

Inhoud

	Overzicht van de resultaten van de enquête 2011	408
1 ^e	Deel – Studies ¹	411
	De accreditering, door M.-F. Van Impe	412
2 ^e	Deel – Evolutie van de wetgeving over de geneeskundige verzorging en uitkeringen	441
	3 ^{de} trimester 2011	442
3 ^e	Deel – Rechtspraak	453
	I. Arbeidshof van Bergen, 1 februari 2012 Burgerlijk Wetboek, artikel 1315 en Gerechtelijk Werboek, artikel 870 – Bewijslast Burgerlijk Wetboek, artikel 1382 – Burgerlijke aansprakelijkheid van de overheid in het kader van de uitvoering van haar wettelijke opdrachten	454
	II. Arbeidshof Brussel, 5 januari 2012 Gerechtelijk Wetboek, artikel 772 – Heropening der debatten Art. 191, 1, 15 ^o lid <i>quater</i> en 15 ^o lid <i>quinquies</i> – Heffingen op de farmaceutische specialiteiten Art. 107 EU-Verdrag – Verboden staatssteun	461
	III. Arbeidshof van Brussel, 5 januari 2012 Programmawet van 2 januari 2001, artikelen 57 tot 59 – Financiële tegemoetkomingen waarin is voorzien bij koninklijk besluit van 1 oktober 2002	470
	IV. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 19 januari 2012 K.B. vzn 3 juli 1996, artikel 142, § 2 en 144 – Revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren – Termijn voor de indiening van de aanvraag tot tussenkomst	477
	V. Arbeidshof van Luik, 23 januari 2012 Gerechtelijk Wetboeken artikel 972 – Deskundigenonderzoek – Opportuniteit	481

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

VI. Arbeidshof Gent, afdeling Brugge, 13 januari 2012 Artikel 100 van de gecoördineerde wet – Beslissing einde arbeidsongeschiktheid – Motiverings plicht Gerechtigd Wetboek, artikel 1068 – Hoger beroep – Partijautonomie	483
VII. Arbeidsrechtbank van Brussel, 13 januari 2012 ROB – K.B. van 17 augustus 2007 Terugwerkende kracht – Lopende zaken – Aansprakelijkheid van de overheid	486

4^e Deel – Parlementaire vragen en antwoorden 493

I. Rookbegeleiding Forfaitaire tegemoetkomingen	494
II. E-health Uitwisseling gezondheidsgegevens – Hub- en metahubproject – Stand van zaken	496
III. Hospitalisatie en palliatieve zorgen Evolutie kosten per gewest	498

5^e Deel – Basisgegevens 501

I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage vanaf 1 januari 2012	502
II. VT-statuut – Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o vanaf 1 januari 2012	503
III. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2012	504
IV. Maximumfactuur – Vaststelling van het inkomen voor het dienstjaar 2012	506
V. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3de al. Van het K.B. van 03.07.1996 – Residenten, indexatie jaarlijks gemiddelde	506
VI. Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	508
VII. Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk – Aanpassing van de inkomensschijven die van toepassing zijn in het kader van een door de adviserend geneesheer toegelaten werkhervatting – Aanpassingen van de tabel III: minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)	509

6 ^e	Deel – Statistiek	515
	I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven – 3 ^{de} trimester 2011	516
	II. Evolutie van het aantal zorgverleners	537
7 ^e	Deel – Bibliografie	539
	Vademecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België – ed. 2012	540
8 ^e	Deel – Publicatie van de prijzen	541
	Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012	542
	Inhoud jaar 2011	547

Enquête 2011 Informatieblad – Overzicht van de resultaten

We danken alle deelnemers aan de enquête in verband met het Informatieblad!

Hieronder volgen een aantal markante gegevens uit de resultaten.

Wie heeft deelgenomen?

