving

De DAC:

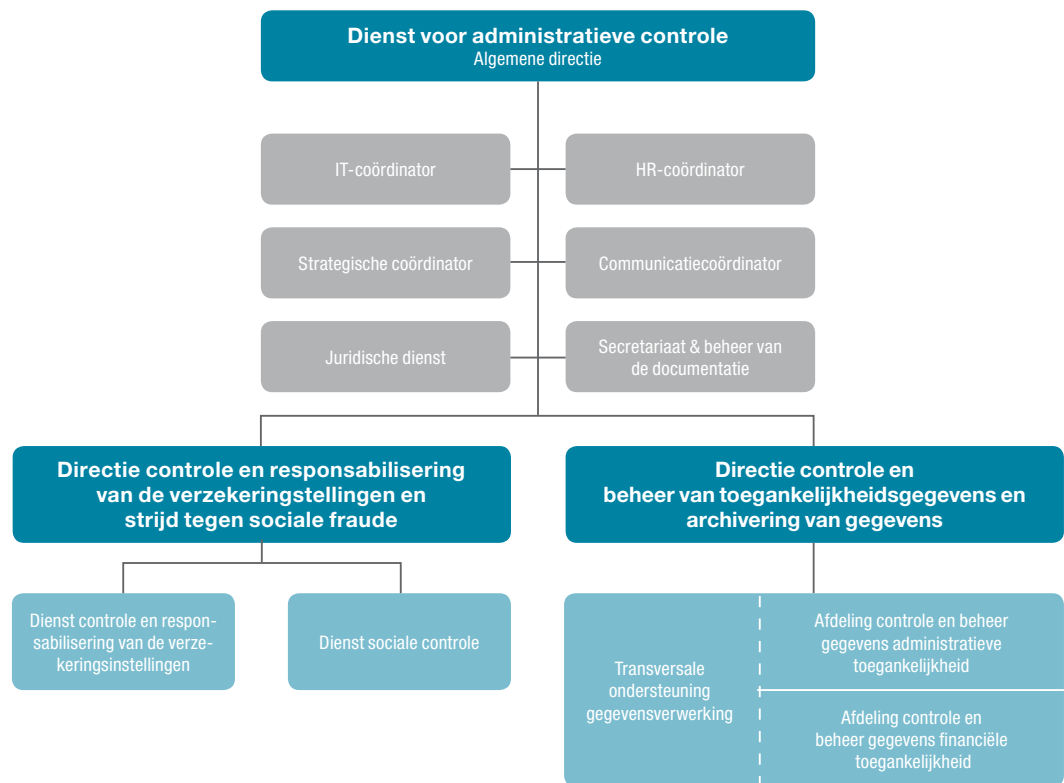
- bezorgt de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ) de evaluatiegegevens van de beheerprestaties van de V.I. om het variabele gedeelte van hun administratiekosten te kunnen bepalen
- stelt inbreuken vast op de bepalingen van de regelgeving
- stelt ten onrechte en te weinig verleende tegemoetkomingen aan de sociaal verzekerden vast en bepaalt ze
- neemt administratieve beslissingen op basis van de dossiers van de sociaal verzekerden
- behandelt geschillen betreffende de controleactiviteiten
- bestraft het niet naleven van de regelgeving
- behandelt administratieve sancties die van toepassing zijn op de V.I. en de sociaal verzekerden.

## III. Structuur & organisatie

### 1. Structuur

De DAC is samengesteld uit:

- een algemene directie
- een IT-coördinator, een HR-coördinator, een communicatiecoördinator en een strategisch coördinator
- twee ondersteunende diensten
- twee operationele directies.



## 2. Organisatie

### a. Algemene directie

De leidend ambtenaar:

- bepaalt de strategie van de Dienst
- beheert en coördineert de activiteiten van de Dienst
- neemt administratieve beslissingen die onder zijn discretionaire bevoegdheid vallen.

### b. Operationele ondersteuning

Om zijn taken te vervullen, wordt de leidend ambtenaar ondersteund door:

- de IT-coördinator en de IT-dienst
- de HR-coördinator
- de communicatiecoördinator
- de strategische coördinator
- de Dienst secretariaat en documentatiebeheer
- de juridische dienst

#### IT-ONDERSTEUNING

De IT-coördinator is belast met:

- de opvolging en uitbouw van projecten waarvoor IT-applicaties vereist zijn
- het onderhoud van de applicaties en het IT-materieel
- de ontwikkeling van IT-applicaties voor de Dienst
- de samenwerking met de centrale IT-dienst van het RIZIV aan IT-projecten.

#### HR-ONDERSTEUNING

De HR-coördinator:

- ondersteunt de leidend ambtenaar bij organisatorische wijzigingen en de ontwikkeling van de organisatie
- ontwikkelt en garandeert een coherent HR-beleid voor het hele RIZIV en werkt hiervoor samen met de centrale HR-dienst van het RIZIV
- identificeert de behoeften op het vlak van personeel en organiseert selecties
- ondersteunt en begeleidt medewerkers op het vlak van opleiding, conflictbemiddeling, carrièreontwikkeling.

#### COMMUNICATIEONDERSTEUNING

De communicatiecoördinator:

- ondersteunt de leidend ambtenaar bij het ontwikkelen van een intern en extern communicatieplan
- ontwikkelt en implementeert interne en externe communicatieprojecten
- garandeert de toepassing van een uniforme communicatiestijl
- begeleidt medewerkers bij hun communicatie
- werkt samen met de centrale communicatiedienst van het RIZIV aan communicatieprojecten.

## STRATEGISCHE ONDERSTEUNING

De strategische coördinator:

- ondersteunt de leidend ambtenaar bij het bepalen van de strategische doelstellingen
- initieert transversale projecten ter ontwikkeling van de organisatie
- ontwikkelt en organiseert hulpmiddelen voor het beheer van de organisatie
- vertegenwoordigt de DAC in werkgroepen.

## ONDERSTEUNING SECRETARIAAT EN DOCUMENTATIEBEHEER

De Dienst secretariaat en documentatiebeheer is samengesteld uit een administratief ondersteuningsteam dat:

- de inkomende post behandelt en uitgaande briefwisseling verstuurt
- de nota's en verslagen van de verschillende beheersorganen beheert
- de administratieve documentatie ontvangt, verdeelt en up-to-date houdt.

## JURIDISCHE ONDERSTEUNING

De juridische dienst is samengesteld uit juristen en een administratief ondersteuningsteam die:

- de dossiers behandelen inzake administratieve sancties die van toepassing zijn op de verzekeringsinstellingen en sociaal verzekerden
- administratieve beslissingen nemen in dossiers waarvoor de sociaal verzekerden overmacht inroepen in het kader van een aanvraag tot het verkrijgen van uitkeringen of de terugbetaling van geneeskundige verzorging
- geschillen behandelen betreffende de controleactiviteiten
- wetten en verordeningen ontwerpen over aangelegenheden die onder de bevoegdheid van de DAC vallen
- ontwerpen van omzendbrieven opstellen en parlementaire vragen beantwoorden.

## c. Operationele directies

### CONTROLE EN RESPONSABILISERING VAN DE V.I. EN STRIJD TEGEN SOCIALE FRAUDE

De Directie controle en responsabilisering van de V.I. en strijd tegen sociale fraude:

- ziet toe op de uniforme toepassing door de verzekeringsinstellingen van de regelgeving inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen en op de optimale aanwending van de daaraan gekoppelde financiële middelen
- bestrijdt sociale fraude.

Om deze taken te kunnen vervullen, is de Directie samengesteld uit twee diensten:

- de Dienst controle en responsabilisering van de V.I.
- de Dienst sociale controle.

### DE DIENST CONTROLE EN RESPONSABILISERING VAN DE V.I.

De Dienst controle en responsabilisering van de V.I. is samengesteld uit een administratief ondersteuningsteam en sociaal inspecteurs die:

- controles uitvoeren bij de V.I. en ziekenfondsen
- de V.I. informeren, adviseren en controleren betreffende de toepassing van de wettelijke bepalingen van de GvU-verzekering
- niet-toegestane cumulaties opsporen tussen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en een aangegeven activiteit, een niet-aangegeven activiteit of een verbrekingsvergoeding.

## DE DIENST SOCIALE CONTROLE

De Dienst sociale controle maakt sinds juli 2010 deel uit van de DAC en is samengesteld uit een administratief ondersteuningsteam en sociaal controleurs die:

- controles uitvoeren om cumulaties van uitkeringen met zwartwerk op te sporen en vast te stellen.

## CONTROLE EN BEHEER VAN TOEGANKELIJKHEIDSGEGEVENS EN ARCHIVERING VAN GEGEVENS

De Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens:

- controleert en beheert de stukken en gegevens op basis waarvan de toegang van sociaal verzekerden tot tegemoetkomingen van de GvU-verzekering wordt toegekend, behouden blijft of wordt ingetrokken
- controleert en beheert de gegevens die toegang verlenen tot specifieke maatregelen voor een vermindering van de persoonlijke tussenkomst voor bepaalde categorieën van sociaal verzekerden
- ontwikkelt en controleert de gegevensstromen die de sociaal verzekerden toelaten hun rechten te doen gelden
- bepaalt de bewijsstukken die de V.I. moeten gebruiken om rechten toe te kennen.

Om deze taken te kunnen vervullen is de Directie samengesteld uit drie afdelingen:

- de Afdeling controle en beheer gegevens administratieve toegankelijkheid
- de Afdeling controle en beheer gegevens financiële toegankelijkheid
- de Afdeling transversale ondersteuning.

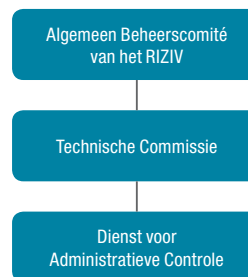
## 3. Personeel

Tabel 1 - Verdeling personeelsleden per functie en per administratieve lokalisatie			
Personeelsleden per functie	Totaal aantal	Centrale administratie	Externen (regionale centra en ziekenfondsen)
Attaché sociaal inspecteur	40		40
Technisch deskundige - sociaal controleur	25		25
Technisch deskundige	2		2
Administratief medewerker	13	13	
Administratief assistent	46	46	
Administratief deskundige	5	5	
Attaché	10	10	
Attaché jurist	4	4	
Adviseur	2	2	
Adviseur sociaal inspecteur	2	2	
IT-deskundige	1	1	
Technische dossierbeheerder	1	1	
Financieel deskundige	1	1	
Leidend ambtenaar	1	1	
<b>Totaal</b>	<b>153</b>	<b>86</b>	<b>67</b>

## IV. Overleg

### 1. Technische Commissie

De Technische Commissie van de DAC werd in 2010 opgericht om het overleg tussen de V.I. en de DAC te bevorderen. Ze is samengesteld uit vertegenwoordigers van elke V.I. en wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst. De voorstellen die voor advies worden voorgelegd aan de leden van de Technische Commissie, gaan vervolgens naar het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, dat een beslissing neemt.



De Technische Commissie:

- ziet erop toe dat de regelgeving inzake de administratieve controle duidelijk en efficiënt is
- formuleert adviezen en eventueel voorstellen tot wetswijzigingen
- geeft advies en doet voorstellen betreffende de controleverslagen van de DAC
- formuleert adviezen over het beheer van de gegevensstromen en bewijsstukken, alsook over de systematische controle op de financiële en administratieve toegang tot de verzekering en de archivering en bewaring van documenten
- doet voorstellen aan het Algemeen Beheerscomité inzake de administratieve en statistische regels die de V.I. moeten respecteren opdat de DAC zijn opdrachten kan uitvoeren.

@ Meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de DAC vindt u op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), onder de rubriek RIZIV.




Deel 2  
Terugblik 2010-  
2011

# I. Informatie & controle

Dit hoofdstuk beschrijft de activiteiten en behaalde resultaten in het kader van:

- themacontroles
- de acties in de strijd tegen sociale fraude
- onderzoeken, controles op eigen initiatief en opvolging van dossiers
- de controle en het beheer van toegankelijkheidsgegevens en de archivering van gegevens.

## 1. Themacontroles

 Themacontroles zijn gecentraliseerde controles die betrekking hebben op een specifiek aspect van de GVV-verzekering. De sociaal inspecteurs van de DAC voeren deze controles uit in de ziekenfondsen en de overkoepelende landsbonden.

Overeenkomstig de bestuursovereenkomst tussen het RIZIV en de Belgische staat worden elk jaar meerdere controles gehouden op het vlak van:

- geneeskundige verzorging
- uitkeringen.

Themacontroles hebben tot doel de interne controleprocedures van de ziekenfondsen te analyseren en te evalueren of de desbetreffende wetgeving correct wordt toegepast. Themacontroles beogen vooral een uniforme behandeling van de sociaal verzekerden door de ziekenfondsen.

Elke themacontrole bestaat uit volgende stappen:

- het uitvoeren van een risicoanalyse
- het definiëren van welbepaalde doelstellingen
- het uitwerken van een controlemethodologie
- het trekken van een steekproef
- het uitvoeren van een voorbereidende controle
- het verzamelen van documentatie en het opstellen van een vragenlijst en typeverslagen.

De controles kunnen leiden tot vaststellingen. Indien er geen vaststellingen worden gedaan, wordt het controledossier beschouwd als correct.

De vaststellingen geven aanleiding tot:

- terugvorderingen
- bijbetalingen
- sancties
- of verplichtingen tot regularisatie.

Naar aanleiding van elke themacontrole wordt een syntheseverslag opgesteld, met daarin:

- de controledoelstellingen
- de gebruikte methodologie
- de cijferresultaten en opmerkingen
- evenals aanbevelingen voor de V.I.



Dit verslag wordt verstuurd naar de verschillende verzekeringsactoren: de beheersorganen van het RIZIV, de V.I., de toezichthoudende minister, de CDZ, de sociale partners enz. Ten slotte worden ze ter discussie en advies voorgelegd aan de Technische Commissie van de DAC en ter goedkeuring aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV.

Zo heeft de DAC voor de jaren 2010-2011 de aandacht gevestigd op vijf controlethema's:

- de uniforme en correcte toepassing van de uitkeringsverzekering in het kader van de regeling der zelfstandigen
- de in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I. ontvangen en teruggevorderde bedragen
- frauduleuze en onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid
- het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering
- de vergoeding van werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid.

#### a. Regeling der zelfstandigen: uniforme en correcte toepassing van de uitkeringsverzekering

##### PRINCIPE

Deze themacontrole uit 2010 had tot doel te controleren of de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen correct en uniform worden toegekend aan zelfstandige verzekerden.

##### METHODE

Op basis van een risicoanalyse werden vier thema's gecontroleerd:

- **“Gelijkstelling wegens ziekte”**: een zelfstandige die invalide wordt en de activiteiten van zijn onderneming stopzet, heeft recht op een hogere uitkering. Dit luik van de themacontrole was gericht op beide aspecten van de problematiek: enerzijds zelfstandigen die onrechtmatig verhoogde uitkeringen (met gelijkstelling) ontvingen terwijl ze hun onderneming niet hadden stopgezet en anderzijds zelfstandigen die ten onrechte niet-verhoogde uitkeringen (zonder gelijkstelling) ontvingen terwijl ze door de stopzetting van hun onderneming recht hadden op deze verhoging.
- **“Cumulatie van uitkeringen met een rente arbeidsongeval of beroepsziekte”**: de arbeidsongeschiktheidsuitkering van een zelfstandige die een rente geniet naar aanleiding van een arbeidsongeval of beroepsziekte, moet worden verminderd afhankelijk van de ontvangen vergoeding. Er werd nagegaan of deze bepaling correct werd toegepast.
- **“Verzekerbaarheid”**: in dit luik van de themacontrole werd gecontroleerd of de zelfstandigen bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid voldeden aan de toekenningsvoorwaarden om een uitkering te kunnen genieten.
- **“Toegestane activiteiten”**: tijdens zijn arbeidsongeschiktheid mag een zelfstandige een activiteit uitoefenen mits voorafgaande toestemming. In het kader van deze controle werd nagegaan of de regelgeving inzake de duur van de toegestane activiteit en de vermindering van de arbeidsongeschiktheidsuitkering correct werd toegepast.

Voor de drie eerste thema's werden de uitgavenstaten in invaliditeit gekruist met de elektronische stromen, om potentieel verkeerde gevallen te detecteren, die allemaal werden gecontroleerd:

- de bijdragebons geven aan of de zelfstandige recht had op uitkeringen bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid en of hij de activiteiten van zijn onderneming heeft stopgezet
- door de multifunctionele aangiften aan de RSZ (DmfA) konden de invaliden die een niet-verminderde uitkering en een vergoeding voor een arbeidsongeval of beroepsziekte ontvingen, worden geselecteerd.

Aangezien er geen elektronische gegevens beschikbaar zijn voor het thema “toegestane activiteit”, werd een willekeurige steekproef getrokken op basis van toelatingen om het werk te hervatten.

## RESULTATEN

Van de 1.368 door de DAC geselecteerde en gecontroleerde gevallen werden er 844 als foutief beschouwd, of een foutenpercentage van 62% van de onderzochte gevallen.

De totale financiële impact van de 844 verkeerde gevallen bedroeg:

- 650.082 EUR aan onrechtmatig betaalde tegemoetkomingen aan zelfstandige gerechtigden
- 946.610 EUR aan bij te betalen tegemoetkomingen aan zelfstandige gerechtigden.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de verdeling van de foutieve gevallen per thema en het percentage van de foutieve gevallen in verhouding tot het aantal gecontroleerde gevallen en tot het totaal aantal invaliden dat is vermeld in de uitgavenstaten in invaliditeit waarmee rekening wordt gehouden voor de datamatching.

Tabel 2 - Aantal foutieve gevallen per thema					
	Gelijkstelling	Cumulatie rente arbeids- ongeval/ beroepsziekte	Verzeker- baarheid	Toegestane activiteit	Totaal
<b>Totaal</b>	<b>635</b>	<b>146</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>844</b>
% foutieve gevallen (in verhouding tot gecontroleerde gevallen)	84%	95%	34%	12%	62%
% foutieve gevallen (in verhouding tot de populatie)	3,6%	49,2%	0,3%	-	-



Meer informatie?  
Raadpleeg het volledige verslag of de samenvatting “Regeling der zelfstandigen: Uniforme en correcte toepassing van de uitkeringsverzekering”, publicatie: december 2010.

Uit de analyse van de resultaten van de themacontrole zijn een reeks structurele fouten in de procedures van de V.I. aan het licht gekomen, net als problemen bij de interpretatie van de regelgeving. Er werden hiervoor aanbevelingen geformuleerd in het syntheseverslag.

### b. Geïnde en terugbetaalde bedragen in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I.

#### PRINCIPE

Deze themacontrole wordt elk jaar uitgevoerd krachtens artikel 195 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-verzekering) en het koninklijk besluit (K.B.) van 7 oktober 1993 tot vaststelling van het percentage waarmee de administratiekosten worden vermeerderd in geval van terugvordering van betaalde sommen.

Deze teksten bepalen dat de V.I. een vermeerdering genieten van het variabele gedeelte van hun administratiekosten in functie van de niet-verschuldigde bedragen die ze effectief hebben teruggevorderd bij de begunstigen (artikel 164 Gec. W.) en in functie van de vervangingsbedragen in het geval van ongevallen gemeen recht met derden, arbeidsongevallen en beroepsziekten (artikel 136 §2 Gec. W.). Deze bedragen worden jaarlijks vermeld op lijsten. Ze worden gecontroleerd omdat ze een grote invloed hebben op de administratiekosten van de V.I. De resultaten van deze controle worden in het kader van de financiële responsabilisering van de V.I. naar CDZ gestuurd.

De DAC onderzoekt tijdens deze terugkerende themacontrole de lijsten met de door de V.I. teruggevorderde onverschuldigde bedragen.

## METHODE

De DAC controleert de lijsten met de door de V.I. teruggevorderde bedragen. De sociaal inspecteurs onderzoeken of deze bedragen daar terecht zijn opgenomen. Een ten onrechte uitgekeerd en effectief terugbetaald bedrag kan alleen op de lijsten worden opgenomen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- het mag niet gaan om een spontane terugbetaling
- het ten onrechte betaalde bedrag mag niet het gevolg zijn van een fout, vergissing of nalatigheid van de betrokken V.I.
- de terugvordering mag niet het gevolg zijn van een vaststelling van de DAC of CDZ.