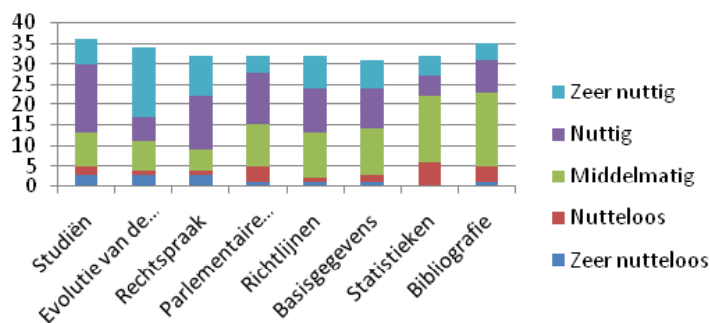
De belangrijkste respondenten zijn: de leden van de ziekenfondsen (27,4 %), de leden van het RIZIV (23,4%) en de advocaten (11,9 %).

Hoe denkt u in het algemeen over het Informatieblad?

78% van u zegt tevreden of zeer tevreden te zijn over het Informatieblad. 78 % van u vindt het ook nuttig tot zeer nuttig.

Welk onderdeel lijkt u het nuttigste?

De drie rubrieken die u het nuttigste lijken (nuttig of zeer nuttig) zijn de studiën, de evolutie van de wetgeving en de rechtspraak.



Welke zijn volgens u de belangrijkste troeven van het Informatieblad?

De informatie die erin staat, is volledig en goed gestructureerd.

Voor of tegen een uitsluitend elektronisch informatieblad?

65,7 % van u is voorstander van een uitsluitend elektronisch informatieblad. Iemand heeft zelfs voorgesteld om een informatieblad met "rollijsten, links en verwijzingen, eerder dan een versie in een vast PDF-formaat" op te stellen.

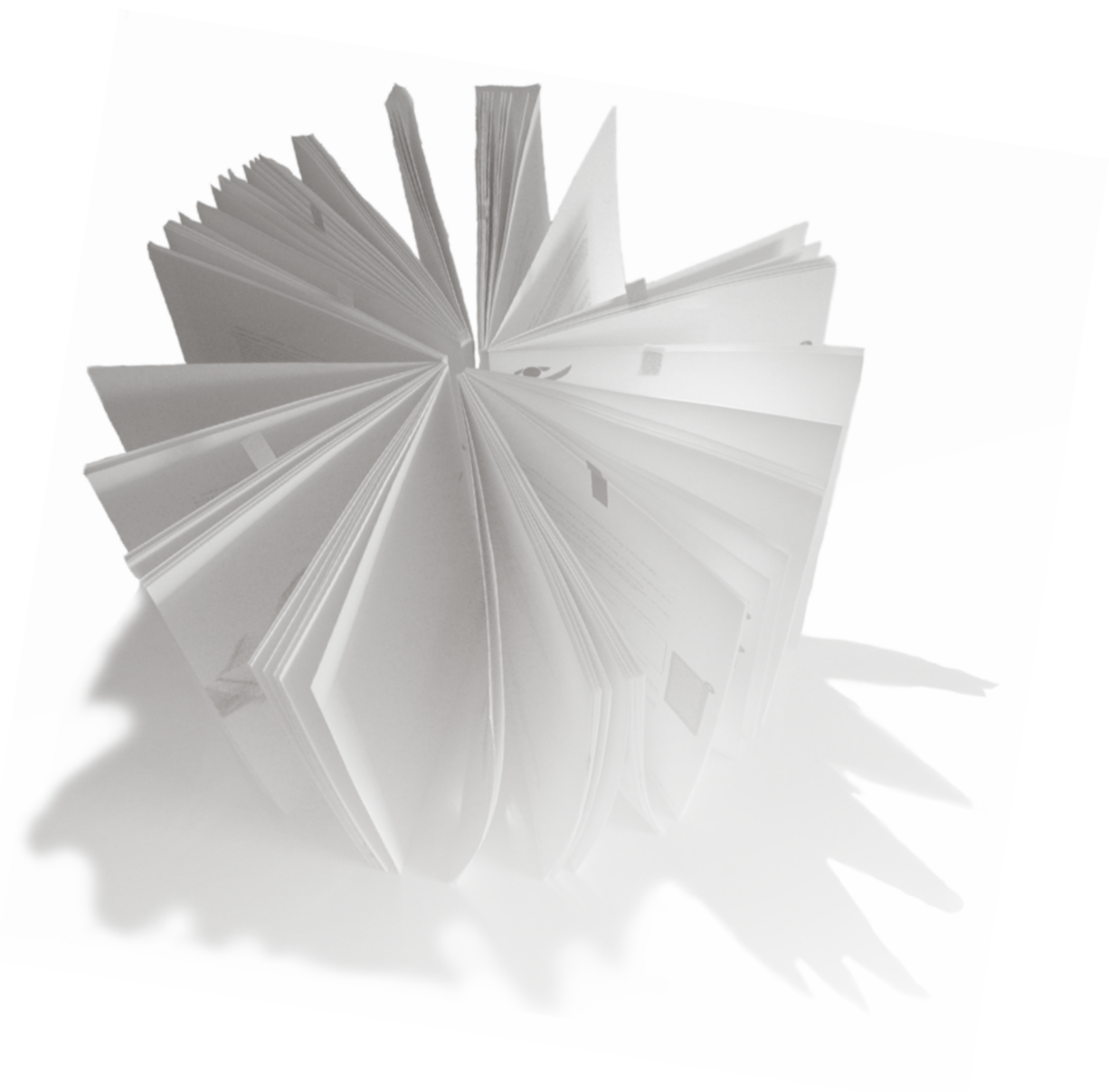
OPMERKING ...