Van elke V.I. wordt een steekproef van 5% van de op de lijsten vermelde bedragen gecontroleerd. Bedragen hoger dan 10.000 EUR worden systematisch gecontroleerd.

## RESULTATEN

De resultaten van de in 2010 en 2011 uitgevoerde controles werden opgenomen in onderstaande tabellen.

**Tabel 3 - In 2010 ontvangen en teruggevorderde bedragen - Totaal aantal gevallen, aantal juiste gevallen, aantal volledig of gedeeltelijk verworpen gevallen, en bijhorende bedragen**

	Totaal aantal gevallen	Totaal EUR	Aantal juiste gevallen	%	Aantal volledig/gedeeltelijk verworpen gevallen	%	Verworpen bedragen (EUR)	% verworpen bedragen
Steekproef	3.855	1.838.115	3.571	92,63%	284	7,37%	176.104,90	9,58%
> 10 000 EUR	33	452.689	20	60,61%	13	39,39%	174.160,60	38,47%

**Tabel 4 - In 2011 ontvangen en teruggevorderde bedragen - Totaal aantal gevallen, aantal juiste gevallen, aantal volledig of gedeeltelijk verworpen gevallen, en bijhorende bedragen**

	Totaal aantal gevallen	Totaal EUR	Aantal juiste gevallen	%	Aantal volledig/gedeeltelijk verworpen gevallen	%	Verworpen bedragen (EUR)	% verworpen bedragen
Steekproef	4.120	1.925.244	3.850	93,45%	270	6,55%	141.169,98	7,33%
> 10 000 EUR	59	839.798	45	76,27%	14	23,73%	203.170,34	24,19%

Het hogere percentage verwerpingen voor de gevallen van meer dan 10.000 EUR in 2010 heeft de keuze gemotiveerd om deze gevallen uitvoerig te blijven onderzoeken. In 2011 zijn de percentages voor de foutieve gevallen en verworpen bedragen gedaald, maar ze blijven hoog en hoger dan de willekeurig geselecteerde gevallen.

**Meer informatie?**  
Raadpleeg de versies 2010 en 2011 van het rapport "De in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I. ontvangen en teruggevorderde bedragen", publicatiedata: juli 2011 en april 2012.

## c. Frauduleuze en onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid

### PRINCIPE

Deze themacontrole uit 2010 bestond erin om te onderzoeken op welke manier de ziekenfondsen de dossiers van frauduleuze en onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid behandelen van werknemers die, dankzij deze onderwerpen, rechten verkregen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering (arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en geneeskundige verstrekkingen).

### METHODE

Voor de behandeling van deze twee types dossiers heeft de DAC twee feedbackprocedures ontwikkeld die de medewerking vereisen van de landsbonden en ziekenfondsen. De ziekenfondsen wordt gevraagd de individuele gevallen die zij toegestuurd krijgen van de DAC, te onderzoeken en de conclusies van het onderzoek mee te delen.

Voor de dossiers van frauduleuze onderwerpen betrof de themacontrole de gevallen die door de ziekenfondsen als "juist" werden beschouwd, d.w.z. de gevallen waarbij de frauduleuze onderwerping niet tot een onverschuldigde betaling heeft geleid.

Voor de dossiers van onrechtmatige onderwerpen werd beslist om twee types dossiers te controleren:

- de gevallen waarvoor de ziekenfondsen geen feedback hadden verstuurd, ondanks het versturen van een herinnering
- de gevallen waarvoor de ziekenfondsen hadden geantwoord dat de onrechtmatige onderwerping geen invloed had op het recht op geneeskundige verzorging en uitkeringen van de sociaal verzekerde.

### RESULTATEN

In totaal hebben de sociaal inspecteurs in de verschillende ziekenfondsen 529 dossiers onderzocht in de sector van de geneeskundige verzorging en 44 in de sector van de uitkeringen:

	Onderzochte gevallen	Juiste gevallen	Foutieve gevallen
Geneeskundige verzorging	246	231	15
Uitkeringen	18	15	3

	Onderzochte gevallen	Juiste gevallen	Foutieve gevallen	Gevalen in beraad
Geneeskundige verzorging	283	250	17	16
Uitkeringen	26	20	1	5

Het syntheseverslag vermeldt opnieuw de wettelijke bepalingen die van toepassing zijn, alsook de controledoelstellingen, de methodologie, de selectie van de dossiers, en de controleresultaten opgesplitst per landsbond en per ziekenfonds. De verschillende fouten van de ziekenfondsen werden geïdentificeerd en geanalyseerd en vervolgens werden er aanbevelingen geformuleerd. Deze controle heeft aangetoond dat deze materie globaal gezien goed wordt beheerd door de ziekenfondsen.



Frauduleuze onderwerpen: deze dossiers betreffen de gevallen waarin de verzekerde wordt beschouwd als te kwader trouw. Onrechtmatige onderwerpen: deze dossiers betreffen daarentegen de gevallen waarin de verzekerde wordt beschouwd als te goeder trouw.



Meer informatie? Raadpleeg het volledige verslag of de samenvatting "Fictieve en foutieve onderwerpen aan de sociale zekerheid – algemene regeling", publicatie: juli 2011.

## d. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering

### PRINCIPE

Deze themacontrole uit 2011 betrof het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) van de verzekering krachtens artikel 37, § 1 en 19 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en de voorwaarden zoals bepaald in het K.B. van 1 april 1997. Een controle van hetzelfde type werd reeds georganiseerd in 2006. In 2011 was de belangrijkste doelstelling om te na te gaan of de aanbevelingen aan de ziekenfondsen werden nageleefd, rekening houdend met de sindsdien doorgevoerde wetswijzigingen.

### METHODE

De 4 volgende thema's werden in overweging genomen:

- de opening van het recht op VT door de ziekenfondsen
- de systematische controle van de inkomsten door de ziekenfondsen (systematische controle op basis van informatie afkomstig van de FOD Financiën) met, parallel daarmee, de controle van het beheer van de VT-gegevensstromen op het niveau van de landsbonden van de ziekenfondsen
- de behandeling van de wijzigingen in de gezinssamenstelling (een wijziging van de ziekenfondssituatie van een gezinslid of wijzigingen binnen het gezin zoals meegedeeld door het Rijksregister)
- de behandeling van de gevallen waarin de sociaal verzekerde zijn hoedanigheid van rechthebbende is verloren.

De te controleren dossiers werden gekozen met behulp van gegevensstromen van de VT-gezinsinkomens voor de jaren 2008 en 2009. Er werd gebruik gemaakt van een aantal parameters om de gezinnen te selecteren van wie de inkomsten hoger lagen dan het toegestane inkomen om het recht te genieten.

### RESULTATEN

Deze controle heeft 344 foutieve gevallen op 2263 onderzochte gevallen aangetoond of een foutpercentage van 15%. De fouten worden als volgt verdeeld:

- voor het eerste thema werden 12% fouten geteld waarvan 4 op 5 te wijten zijn aan een fout van het ziekenfonds en de rest de verantwoordelijkheid zijn van de sociaal verzekerde
- voor het tweede thema werd bijna 10% fouten van de ziekenfondsen geregistreerd. Dit zijn hoofdzakelijk niet door de ziekenfondsen gecontroleerde gevallen of berekeningsfouten in de inkomens
- de controles in het kader van het derde thema wijzen op een erg laag foutenpercentage (2,25%), maar hierbij moet worden opgemerkt dat er in de meeste onderzochte gevallen geen gezinswijzigingen hebben plaatsgehad
- voor het vierde thema werden erg weinig fouten vastgesteld.

Uit de controle in 2011 bleek dat er zich een relatief hoog aantal fouten heeft voorgedaan op volgende punten:

- de vergelijking tussen de gegevens van de verklaring op eer en de gegevens die het ziekenfonds in zijn bezit had en ook de gegevens op het aanslagbiljet van het vorige inkomstenjaar
- er wordt rekening gehouden met de bruto-inkomsten in plaats van met de netto-inkomsten
- een wijziging van de ziekenfondssituatie van het gezin
- voor bepaalde landsbonden (200, 400 en 500) staat de behandeling van stroom 1 (lijst met VT-begunstigden) en stroom 2 (inkomsten van FOD Financiën – verstuurd door de landsbonden naar de ziekenfondsen) nog niet op punt.

Het eindverslag bevat opnieuw diverse aanbevelingen aan de ziekenfondsen.

**+**  
Meer informatie?  
Raadpleeg het volledige verslag of de samenvatting "Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming", publicatie: mei 2012.

## e. De vergoeding van werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid

### PRINCIPE

De laatste themacontrole uit 2011 betrof het beheer door de ziekenfondsen van de dossiers van werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid.

### METHODE

In het kader van deze themacontrole werden vier types werklozen gekozen waarvoor de foutri-sico's bij de betaling van de uitkeringen hoger lagen:

- werklozen die een wachtuitkering genieten
- werklozen met behoud van rechten en een inkomensgarantie-uitkering; dit zijn de volledig werklozen die deeltijds werk hebben aanvaard om te ontsnappen aan de werkloosheid
- vrijwillig deeltijdse werknemers die worden vergoed zoals bij werkloosheid
- de andere volledig gecontroleerde werklozen.

Gezien er geen gedetailleerde nominatieve uitgavenstaten beschikbaar zijn voor primaire arbeidsongeschiktheid, dienden de ziekenfondsen lijsten op te stellen van werklozen in primaire arbeidsongeschiktheid, om een willekeurige selectie van de te controleren dossiers mogelijk te maken.

De doelstelling van de themacontrole was tweevoudig. Enerzijds diende de kwaliteit van de behandeling van de informatie die de uitbetalingsinstellingen van de werkloosheid aan de ziekenfondsen bezorgen bij het openen van een arbeidsongeschiktheidsdossier, te worden geanalyseerd, en anderzijds diende de uitkering die in primaire arbeidsongeschiktheid door de ziekenfondsen wordt verleend, te worden vergeleken met de van kracht zijnde wetten en verordeningen.

### RESULTATEN

Deze controle heeft een verhoogd foutenpercentage opgeleverd, namelijk 30% op de hele steekproef (1.156 onderzochte gevallen). Dit komt overeen met een bedrag van 87.678 EUR aan onverschuldigde bedragen en 71.019 EUR aan bijbetalingen.

De hogere foutenpercentages betreffen de categorie van gerechtigden die deeltijds werk hebben aanvaard om te ontsnappen aan de werkloosheid (categorie 2 hierboven) – 42% fouten – en de categorie vrijwillig deeltijdse werknemers die een werkloosheidsuitkering krijgen – categorie 3 hierboven – 35% fouten.


Enkele van de vaakst voorkomende oorzaken van fouten zijn:

- het verkeerd gebruik van de informatiestroom afkomstig van de uitbetalingsinstellingen van de werkloosheid (stroom L500) door de ziekenfondsen en gewestelijke diensten en het parallel gebruik van inlichtingenbladen met tegenstrijdige informatie
- het niet op de hoogte zijn van bepaalde wijzigingen in de wetgeving over de werkloosheidsverzekering die een impact hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- geen rekening houden met wijzigingen buiten de indexering van het baremaal dagbedrag van de werkloosheidsuitkering,
- geen rekening houden met een wijziging van de werkloosheidsperiode
- fouten bij de berekening van het gederfd dagloon in de dossiers van deeltijdse werknemers met een inkomensgarantie-uitkering en de werklozen die vroeger vrijwillig deeltijdse werknemers waren
- meer algemene fouten inzake werkloze gerechtigden.



Meer informatie?  
Publicatie van het volledige verslag en de samenvatting gepland in de loop van 2012.

## 2. Acties in de strijd tegen sociale fraude

 De acties van de DAC in de strijd tegen sociale fraude betreffen het opsporen van het niet naleven van de regelgeving en het opleggen van administratieve sancties aan sociaal verzekerden. In voorkomend geval stellen de inspecteurs en controleurs de gevallen vast die terugvorderingen, bijbetalingen, sancties of de regularisatie van het dossier vereisen.

De acties in de strijd tegen sociale fraude van de DAC betreffen:

- niet-toegestane cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met al dan niet aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) aangegeven inkomsten
- onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid
- niet-toegestane activiteiten (zwartwerk)
- domiciliefraude
- fraude met SIS-kaarten.

In juli 2010 heeft de integratie van de sociaal controleurs, die belast zijn met het opsporen van niet-toegestane en niet-aangegeven activiteiten, in de DAC een betere samenwerking met de sociaal inspecteurs mogelijk gemaakt en een optimalisatie van de opsporingsprocessen voor sociale fraude.

Zo heeft de DAC voor de jaren 2010-2011 de aandacht gevestigd op drie onderzoeksdomeinen:

- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een verbrekingsvergoeding of met een niet-toegestane, maar aan de RSZ aangegeven activiteit
- frauduleuze onderwerpen aan de sociale zekerheid
- cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een niet-toegestane en niet-aangegeven activiteit (zwartwerk).

### a. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een verbrekingsvergoeding of met een niet-toegestane, maar aan de RSZ aangegeven activiteit

#### PRINCIPE

Een verzekerde die arbeidsongeschikt is erkend, kan uitkeringen genieten indien hij elke beroepsactiviteit heeft stopgezet.

Tijdens zijn arbeidsongeschiktheid mag hij alleen een deeltijdse beroepsactiviteit hervatten na toestemming van de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds. Soms hervatten verzekerden een beroepsactiviteit zonder deze toestemming, waardoor een niet-toegestane cumulatie ontstaat (cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met beroepsinkomsten).

Anderzijds is het ook mogelijk dat de arbeidsongeschikte verzekerde na zijn ontslag van zijn werkgever een vergoeding ontvangt voor het verbreken van de overeenkomst en dat deze niet werd aangegeven aan het ziekenfonds. Ook deze cumulatie is verboden.

De V.I. moeten deze niet-toegestane cumulaties opsporen door de multifunctionele aangiften aan de RSZ (DmfA) die ze van de RSZ hebben ontvangen, te analyseren. De hierbij vastgestelde gevallen moeten worden geregulariseerd.

In 2008 en 2009 werd tijdens de controles door de DAC vastgesteld dat de interne procedures van de V.I. voor verbetering vatbaar waren. In 2010 en 2011 heeft de DAC zijn opzoeken naar cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met verbrekingsvergoedingen en niet-toegestane en niet aan de RSZ aangegeven activiteiten hervat.

 We merken op dat de procedure inzake deeltijdse werkhervatting door een verzekerde die arbeidsongeschikt is, is gewijzigd. In de programmawet van 4 juli 2011 werd de verplichting geschrapt om vooraf de toestemming van de adviserend geneesheer te verkrijgen bij deeltijdse werkhervatting (art. 100 §2 van de gecoördineerde wet). De nieuwe programmawet van 29 maart 2012 heeft de Koning gemachtigd om de nadere regels op dat vlak vast te leggen. Een wijziging van artikel 230 van het K.B. van 3 juli 1996 ligt ter ondertekening voor bij de Koning. Hoewel de voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer niet langer vereist is, moet de verzekerde in elk geval melden dat hij het werk deeltijds zal hervatten, alvorens dit effectief te doen. Het ontwerpartikel 230 beschrijft ook de regels die van toepassing zijn indien niet tijdig aan deze formaliteit wordt voldaan.

## METHODE


Om gevallen van cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met niet-toegestane activiteiten of verbrekingsvergoedingen te kunnen opsporen, heeft de DAC de invaliditeitsuitgaven (documenten PI0 en PI41) gekruist met de DmfA-aangiften.

Voor de niet-toegestane activiteiten heeft de DAC voorrang gegeven aan de gevallen waarbij een cumulatie van meer dan twee weken wordt vermoed. Deze gevallen werden onderzocht door de sociaal inspecteurs in de V.I. De DAC heeft de V.I. op de hoogte gebracht van de andere gevallen.

## RESULTATEN

In 2010 hebben de sociaal inspecteurs 641 gevallen onderzocht:

- 228 gevallen van cumulatie met een verbrekingsvergoeding
- 299 gevallen van cumulatie met een niet door de adviserend geneesheer toegestane activiteit
- 114 gevallen die geen sociale fraude waren.

 Men heeft het over “juiste gevallen” wanneer de V.I. de cumulatie heeft vastgesteld en correct heeft geregulariseerd en over “foutieve gevallen” wanneer de V.I. de cumulatie niet heeft vastgesteld of geregulariseerd.

De resultaten worden weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 7 - Niet-toegestane cumulaties in 2010 - Onderzochte gevallen, juiste gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag						
	Totaal onderzochte gevallen	Aantal juiste gevallen	%	Aantal foutieve gevallen	%	Totaal onverschuldigd bedragen (EUR)
Cumulatie met een verbrekingsvergoeding	228	181	79,39%	47	20,61%	138.374,52
Cumulatie met een niet-toegestane activiteit	299	185	61,87%	114	38,13%	1.748.267,62

In 2011 hebben de sociaal inspecteurs 669 gevallen onderzocht:

- 300 gevallen van cumulatie met een verbrekingsvergoeding
- 209 gevallen van cumulatie met een niet door de adviserend geneesheer toegestane activiteit
- 160 gevallen die geen sociale fraude waren.

Tabel 8 - Niet-toegestane cumulaties in 2011 - Onderzochte gevallen, juiste gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag						
	Totaal onderzochte gevallen	Aantal juiste gevallen	%	Aantal foutieve gevallen	%	Totaal onverschuldigd bedrag (EUR)
Cumulatie met een verbrekingsvergoeding	300	267	89%	33	11%	110.662,53
Cumulatie met een niet-toegestane activiteit	209	149	71,30%	60	28,70%	416.056,50

Voor de foutieve gevallen werden 101 administratieve sancties opgelegd aan sociaal verzekerden, wat overeenkomt met een uitsluiting van het recht op uitkeringen gedurende 5.752 dagen.

Tijdens de verschillende controle-operaties werd een verbetering van de interne opsporings- en controleprocedures van de V.I. vastgesteld, hetgeen zich vertaalt in een vermindering van de vastgestelde onverschuldigde betalingen.



**Tabel 9 - Niet-toegestane cumulaties in 2008, 2009, 2010 en 2011 - Onderzochte gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag**

	Totaal onderzochte gevallen	Aantal foutieve gevallen	%	Totaal onverschuldigd bedrag (EUR)
<b>Niet-toegestane activiteit</b>				
2008	537	391	72,81%	8.627.077,84
2009	430	170	39,53%	2.730.081,76
2010	299	114	38,13%	1.748.267,62
2011	209	60	28,70%	416.956,60
<b>Verbrekingsvergoeding</b>				
2008	230	81	35,22%	144.510,03
2009	465	74	15,91%	167.125,40
2010	228	47	20,61%	138.374,52
2011	300	33	11%	110.662,53

Uit deze vergelijkende tabel blijkt:

- een duidelijke vermindering van jaar tot jaar van het aantal (niet vastgestelde of slecht beheerde) gevallen van verboden cumulatie tussen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en een niet door de adviserend geneesheer toegestane activiteit, evenals een steeds lager wordend percentage foutieve gevallen, hoewel een foutenpercentage van 28% nog steeds onvoldoende is
- een verlaging van jaar tot jaar van het foutenpercentage bij de verbrekingsvergoedingen; ook deze evolutie is positief.

Ongeacht deze verbetering moeten de door de ziekenfondsen gebruikte opsporingsprocedures in de toekomst nog worden verbeterd.

## b. Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid

### PRINCIPE

Alleen personen die in de hoedanigheid van gerechtigde zijn erkend en die aan de sociale zekerheid zijn onderworpen, kunnen het recht op geneeskundige verstrekkingen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen genieten.

### METHODE

Sinds 2008 behandelt de DAC, in samenwerking met de gerechtelijke overheden, een grootschalig dossier met betrekking tot fraude in de sociale zekerheid. Er bestaat een wijdvertakt netwerk van fictieve vennootschappen die gebruik maken van verschillende methodes om de gebruikers van dit malafide netwerk in het bezit te stellen van valse documenten. Zo kunnen deze gebruikers op bedrieglijke wijze aanspraak maken op uitkeringen en tegemoetkomingen van de sociale zekerheid.