Momenteel raadpleegt 43,2 % het papieren Informatieblad en 26,5 % de elektronische versie ervan.

Conclusie

Bijna 8 lezers op de 10 zijn tevreden over het Informatieblad en vinden het nuttig tot zeer nuttig: het redactieteam is verheugd met dit resultaat en beschouwt het als een bevestiging voor de kwaliteit van de inhoud. Anderzijds zijn 2/3 van de respondenten voorstander van de elektronische versie van het Informatieblad. Zij betreuren echter dat niet gericht kan worden gezocht met de huidige zoekmotor van de site. Er is echter goed nieuws want die zal volledig worden herzien en zal halverwege volgend jaar een volledig nieuwe zoekmotor krijgen!

1^e Deel
Studies



I. De accreditering

1. Onderzoek en evaluatie van een procedure

Door M.-F. Van Impe, Dienst voor geneeskundige verzorging

Inleiding

De accreditering van de gezondheidswerkers is een soort kwaliteitslabel. Het gaat om een complex mechanisme dat de bijscholing van de zorgverleners regelt om kwaliteitsvolle geneeskundige verzorging te waarborgen en te bevorderen. De accreditering past in een permanente verbetering van ons systeem van geneeskundige verzorging op basis van overleg tussen de vertegenwoordigers van de gezondheidswerkers, de verzekeringsinstellingen en de overheid (RIZIV).

Momenteel kunnen de huisartsen en de geneesheren-specialisten, de apothekers-biologen en de tandheelkundigen in België worden geaccrediteerd. Er zijn twee systemen die volgens dezelfde beginselen zijn opgericht maar die op een andere manier zijn georganiseerd: het eerste is bestemd voor de geneesheren en de apothekers-biologen, het tweede voor de tandheelkundigen. Andere accrediteringssystemen, met name voor de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen, worden nu onderzocht.

De accreditering heeft een ruim programma dat een weerslag heeft op verschillende vlakken van het systeem van geneeskundige verzorging. Hoewel het ontegensprekelijk talrijke voordelen biedt, zijn de kosten ervan ook zeer hoog. Om de legitimiteit ervan te waarborgen en wegens de belangrijke financiële implicaties ervan zou het geheel verantwoord zijn ze aan een permanente en grondige evaluatie te onderwerpen wat momenteel niet het geval is.

De accreditering wordt door het RIZIV gefinancierd. De procedure wordt door de Directie KLAV-VIDT- DIDS in de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV beheerd.

Op financieel vlak neemt de accreditering een hele hap uit het budget van het RIZIV en dus uit het algemeen budget van de sociale zekerheid.

Op het vlak van de volksgezondheid is de accreditering een belangrijke procedure aangezien ze via de bijscholing de bevordering van de kwaliteit van de prestaties van de gezondheidswerkers zoals de geneesheren, de apothekers-biologen en de tandheelkundigen beoogt.

De accreditering neemt zo deel aan een groot sociaal project ter verbetering van de kwaliteit van de verzorging en dit ongeacht de financiële middelen van de patiënt. Het bijkomend honorarium dat de geaccrediteerde zorgverlener ontvangt heeft immers geen enkele weerslag op de prestatie- of behandelingskosten voor de patiënt.

Dit onderzoek wil:

- de accrediteringsprocedure beschrijven en analyseren, zowel op het vlak van het administratieve beheer van de individuele dossiers en de opleidingen als op het vlak van de verschillende organen die de wetgever voor de werking ervan heeft opgericht
- die procedure vanuit administratief en kwalitatief standpunt evalueren en nagaan of, rekening houdende met het grote budget dat de accreditering voor de sociale zekerheid vertegenwoordigt, die procedure voldoet aan de doelstelling waarvoor het is ingevoerd
- mogelijke oplossingen voorstellen.

Na een korte historiek wordt in het eerste deel van het document de accrediteringsprocedure beschreven, in het bijzonder vanuit het standpunt van de zorgverlener. De voorwaarden om de accreditering te verwerven of te behouden, de organen belast met de accreditering, het beheer van de dossiers en van de bijscholingsactiviteiten en de informatisering van de accreditering worden erin voorgesteld.

Het tweede deel licht de problemen in het huidige stadium van de accreditering toe en poogt een evaluatie te geven van de accrediteringsprocedure op het administratieve en op het kwalitatieve vlak.

In het derde deel worden mogelijke oplossingen voor de waargenomen problemen voorgesteld.

a. De moeilijkheid om de accreditering te evalueren

Het lijkt vrij gemakkelijk om de accreditering op het vlak van de administratieve follow-up van de dossiers te beschrijven en te evalueren, zelfs indien het om een zeer complexe procedure gaat. Er bestaan oplossingen om het systeem zowel voor de dossierbeheerders als voor de zorgverleners te verbeteren, met name via de informatisering.

Het is daarentegen moeilijker om de kwaliteit van de accrediteringsprocedure te evalueren. Momenteel bestaan er weinig instrumenten voor de evaluatie van de relevantie en de inhoud van de opleidingen, de bekwaamheid van de cursusleiders, de kwaliteit van de uitwisselingen in de peer-reviews en nog minder om de weerslag van die opleidingen op de medische praktijk te beoordelen.

Het zou interessant zijn om de verhouding kwaliteit/kosten van de accreditering in kaart te brengen door de financiële aspecten en de human resources te vergelijken met de bijdrage aan de kwaliteit van de geneeskundige verzorging.

2. Korte historiek van de accreditering en enkele statistieken

Vandaag bestaan er in België twee verschillende accrediteringssystemen: een voor de geneesheren en de apothekers-biologen en een voor de tandheekkundigen.

a. De accreditering van de geneesheren en van de apothekers-biologen

Aan de basis van de accreditering van de geneesheren en van de apothekers-biologen ligt de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (Wet GVU) die de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen regelt.

Het accrediteringssysteem is voorgesteld en in werking gesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen die de vertegenwoordigers van de geneesheren en van de ziekenfondsen groepeert. Het was de bedoeling om een bijscholingsstelsel voor artsen te ontwikkelen en te begeleiden om kwaliteitsvolle geneeskundige verzorging te waarborgen. Het is immers belangrijk en zelfs noodzakelijk dat de zorgverlener zich zijn hele loopbaan lang blijft bijscholen, op de hoogte blijft van de wetenschappelijke en technologische vooruitgang in zijn vakgebied en regelmatig met zijn collega's van gedachten wisselt over zijn medische praktijk. De accreditering is dus een soort kwaliteitslabel.