De RSZ heeft aangetoond dat de betrokken vennootschappen in de betwiste tijdvakken geen activiteiten hebben ontplooid en dat er geen arbeidsovereenkomst bestond tussen die vennootschappen en de personen die bij de RSZ onder hun identificatie waren aangegeven. De RSZ heeft bijgevolg beslist om de onderwerping van al die werknemers teniet te doen. Op 31 december 2010 had de RSZ zijn beslissing voor 146 bedrijven meegedeeld.

Gezien de omvang van de sociale fraude zijn de DAC, de V.I. en de ziekenfondsen beginnen samenwerken. De DAC bezorgt de V.I. de lijst van de personen die valse documenten hebben gebruikt, alsook alle gegevens die nodig zijn om de vaststellingen te doen. Op basis van die gegevens onderzoeken de ziekenfondsen ieder dossier, zowel voor de sector uitkeringen als voor de sector geneeskundige verzorging, en geven ze feedback aan de DAC over de wijze waarop ze deze gegevens hebben behandeld. Op 31 december 2010 hadden de ziekenfondsen 1.949 dossiers ontvangen.

Meer informatie?  
Raadpleeg ons verslag "Acties in de strijd tegen sociale fraude - activiteitenverslag 2010", publicatie juli 2011.



## RESULTATEN

In 2010 en 2011 hebben de V.I. en de DAC zowel voor de sector uitkeringen als voor de sector geneeskundige verzorging een zeker aantal gevallen van frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid vastgesteld.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal vaststellingen in 2010 per sector.

Tabel 10 - Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid - Aantal vaststellingen V.I./DAC en totaal onverschuldigd bedrag per sector vastgesteld in 2010				
	Sector geneeskundige verzorging		Sector uitkeringen	
	Aantal vaststellingen	Totaal onverschuldigde bedragen (EUR)	Aantal vaststellingen	Totaal onverschuldigd bedrag (EUR)
V.I.	170	564.141,99	86	915.068,72
DAC	16	11.094,09	13	87.154,40
<b>Totaal</b>	<b>186</b>	<b>575.236,08</b>	<b>99</b>	<b>1.002.223,12</b>

In 2010 hebben de V.I. en de DAC dus in totaal 1.577.459,20 EUR aan onverschuldigde bedragen vastgesteld.

In de sector van de uitkeringen:

- werden 46 administratieve sancties opgelegd, wat overeenkomt met een totaal van 6.623 dagen uitsluiting van het recht op uitkeringen.

In de sector geneeskundige verzorging:

- vóór 12 juni 2010<sup>2</sup> werden er 38 sancties opgelegd, wat overeenkomt met een totaal van 146 maanden uitsluiting van het recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging,
- vanaf 12 juni 2010<sup>3</sup> werden er 19 sancties opgelegd, wat overeenkomt met een totale administratieve sanctie van 5.625,00 EUR.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal vaststellingen in 2011 per sector.

Tabel 11 - Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid - Aantal vaststellingen V.I./DAC en totaal onverschuldigde bedragen per sector vastgesteld in 2011				
	Sector geneeskundige verzorging		Sector uitkeringen	
	Aantal vaststellingen	Totaal onverschuldigd bedrag (EUR)	Aantal vaststellingen	Totaal onverschuldigd bedrag (EUR)
V.I.	83	323.613,03	26	507.981,53
DAC	92	305.066,89	22	295.787,57
<b>Totaal</b>	<b>175</b>	<b>628.679,92</b>	<b>48</b>	<b>803.769,10</b>

In 2011 hebben de V.I. en de DAC dus in totaal 1.432.449,02 EUR aan onverschuldigde bedragen vastgesteld.

In de sector van de uitkeringen:

- werden 36 administratieve sancties opgelegd, wat overeenkomt met een totaal van 5.378 dagen uitsluiting van het recht op uitkeringen.

<sup>2</sup> Krachtens K.B. van 10 januari 1969, dat van kracht was tot 11 juni 2010.

<sup>3</sup> Overeenkomstig de wet van 19 mei 2010, van kracht op 12 juni 2010 ter vervanging van het K.B. van 10 januari 1969 van kracht tot 11 juni 2010.



Raadpleeg ons verslag "Acties in de strijd tegen sociale fraude - activiteitenverslag 2010", publicatie juli 2011.

In de sector geneeskundige verzorging:

- werden 75 administratieve sancties (boetes) opgelegd voor een totaalbedrag van 20.375 EUR.

Deze dossiers zullen in de toekomst verder worden gecontroleerd. Deze frauduleuze fictieve onderwerpen evolueren immers voortdurend.

### c. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een niet-toegestane en niet-aangegeven activiteit

#### PRINCIPE

In de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt erkend als arbeidsongeschikt, de werknemer die alle werkzaamheden heeft onderbroken. Tijdens de periode waarvoor de arbeidsongeschiktheid werd erkend, is deeltijdse werkhervatting alleen mogelijk met toestemming van de adviserend geneesheer. Indien betrokkene het werk voltijds hervat, moet hij zijn ziekenfonds hiervan in kennis stellen.

De DAC spoort illegale cumulaties van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een niet-toegestane en niet bij de RSZ aangegeven activiteit (zwartwerk) op en stelt deze vast. Hiertoe voeren de sociaal controleurs van de DAC onderzoeken uit in het hele land.

#### METHODE

De DAC ontvangt:

- klachten
- aanvragen tot onderzoek van de arbeidsauditoraten
- processen-verbaal van andere inspectiediensten
- aanvragen tot onderzoek van andere RIZIV-diensten
- aanvragen tot onderzoek van de V.I.

De sociaal controleurs van de DAC controleren of een verzoek ontvankelijk is en dus of de persoon arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangt en niet beschikt over de toestemming om te werken. Indien de betrokkene geen of niet langer arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangt, is de DAC niet bevoegd om een onderzoek uit te voeren. Het dossier wordt dan doorgestuurd naar de bevoegde dienst (de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening - RVA -, de sociale inspectiedienst van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg) of zonder gevolg geklasseerd bij gebrek aan bewijzen.

Vervolgens controleren de sociaal controleurs of de activiteit is aangegeven (DIMONA en DmfA). Indien dat het geval is, wordt het dossier doorgestuurd naar de sociaal inspecteurs. Zo niet voeren de sociaal controleurs<sup>4</sup> een onderzoek op het terrein uit om de zwartwerkactiviteiten op te sporen en vast te stellen. Ze beschikken over een beoordelingsbevoegdheid die hen werd verleend overeenkomstig de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek.

Ze hebben de mogelijkheid om:

- over te gaan tot controles op de werkvloer
- personen te verhoren
- de betrokkenen op te roepen
- eventueel een termijn toe te kennen waarin de betrokkenen zich in regel moeten stellen
- een waarschuwing te geven voor een vastgestelde inbreuk
- een proces-verbaal van vaststelling op te stellen.

<sup>4</sup> De sociaal controleurs die voordien tot de DGECE behoorden, maken sinds juli 2010 deel uit van de DAC.

De processen-verbaal van vaststelling worden bezorgd aan de V.I. opdat:

- de dienst uitkeringen de onverschuldigde bedragen kan terugvorderen
- de adviserend geneesheer de verzekerde kan oproepen voor een medisch onderzoek om zijn huidige gezondheidstoestand te evalueren.

De sociaal inspecteurs voeren dan weer controles uit bij de V.I. en gaan na of de terugvorderings-procedure wordt gevolgd.

Bovendien legt de leidend ambtenaar van de DAC op basis van het opgestelde proces-verbaal een sanctie op en kan hij de verzekerde uitsluiten van het recht op uitkeringen a rato van een bepaald aantal dagen.

In het kader van hun opdracht in de strijd tegen sociale fraude werken de sociaal controleurs samen met andere inspectiediensten in het kader van arrondissementscellen. Deze bestaan uit verschillende actorengroepen:

- de arbeidsauditeurs en hun administratie
- de sociale inspectiediensten: RVA, Sociale Inspectie, inspectie van de sociale wetten, RSZ, Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen (RSVZ)...
- de andere inspectiediensten: economische inspectie, inspectie Financiën, Buitenlandse Zaken...
- de lokale en federale politie
- de gemeentediensten.

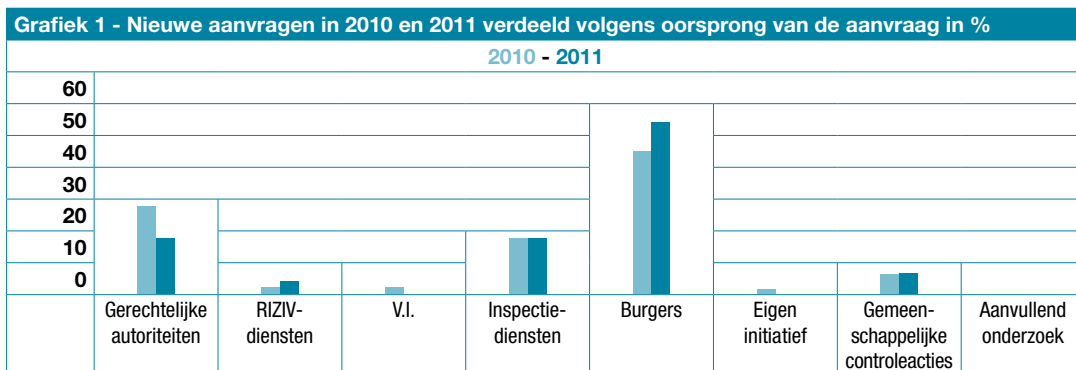
De Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) coördineert de verschillende inspectiediensten die betrokken zijn bij de strijd tegen sociale fraude, met name via de arrondissementscellen, om:

- gemeenschappelijke acties voor te bereiden
- beëindigde acties te evalueren
- gegevens uit te wisselen
- wetteksten en de interpretatie ervan te bespreken.

## RESULTATEN

In 2010 heeft de Dienst 493 nieuwe aanvragen ontvangen, waarvan er 125 onontvankelijk waren (25%), en in 2011, 1381 aanvragen, waarvan er 308 onontvankelijk waren (22%). De nieuwe aanvragen worden afhankelijk van waar de aanvraag afkomstig is, onderverdeeld in verschillende categorieën:

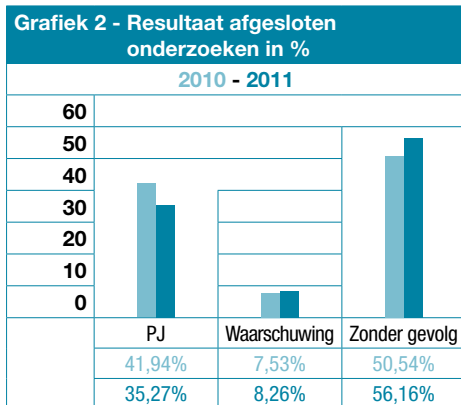
Tabel 12 - Oorsprong van nieuwe aanvragen voor onderzoek in 2010 en 2011 in %		
Oorsprong van aanvraag in %	2010	
	juli tot december	
	2010	2011
Verzoek gerechtelijke overheid, voornamelijk arbeidsauditoraat	26,98	17,16
Verzoek RIZIV-dienst	2,03	3,84
Aanvraag van de V.I.	2,03	1,09
Verslagen van een andere sociale inspectiedienst	17,04	17,31
Klachten en aangiften van burgers	44,42	53,66
Eigen initiatief	1,22	0,36
Vaststellingen van andere diensten in het kader van gemeenschappelijke controleacties	6,09	6,52
Aanvullend onderzoek voor een dossier van een andere sociaal controleur/inspecteur van het RIZIV	0,20	0,07



Na het onderzoek stellen de sociaal controleurs een onderzoeksverslag op. Indien ze een inbreuk hebben vastgesteld, stellen ze een proces-verbaal van vaststelling (Pro Justitia) of een waarschuwing op.

**Tabel 13 - Aantal afgesloten onderzoeken in 2010 en 2011 opgedeeld volgens onderzoeksresultaat**

Afgesloten dossiers	Pro Justitia	Waarschuwing	Zonder gevolg	Totaal
2010 (juli tot december)	117	21	141	279
2011	254	59	401	714



De onderzoeken waarbij een inbreuk werd vastgesteld, vertegenwoordigen 49% van de afgesloten dossiers in 2010 en 44% in 2011:

- in 2010 werd in 85% van deze dossiers een proces-verbaal opgesteld en in 2011 in 81% van deze dossiers
- in 2011 werd in 15% van deze dossiers een waarschuwing gegeven en in 2011 in 19% van deze dossiers.

De dossiers waarvoor een proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld, worden opgevolgd:

- door de ziekenfondsen die de ten onrechte ontvangen uitkeringen berekenen. De sociaal inspecteurs controleren de berekening en gaan na of de terugvorderingsprocedure werd gevolgd
- door de juridische dienst zodat de directeur-generaal een administratieve sanctie kan opleggen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal vaststellingen en het totaalbedrag van de ten onrechte betaalde uitkeringen in 2010 en 2011.

Tabel 14 - Cumulatie met een niet-toegestane activiteit - Aantal vaststellingen en totaal onverschuldigd bedrag in 2010 en 2011		
Jaar	Aantal vaststellingen	Totaal onverschuldigd bedrag
2010	219	2.190.022,60 EUR
2011	252	1.859.199,50 EUR

Onderstaande tabel bevat het aantal administratieve sancties dat werd opgelegd aan de begunstigde en het totaal aantal dagen uitsluiting van het recht op uitkeringen in 2010 en 2011.

Tabel 15 - Cumulatie met een niet-toegestane activiteit - Aantal administratieve sancties en totaal aantal dagen uitsluiting in 2010 en 2011		
Jaar	Aantal administratieve sancties	Totaal aantal dagen uitsluiting
2010	162	7.374
2011	266	9.540



Meer informatie?  
Raadpleeg ons  
verslag "Acties in de  
strijd tegen sociale  
fraude - activiteiten-  
verslag 2010", publi-  
catie juli 2011.

### 3. Onderzoeken, controles op eigen initiatief en opvolging van de dossiers

Naast de systematische themacontroles en de acties in de strijd tegen sociale fraude voert de DAC ook volgende controles uit:

- onderzoeken
- controles op eigen initiatief
- hernazichten.

#### a. Onderzoeken

##### PRINCIPE

De DAC krijgt vaak aanvragen om bepaalde dossiers te onderzoeken. Deze aanvragen betreffen de verschillende aspecten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en zijn afkomstig van de sociaal verzekerden, arbeidsauditeurs, vakbonden, advocaten en ministeriële kabinetten, maar ook van andere instellingen van de sociale zekerheid (RVA, RSZ) of andere federale overheidsdiensten (bijvoorbeeld de FOD Financiën).

Ook de andere RIZIV-diensten vragen de DAC om onderzoeken uit te voeren in bepaalde ziekenfondsen ter ondersteuning van een dossier, om een ziekenfonds te antwoorden of om inbreuken en/of onverschuldigde bedragen vast te stellen.

##### METHODE

De DAC ontvangt en onderzoekt de onderzoeksaanvragen. De meeste vereisen een onderzoek in het ziekenfonds en worden naar de inspecteurs gestuurd, die de dossiers onderzoeken en een analyseverslag opstellen. Op basis van deze verslagen kan een antwoord worden geformuleerd voor de aanvrager en in voorkomend geval wordt een vaststelling opgesteld die naar het ziekenfonds wordt gestuurd. Bepaalde aanvragen vereisen geen inspectiebezoek omdat een antwoord kan worden geformuleerd zonder analyse van het dossier.

De sociaal inspecteurs van de DAC besteden een groot gedeelte van hun tijd aan het uitvoeren van onderzoeken die een snelle behandeling vereisen, bijvoorbeeld deze op vraag van sociaal verzekerden in het kader van de verplichtingen van het Handvest van de sociaal verzekerde.

Bij de meeste van deze onderzoeken worden vaststellingen gedaan (van onverschuldigde bedragen, bijbetalingen of de noodzaak tot regularisatie) waarvan de V.I. in kennis worden gesteld; bij andere onderzoeken is dat niet nodig en volstaat een brief of nota aan de correspondent.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat het aantal controles op verzoek in 2010 en 2011. De onderzoeken worden verdeeld naargelang ze hebben geleid tot een vaststelling of niet.

Tabel 16 - Onderzoeken in 2010 en 2011 - Aantal met of zonder vaststelling en totaal aantal			
Jaar	Onderzoeken met 1 vaststelling	Onderzoeken zonder vaststelling	Totaal
2010	861	1.097	<b>1.958</b>
2011	988	1.203	<b>2.191</b>

### b. Controles op eigen initiatief

De DAC voert ook controles uit op eigen initiatief. De sociaal inspecteurs kiezen een controlethema op basis van de gegevens van de dienst (bijvoorbeeld: uitgavenstaten in invaliditeit) of op basis van de gegevens van het ziekenfonds. Ze controleren in welke mate de wetteksten en omzendbrieven zijn toegepast. De thema's zijn erg uiteenlopend: controle op de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, controle op de verzekeraarbaarheid in de sector uitkeringen en geneeskundige verzorging, controle van het recht op VT, OMNIO of MAF, controle op de persoonlijke bijdragen... Omwille van zijn andere inspectietaken heeft de Dienst niet veel tijd voor controles op eigen initiatief.

### c. Hernazichten

#### PRINCIPE

De DAC ziet erop toe dat alle dossiers waarbij het ziekenfonds in kennis werd gesteld van een vaststelling, verder worden opgevolgd. Het is immers belangrijk dat wordt nagegaan welk gevolg de ziekenfondsen hebben gegeven aan de betekende beslissingen, of het nu gaat om het terugvorderen van onverschuldigde bedragen bij een sociaal verzekerde of om het uitbetalen van een bijkomend bedrag, of om de verplichting om een dossier te regulariseren: ontbrekende stukken, onvoldoende bijdragen, ontbrekende informatie...

#### METHODE


9 maanden nadat de kennisgeving van het eerste controlebezoek werd verzonden, wordt het dossier opnieuw gecontroleerd in het ziekenfonds. Er wordt een nieuwe kennisgeving verstuurd op basis van het verslag van de inspecteur. Indien nodig, d.w.z. wanneer het dossier niet is afgesloten (onverschuldigd bedrag niet volledig terugbetaald, zaak voor rechtbank, bijbetaling nog niet verricht, dossier nog steeds onvolledig, recht niet ontnomen...), vindt er een nieuw controlebezoek plaats ten minste 2 jaar na de verzending van de eerste kennisgeving en rekening houdend met de geldende verjaringstermijn. Op basis daarvan wordt een derde kennisgeving naar de V.I. verstuurd. Indien het dossier na deze derde controle nog steeds niet is afgesloten, wordt het, volgens een door de Dienst opgestelde timing, verder opgevolgd totdat het is afgehandeld.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel geeft het aantal herziene gevallen van 2010 en 2011 weer.

Jaar	Aantal gevallen
2010	4.817
2011	4.645

## 4. Controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

 De activiteiten in het kader van de controle en het beheer van de toegankelijkheidsgegevens van de GVV-verzekering en de archivering van gegevens van de DAC bestaan uit het toezien op de toegang van de sociaal verzekerden tot de GVV-verzekering, door het beheer van en de controle op deze gegevens.

In deze context voert de DAC volgende activiteiten uit:

- het verrichten van systematische controles op de maatregelen van financiële toegankelijkheid tot de GVV-verzekering wat betreft:
  - de maximumfactuur
  - de verhoogde tegemoetkoming (met inbegrip van het OMNIO-statuut).
- het opmaken van voorlopige bewijsstukken inzake verzekeraarbaarheid, en meer specifiek:
  - bijdragebons
  - pensioenattesten.
- het beheren en controleren van de gegevensuitwisseling in het kader van de administratieve toegankelijkheid tot de GVV-verzekering wat betreft:
  - individuele mutaties
  - feedback over onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid.
- het verwezenlijken van studies en analyses van de verzekeraarheidsgegevens door het leveren van:
  - informatie betreffende de sociaal verzekerden en hun statuut op het vlak van administratieve en financiële toegankelijkheid tot de verzekering
  - trimestriële cijfers betreffende de MAF.
- het nemen van beslissingen over de verzekeraarbaarheid in bepaalde specifieke situaties
- het toezien op de uitreiking, vervanging en hernieuwing van de SIS-kaarten.



## a. Systematische controles op de maatregelen van financiële toegankelijkheid

### Systematische controle op de maximumfactuur (MAF)

#### PRINCIPE


De maximumfactuur (MAF) is een maatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Zodra de uitgaven voor geneeskundige verzorging in de loop van het kalenderjaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt het gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald.

Het plafondbedrag verschilt naargelang de sociale situatie van het gezin en naargelang het inkomen.

Er zijn twee MAF-categorieën:

- de meerderheid van de gezinnen geniet van de inkomens-MAF. Bij deze maatregel is het jaarlijkse plafondbedrag voor de medische kosten afhankelijk van het netto gezinsinkomen van het derde jaar voorafgaand aan dat waarvoor het recht op de MAF wordt onderzocht. Alle personen die samenwonen op hetzelfde adres, vormen voor de inkomens-MAF een gezin.
- de sociale MAF is van toepassing op de personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Het plafondbedrag bedraagt voor deze gezinnen steeds 450 EUR per jaar. De rechthebbende op de VT, diens partner en hun personen ten laste worden beschouwd als het gezin waarvoor de sociale MAF geldt.

Er zijn ook extra beschermingsmaatregelen voorzien voor kinderen jonger dan 19 jaar en voor kinderen met verhoogde kinderbijslag.

 Voor aanvullende informatie over de MAF en meer specifiek over de specifieke maatregelen voor min 19-jarigen, kan u de website van het RIZIV raadplegen: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), onder de rubriek Home > Burger > Medische kosten > De Maximumfactuur (MAF).

#### METHODE

De DAC bepaalt de inkomstencategorieën van de inkomens-MAF. Dit gebeurt op basis van:

- informatie over de gezinnen die de Dienst ontvangt van de V.I.
- informatie over de inkomsten die de Dienst ontvangt van de FOD Financiën.

Op basis van de informatie over de inkomsten die de DAC ontvangt van de FOD Financiën, worden de gezinnen ondergebracht in een inkomstencategorie. Met elke categorie hangt een remgeldplafond samen: hoe hoger het inkomen, hoe hoger het plafond. Er bestaan in het kader van de MAF 5 inkomstencategorieën. In de gegevensuitwisseling tussen de DAC en RIZIV worden deze categorieën gecodeerd met een letter tussen B en F.

Van alle gezinnen wordt de gezinssamenstelling gecontroleerd. De controle bestaat uit een vergelijking tussen het gezin doorgestuurd door de V.I. en het Rijksregister. Voor alle correct samengestelde gezinnen worden de fiscale gegevens van de gezinsleden opgevraagd bij de FOD Financiën.

Een MAF-jaar wordt 2 jaar na het betreffende kalenderjaar afgesloten, omdat de getuigschriften voor verstrekte hulp tot 2 jaar na de verstrekingsdatum kunnen worden ingediend. Zo werden de remgeldtellers voor het MAF-jaar 2007 afgesloten op 31 december 2009 en deze van het MAF-jaar 2008 op 31 december 2010.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel geeft volgende elementen weer:

- het aantal bestanden dat door de V.I. werd verstuurd naar de Dienst
- het aantal gezinnen dat het remgeldplafond van 450 EUR heeft bereikt
- het aantal en percentage fouten in de gezinssamenstelling vastgesteld door de Dienst

**Tabel 18 - Overzicht van het aantal overgemaakte bestanden, gezinnen die het plafond van 450 EUR hebben bereikt en fouten in de gezinssamenstelling in 2010 en 2011**

Controlejaar	Aantal bestanden	Aantal gezinnen dat 450 EUR remgeld haalt en door de DAC is verwerkt	Aantal fouten in de gezinssamenstelling	% fouten in de gezinssamenstelling
2010	386	1.186.598	2.574	0,21%
2011	406	1.350.500	4.377	0,32%

De gezinnen uit tabel 18 zijn de Rijksregistergezinnen die het plafond van 450 EUR hebben bereikt. Voor deze gezinnen wordt de inkomstencategorie voor dat MAF-jaar bepaald. Niet al deze gezinnen genieten ook effectief van de maximumfactuur. Dit gebeurt pas als ze het plafondbedrag effectief bereiken.

### Systematische controle op de verhoogde tegemoetkoming (VT) - inclusief OMNIO

#### PRINCIPE

Personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming betalen voor elke kost voor geneeskundige verzorging een lager bedrag dan andere sociaal verzekerden.

Er zijn 3 manieren om een recht te openen op de VT:

- **Personen die** gedurende een bepaalde periode **genieten van een van de volgende sociale voordelen** hebben automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming. Het gaat om personen met:
  - een leefloon van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW)
  - sociale hulp, toegekend door het OCMW
  - een inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of rentebijslag
  - een tegemoetkoming voor personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid
  - of kinderen met verhoogde kinderbijslag (begunstigde erkend voor ten minste 66%).

Als een gerechtigde met een sociaal voordeel een verhoogde tegemoetkoming geniet, wordt het recht ook toegekend aan de personen die hij ten laste heeft en aan zijn of haar levenspartner en diens personen ten laste.

- **Sociaal verzekerden die een bijzondere hoedanigheid bezitten**, kunnen het recht op de verhoogde tegemoetkoming openen als ze de inkomensvoorwaarde vervullen. De betrokken verzekerde en zijn gezinsleden moeten een verklaring op erewoord invullen en aan de plaatselijke afdeling van hun V.I. bezorgen. Alle leden van het gezin genieten dan ook het voordeeltarief. Een VT-gezin bestaat bij deze maatregel uit de persoon met de hoedanigheid, zijn of haar echtgeno(o)t(e) of levenspartner en hun beider personen ten laste. Het gaat over volgende hoedanigheden:
  - weduwe/weduwnaar, invalide, gepensioneerde of wees ("WIGW")
  - erkend mindervalide (zonder tegemoetkoming voor personen met een handicap)
  - volledig langdurig werkloze
  - resident van minstens 65 jaar oud

- lid van een kloostergemeenschap
  - gewezen koloniale ambtenaar
  - ambtenaar in disponibiliteit
  - eenoudergezin
  - rechthebbenden op een toelage van het stookoliefonds.
- **De sociaal verzekerden die genieten van het OMNIO-statuut** worden geïdentificeerd als gezinnen met een laag inkomen. Het gaat om een beschermingsmaatregel die het recht op de VT uitbreidt naar verzekerden uit gezinnen met een laag inkomen, maar zonder bijzondere hoedanigheid zoals deze van invalide of langdurig werkloze. Het gezin dat in aanmerking komt, omvat alle personen die officieel op hetzelfde adres wonen op 1 januari van het jaar van de aanvraag van het OMNIO-statuut.

De rechthebbenden op basis van een hoedanigheid en op basis van het OMNIO-statuut moeten een verklaring op eer invullen met vermelding van hun bruto belastbaar gezinsinkomen. Dit inkomen moeten onder een bepaald bedrag liggen, dat afhankelijk is van de grootte van het gezin (bedrag X voor de eerste persoon, aangevuld met een bijkomend bedrag per extra gezinslid).

#### METHODE

De verwerking van de 3 bovenvermelde categorieën is verschillend:

- VT-recht op basis van een sociaal voordeel: de informatie over de gezinssamenstelling wordt doorgegeven aan de DAC, die niet overgaat tot een inkomstencontrole op basis van de fiscale gegevens
- VT-recht op basis van een hoedanigheid: de informatie over de gezinssamenstelling wordt doorgegeven aan de DAC, die overgaat tot een inkomstencontrole op basis van de fiscale gegevens die worden opgevraagd bij de FOD Financiën
- VT-recht op basis van het OMNIO-statuut: de informatie over de gezinssamenstelling wordt doorgegeven aan de DAC, die overgaat tot een inkomstencontrole op basis van de fiscale gegevens die worden opgevraagd bij de FOD Financiën.

De controle betekent dat de inkomsten voor het jaar X-2 worden opgevraagd. Deze controle zorgt voor een verlenging of afsluiting van het recht op VT of OMNIO in de toekomst.

Jaarlijks wordt er vanuit de V.I. een bestand verstuurd naar de DAC met alle personen die op 1 januari van dat jaar recht hebben op de VT. Daarnaast wordt een afzonderlijk bestand overgemaakt met alle OMNIO-rechthebbenden uit het voorgaande jaar.

Alle rechthebbenden worden geïntegreerd in het repertorium van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

Voor de rechthebbenden op de VT op basis van een hoedanigheid en het OMNIO-statuut worden de inkomstengegevens opgevraagd bij de FOD Financiën. De gegevens die de Dienst ontvangt van de FOD Financiën, worden overgemaakt aan de V.I., die het recht op basis daarvan onderzoeken. Op basis van de gegevens uit het antwoordbestand worden de gezinsinkomsten berekend. Het resultaat van deze berekening is de stopzetting bij een overschrijding van het VT-plafond of een verlenging van het recht met 1 jaar tot aan het volgende inkomensonderzoek.

Deze berekening is bijvoorbeeld nodig wanneer de V.I. of het ziekenfonds moet nagaan of de inkomsten van kinderen kunnen worden vrijgesteld omdat ze nog genieten van kinderbijslag, of er een aftrek mogelijk is van het kadastraal inkomen voor het eigen woonhuis.

De V.I. stuurt de DAC een feedback over de inkomensonderzoeken. In de feedbackbestanden komen de gezinnen voor wiens recht werd stopgezet of die gemuteerd zijn naar een andere V.I.

Alvorens de fiscale gegevens van de OMNIO-gezinnen op te vragen en door te geven aan de V.I., wordt de samenstelling van de gezinnen gecontroleerd. Dit verloopt op een gelijkaardige manier als voor de MAF. De controle bestaat uit een vergelijking tussen het gezin uit het bestand met dat uit het Rijksregister. Voor alle correct samengestelde gezinnen worden de fiscale gegevens van de gezinsleden opgevraagd bij de FOD Financiën. Deze gegevens worden samengeteld voor het gezin. De individuele inkomsten en deze voor het totale gezin worden doorgegeven aan de V.I.

## RESULTATEN

Op basis van het voormelde jaarbestand waren er op 1 januari 2010 1.348.750 rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming. Het jaarbestand dat de Dienst ontving in 2011 met alle rechthebbenden op 1 januari 2011 telt 1.437.199 VT-rechthebbenden. Dit is het aantal rechthebbenden waarvoor het recht werd gecontroleerd. De aantallen staan in tabel 19 opgelijst per VI.

Tabel 19 - Aantal rechthebbenden op de klassieke VT in de jaarbestanden van 01/01/2010 en 01/01/2011		
L.B.	Totaal 2010	Totaal 2011
100	531.193	549.172
200	57.437	62.481
300	486.960	535.957
400	77.196	80.455
500	167.282	177.315
600	18.749	22.084
900	9.933	9.735
<b>Totaal</b>	<b>1.348.750</b>	<b>1.437.199</b>

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal te controleren gezinnen, en het aantal en aandeel foutief samengestelde OMNIO-gezinnen in 2010 en 2011. Dit is verschillend van de aantallen in tabel 19, waar het aantal rechthebbenden wordt weergegeven en niet het aantal gezinnen.

Tabel 20 - Aantal gezinnen met OMNIO in de controlebestanden in 2010 en 2011			
Jaar	Aantal gezinnen	Aantal fouten in de gezinssamenstelling	% fouten in de gezinssamenstelling
2010	84.068	536	0,64
2011	97.307	806	0,83

Opmerking: Het aantal gezinnen is niet gelijk aan het aantal rechthebbenden omdat er verschillende rechthebbenden deel kunnen uitmaken van eenzelfde OMNIO-gezin.

## b. Opmaken van voorlopige bewijsstukken inzake verzekeraarbaarheid

### Bijdragebons

#### PRINCIPE

Om recht te hebben op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, moet in principe een bijdrageplicht worden vervuld. Het bewijs dat er voldoende bijdragen werden betaald, wordt geleverd door een elektronisch bijdrageattest. Elk jaar vóór 1 december kijken de V.I. na of de rechten van hun leden kunnen worden verlengd. Indien een V.I. vaststelt dat de verzekeraarbaarheid van een werknemer gebreken vertoont omdat een (elektronische) bijdragebon ontbreekt, foutief of onvolledig is, kan zij de tussenkomst vragen van de DAC.

## METHODE

Bij het ontbreken van een elektronische bijdragebon, heeft de afdeling de bevoegdheid om op basis van de door de V.I. overgemaakte stukken (bv. loonfiche), een attest van voorlopige verzekeraarbaarheid op te maken en aan de V.I. te bezorgen.

Er is geen vaste frequentie voor het doorsturen van aanvragen en antwoorden. Er is wekelijks ongeveer één zending. Omdat de V.I. uiterlijk op 1 december nagaan of de verzekeraarbaarheid van hun leden kan worden verlengd, is er een piek in het aantal aanvragen van januari tot maart.

De gebruikte procedure om de aanvragen te verwerken, verschilt per aanvraagtype. Voor alle types worden een aantal KSZ-databanken gebruikt: de stroom met elektronische doorgave van gegevens over papieren bijdragebons vanuit de RSZ en de RSZPPO naar het RIZIV (stroom A908), de stroom bijdragebons (stroom A911), het Rijksregister en het werkgeversrepertorium. Voor aanvragen voor duplicaten wordt ook contact opgenomen met de loopbaandatabank Sigedis. Er dient een duplicaat te worden aangevraagd wanneer de V.I. problemen ondervindt om de werknemer te identificeren. Dit gebeurt soms als het door de V.I. gehanteerde INSZ-nummer foutief is.

Voor de aanvragen inzake onvolledige bijdragebons, volledig ontbrekende bijdragebons of deze waar de werknemer niet kan worden geïdentificeerd, moet de V.I. aanvullende bewijsstukken overmaken aan de DAC opdat een gefundeerde beslissing kan worden genomen.

## RESULTATEN

In de loop van 2010 werden 5000 aanvragen onderzocht. In ongeveer 20% van de aanvragen was verder onderzoek nodig bij de RSZ of RSZPPO.

Type aanvraag	Aantal aanvragen in 2010	Aantal aanvragen in 2011
Duplicaataanvragen	2667	3143
Kwaliteitsproblemen	108	99
Onvolledige bon	65	129
Ontbrekende bon	1531	1245
Identificatieproblemen	80	70

## Pensioenattesten

### PRINCIPE

Het pensioenattest bewijst de hoedanigheid van gepensioneerde gerechtigde in de zin van de verzekering voor geneeskundige verzorging en vormt een voorwaarde voor de toekenning van het recht op tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit attest moet in principe worden uitgereikt door de instantie die belast is met het uitbetalen van het pensioen. Bij verlies of problemen bij de elektronische uitwisseling van deze attesten, kan de V.I. of de sociaal verzekerde een duplicaat van het pensioenattest opvragen bij de Dienst.

### METHODE

De Dienst ontvangt deze aanvragen per brief, per mail of uitzonderlijk na een persoonlijke afspraak met de verzekerde.

De duplicaten worden uitsluitend opgemaakt voor gepensioneerde sociaal verzekerden die in België wonen. De meeste aanvragen komen van V.I.

## RESULTATEN

Een groot aantal aanvragen gebeurt ten onrechte. Een duplicaat wordt slechts in ongeveer 35% van de gevallen afgeleverd. In de andere gevallen is er geen origineel elektronisch pensioenattest aanwezig of verzonden. In dat geval is er een probleem bij de pensioenuitbetalingsinstelling en kan er dus ook geen duplicaat worden overgemaakt.

Tabel 22 - Aantal verstuurd pensioenattesten in 2010 en 2011	
Jaar	Aantal verstuurd attesten
2010	133
2011	385

## c. Beheer en controle van de gegevensuitwisseling in het domein van de administratieve toegankelijkheid

### Beheer en controle individuele mutaties

#### PRINCIPE

Een individuele mutatie betekent dat een gerechtigde zich aansluit bij een andere V.I. dan deze waarbij hij was aangesloten. Een mutatie kan plaatsvinden op de eerste dag van elk kwartaal (zijnde op 1 januari, 1 april, 1 juli of 1 oktober) en de aanvraag tot mutatie moet door de nieuwe aan de oude V.I. worden bezorgd.

De DAC ontvangt een afschrift van elke aanvraag, weigering en goedkeuring van een mutatie.

#### METHODE

De Dienst ontvangt een papieren afschrift van de aanvraag tot mutatie (formulier 551), de weigering tot mutatie (formulier 552), en de goedgekeurde mutatieaanvragen (formulier 554).

Er zijn inmiddels besprekingen opgestart met de V.I. om te komen tot een elektronische stroom van gegevens over de mutaties. Deze stroom heeft het grote voordeel van een veel betere exploitbaarheid van de gegevens en een administratieve vereenvoudiging voor de V.I. en de DAC.

#### RESULTATEN

De grootorde van het aantal aanvragen tot mutatie (formulier 551) dat werd overgemaakt aan de Dienst ligt rond in de 80.000 in 2010. In 2011 werd geen manuele telling uitgevoerd van de attesten.

### Feedback onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid

#### PRINCIPE

Eén van de belangrijkste hoedanigheden van gerechtigde in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, is die van gerechtigde werknemer.

Het komt voor dat een werknemer ten onrechte ("onrechtmatig") als werknemer aan de sociale zekerheid onderworpen werd (bijvoorbeeld omdat zijn activiteit als een activiteit als zelfstandige moet worden beschouwd). Deze hoedanigheid moet dan worden geregulariseerd.

#### METHODE

De DAC beheert de informatie-uitwisseling over niet-frauduleuze onderwerpen. De afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens ontvangt de melding van een verkeerde onderwerping als werknemer van de RSZ. Vervolgens kijkt men na in welke periode de onrechtmatige onderwerping zich situeerde en bij welk ziekenfonds betrokkene in die periode was aangesloten.

Om een idee te krijgen over de toenmalige aansluiting in geval van mutatie tijdens of na de periode van onrechtmatige onderwerping, wordt de aansluiting bij het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) opgevraagd voor de volledige periode van onrechtmatige onderwerping. Nadien brengt men de V.I. op de hoogte van de verkeerde onderwerping van de betrokken gerechtigde als werknemer. De V.I. brengt de DAC vervolgens op de hoogte van de manier waarop de verzekerbaarheidstoestand werd geregulariseerd.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de door de RSZ aan de DAC overgemaakte berichten inzake onrechtmatige onderwerpingen.

Tabel 23 - Overzicht van het aantal overgemaakte berichten inzake onrechtmatige onderwerpingen in 2010 en 2011	
Jaar	Aantal ontvangen berichten
2010	969
2011	486

### d. Studies en analyses van de verzekeraarheidsgegevens

#### Informatie over de sociaal verzekerden inzake hun statuut op het vlak van de administratieve en financiële toegankelijkheid tot de verzekering (ledentallen)

##### PRINCIPE


Het ledentallenbestand is de enige databank in het RIZIV die een totaalbeeld bevat van alle sociaal verzekerden in België. Bijgevolg is het een belangrijke gegevensbron om de administratieve en financiële toegankelijkheid tot de verplichte GVV-verzekering in kaart te brengen en te verbeteren.

##### METHODE

Elke V.I. stuurt twee keer per jaar een geanoniseerd ledentallenbestand door naar de directie toegankelijkheidsgegevens. Dit ledentallenbestand bevat alle rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in België die bij hen aangesloten zijn op respectievelijk 30 juni en 31 december van dat jaar.

##### RESULTATEN

De analyses uitgevoerd op de gegevens uit de ledentallenbestanden zijn beschikbaar in de jaarverslagen 2010 en 2011 van het RIZIV, alsook op de website van het RIZIV.

 U vindt meer info op de site van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek "Wilt u meer weten?" > Statistieken van het RIZIV > Statistieken van ledentallen.

Er worden bovendien analyses uitgevoerd op vraag van andere diensten van het RIZIV en van burgers.

In 2010 werden er vanuit de ledentallen 41 vragen naar cijfers met betrekking tot de verzekeraarheidsgegevens beantwoord. De meeste vragen gaan over het aantal rechthebbenden per regeling, het aantal rechthebbenden op VT en/of OMNIO en dit soms ook per gemeente, provincie of arrondissement.