In tegenstelling tot andere landen is de accreditering in België facultatief en bezorgt zij aan de zorgverleners verschillende financiële voordelen, zonder daarbij veeleisend te zijn, met name qua aantal opleidingsuren. Om tot het accrediteringssysteem toe te treden, moet men volgens welomschreven criteria deelnemen aan twee types bijscholingen: enerzijds cursussen, conferenties, workshops zowel in België als in het buitenland, en anderzijds peer-reviewsessies.

De Accrediteringsstuurgroep die de accreditering aan de geneesheren en de apothekers-biologen toekent en de cursussen erkent, is op 8 maart 1994 voor het eerst bijeengekomen. De eerste vergaderingen waren gewijd aan de stapsgewijze opbouw van het systeem en de uitwerking van de voornaamste werkingsregels: samenstelling van de paritaire comités, vaststelling van het begrip navormingseenheid (NE, in 2007 omgezet in Credit Points (studiepunten)), de duur van de accrediteringsperiode, enz..

In mei 1995 heeft het eerste contingent van geaccrediteerde geneesheren het systeem opgestart. De accreditering van de artsen bestaat dus al 17 jaar. Behalve de constante verbeteringen door de informatisering van de procedure zijn de werkingsregels van de accreditering nagenoeg niet veranderd.

b. De accreditering van de tandheekkundigen

De accreditering van de tandheekkundigen wordt eveneens door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 geregeld. Hoewel de accreditering van de tandartsen op een verschillende manier wordt georganiseerd, is het doel eveneens om de tandartsen aan te zetten zich bij te scholen en om van gedachten te wisselen onder tandheekkundigen om een kwaliteitsvolle verzorging te waarborgen.

Men vindt er dezelfde algemene kenmerken als in het systeem van de artsen en de apothekers-biologen.

- Het niet verplichte karakter van de accreditering
- De financiële stimulans
- De combinatie van cursussen en peer-reviewsessies.

In 1998 zijn de eerste tandartsen geaccrediteerd. Het systeem bestaat dus een vijftiental jaren.

c. Raming van de accrediteringskosten in België (voor 2010)

1. Voor de geneesheren beliep het totale in 2010 door het RIZIV uitbetaalde bedrag 209,388 miljoen EUR:

- accrediteringsforfait: 14,072 miljoen EUR (eenheidsbedrag: 580,02 EUR)
- bijkomende honoraria: 195,316 miljoen EUR
 - namelijk gemiddeld ongeveer 8 400 EUR per geneesheer

2. Voor de tandartsen beliep het totale bedrag 11,733 miljoen EUR, hetzij 2 377 EUR per tandarts.

d. Evolutie van het percentage van de geaccrediteerde zorgverleners

Op 23 januari 2012 waren er:

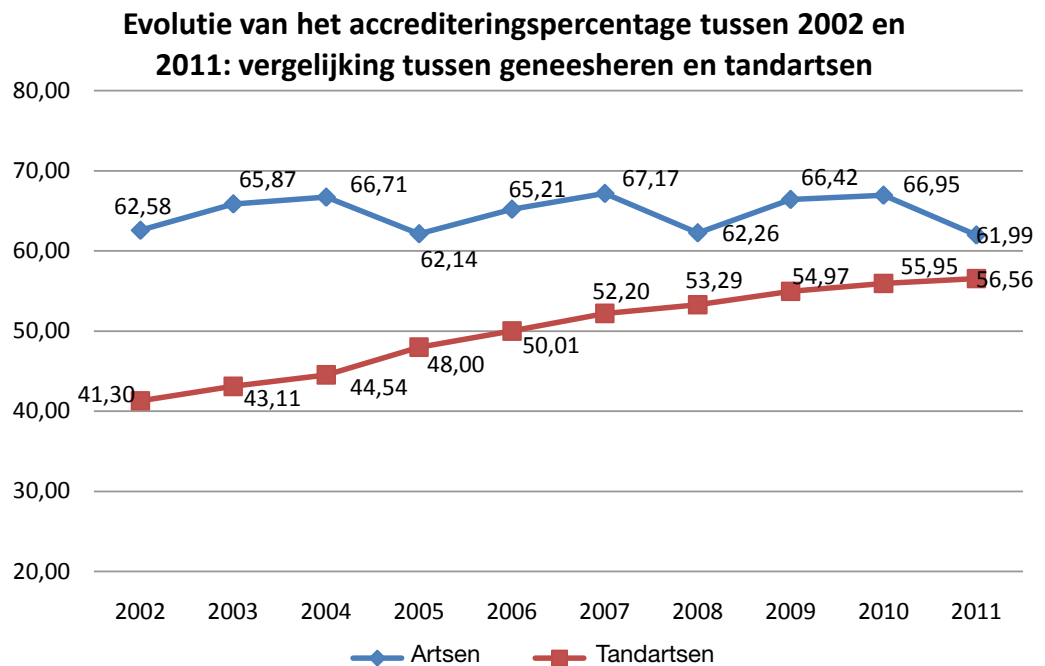
- 14 221 actieve huisartsen waarvan 9 797 geaccrediteerd, ofwel 68,69 %
- 23 184 geneesheren-specialisten waarvan 14 549 geaccrediteerd, ofwel 62,75 %
- 623 apothekers-biologen waarvan 384 geaccrediteerd, ofwel 61,64 %.
- en 8 881 tandartsen waarvan 5 023 geaccrediteerd, ofwel 56,56 %.

Het percentage van geaccrediteerde zorgverleners is in de eerste accrediteringsjaren geleidelijk gestegen. Vandaag stelt men vast dat het aandeel van geaccrediteerde geneesheren sedert een tiental jaren vrij stabiel blijft. Het percentage geaccrediteerde tandartsen, dat in het algemeen minder hoog is dan dat van de geneesheren, blijft van jaar tot jaar stijgen. Hierbij een overzicht van die evolutie van 2002 tot 2011:

Tabel 1: Evolutie van de accreditering van 2002 tot 2011: Geneesheren									
Jaar	Huisartsen			Specialisten			Totaal van de geneesheren		
	Actief	Geaccr.	% Geaccr.	Actief	Geaccr.	% Geaccr.	Actief	Geaccr.	% Geaccr.
2002	13 787	9 199	66,72	19 065	11 359	59,58	32 852	20 558	62,58
2003	13 955	9 647	69,13	19 446	12 355	63,53	33 401	22 002	65,87
2004	14 048	9 796	69,73	19 836	12 808	64,57	33 884	22 604	66,71
2005	14 177	9 428	66,50	20 372	12 042	59,11	34 549	21 470	62,14
2006	14 271	9 781	68,54	20 801	13 089	62,92	35 072	22 870	65,21
2007	14 217	10 012	70,42	21 459	13 953	65,02	35 676	23 965	67,17
2008	14 154	9 442	66,71	22 020	13 080	59,40	36 174	22 522	62,26
2009	14 167	9 938	70,15	22 406	14 355	64,07	36 573	24 293	66,42
2010	14 166	9 971	70,39	22 768	14 758	64,82	36 934	24 729	66,95
2011	14 233	9 424	66,21	23 170	13 762	59,40	37 403	23 186	61,99

Tabel 2 : Evolutie van de accreditering van 2002 tot 2011 : Tandheelkundigen

Jaar	Actief	Geaccrediteerden	Percentage geaccrediteerden
2002	8 553	3 532	41,30
2003	8 609	3 711	43,11
2004	8 660	3 857	44,54
2005	8 655	4 154	48,00
2006	8 714	4 358	50,01
2007	8 643	4 512	52,20
2008	8 668	4 619	53,29
2009	8 681	4 772	54,97
2010	8 822	4 936	55,95
2011	8 881	5 023	56,56

Grafiek 1 : evolutie van de accreditering : vergelijking

Het percentage geaccrediteerde geneesheren (huisartsen en specialisten samen) varieert in het algemeen tussen 62 en 68 %. Het percentage van geaccrediteerde tandartsen is tussen 2002 en 2011 van 41,30 % naar 56,56 % gestegen.