In 2011 werden 38 vragen behandeld.

#### Trimestriële cijfers maximumfactuur

##### PRINCIPE

In het kader van de MAF zijn het de ziekenfondsen die, op basis van de code die werd gecommuniceerd door de Dienst, vanaf een met deze code overeenstemmend bedrag aan remgelden in de MAF-teller, de prestaties aan 100% terugbetalen aan de leden van het MAF-gezin. De DAC heeft geen zicht op welke gezinnen het remgeldplafond behalen en welk bedrag ze krijgen terugbetaald.

Naast de inkomens-MAF bestaat ook de sociale MAF. Deze gezinnen komen niet voor in de gegevensuitwisseling tussen de V.I. en de DAC.

Om een beeld te krijgen van het aantal personen en gezinnen en de uitgaven van de MAF, sturen de V.I. de Dienst trimestrieel geaggregeerde cijfers door.

 De principes van de MAF werden reeds besproken in het kader van de MAF-gegevensuitwisseling.

## PROCEDURE

Trimestrieel maken de V.I. cijfergegevens over met betrekking tot het aantal rechthebbenden op de MAF en het totaalbedrag van de terugbetalingen per categorie en per refertejaar. De cijfers hebben niet alleen betrekking op de inkomensmaximumfactuur, maar ook op de sociale MAF, de MAF voor kinderen tot 18 jaar en de MAF voor kinderen met verhoogde kinderbijslag. Deze statistieken werden gecreëerd om de resultaten en impact van de maatregelen MAF 100% Facturatie en MAF Chronisch Zieken te kunnen opvolgen. Deze gegevens worden door de Cel MAF bewaard en getotaliseerd per jaar.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat de cijfers van 31 december 2010 voor het MAF-jaar 2010. Deze cijfers zijn de geaggregeerde cijfers voor alle V.I. voor het MAF-jaar 2010 en 2011 op 1 januari 2012. Voor het MAF-jaar 2010 worden ook de data doorgegeven op 1 januari 2011. Op die manier kunnen beide MAF-jaren worden vergeleken op een gelijkaardig ogenblik in hun afhandeling.

Tabel 24 - Aantal rechthebbenden op de MAF voor het MAF-jaar 2010 op 1 januari 2011 en 2012 en voor het MAF-jaar 2011 op 1 januari 2012			
MAF- rechthebbenden	MAF 2010		MAF 2011
	Op 01.01.2011	Op 01.01.2012	Op 01.01.2012
Sociale MAF	150.180	283.977	201.763
MAF inkomen (450 EUR)	81.721	207.176	124.466
MAF inkomen (650 EUR)	183.019	339.603	240.424
MAF inkomen (1.000 EUR)	58.933	139.346	92.896
MAF inkomen (1.400 EUR)	17.582	47.570	30.396
MAF inkomen (1.800 EUR)	23.179	71.860	46.499
Verhoogde kinderbijslag	338	588	507
Kind jonger dan 19 jaar	4.240	8.615	6.711
<b>Totaal</b>	<b>519.192</b>	<b>1.098.735</b>	<b>743.662</b>

De aantallen worden opgedeeld volgens de categorieën van de inkomens-MAF en de andere MAF-types: sociale MAF, maatregel voor kinderen met verhoogde kinderbijslag en MAF voor kinderen jonger dan 19 jaar.

### e. Beslissingen over de verzekeraarbaarheid: specifieke situaties

#### PRINCIPE

In erg specifieke situaties binnen de toegang tot de verzekeraarbaarheid neemt de Dienst beslissingen in een dossier of bereidt men in de Dienst een beslissing voor die in een andere Dienst van het RIZIV zal worden genomen. Deze situaties zijn uitzonderlijk. De meeste beslissingen in een verzekeraarheidsdossier worden genomen door het ziekenfonds of de V.I.

Beslissingen die worden genomen in de Dienst of voorbereid voor een andere dienst van het RIZIV binnen een concreet dossier zijn de volgende:

- Aanvraag tot inschrijving met terugwerkende kracht
- Aanvraag tot immunisatie van periodes van verblijf in het buitenland
- Aanvraag tot vrijstelling van wachttijd voor het recht op geneeskundige verzorging
- Aanvraag verzakingen aan terugorderingen voor prestaties geneeskundige verzorging.



Daarnaast lijst de Dienst de bewijsmodaliteiten op voor sommige hoedanigheden, alsook de bewijsstukken voor de specifieke types van bijdrage binnen de verzekeraar. Enkele voorbeelden zijn:

- Aanvraag erkenning bewijs van verblijf in België en van samenwoont met de gerechtigde, voor sommige kinderen die als persoon ten laste ingeschreven worden
- Aanvragen tot erkenning van bewijsmiddelen voor de inschrijving als ingeschrevene in het Rijksregister ("resident") voor personen die nog niet zijn opgenomen in het Rijksregister (in afwachting van hun opname in het Rijksregister)
- het voorzien van bewijsmodaliteiten voor de inschrijving van sommige categorieën van vreemdelingen als ingeschrevene in het Rijksregister ("resident")
- het voorzien van bewijsmodaliteiten voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen
- het actualiseren van de minimumwaarde voor de bijdrageverplichting
- het opmaken van specifieke bijdrageattesten voor werklozen die een beroepsopleiding volgen en in die situatie slachtoffer worden van een arbeidsongeval
- het erkennen van onderwijsinstellingen van het hoger onderwijs
- attesten militairen VT.

#### METHODE

De eigenlijke beslissing in de dossiers administratieve toegankelijkheid ligt bij de leidend ambtenaar van de DAC of bij de DAC zelf. De afdeling Administratieve toegankelijkheid ontvangt de aanvragen en bereidt een beslissing voor.

Het is de V.I. die de aanvraag kan indienen voor de betrokken sociaal verzekerde.

De methode en uiteindelijke beslissing liggen anders bij de aanvragen tot verzaking aan terugvorderingen voor prestaties geneeskundige verzorging. Daar is het de Afdeling financiële toegankelijkheid die de aanvragen van de V.I. ontvangt en de beslissing voorbereidt. Het is de leidend ambtenaar van de DGV die na advies van de werkgroep verzekeraar de uiteindelijk beslissing neemt.

Deze bewijsmodaliteiten worden opgenomen in verschillende omzendbrieven, die regelmatig en indien nodig worden geactualiseerd.

#### RESULTATEN

Tabel 25 - Overzicht aantallen aanvragen aan de dienst per type		
	Aantal 2010	Aantal 2011
Inschrijving met terugwerkende kracht	15	42
Erkenning van bewijsmiddelen resident	5	4
Immunisatie van periodes van verblijf in het buitenland	80	132
Vrijstelling van wachttijd voor het recht op geneeskundige verzorging	1	3
Verzakingsaanvragen aan terugvorderingen voor prestaties geneeskundige verzorging	30	8

## f. Verloren SIS-kaarten

#### PRINCIPE

De sociale identiteitskaart (SIS-kaart) is een drager van basisinformatie over het statuut van de verzekerde met betrekking tot zijn administratieve en financiële toegang tot de verzekering. Deze basisgegevens geven onder meer een aanduiding van zijn hoedanigheid, zijn recht en het feit of hij de verhoogde tegemoetkoming geniet.

De SIS-kaart is een uniek identificatie-instrument in het socialezekerheidssysteem. Dit identificatie-instrument wordt beheerd door de KSZ. Het is de KSZ die de reglementering over de vorm en inhoud van de SIS-kaart en SIS-kaartlezers beheert, en een centraal register bijhoudt van alle SIS-kaarten.

Het zijn daarentegen de V.I. die zijn belast met de uitreiking van de SIS-kaarten. Ze worden gebruikt in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en vooral in de sector geneeskundige verzorging.

#### **METHODE**

De DAC heeft een algemene bevoegdheid van toezicht op de uitreiking, vervanging en vernieuwing van SIS-kaarten.


In het kader van deze opdracht brengt de DAC de V.I. en de KSZ op de hoogte van verloren SIS-kaarten die hem zijn toegezonden.

#### **RESULTAAT**

In 2010 werden er 125 SIS-kaarten overgemaakt, in 2011 het dubbele.

## II. Responsabilisering en regelgeving

### 1. Financiële responsabilisering van de V.I.

 In het kader van de responsabilisering van de V.I. met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, moet het RIZIV jaarlijks informatie overmaken aan CDZ. Op basis van deze gegevens evalueert CDZ de beheersprestaties van de V.I. en wanneer er tekortkomingen worden vastgesteld, worden, afhankelijk van de omvang van de tekortkomingen, financiële middelen afgetrokken van een deel van de toegekende begrotingsenveloppe (het variabele gedeelte van de administratiekosten).

Zo heeft de DAC voor de jaren 2010-2011 aandacht besteedt aan:

- de informatie die aan CDZ moet worden overgemaakt in het kader van de huidige evaluatiecriteria
- het formuleren van voorstellen tot modernisering en verbetering van de huidige evaluatiecriteria
- de analyse van de klachtenbeheersystemen van de V.I.

#### a. Aan CDZ overgemaakte informatie - huidige evaluatiecriteria

##### PRINCIPE

In toepassing van het K.B. van 28 augustus 2002, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 december 2006, maakt het RIZIV in het kader van de financiële responsabilisering van de V.I. met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, jaarlijks informatie over aan CDZ.

CDZ gebruikt deze gegevens met name om de beheersprestaties van de V.I. te evalueren. Indien er tekortkomingen worden vastgesteld, worden, afhankelijk van de omvang van deze tekortkomingen, financiële middelen afgetrokken van het variabele gedeelte van de aan hen toegekende administratiekosten.

In het K.B. van 28 augustus 2002 werden 10 criteria opgenomen, waarbij het RIZIV voor 6 criteria (criteria 1 tot 5 en criterium 9) informatie ter beschikking moet stellen:

##### 1<sup>e</sup> criterium:

- de tijdige mededeling en de kwaliteit van de gegevens nodig voor het bereiken van de doelstellingen vervat in de bestuursovereenkomst
- de tijdige en correcte uitvoering van de taken en opdrachten die in deze bestuursovereenkomst worden beoogd.

##### 2<sup>e</sup> criterium:

- de termijnen waarbinnen de dossiers van de maximumfactuur worden afgehandeld en de nauwkeurigheid bij het beheer van deze dossiers
- de snelheid waarmee voldaan wordt aan de andere terugbetalingsverplichtingen.

##### 3<sup>e</sup> criterium:

- het overmaken, binnen de voorziene termijnen en behoorlijk opgesteld, van de wettelijk voorziene administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische documenten
- het tijdig overmaken van de correcte en volledige gegevens ten behoeve van de deskundigen die zijn belast met het uitwerken van de parameters voor de normatieve verdeelsleutel in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de V.I.

##### 4<sup>e</sup> criterium:

- de kwaliteit van de deelname aan beleidsvoorbereidende studies, waaronder de tijdige mededeling en de kwaliteit van de te verstrekken noodzakelijke gegevens.

**5<sup>e</sup> criterium:**

- De werking van het systeem van interne controle en interne audit wordt beoordeeld op grond van:
  - de naleving van de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten voor de prestaties
  - de terugvordering bij subrogatoire of onverschuldigde betalingen
  - de kwaliteit van de ingestelde validiteitscontroles met het oog op de correcte terugbetaling en afrekening van de prestaties en de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van die prestaties
  - de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van de minimale klinische gegevens
  - de aanwezigheid van een fout, een vergissing of een nalatigheid bij de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, waarbij het beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV afziet van de terugvordering van de onverschuldigde bedragen.

**9<sup>e</sup> criterium:**

- de goede uitvoering van de taken toevertrouwd aan de adviserend geneesheren
- het tijdig overmaken en de goede kwaliteit van de overgemaakte documenten, stukken en gegevens die de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle nodig heeft voor de uitvoering van zijn opdrachten.

**METHODE**

De DAC is belast met het verzamelen van alle gegevens bij elke RIZIV-dienst zoals deze zijn bepaald in de 6 bovenvermelde criteria. De DAC maakt deze gegevens vervolgens over aan CDZ.

Naast de coördinatie van deze gegevens, levert de DAC ook informatie voor vier van deze criteria, namelijk de criteria 1, 2, 3 en 5.

**Criterium 1:**

Wat betreft de doelstelling van de ontwikkeling van de audit- en adviesrol van de inspectiediensten van het RIZIV bij de ziekenfondsen en beheersorganen, wordt rekening gehouden met de resultaten van alle themacontroles van de DAC.

**Criterium 2:**

De DAC levert gegevens over de termijnen waarbinnen de MAF-dossiers worden afgehandeld (gegevens uitgedrukt in aantal dagen vertraging), over de nauwkeurigheid in het kader van het dossierbeheer (gegevens uitgedrukt in aantal geweigerde registraties) en over de levering van trimetriële MAF-statistieken.

**Criterium 3:**

Wettelijke voorziene administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische documenten. In dit kader maakt de DAC de cijfergegevens over met betrekking tot de termijnen waarbinnen de administratieve documenten (gegevensbestanden) over de verhoogde tegemoetkoming, de ledenaantallen en artikel 195 door de V.I. worden overgemaakt. De DAC maakt ook cijfergegevens over met betrekking tot de termijnen waarbinnen de financiële en boekhoudkundige documenten door de V.I. worden overgemaakt (documenten T20 en artikel 336).

**Criterium 5:**

- Wat betreft de evaluatie van de werking van het systeem voor interne controle en audit op basis van de terugvordering van subrogatoire of onverschuldigde bedragen, houdt de DAC zich bezig met:
  - de resultaten van de themacontrole betreffende de terugvorderingen van bedragen die een verhoging van de aan de V.I. toegekende administratiekosten tot gevolg hadden, uitgevoerd door de sociaal inspecteurs van de DAC in het kader van artikel 195 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
  - de controle op de terugvordering van betalingen die een verhoging van de aan de V.I. toegekende administratiekosten tot gevolg hebben

- de controle op de nominatieve lijsten zoals ingediend door de V.I. voor de terugvorderingen in het kader van de artikelen 136, § 2, en 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.
- Wat betreft de evaluatie van de werking van het systeem van interne controle en audit op basis van de aanwezigheid van een fout, een vergissing of een nalatigheid bij de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, waarbij het beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen afziet van de terugvordering van de onverschuldigde bedragen, maakt de DAC de gegevens over de gevallen en bedragen waarvoor werd afgezien van een terugvordering wegens vaststelling van een fout, een vergissing of een nalatigheid van de V.I. door de DAC over.

## RESULTATEN

In 2010 heeft de DAC volgende gegevens overgemaakt:

- het verslag van de themacontrole betreffende de regeling der zelfstandigen
- het verslag van de themacontrole betreffende de frauduleuze en onrechtmatige onderwerpen aan de sociale zekerheid
- de bestanden betreffende de MAF en de ledenaantallen
- de financiële documenten T20 en artikel 336
- de bestanden betreffende de overdracht van gegevens over de verhoogde tegemoetkoming en de gegevensoverdracht zoals bepaald in artikel 195
- het verslag van de themacontrole betreffende de terugvordering van bedragen die een verhoging van de aan de V.I. toegekende administratiekosten tot gevolg hebben
- het verslag over datamatching sociale fraude betreffende de werkingsindicatoren van de V.I. en de ziekenfondsen in het kader van de controle van niet-toegestane cumulaties
- de gevallen en bedragen waarvoor werd afgezien van een terugvordering terwijl de DAC een fout, vergissing of nalatigheid had vastgesteld.

In 2011 heeft de DAC volgende gegevens overgemaakt:

- het verslag van de themacontrole betreffende de verhoogde tegemoetkoming
- het verslag van de themacontrole betreffende de werkloosheids- en de ziekte- en invaliditeitsverzekering
- de bestanden betreffende de MAF en de ledentallen
- de financiële documenten T20 en artikel 336
- de documentatie betreffende de overdracht van gegevens over de verhoogde tegemoetkoming en de gegevensoverdracht zoals bepaald in artikel 195
- het verslag van de themacontrole betreffende de terugvordering van bedragen die een verhoging van de aan de V.I. toegekende administratiekosten tot gevolg hebben
- het verslag over datamatching sociale fraude betreffende de werkingsindicatoren van de V.I. en de ziekenfondsen in het kader van de controle van niet-toegestane cumulaties
- de gevallen en bedragen waarvoor werd afgezien van een terugvordering terwijl de DAC een fout, vergissing of nalatigheid had vastgesteld.

In 2010 en 2011 werd een syntheseverslag opgesteld met alle door het RIZIV geleverde evaluatiegegevens. Dit verslag werd overgemaakt aan CDZ, die het variabele gedeelte van de aan de V.I. toegekende administratiekosten moest bepalen.

Een specifiek verslag met daarin de door de DAC opgegeven gegevens werd ook overgemaakt aan de V.I.

## b. Voorstel tot modernisering

### PRINCIPE

In uitvoering van artikel 44 van de bestuursovereenkomst 2010-2012 tussen de Belgische staat en het RIZIV, heeft het RIZIV zich geëngageerd om voorstellen te formuleren met betrekking tot de responsabilisering van de V.I. inzake hun administratiekosten.

**Meer informatie?**  
Raadpleeg onze verslagen 2010 en 2011 "Financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen - Aan de CDZ overgemaakte gegevens voor de periode van 1 januari tot 31 december 2011", publicaties maart 2011 en maart 2012.

De huidige set van criteria geven een partieel beeld van de werking van de V.I. Ook bestaan er voor bepaalde criteria onduidelijkheden of ruimte voor interpretatie, en zijn bepaalde criteria minder relevant geworden. Het huidige systeem impliceert bovendien een aanzienlijke werklast met een beperkte impact op de variabiliteit.

Daarom is er nood aan duidelijke, objectieve en controleerbare criteria die een groot deel van de werking van de ziekenfondsen omvatten.

#### METHODE

In samenspraak met CDZ, de V.I. en elke RIZIV-dienst heeft de DAC concrete voorstellen geformuleerd om de huidige criteria aan te passen en te verbeteren.

Het uitgangspunt was het antwoord op de vraag: Wat is een goed werkend ziekenfonds?

Om deze vraag te beantwoorden, werden volgende cruciale processen geïdentificeerd, die de werking van de V.I. op een globaal niveau weerspiegelen:

- de informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe
- de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen
- de correcte, uniforme en tijdige uitvoering van betalingen
- de detectie en nauwgezette opvolging van de vorderingen
- de organisatie van de nodige controlemechanismen op de verschillende niveaus
- de samenwerking met het RIZIV en de medewerking aan de uitvoering van het beleid van de Minister van Sociale Zaken
- het boekhoudkundig beheer.

#### RESULTATEN

De DAC heeft, in samenspraak met de andere RIZIV-diensten, de V.I. en CDZ in december 2011 een verslag opgesteld met een voorstel voor een nieuwe evaluatiemethode voor de beheersprestaties van de V.I. Het verslag werd samen met een voorstel tot wetgevend initiatief ter bestudering overgemaakt aan de Minister van Sociale Zaken.

### c. Klachtenbeheersystemen van de V.I.

#### PRINCIPE

In het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de V.I. heeft de DAC in 2010 de klachtenbeheersystemen<sup>5</sup> van de V.I. geanalyseerd. Het was de bedoeling om een beschrijving te geven van de klachtenbeheermechanismen binnen de V.I., om hiervoor in de toekomst nieuwe regels te ontwikkelen.

#### METHODE

Om deze doelstelling te bereiken, werd een vragenlijst opgesteld over:

- de organisatie bij de ontvangst van de klachten: Heeft de landsbond een klachtenbeheersysteem ontwikkeld? Werd betrokkene geïnformeerd over de mogelijkheid om een klacht in te dienen? Worden de klachten gecentraliseerd? Worden de klachten geregistreerd?
- de afhandeling van de klachten: Wordt er een ontvangstbevestiging verstuurd? Wie behandelt de klacht en binnen welke termijn?

<sup>5</sup> Bepaald in het kader van artikel 44 van de bestuursovereenkomst tussen de Staat en het RIZIV.

- de registratie en reporting van klachten: Wordt er een analyseverslag van het klachtensysteem opgesteld? Welke indicatoren en gegevens staan in het analyseverslag? Voor wie is het verslag bestemd?
- de follow-up van de klachten: Worden er structurele aanbevelingen geformuleerd op basis van het analyseverslag? Welke impact hebben die?

Aan de hand van deze vragenlijst vond een onderhoud met de contactpersonen van de landsbonden plaats. Er werd een verslag van elk onderhoud opgesteld, dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de bevroegde persoon, zodat deze eventueel aanvullingen of verbeteringen konden aanbrengen.

## RESULTATEN

Uit het onderzoek is gebleken dat er in de meeste landsbonden een klachtenbeheersysteem bestaat. Wanneer het klachtenbeheer is geformaliseerd, worden de klachten via een speciaal circuit ontvangen, behandeld en opgevolgd. In de meeste gevallen wordt een jaarlijks analyseverslag opgesteld om de oorzaken van de klachten te identificeren en aanbevelingen te formuleren om de situatie in de praktijk te verbeteren.

Wanneer het klachtenbeheer niet is geformaliseerd, worden de klachten behandeld volgens hun inhoud door de bevoegde dienst van de ziekenfondsen of landsbonden. In dat geval zijn de follow-up en het verslag zelden gesystematiseerd.

De klachten die in eerste lijn (bij de ziekenfondsen) worden ingediend, worden in de meeste gevallen behandeld op het niveau van het ziekenfonds zelf. In dit opzicht stellen sommige landsbonden een vaste procedure op voor de ziekenfondsen, zodat ze de klachten in eerste lijn gemakkelijker kunnen afhandelen. Toch worden sommige klachten in eerste lijn behandeld op het niveau van de landsbonden, vooral wanneer de ziekenfondsen zich onbevoegd verklaren of wanneer de klachten rechtstreeks aan de landsbonden zijn gericht.

Klachten die rechtstreeks aan de landsbonden worden gericht, worden in principe gecentraliseerd bij een specifieke dienst (juridische dienst, technische dienst, deskundige), of bij een ombudsman die deze klacht, afhankelijk van de inhoud ervan, behandelt of overmaakt aan het ziekenfonds in kwestie.

Het samenvattend verslag is een eerste stap in het bereiken van het uiteindelijke doel, namelijk de harmonisatie en consolidatie van de klachtenbeheersystemen tussen de V.I. en het RIZIV.

## 2. Beslissingen in het kader van de discretionaire bevoegdheid van de leidend ambtenaar

In een hele reeks onderwerpen die vallen onder de opdrachten van de DAC, is de leidend ambtenaar bevoegd om beslissingen te nemen met betrekking tot de beoordeling op het vlak van de wettelijkheid. Het betreft de "discretionaire" bevoegdheid van de leidend ambtenaar.

 Meer informatie?  
Raadpleeg ons verslag "De klachtenbeheersystemen van de verzekeringsinstellingen - Analyseverslag 2010", publicatie november 2010.

De leidend ambtenaar neemt besluiten binnen volgende domeinen:

- de administratieve sancties en boetes ten aanzien van sociaal verzekerden, de V.I. en zorgverstrekkers
- het onderzoek van andere bewijsmiddelen dan deze die bij wet zijn bepaald om de samenwoning aan te tonen wat betreft personen ten laste, of om de woonplaats in België aan te tonen wat betreft de residenten
- de inschrijvingsaanvragen met terugwerkende kracht aan een V.I.
- de terugbetaling van onverschuldigde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen over een periode van meer dan 7 jaar
- de vrijstelling tot boeking ten laste van de administratiekosten van onverschuldigde, niet door de V.I. teruggevorderde bedragen
- de gevallen van overmacht die de verjaringstermijn voor de betaling van door de GVV-verzekering bepaalde verstrekkingen kunnen schorsen.

De in dit kader genomen beslissingen zijn behoorlijk gemotiveerde, administratieve beslissingen waartegen beroep mogelijk is voor de arbeidsrechtbanken. De meeste van deze domeinen nemen een belangrijke plaats in binnen de activiteiten van de DAC. Bepaalde specifieke domeinen worden hieronder nader besproken.

#### a. Administratieve sancties

In het kader van de regelgeving inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering neemt de leidend ambtenaar administratieve beslissingen bij inbreuken op de regelgeving. Hij kan administratieve sancties opleggen aan:

- sociaal verzekerden
- de V.I.
- de zorgverstrekkers.

#### Sancties ten laste van sociaal verzekerden

##### PRINCIPE

Sociale fraude gepleegd door sociaal verzekerden verschilt van omvang en vorm: fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid, zwartwerk, aangegeven maar niet door de adviserend geneesheer toegestane activiteiten, domiciliefraude, valse getuigschriften voor verstrekte hulp, enz.

Deze inbreuken kunnen leiden tot een pv van vaststelling, een terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties en een administratieve sanctie opgelegd door de leidend ambtenaar van de DAC. Het doel van de terugvordering van onverschuldigde bedragen is het vergoeden van de schade die de ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft geleden. De sanctie of sanctie met uitstel heeft tot doel de verzekerde te ontraden om opnieuw inbreuken te plegen.

Vóór 12 juni 2010 werden de administratieve sancties ten laste van verzekerden van het algemene stelsel opgelegd op basis van het koninklijk besluit van 10 januari 1969<sup>6</sup> en bestonden ze uitsluitend uit een tijdelijke uitsluiting van het recht op uitkeringen gedurende een bepaald aantal dagen en/of een tijdelijke uitsluiting van het recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen.

De juristen van de DAC hebben in samenwerking met gespecialiseerde universiteitsprofessoren in 2009 en 2010 nieuwe teksten opgesteld voor de hervorming van de sancties en instanties van de DAC. De oprichting van de Technische Commissie van de DAC is hiervan een voorbeeld.

<sup>6</sup> Koninklijk besluit van 10 januari 1969 tot vaststelling van de administratieve sancties die toepasselijk zijn op de rechthebbenden van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.



Het koninklijk besluit van 10 januari 1969 werd ingetrokken en vervangen door artikel 13 van de wet van 19 mei 2010<sup>7</sup>. Er werden twee nieuwe artikelen toegevoegd aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994: de artikelen 168quinquies en 168sexies.

Voortaan worden twee types sancties onderscheiden:

- een boete in de sector geneeskundige verzorging,
- het behoud van de tijdelijke schorsing van de uitkering in de sector uitkeringen.

Zelfstandigen worden op hun beurt altijd gesanctioneerd op basis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, dat een specifieke regeling voorziet die uitsluitend bestaat uit de tijdelijke uitsluiting van het recht op uitkeringen.

Nadat de nieuwe teksten van kracht werden, werd het Sociaal Strafwetboek<sup>8</sup> gepubliceerd waarin alle strafrechtelijke inbreuken op de sociale wetgeving staan vermeld en gecodificeerd, evenals de klassen per ernstniveau (van 1 tot 4).

#### METHODE

Het pv van vaststelling opgesteld door een sociaal inspecteur van de DAC, een sociaal controleur van de DAC of een geneesheer-inspecteur van de DGEC bevat de constitutieve elementen van de inbreuk en wordt overgemaakt aan de juridische dienst van de DAC.

De juridische dienst stuurt een kopie van het opgestelde pv van vaststelling naar de verzekerde met een aangetekende zending. Voor de dossiers van de sociaal controleurs wordt ook een kopie van het pv van vaststelling overgemaakt aan het ziekenfonds, zodat de adviserend geneesheer betrokkene medisch kan onderzoeken en de terugvordering van de onverschuldigde prestaties kan worden ingesteld.

Alvorens een administratieve sanctie op te leggen, neemt de juridische dienst ook contact op met de arbeidsauditeur om te weten of betrokkene strafrechtelijke zal worden vervolgd<sup>9</sup>. In geval van strafrechtelijke vervolging kan de leidend ambtenaar volgens het principe non bis in idem geen administratieve sanctie meer opleggen.

Meestal klasseert de arbeidsauditeur de zaak zonder gevolg en kan de leidend ambtenaar van de DAC een administratieve sanctie opleggen nadat hij de verzekerde heeft uitgenodigd om eventuele verweermiddelen voor te leggen.

De beslissing tot administratieve sanctie bevat de juridische en feitelijke overwegingen en is 4-ledig:

- de inbreuk,
- de wettelijke basis,
- de beslissing,
- de rechtsmiddelen.

De duur van de uitsluiting van het recht op uitkeringen wordt berekend door de juridische dienst van de DAC op basis van bepaalde criteria. Vóór 12 juni 2010 was er enkel een minimum en maximum vastgelegd, zonder tussenliggende schaal. Voortaan zijn er criteria opgesteld om de sancties voor niet-toegestane activiteiten in de tussenliggende niveaus te berekenen, afhankelijk van

<sup>7</sup> Wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, B.S., 2 juni 2010, tweede editie.

<sup>8</sup> Wet van 6 juni 2010 tot invoering van het Sociaal Strafwetboek, B.S. 1 juli 2010, van kracht op 1 juli 2011.

<sup>9</sup> Ten gevolge van de evoluties binnen de rechtspraak werd voorzien in procedurele garanties om te voldoen aan de eisen van het strafrecht via artikel 168sexies.

de duur van de inbreuk (aantal gewerkte dagen).

Het aantal inbreuken werd verminderd van 12 tot 5. Er werd een boete aan het RIZIV in de wet ingevoegd wat betreft bedrag inzake geneeskundige verzorging.

Daarnaast werden enkele elementen aangepast op het vlak van verzachtende en verzwarende (zwartwerk) omstandigheden en recidive, en werd de verjaringstermijn geuniformiseerd (3 jaar).

Tabel 26 - Sancties en boetes zoals bepaald in de GvU-verzekeringwet		
	Valse documenten of verklaringen	Uitsluiting/boete
Art. 168quinquies §1	Geneeskundige verzorging	Boete van 50 tot 500 EUR
Art. 168quinquies §2, 1°	Uitkeringen	Uitsluiting van 1 tot 200 uitkeringsdagen
Niet-toegestane activiteiten - artikel 168quinquies §2, 2° en 3°		
	Dagen niet-toegestane activiteit	Dagen uitsluiting
Art. 168 quinquies § 3		
1°	Van 1 tot 30 dagen	Van 1 tot 36 dagen
2°	Van 31 tot 140 dagen	Van 37 tot 102 dagen
3°	Van 141 tot 185 dagen	Van 103 tot 144 dagen
4°	186 dagen en meer	Van 145 tot 180 dagen

## RESULTATEN

Onderstaande tabel geeft het totaal aantal sancties weer opgelegd aan verzekerden in 2010 en 2011 in de sector geneeskundige verzorging en de sector uitkeringen.

Tabel 27 - Totaal aantal sancties opgelegd aan verzekerden in 2010 en 2011 per sector		
Jaar	Aantal sancties geneeskundige verzorging	Aantal sancties uitkeringen
2010	57	309
2011	75	347

## Sancties ten laste van de V.I.

### PRINCIPE

De V.I. beheren mee de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Ze moeten ook bepaalde verplichtingen naleven inzake het beheer van de dossiers van de verplichte verzekering van de bij hen aangesloten leden. In geval van gebreken kan de leidend ambtenaar van de DAC administratieve boetes opleggen. Voordien werden deze sancties beschreven in artikel 318 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 en waren er 20 in totaal. De wet van 19 mei 2010 heeft deze sancties hervormd en ingevoegd in artikel 166 van de wet betreffende geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De hervorming van de sancties voor de V.I. had betrekking op vier krachtlijnen:

- het benadrukken van een preventieve benadering in plaats van een zuiver repressieve aanpak,
- de noodzaak om door de inspecteurs vastgestelde structurele en herhaaldelijke gebreken te sanctioneren,
- de verhoging van het bedrag van de boetes wanneer aan bepaalde toepassingsvoorwaarden werd voldaan,
- de afschaffing van achterhaalde sancties.

Deze benadering had tot doel te komen tot een “correcte en uniforme toepassing van de wetgeving” door alle V.I. om zo een gelijke behandeling te garanderen van alle verzekerden, ongeacht bij welk ziekenfonds ze zijn aangesloten, alsook om het “goede beheer” door de ziekenfondsen te bevorderen.

Voortaan zijn er negen verschillende sancties die aan de V.I. kunnen worden opgelegd. In twee gevallen (organisatorische problemen of problemen bij het beheer van de dossiers) wordt de administratieve sanctie verhoogd tot 1.250 EUR, en houdt deze een waarschuwing en regularisatietermijn in.

De zeven andere administratieve sancties betreffen inbreuken vastgesteld in een specifiek dossier. Ze bestraffen het niet stuiten van de verjaring voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen en het niet boeken op de bijzondere rekening van onverschuldigde bedragen vastgesteld door de V.I. zelf of door de DAC.

Betalingen door een fout van de V.I. worden eveneens gesanctioneerd, alsook het niet regulariseren van een aansluiting of inschrijving van een verzekerde in een verkeerde hoedanigheid en het niet afleveren van een bewijs dat het onverschuldigde bedrag of de boete ten laste van de administratiekosten werd geboekt.

Ten slotte wordt het onterecht opnemen van bedragen op de lijsten met werkelijk teruggevorderde bedragen bestraft. De onmiddellijke sanctie aan de V.I. blijft behouden in geval van ernstige inbreuken op de grondslagen van het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

## METHODE

De sociaal inspecteur van de DAC stelt in zijn verslag de tekortkomingen vast die zijn bepaald in artikel 166, §1 van de wet van 14 juli 1994. Het verslag wordt overgemaakt aan de V.I., die 2 maanden de tijd heeft om haar verweermiddelen voor te leggen.

Indien de V.I. verweermiddelen voorlegt, antwoordt de Dienst op de voorgelegde verweermiddelen. De leidend ambtenaar van de DAC legt een boete op als de inbreuk wordt bewezen. Er wordt ook rekening gehouden met verzachtende omstandigheden. De V.I. dient de boetes te betalen aan het RIZIV, en er kan ook beroep tegen worden aangetekend voor de Arbeidsrechtbank van Brussel binnen de maand nadat de boete werd opgelegd.

## RESULTATEN

In 2010 en 2011 werden 874 sancties opgelegd aan de V.I.

## Sancties ten laste van zorgverstrekkers

### PRINCIPE

De leidend ambtenaar van de DAC legt in bepaalde gevallen ook administratieve sancties op ten laste van zorgverstrekkers, voornamelijk voor het niet naleven van de erelonen. Deze inbreuk wordt bestraft in toepassing van artikel 168, 3e lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Ze is onderhevig aan een administratieve boete van drie keer het bedrag van de overschrijding, met een minimum van 125 EUR. Het koninklijk besluit van 17 september 2005 tot uitvoering van artikel 168, 3e en 4e lid, beschrijft de procedure die moet worden gerespecteerd opdat administratieve boetes kunnen worden opgelegd. Artikel 168, 4e lid behandelt de overschrijding van erelonen door een geconventioneerd zorgverstrekker.

Indien de zorgverstrekker het getuigschrift voor verstrekte hulp laattijdig opstelt, kan de leidend ambtenaar van de DAC eveneens een boete opleggen. De uitvoeringsmodaliteiten staan beschreven in een koninklijk besluit. De zorgverstrekker die een getuigschrift voor verstrekte hulp niet uiterlijk binnen een door de Koning vastgelegde termijn opstelt, kan een administratieve boete van 25 EUR per maand vertraging opgelegd krijgen, waarbij het bedrag van de boete niet meer dan 250 EUR per document kan bedragen.

### METHODE

Een pv van vaststelling wordt opgesteld en een kopie van dit pv wordt via een aangetekende brief overgemaakt aan de tegenpartij. Via dezelfde kennisgeving wordt de tegenpartij gevraagd eventuele verweermiddelen voor te leggen aan de leidend ambtenaar van de DAC.

De leidend ambtenaar legt een administratieve boete op en de tegenpartij wordt via een aange tekende brief in kennis gesteld van de beslissing. Hij wordt gelast over te gaan tot betaling van de boete binnen een termijn van drie maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de beslissing werd meegedeeld.

### RESULTATEN

In 2010 werd geen enkele sanctie opgelegd ten laste van zorgverstrekkers.

In 2011 werden een boete van 5.150 EUR, een boete van 3.025 EUR en 2 waarschuwingen uitgesproken ten laste van zorgverstrekkers voor het laattijdig afleveren van getuigschriften voor verstrekte hulp.

## [b. Beslissingen tot toekenning van een terugbetalingstermijn van meer dan 7 jaar voor onverschuldigde bedragen aan uitkeringen](#)

### PRINCIPE

De DAC en de ziekenfondsen zelf sporen regelmatig onverschuldigde bedragen op, met name inzake arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten laste van sociaal verzekerden.

In toepassing van artikel 326, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 moeten de ziekenfondsen deze onverschuldigde bedragen binnen de 2 jaar na de vaststelling ervan, terugvorderen. De ziekenfondsen en sociaal verzekerden kunnen echter een overeenkomst afsluiten voor een terugbetaling op langere termijn. Indien het een onverschuldigd bedrag aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen betreft en de overeengekomen termijn meer dan 7 jaar bedraagt, is de toestemming van de leidend ambtenaar van de DAC vereist.

## METHODE

In samenspraak met de sociaal verzekerde bezorgt het ziekenfonds de DAC een aanvraag tot verlenging van de terugbetalingstermijn. Bij deze aanvraag wordt een sociaal verslag gevoegd met volgende elementen:

- het onverschuldigde bedrag,
- een beschrijving van de financiële situatie van de verzekerde en zijn gezin,
- de schuldbekentenis,
- en het voorstel tot terugbetaling.

Het dossier wordt door de Dienst onderzocht. De financiële middelen van de verzekerde worden gecontroleerd door raadpleging van de gegevensbanken (DmfA, uitgavenstaten in invaliditeit,...). De voorgestelde termijn wordt eveneens onder de loep genomen, om zeker te zijn dat de terugbetalingstermijn niet wordt uitgestrekt over een te lange periode. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de leeftijd van de verzekerde.

De leidend ambtenaar neemt zijn beslissing op basis van het aldus samengestelde dossier. De beslissing kan:

- positief zijn
- positief maar beperkt in de tijd. In dat geval wordt 2 jaar later een herziening gepland met een nieuw onderzoek van de financiële situatie van betrokkene.
- negatief. In dat geval wordt de V.I. uitgenodigd een nieuwe overeenkomst te sluiten met de verzekerde tegen andere voorwaarden.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel geeft voor de jaren 2010 en 2011 het aantal gevallen weer waarin een terugbetalingstermijn van meer dan 7 jaar werd toegekend voor de terugbetaling van onverschuldigde uitkeringsbedragen.

Tabel 28 - Aantal gevallen waarin een terugbetalingstermijn van meer dan 7 jaar voor onverschuldigde bedragen aan uitkeringen werd toegekend	
Jaar	Aantal behandelde gevallen
2010	149
2011	98

### c. Beslissingen tot vrijstelling van tenlasteneming door de V.I. van onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedragen

#### PRINCIPE

Indien de V.I. het onverschuldigde bedrag niet kan terugvorderen van de sociaal verzekerde binnen de bij wet voorgeschreven termijn, moet ze het resterende schuldsaldo ten laste van hun administratiekosten boeken.

De V.I. kunnen de leidend ambtenaar van de DAC echter vragen om hiervan te worden vrijgesteld. Er kan geen vrijstelling worden toegekend in volgende situaties (artikel 327 van de GvU-wet):

- de terugvordering is het gevolg van een fout, vergissing of nalatigheid van de betrokken V.I.,
- de V.I. heeft niet alle rechtsmiddelen aangewend voor de terugvordering,
- de terugvordering betreft minder dan 300 EUR,
- de aanvraag werd laattijdig ingediend.

## METHODE

De dossiers waarvoor de V.I. een aanvraag tot vrijstelling heeft ingediend, worden onderzocht in het ziekenfonds. De sociaal inspecteurs analyseren de elementen uit het dossier in het kader van de 4 toepassingsvoorwaarden van artikel 327. Op basis van dit verslag neemt de leidend ambtenaar een positieve of negatieve beslissing. Afhankelijk van het geval moet de V.I. het onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedrag al dan niet ten laste van haar administratiekosten boeken.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat het aantal aanvragen en positieve beslissingen tot vrijstelling van ten-lasteneming door de V.I. van onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedragen in 2010 en 2011.