3. Onderzoek van de accrediteringsprocedure

a. De accreditering: voorwaarden en voordelen voor de zorgverlener

In dit deel stellen we kort en meer in het bijzonder vanuit het standpunt van de zorgverlener de twee Belgische accrediteringssystemen voor aan de hand van het probleem van de individuele accreditering.

Er wordt specifiek ingegaan op de voorwaarden die een geneesheer, een apotheker-bioloog of een tandheeskundige moet vervullen om de accreditering te verwerven.

DE ACCREDITERING VAN DE GENEESHEREN EN VAN DE APOTHEKERS-BIOLOGEN

Hiervoor hebben we gezien dat de accreditering kan worden vergeleken met een soort kwaliteitslabel dat de zorgverleners krijgen wanneer zij zich regelmatig bijscholen en zij hun praktijk beheren met respect voor de specifieke kwaliteitsnormen zoals het oordeelkundige en sociaal verantwoorde gebruik van de medische middelen. De accreditering wordt financieel beloond.

De voorwaarden om de accreditering te verwerven of te behouden.

Er zijn in hoofdzaak twee voorwaarden om recht te hebben op de accreditering: de eerste heeft betrekking op de beroepspraktijk en de tweede op de bijscholing.

Qua beroepspraktijk moet de huisarts:

- medische dossiers bijhouden en gegevens uitwisselen met andere behandelend geneesheren
- de huisartsgeneeskunde in hoofdberoep uitoefenen en de continuïteit van de verzorging verzekeren
- minstens 1 250 contacten (raadplegingen en bezoeken) per jaar hebben, met andere woorden, gemiddeld 5 contacten per dag. (Die maatregel geldt niet voor de eerste 4 jaren van de praktijk noch voor de geneesheren die een wettelijk pensioen genieten)
- geen herhaaldelijke opmerkingen vanwege de profielencommissie hebben gekregen
- deelnemen aan de initiatieven tot evaluatie van de kwaliteit die door de collega's worden georganiseerd, met andere woorden, deelnemen aan de lokale groepen voor medische evaluatie (LOK).

Qua beroepspraktijk moet de geneesheer-specialist:

- aan de huisarts die door de patiënt is geraadpleegd, alle nuttige gegevens over de diagnose en de behandeling van de patiënt meedelen en uitwisselen
- deelnemen aan de initiatieven tot evaluatie van de kwaliteit die worden georganiseerd door de collega's, met andere woorden, deelnemen aan de lokale groepen voor medische evaluatie (LOK) van het betreffende specialisme
- in de loop van het voorbije kalenderjaar een minimale activiteitsdrempel hebben bereikt dat voor zijn specialisme is bepaald .



Zie: www.riziv.be > individuele zorgverlener > geneesheer > accreditering > individuele accreditering > accrediteringsvoorwaarden > bijlage 3.



Bijvoorbeeld, een anesthesist moet 500 contacten hebben, een chirurg 900, een pediater 1 000, een gynaecoloog 1 250.

Er is in een uitzondering voorzien voor de eerste 4 jaren medische praktijk en voor de geneesheren aan het einde van hun loopbaan (op aanvraag). De geneesheren die voor verscheidene specialismen zijn erkend, kunnen de activiteitsdrempel kiezen die voor één van die specialismen is bepaald.

- geen herhaaldelijke opmerkingen hebben gekregen van de commissie die voor de evaluatie van de medische profielen is bevoegd. Die opmerkingen, die zijn geformuleerd volgens criteria bepaald door de commissie, hebben betrekking op het voorschrijven en de uitvoering van diagnostische en therapeutische verstrekkingen.