Tabel 29 - Aantal aanvragen en positieve beslissingen tot vrijstelling van ten-lasteneming door de V.I. van onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedragen in 2010 en 2011		
Jaar	Aantal aanvragen	Aantal positieve beslissingen
2010	289	191
2011	233	152

### d. Schorsing van de verjaring wegens overmacht

#### PRINCIPE

De wet bepaalt dat de verjaringstermijn voor de terugbetaling van prestaties van geneeskundige verzorging en de betaling van uitkeringen 2 jaar bedraagt vanaf<sup>10</sup>:

- het einde van de maand waarin de zorgen werden verstrekt wat geneeskundige verzorging betreft,
- het einde van de maand waarin de uitkeringen werden uitbetaald.

Er wordt een uitzondering voorzien voor gevallen van overmacht<sup>11</sup> (d.w.z. een situatie die onafhankelijk is van de wil van de aanvrager).

Er moet zich een gebeurtenis hebben voorgedaan die blijft voortduren en die de verzekerde of zorgverstrekker absoluut verhindert om een (terug)betaling door het ziekenfonds te vragen.

#### METHODE

De verzekerde, een zorgverstrekker of de V.I. dient de aanvraag in. De sociaal verzekerde wordt met een aangetekende brief op de hoogte gebracht van de beslissing, en een kopie van de beslissing wordt overgemaakt aan de V.I.

#### RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat het aantal beslissingen tot schorsing van de verjaring wegens overmacht en het aantal negatieve beslissingen van de leidend ambtenaar in 2010 en 2011.

<sup>10</sup> Artikel 174 van de wet van 14 juli 1994.

<sup>11</sup> Zie artikel 328 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.

**Tabel 30 - Aantal positieve en negatieve beslissingen tot schorsing van de verjaring wegens overmacht en het totaal aantal in 2010 en 2011**

Jaar	Aantal positieve beslissingen	Aantal negatieve beslissingen	Totaal
2010	449	81	530
2011	699	63	762

### 3. Geschillen

Zowel tegen de beslissingen van de leidend ambtenaar van de DAC als tegen de kennisgevingen door de Dienst aan de V.I. is beroep mogelijk voor de arbeidsrechtbanken.

Drie types geschillen verdienen bijzondere aandacht:

- o geschillen over sancties tegen verzekerden,
- o geschillen over de weigering om de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen,
- o geschillen over de weigering tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten.

#### a. Geschillen over sancties tegen verzekerden

##### PRINCIPE

De DAC bereidt het standpunt voor dat in de vorm van conclusies door een van de advocaten van het Instituut wordt voorgebracht. De stelling bevat:

- o een punt over de ontvankelijkheid: Werd de beroepstermijn gerespecteerd? Valt dit geschil onder de bevoegdheid van de rechtbank?,...
- o de feitelijke en juridische argumenten waarop de beslissing is gebaseerd,
- o het administratief dossier, inclusief de betwiste administratieve beslissing, het pv van vaststelling, de eventuele processen-verbaal van verhoor, andere bewijsstukken en een lijst van de stukken.

##### METHODE

De DAC baseert zich op de rechtspraak om het standpunt te staven. De beslissingen ter ondersteuning van het standpunt worden eraan toegevoegd en opgenomen in de lijst.

Daarna volgt een uitwisseling van conclusies met de raadsman van de verzekerde, het advies van de arbeidsauditeur en, na afloop van de gerechtelijke procedure, een vonnis waartegen beroep mogelijk is bij het Hof van Beroep, dat het arrest uitspreekt.

Het RIZIV beschikt over een termijn van een maand om beroep aan te tekenen bij het arbeidshof tegen het vonnis, of om in cassatie te gaan tegen een arrest van het arbeidshof.

De niet-betwiste vonnissen en arresten vormen zo een rechtspraak die in de loop der jaren evolueert en op basis waarvan leidraden kunnen worden uitgezet.

##### RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat het aantal beslissingen tot sancties ten laste van verzekerden waartegen nieuwe geschillen werden beslecht voor de arbeidsrechtbanken in de jaren 2010 en 2011.

Er dient te worden opgemerkt dat de V.I. slechts zelden beroep aantekenen bij de arbeidsrechtbank tegen vaststellingen in inspectieverslagen. Deze geschillen komen dan ook niet aan bod in dit verslag.

**Tabel 31 - Aantal beslissingen tot sancties tegen verzekerden in een geschil in 2010 en 2011**

Jaar	Aantal geschillen
2010	33
2011	43

## RECHTSPRAAK

### In 2010

Allereerst werd wat betreft pv's beslist dat de termijn van 14 dagen voor de kennisgeving van het pv aan de verzekerde aanvangt op de dag dat de onderzoekers met zekerheid alle constitutieve elementen van de inbreuk kennen<sup>12</sup>. Dit principe is trouwens expliciet opgenomen in het Sociaal Strafwetboek.

Vervolgens werden wat betreft sancties ten laste van verzekerden bepaalde interessante arresten geveld op het vlak van zwartwerk:

- Naar aanleiding van een situatie waarbij een sociaal verzekerde een niet-toegestane activiteit had uitgeoefend in de horeca gedurende minstens 5 dagen met vaststelling de visu en verhoren van getuigen à decharge, heeft het Arbeidshof te Antwerpen<sup>13</sup> de sanctie van 72 dagen uitsluiting bevestigd op basis van de artikelen 1 en 2, 4° en 6° van het koninklijk besluit van 10 januari 1969 omdat hij op zijn inlichtingenblad heeft verklaard dat hij geen activiteiten meer uitoefende tijdens zijn ongeschiktheid en dat hij zich ertoe verbond zijn ziekenfonds onmiddellijk in kennis te stellen van elke wijziging die zich voordeed in de loop van zijn ongeschiktheid. Het Arbeidshof te Antwerpen was van mening dat de verzekerde door de activiteit niet aan te geven, een valse verklaring had afgelegd en dat de sanctie in verhouding was met de vastgestelde inbreuken.
- Nadat ons Instituut in beroep was gegaan tegen een vonnis dat de sanctie van de leidend ambtenaar had verminderd tot 30 daguitkeringen in plaats van 60, heeft het Arbeidshof de oorspronkelijke sanctie opnieuw opgelegd. Dit geval betrof een bezoldigde verpleegster die een zelfstandige verpleegkundige activiteit had opgenomen zonder deze aan te geven, waarbij het arrest van het Arbeidshof van Bergen van 25 maart 2010 stelde dat er sprake was van frauduleuze intenties omdat betrokkene in haar hoedanigheid van verpleegster perfect op de hoogte was van de wetgeving inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en omdat zij handelingen had gesteld om haar activiteit en de inkomsten hiervan te verbergen door een collega de prestaties die zij zelf verstrekte te laten attesteren en ermee in te stemmen om slechts 50% van alle hiervoor toegekende bedragen te ontvangen. De raadsheren waren van mening dat het opzettelijke karakter van de fraude, de duur van de periode van de inbreuk en de omvang van de onverschuldigde bedragen die hiervan het gevolg waren, een bijzonder zware sanctie rechtvaardigden en dat het RIZIV door de sanctie tegenover derden maximaal te verminderen (tot 60 in plaats van 180 daguitkeringen), zo goed mogelijk rekening heeft gehouden met de persoonlijke, gezondheids- en financiële problemen van de verzekerde als verzachtende omstandigheden. Het Hof was van mening dat er gezien de fraude geen opschorting van straf mogelijk was. Met dit arrest heeft het Hof ook de proportionaliteit van de sanctie door de leidend ambtenaar bevestigd.
- Het arrest van het Arbeidshof van Bergen van 14 mei 2010 stelde dat het dagelijks beheer, zelfs louter administratief, van een apotheek door een zelfstandige verzekerde een professionele activiteit is in de zin van artikel 19 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971. De maximumsanctie van 75 dagen uitsluiting op basis van artikel 67, 2° van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 is gerechtvaardigd gezien de duur en omvang van de activiteit en de schalkse achterhouding door onthou-

<sup>12</sup> Arrest van het Arbeidshof van Antwerpen (sectie Hasselt), 18 maart 2010.

<sup>13</sup> Arrest van het Arbeidshof van Antwerpen, 4e hfdst, 23 februari 2010.



ding of door een passieve, maar duidelijk vrijwillige houding. Deze zaak betreft bovendien frauduleuze handelingen, waardoor de vijfjarige verjaringstermijn van toepassing is krachtens artikel 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

- Het Arbeidshof van Bergen heeft op 14 oktober 2010 het beroep ongegrond verklaard van een verzekerde die beweerde alleen af en toe te hebben geholpen in de frituur van zijn echtgenote, rekening houdend met de duur van de periode van de inbreuken (ongeveer 18 maanden) en de omvang van de inbreuk (werk 5 dagen/week 's middags en 's avonds), de hoogte van de sanctie (84 daguitkeringen, of iets minder dan de helft van de maximumsanctie van 180 dagen) gerechtvaardigd is.
- Het Arbeidshof te Antwerpen heeft op 1 oktober 2010 de sanctie bevestigd voor een verzekerde die (als zelfstandige) een ontmoetingshuis uitbaatte tijdens zijn arbeidsongeschiktheid en die als verweer "ernstige psychiatrische problemen" aanhaalde. Het Arbeidshof vond dat het begrip "overmacht" op strikte wijze moet worden geïnterpreteerd in de zin dat dit enkel het gevolg kan zijn van een onvoorziene gebeurtenis die buiten de menselijke wil om heeft plaatsgevonden. De dwang kan alleen worden beschouwd als "onweerstaanbaar" in een aantal welbepaalde omstandigheden. Een verzekerde die zonder toestemming werkt, kan alleen onweerstaanbare dwang invoeren indien hij voorzichtig en redelijk heeft gehandeld zoals elke andere persoon in dezelfde omstandigheden zou doen.
- Sinds de publicatie van de nieuwe teksten met betrekking tot de sancties ten laste van verzekerden, heeft een vonnis van de Arbeidsrechtbank te Brussel van 22 oktober 2010 eraan herinnerd dat artikel 15, 2e lid, van de wet van 19 mei 2010 houdende de voorlopige bepalingen alleen de hypothese kan beogen waarin de leidend ambtenaar zijn sanctiebeslissing heeft genomen na 12 juni 2010, de datum waarop de wet van 19 mei 2010 van kracht is geworden. Er werd ook beslist dat de sanctie opgelegd door de leidend ambtenaar van de DAC in verhouding is met de vastgestelde inbreuken en de limieten zoals bepaald in de nieuwe wetgeving niet overschrijft<sup>14</sup>.

#### In 2011:

- Er werd ook beslist dat<sup>15</sup> door het simpele feit dat de verzekerde strafrechtelijk werd vrijgesproken voor het afleggen van valse verklaringen, niet kan worden besloten dat de verzekerde geen niet-toegestane activiteiten zou hebben uitgevoerd. De burgerlijke rechter was ook niet gebonden door de kracht van gewijsde en had de volledige juridische bevoegdheid.
- Er werd herhaald<sup>16</sup> dat de sociale zekerheid een erg waardevol systeem is dat personen die het nodig hebben een inkomen geeft. Misbruik van dit systeem brengt schade toe aan het solidariteitssysteem. De rechter erkent bovendien dat de beoordeling van de sanctie door de leidend ambtenaar rekening houdt met de psychische situatie van de verzekerde en diens precaire financiële situatie. Wanneer de sociaal verzekerde op zijn inlichtingenblad voor de periode van arbeidsongeschiktheid op de uitdrukkelijke vraag "Oefent u tijdens uw arbeidsongeschiktheid nog een activiteit uit?" "Neen" antwoordt met als doel uitkeringen te ontvangen, en zich er bovendien toe verbindt om zijn V.I. onmiddellijk in kennis te stellen van elke situatie die een invloed zou kunnen hebben op zijn recht op uitkeringen, in het bijzonder het verwerven van een inkomen, en tegelijkertijd werd vastgesteld dat betrokkene op structurele wijze een ononderbroken activiteit uitoefende als kunstenaar, een website had en een inkomen verwierf, zowel via sponsoring als met de verkoop van tickets, kan hij niet volhouden dat hij te goeder trouw is wanneer de kwader trouw voldoende wordt aangetoond<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> Vonnis van de Arbeidsrechtbank te Brussel van 22 oktober 2010 en arrest van het Arbeidshof te Antwerpen van 13 december 2010

<sup>15</sup> Het Arbeidshof te Antwerpen, 13 januari 2011, 4e kamer, K.B. nr. 2006/AH/338.

<sup>16</sup> Vonnis van de Arbeidsrechtbank te Antwerpen van 29 april 2011.

<sup>17</sup> Het Arbeidshof te Antwerpen, sectie Hasselt, 3 maart 2011, 4e kamer, R.G. 2009/AR/317.

- Uit de rechtspraak blijkt<sup>18</sup> dat het niet naleven van drie afzonderlijke verplichtingen onafhankelijk van elkaar kan worden bestraft.
- Op 17 november 2011 heeft de Arbeidsrechtbank van Hasselt eraan herinnerd dat het beroep tegen de sanctie van een sociaal verzekerde ingediend na afloop van de termijn van 3 maanden, zoals beschreven in de beslissing, onontvankelijk is. Doordat de verzekerde zijn gemeenteteactiviteit of de zitpenningen die hiervan het gevolg waren, niet vooraf heeft aangegeven, voldeed hij niet aan de voorwaarden om uitkeringen te kunnen genieten<sup>19</sup>.
- Wat betreft fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid, hebben diverse vonnissen van de Arbeidsrechtbank te Brussel<sup>20</sup> (waarvan een op 1 december 2011) en een van deze van Bergen<sup>21</sup> bevestigd dat het feit dat men volhoudt dat men heeft gewerkt zonder dat men hiervoor bewijsstukken kan voorleggen en men zich dus frauduleus onderwerpt aan de sociale zekerheid, het evenwicht van het socialezekerheidssysteem, dat decennialang werd ontwikkeld zodat de solidariteitsmechanismen efficiënt blijven functioneren, in gevaar brengt. De frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid en fraude met sociale documenten gaan uit van een cliënteel dat geleid wordt door geldgewin en aanvaardt dat deze kosten worden gedragen door anderen. Door misbruik te maken van dit systeem riskeert de verzekerde deze voordelen te ontnemen aan diegenen die deze het meest nodig hebben. Deze elementen rechtvaardigen dat een erg strenge sanctie (de strengst mogelijke) wordt opgelegd.
- Een vonnis benadrukt dat het niet zeker is dat een administratieve boete niet hoger zou zijn dan de straf van het verlies van een recht en dat artikel 168quinquies (nieuwe wet) niet van toepassing kan zijn omdat artikel 15 van de wet van 19 mei 2010 uitdrukkelijk bepaalt dat deze bepaling alleen van toepassing is op inbreuken die werden begaan vanaf de datum van inwerkingtreding, namelijk 12 juni 2010.
- Wat betreft domiciliefraude werd geoordeeld dat de sanctie van de leidend ambtenaar in verhouding was tot de ernst en duur van de inbreuk<sup>22</sup>.

## b. Geschillen over de weigering om de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen

### PRINCIPE

In geval van weigering om de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen, krijgt de sociaal verzekerde drie maanden en de zorgverstrekker een maand de tijd om beroep aan te tekenen bij de arbeidsrechtbank.

### METHODE

In de context van aangetekend beroep wordt de verdediging van een betwiste beslissing voorbereid door een jurist van de DAC.

Het standpunt dient als basis voor de conclusies van de advocaat van het RIZIV. Daarna volgen een uitwisseling van conclusies, het advies van de arbeidsauditeur en het vonnis (of arrest in geval van beroep).

Om het standpunt op te stellen wordt de rechtspraak van de arbeidsrechtbanken en -hoven gebruikt.

18 Arbeidsrechtbank te Luik, 23 februari 2011- CT Luik 9/06/2011.

19 AR 14 december 2011-.

20 AR Brussel 11/02/2011 --AR Brussel 01/12/2011-02/12/2011--.

21 AR Brussel 11/02/2011 --AR Brussel 01/12/2011-02/12/2011--.

22 AR Tongeren 21 december 2011.

Er moet zich een gebeurtenis hebben voorgedaan die de verzekerde of zorgverstreker op absolute wijze verhindert om de betaling of terugbetaling door het ziekenfonds te vragen.

Nalatigheid door een verzekerde die zijn getuigschriften achter een kast heeft verstopt, vormt geen geval van overmacht.

In de sector uitkeringen bijvoorbeeld, wordt het toekennen van een recht door middel van een beslissing met terugwerkende kracht, d.w.z. genomen door een organisme buiten de termijn van twee jaar zonder dat het laattijdige karakter te wijten is aan de persoon die de aanvraag indient, beschouwd als een geval van overmacht.

De overmacht moet normaal gezien hebben bestaan gedurende de volledige periode van twee jaar. Een verzekerde die zonder opgave van reden een jaar laat voorbijgaan, kan niet klagen dat de verjaringstermijn is verstreken. Het feit dat men niet langer in staat is om zijn middelen te beheren, kan wel worden beschouwd als een geval van overmacht.

Met de jaren worden steeds meer aanvragen ingediend via de V.I. in naam van verzekerden, maar ook door medische centra en ziekenhuizen.

## RESULTATEN

Onderstaande tabel bevat het aantal geschillen waarin werd geweigerd de schorsing van de verjaring wegens overmacht toe te kennen in een geschil voor de arbeidsrechtbanken in 2010 en 2011.

Tabel 32 - Aantal geschillen waarin werd geweigerd de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen in 2010 en 2011	
Jaar	Aantal geschillen
2010	5
2011	4

## RECHTSPRAAK

### In 2010:

Voor 2010 kan geen significatieve rechtspraak worden vermeld.

### In 2011:

- De Arbeidsrechtbank te Dendermonde heeft op 3 maart 2011 de stelling van het RIZIV bevestigd door eraan te herinneren dat het laattijdig indienen van getuigschriften voor verstrekte hulp door een oudere sociaal verzekerde die in een rusthuis verblijft, geen geval van overmacht is indien niet werd vastgesteld dat zijn intellectuele vermogens zijn beïnvloed. In dat geval kan de verzekerde altijd een beroep doen op het personeel van de instelling of op zijn familie. Daarnaast had de verzekerde de meeste getuigschriften voor verstrekte hulp tijdig kunnen indienen.
- Het Arbeidshof te Antwerpen<sup>23</sup> oordeelt dat overmacht kan worden toegekend wanneer de verzekerde zich heeft gedragen zoals een toegewijd en vooruitziend persoon zou hebben gehandeld indien hij zich in dezelfde situatie bevond. Vanwege zijn ziekenfonds bevindt de verzekerde zich in ingewikkelde omstandigheden die meer hebben meegespeeld dan een gewone fout van het ziekenfonds. De administratieve fout van het ziekenfonds was voor de sociaal verzekerde een onoverkomelijke belemmering die niet aan hem toe te schrijven was en niet had kunnen worden voorzien noch vermeden.

23 1 december 2011, 4e hfdst., K.B. 2006/AH/261.

### c. Geschillen over de weigering tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten

#### PRINCIPE

Als de V.I. er niet in slagen om de onverschuldigde bedragen binnen de wettelijk voorziene termijn terug te vorderen van de sociaal verzekerden<sup>24</sup>, moeten zij het resterende saldo boeken ten laste van hun eigen administratiekosten. Het beginpunt van de terugvorderingstermijn wordt bepaald in artikel 326, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. De terugvorderingstermijn van twee jaar vangt aan op de datum waarop het onverschuldigde bedrag is vastgesteld, wanneer dit door de V.I. gebeurde.

Indien de DAC echter de V.I. daarna van deze bedragen in kennis stelt, is de begindatum van de tweejarige termijn de datum van deze kennisgeving. Indien de V.I. vervolgens een uitvoerbare titel verkrijgt, is het beginpunt de datum van de definitieve gerechtelijke beslissing.

Op basis van artikel 326, § 2 kan de terugvorderingstermijn worden geschorst om de V.I. niet te bestraffen gedurende een periode tijdens dewelke ze niet weten van wie ze het bedrag moeten terugvorderen (bijvoorbeeld na een overlijden), of niet kunnen overgaan tot terugvordering omdat ze bijvoorbeeld wachten op een exequatur of omdat ze moeten wachten tot na een faillissementsprocedure of collectieve schuldenregeling.

Op basis van dit artikel kan de terugvorderingstermijn ook worden geschorst wanneer de debiteur terugbetalingen doet in uitvoering van en conform een vonnis of in het kader van een overeenkomst met de V.I.

De V.I. kunnen de leidend ambtenaar van de DAC echter vragen te worden vrijgesteld van de verplichting om de onverschuldigde bedragen ten laste van hun administratiekosten te boeken. Artikel 327 van de GVVU-wet bepaalt weliswaar dat een vrijstelling niet kan worden toegekend in volgende situaties:

- de terugvordering is het gevolg van een fout, vergissing of nalatigheid van de V.I.,
- de V.I. heeft niet alle rechtsmiddelen aangewend voor de terugvordering,
- de terugvordering betreft minder dan 300 EUR,
- de aanvraag werd laattijdig ingediend.

#### RESULTATEN

Krachtens artikel 167 van de wet van 14 juli 1994 hebben de V.I. 1 maand de tijd om de beslissing tot weigering van de leidend ambtenaar van de DAC aan te vechten voor de arbeidsrechtbank.

24 zie hierboven: themacontroles.

Onderstaande tabel bevat het aantal weigeringen tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten dat werd betwist door de V.I. voor de Arbeidsrechtbank van Brussel in 2010 en 2011.

**Tabel 33 - Aantal geschillen over de weigering tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten in 2010 en 2011**

Jaar	Aantal geschillen
2010	17
2011	4

## RECHTSPRAAK

### In 2010:

- Het Arbeidshof te Brussel heeft herinnerd aan bepaalde principes ten gunste van het standpunt van de Dienst door te herinneren aan het belang van het respecteren van de artikelen 326 en 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.
- Wat betreft het berekenen van de termijn, heeft een arrest van 31 maart 2010 bevestigd dat de termijn van twee jaar voor de terugvordering van onverschuldigde bedragen (artikel 326, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996) wel degelijk is begonnen op de dag waarop de definitieve gerechtelijke beslissing werd uitgesproken. Indien de V.I. de betaling van onverschuldigde bedragen niet heeft teruggevorderd binnen de termijn van twee jaar na de definitieve gerechtelijke beslissing, moet ze deze boeken ten laste van haar administratiekosten.
- Wat betreft de oorzaken voor het schorsen van de termijn, heeft het Hof van Brussel eraan herinnerd dat deze strikt moeten worden toegepast. Het heeft gesteld dat de redenen van het arrest van het Hof van Cassatie van 7 januari 2008 volgens dewelke de termijn van drie maanden zoals bepaald in artikel 327, §2, 2e lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 waarbinnen de aanvraag tot vrijstelling moet worden ingediend, een termijn is uitgesproken bij gebrek aan vervalttermijn. Indien de betwiste betaling van onverschuldigde bedragen werd uitgevoerd voor een periode na het overlijden van de verzekerde, bijvoorbeeld bij de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van 25 tot 31 mei van een jaar X terwijl de verzekerde op 24 mei van dat jaar is overleden, betreft de betwiste betaling van onverschuldigde bedragen geen betaling van onverschuldigde bedragen aan de verzekerde, maar aan een erfgenaam die de betaling in eigen naam heeft ontvangen of aan derden die de betaling zonder titel hebben ontvangen. Artikel 326, §3 van het K.B. van 3 juli 1996 schorst de termijn waarbinnen de V.I. moet overgaan tot invordering vanaf het overlijden van de schuldeiser tot aan de datum van de verklaring van opvolging of van de aanstelling van een curator in geval van een onbeheerde nalatenschap. Deze bepaling (schorsing) beoogt de betaling van onverschuldigde bedragen aan de verzekerde vóór zijn overlijden.
- Het Arbeidshof te Brussel, 7e kamer heeft op 7 oktober 2010 beslist dat de V.I. de vereiste middelen moet aanwenden om de onverschuldigde bedragen terug te vorderen. De betalingen door het ziekenfonds voor een periode na het overlijden van de verzekerde vallen niet onder de opvolging omdat de opvolging begint op het tijdstip van overlijden. In dat geval moet worden nagegaan wie er, na zijn overlijden, beschikt over het banksaldo van de overleden persoon. Deze informatie kan worden verkregen bij de bank en indien de bank weigert, kan een strafrechtelijke klacht worden ingediend. Indien het ziekenfonds beweert dat de kosten verbonden aan de uitvoering van de definitieve gerechtelijke beslissing meer bedragen dan het terug te vorderen bedrag, moet zij dit kunnen aantonen. Een verzoek aan de bank voor meer informatie of een strafrechtelijke klacht of de aanstelling van een curator bij een onbeheerde nalatenschap via de procureur des Konings houden geen extra kosten in.

In 2011:

- Het Arbeidshof te Brussel heeft op 20 oktober 2011 geoordeeld dat er geen sprake is van willekeur indien de V.I. niet stelt dat de gedwongen uitvoering die ze niet heeft gebruikt, geen invloed zou hebben gehad op de terugvordering van haar vordering.
- Op 1 december 2011 heeft het Arbeidshof te Brussel in de Nederlandse taal geoordeeld dat de V.I. alleen kan worden vrijgesteld van de verplichting om de administratiekosten te betalen indien ze geen enkele fout heeft gemaakt en al het nodige heeft gedaan om het onverschuldigde bedrag terug te vorderen. De V.I. moet aantonen dat ze voldoet aan deze voorwaarden. Indien ze zich beroept op de afwezigheid van invloed op de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, moet ze dit ook bewijzen.



# Deel 3

## Praktische informatie

## I. Nuttige adressen

### 1. De maatschappelijke zetel van het RIZIV

**i** De maatschappelijke zetel van het RIZIV is gelegen aan de Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel.

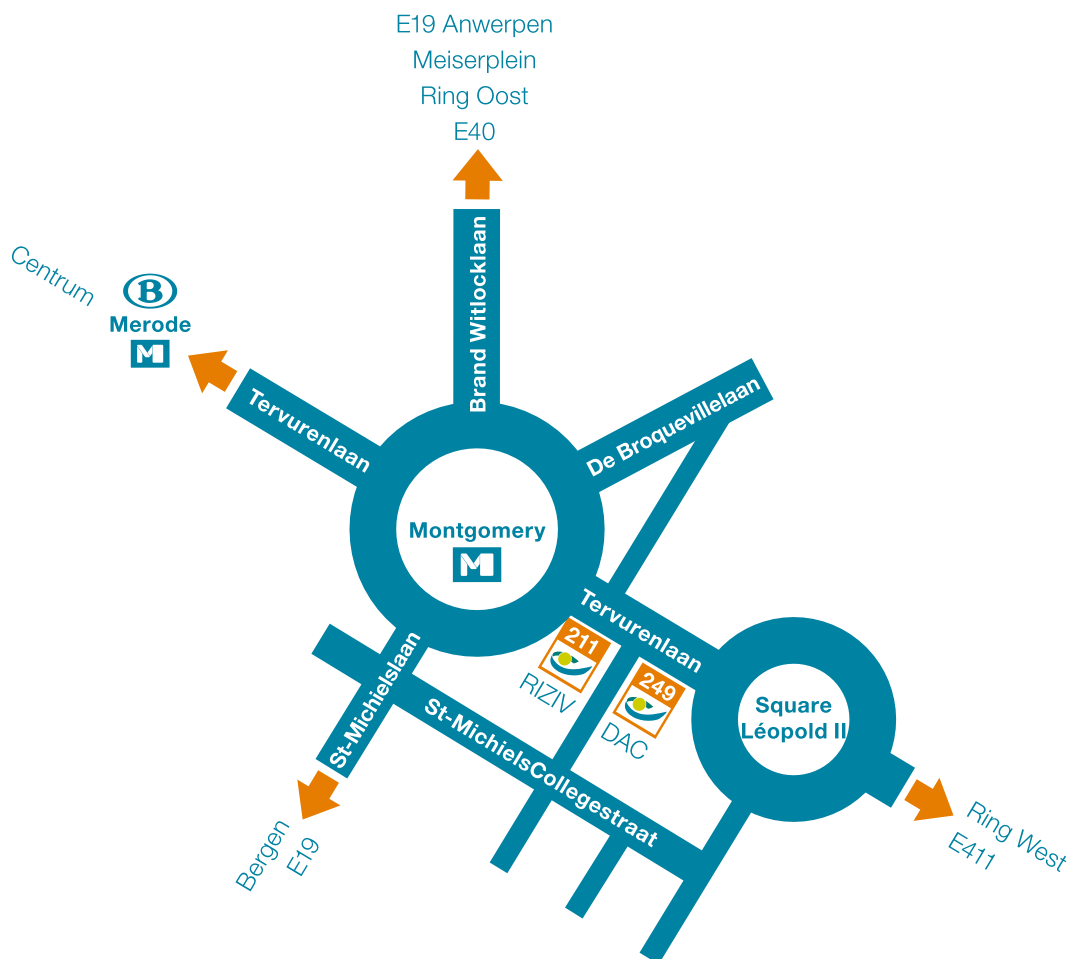
Telefoon: 02 739 71 11

Fax: 02 739 72 91

**@** Website: [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

### 2. De kantoren van de DAC

**i** De kantoren van de Dienst voor Administratieve Controle zijn gelegen aan de Tervurenlaan 249 te 1150 Brussel.





### 3. Contactgegevens



Hebt u vragen over dit verslag? Neem dan contact met ons op:

- Algemeen secretariaat: T 02 739 74 38 F 02 739 74 09 - E-mail: [secr.dac-sca@riziv.fgov.be](mailto:secr.dac-sca@riziv.fgov.be)
- Communicatiecoördinator: T 02 739 70 39 - E-mail: [olivier.labarre@inami.fgov.be](mailto:olivier.labarre@inami.fgov.be)



Wenst u meer exemplaren van dit verslag? Wenst u onze andere publicaties te consulteren?



Stuur een mail naar: [secr.dac-sca@riziv.fgov.be](mailto:secr.dac-sca@riziv.fgov.be) met vermelding van het gewenste formaat en uw gegevens. Het verslag is verkrijgbaar in elektronische of papieren versie.

## II. Publicaties

### In 2010

Programma voor de strijd tegen sociale fraude:

- Werkingsindicatoren van de verzekeringsinstellingen en ziekenfondsen in het kader van de controle van verboden cumulaties
- Fictieve onderwerpingen aan de sociale zekerheid - Analyse van de procedure voor afhandeling van dossiers door de ziekenfondsen
- Acties in de strijd tegen de sociale fraude - Activiteitenverslag 2010.

Themacontroles:

- Regeling der Zelfstandigen - Uniforme en correcte toepassing van de uitkeringsverzekering
- Fictieve en foutieve onderwerpingen aan de sociale zekerheid - Werknemersregeling
- De in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I. ontvangen en verrekende bedragen.

Financiële responsabilisering van de V.I.:

- De klachtenbeheersystemen van de verzekeringsinstellingen - Analyseverslag 2010
- Financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen over het bedrag van hun administratiekosten - Gegevens overgemaakt aan CDZ voor de periode van 1 januari tot 31 december 2010.

Ledentallen van de V.I.:

- Statistieken van sociaal verzekerden.



## In 2011

Programma voor de strijd tegen sociale fraude:

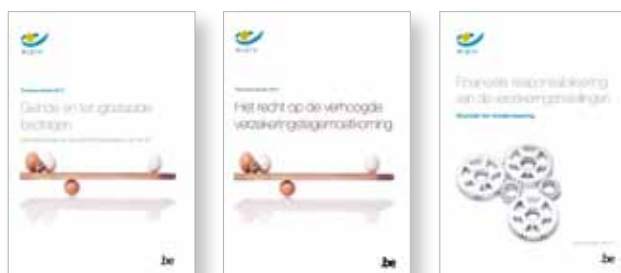
- Controle van verboden cumulaties - Werkingsindicatoren van de V.I. en ziekenfondsen

Themacontroles:

- De in het kader van de vermeerdering van de administratiekosten van de V.I. ontvangen en verrekende bedragen
- Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming





Financiële responsabilisering van de V.I.:

- Financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen - Voorstel tot modernisering
- Financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen over het bedrag van hun administratiekosten - Gegevens overgemaakt aan CDZ voor de periode van 1 januari tot 31 december 2011.



## III. Pictogrammen en afkortingen

### 1. Pictogrammen

-  een link, website of e-mailadres
-  nuttige aanvullende informatie
-  een definitie
-  extra/aanvullende informatie bij het respectieve artikel

### 2. Afkortingen

<b>CDZ</b>	Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen
<b>DAC</b>	Dienst voor administratieve controle
<b>DGEC</b>	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
<b>DmfA</b>	Déclaration multifonctionnelle / Multifunctionele aangifte
<b>EUR</b>	Euro
<b>FOD</b>	Federale Overheidsdienst
<b>GVU(-verzekering)</b>	(verzekering voor) geneeskundige verzorging en uitkeringen
<b>HR</b>	Human Resources
<b>HZIV</b>	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>IGO</b>	Inkomensgarantie voor ouderen
<b>INSZ</b>	Identificatienummer van de Belgische sociale zekerheid
<b>IT</b>	Information Technology
<b>K.B.</b>	Koninklijk besluit
<b>KSZ</b>	Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
<b>MAF</b>	Maximumfactuur
<b>NIC</b>	Nationaal intermutualistisch college
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>Pv</b>	Proces-verbaal
<b>RIZIV</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>RSVZ</b>	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
<b>RSZ</b>	Rijksdienst voor sociale zekerheid
<b>RSZPPO</b>	Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten
<b>RVA</b>	Rijksdienst voor arbeidsvoorziening
<b>RVP</b>	Rijksdienst voor pensioenen
<b>Sigedis</b>	Sociale individuele gegevens - données individuelles sociales
<b>SIOD</b>	Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
<b>SIS(-kaart)</b>	Sociaal identificatiesysteem
<b>V.I.</b>	Verzekeringsinstelling
<b>V.I. 100-LCM</b>	Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
<b>V.I. 200</b>	Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
<b>V.I. 300</b>	Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
<b>V.I. 400</b>	Landsbond van Liberale Mutualiteiten
<b>V.I. 500</b>	Landsbond van de Onafhankelijke ziekenfondsen
<b>V.I. 600</b>	Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
<b>V.I. 900</b>	Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding
<b>VT</b>	Verhoogde tegemoetkoming
<b>WIGW</b>	Weduwe, invalide, gepensioneerde en wees

## IV. Index tabellen

Tabel 1:	Verdeling personeelsleden per functie en per administratieve lokalisatie .....	13
Tabel 2:	Aantal foutieve gevallen per thema .....	18
Tabel 3:	In 2010 ontvangen en teruggevorderde bedragen - Totaal aantal gevallen, aantal juiste gevallen, aantal volledig of gedeeltelijk verworpen gevallen, en bijhorende bedragen .....	19
Tabel 4:	In 2011 ontvangen en teruggevorderde bedragen - Totaal aantal gevallen, aantal juiste gevallen, aantal volledig of gedeeltelijk verworpen gevallen, en bijhorende bedragen.....	19
Tabel 5:	Frauduleuze onderwerpen - Aantal onderzochte, juiste en foutieve gevallen.....	20
Tabel 6:	Onrechtmatige onderwerpen - Aantal onderzochte, juiste en foutieve gevallen en gevallen in beraad.....	20
Tabel 7:	Niet-toegestane cumulaties in 2010 - Onderzochte gevallen, juiste gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag.....	24
Tabel 8:	Niet-toegestane cumulaties in 2011 – Onderzochte gevallen, juiste gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag.....	24
Tabel 9:	Niet-toegestane cumulaties in 2008, 2009, 2010 en 2011 - Onderzochte gevallen, foutieve gevallen en totaal onverschuldigd bedrag .....	25
Tabel 10:	Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid - Aantal vaststellingen V.I./DAC en totaal onverschuldigd bedrag per sector vastgesteld in 2010.....	26
Tabel 11:	Frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid - Aantal vaststellingen V.I./DAC en totaal onverschuldigde bedragen per sector vastgesteld in 2011 .....	26
Tabel 12:	Oorsprong van nieuwe aanvragen voor onderzoek in 2010 en 2011 in % .....	28
Tabel 13:	Aantal afgesloten onderzoeken in 2010 en 2011 opgedeeld volgens onderzoeksresultaat .....	29
Tabel 14:	Cumulatie met een niet-toegestane activiteit - Aantal vaststellingen en totaal onverschuldigd bedrag in 2010 en 2011.....	30
Tabel 15:	Cumulatie met een niet-toegestane activiteit - Aantal administratieve sancties en totaal aantal dagen uitsluiting in 2010 en 2011.....	30
Tabel 16:	Onderzoeken in 2010 en 2011 - Aantal met of zonder vaststelling en totaal aantal ...	31
Tabel 17:	Aantal hernazichten in 2010-2011 - Aantal herziene gevallen.....	32
Tabel 18:	Overzicht van het aantal overgemaakte bestanden, gezinnen die het plafond van 450 EUR hebben bereikt en fouten in de gezinssamenstelling in 2010 en 2011 ....	34
Tabel 19:	Aantal rechthebbenden op de klassieke VT in de jaarbestanden van 01/01/2010 en 01/01/2011.....	36
Tabel 20:	Aantal gezinnen met OMNIO in de controlebestanden in 2010 en 2011 .....	36
Tabel 21:	Aantal aanvragen inzake bijdragebons in 2010 en 2011 per type/oorzaak.....	37
Tabel 22:	Aantal verstuurde pensioenattesten in 2010 en 2011.....	38
Tabel 23:	Overzicht van het aantal overgemaakte berichten inzake onrechtmatige onderwerpen in 2010 en 2011 .....	39
Tabel 24:	Aantal rechthebbenden op de MAF voor het MAF-jaar 2010 op 1 januari 2011 en 2012 en voor het MAF-jaar 2011 op 1 januari 2012.....	40
Tabel 25:	Overzicht aantallen aanvragen aan de dienst per type.....	41
Tabel 26:	Sancties en boetes zoals bepaald in de GvU-verzekeringwet.....	50
Tabel 27:	Totaal aantal sancties opgelegd aan verzekerden in 2010 en 2011 per sector .....	50
Tabel 28:	Aantal gevallen waarin een terugbetalingstermijn van meer dan 7 jaar voor onverschuldigde bedragen aan uitkeringen werd toegekend .....	53
Tabel 29:	Aantal aanvragen en positieve beslissingen tot vrijstelling van tenlasteneming door de V.I. van onverschuldigde, niet-teruggevorderde bedragen in 2010 en 2011 .....	54

Tabel 30:	Aantal positieve en negatieve beslissingen tot schorsing van de verjaring wegens overmacht en het totaal aantal in 2010 en 2011 .....	55
Tabel 31:	Aantal beslissingen tot sancties tegen verzekerden in een geschil in 2010 en 2011 ....	56
Tabel 32:	Aantal geschillen waarin werd geweigerd de schorsing van de tweejarige verjaringstermijn wegens overmacht toe te kennen in 2010 en 2011 .....	59
Tabel 33:	Aantal geschillen over de weigering tot vrijstelling van de boeking ten laste van de administratiekosten in 2010 en 2011 .....	61

Dit activiteitenverslag werd opgesteld in samenwerking met:

Christophe Ciprietti, Isabelle Daumerie, Jacques Delbecque, Stijn De Blicck, Jan Demey, Brigitte Ducarmois, Hannelore D'haene, Jean-Luc Geron, Isabelle Kersten, Nicki Kitsopoulos, Olivier Labarre, Vincent Loubris, Perrine Maisetti, Dirk Marcelis, Muriel Marcq, Katrien Persoons, Jean-Pierre Pinet, Bernard Rauw, Michael Stiennon, Louis Van Damme, Peter Van Haelter, Karlien Van Hellemont, Margot Van Wouwe, Tom Verdonck.

**Verantwoordelijke uitgever:** J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

**Design en grafisch ontwerp:** Ab initio Graphic Design, Brussel, [www.abinitio.be](http://www.abinitio.be)

**Foto's:** Verypics

**Wettelijk depot:** D/2012/0401/13