Op het vlak van de bijscholing zijn de voorwaarden voor de huisartsen en de geneesheren-specialisten identiek:

- het programma van een erkende bijscholing volgen en aan de hand van het blad van individuele aanwezigheid minstens 20 studiepunten (S.P.) per periode van 12 maand kunnen voorleggen, waarvan minstens 3 S.P. inzake ethiek en economie. Internationale congressen kunnen eveneens S.P. opbrengen. De geneesheer moet voor zijn eigen specialisme geen cursussen volgen
- lid zijn van een LOK en per jaar minstens aan 2 vergaderingen van die LOK deelnemen (= minimaal 2 S.P., waarbij 1 uur LOK gelijkstaat aan 1 S.P.). Over het jaar mogen de LOK-activiteiten voor maximaal 8 S.P. tellen.

De procedure verschilt enigszins naargelang het moment in zijn loopbaan waarop de geneesheer zijn accreditering aanvraagt:

- een beginnend geneesheer kan een voorlopige accreditering voor de duur van een jaar krijgen. Hiervoor moet hij zich bij een LOK inschrijven en uiterlijk 3 maand na zijn erkenning een accrediteringsaanvraag indienen bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, afdeling Accreditering
- indien hij voormelde voorwaarden vervult, kan een gevestigde geneesheer altijd zijn aanvraag bij de afdeling Accreditering indienen
- zodra een geneesheer een wettelijk pensioen geniet, kan hij een accreditering voor de duur van 1 of 3 jaar aanvragen.

De accreditering is 3 jaar geldig vanaf de 1^e van de maand die volgt op de goedkeuring van de aanvraag. Bij het naderen van de eindtermijn dient de geneesheer een aanvraag tot verlenging in, samen met de bewijsstukken van de gevolgde opleidingen (20 S.P. per jaar).

De voordelen van de accreditering

Op financieel vlak geeft de accreditering recht op:

- een jaarlijkse forfaitaire uitkering die in 2011 593,61 EUR beliep. Dit forfait wordt vooraf¹ aan de huisarts of de apotheker-bioloog in het begin van zijn accrediteringsperiode gestort
- een verhoging van de raadplegings- en bezoekenonoraria zonder wijziging van het remgeld. Die verhoging varieert van het ene specialisme tot het andere en het supplement ligt tussen 2,5 EUR en 6 EUR per verstrekking.

Wat de jaarlijkse forfaitaire uitkering betreft, is er in 2012 een zeer belangrijke nieuwigheid want het akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 23 december 2011 voorziet immers in een hoger forfaitair bedrag voor de geaccrediteerde huisartsen die volledig tot dit akkoord toetreden: "Voor 2012 wordt de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming voor de volledig geconventioneerde artsen tot 1 027,81 EUR verhoogd; voor de gedeeltelijk en de niet geconventioneerde artsen blijft de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming op 593,61 EUR. Op die wijze wordt tegemoetgekomen aan een verzuchting van de NCGZ² om de conventionering van artsen te bevorderen en de accreditering aantrekkelijker te maken."³

Voor de apothekers-biologen zijn de voorwaarden met betrekking tot de bijscholing en de beroepspraktijk vergelijkbaar met die welke de geneesheren moeten vervullen.

1. Behalve voor de geaccrediteerde huisarts die zich op het einde van zijn loopbaan bevindt en die het forfait na zijn accrediteringsperiode (van 1 of 3 jaar) ontvangt.
 2. Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.
 3. Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2012 van 23.12. 2011.

DE ACCREDITERING VAN DE TANDHEELKUNDIGEN

Hoewel zij volgens dezelfde basisprincipes en dezelfde doelstelling van kwaliteitsbevordering van de geneeskundige verzorging is uitgewerkt, verloopt de accrediteringsprocedure voor de tandartsen anders.

De voorwaarden om de accreditering te verwerven of te behouden

Net als de artsen en de apothekers-biologen moeten de tandartsen die hun accreditering willen verwerven voorwaarden vervullen met betrekking tot de tandheelkundige praktijk enerzijds, en tot hun deelname aan een systeem van bijscholing anderzijds.

Qua beroepspraktijk moet de tandheelkundige:

- in de loop van het jaar voldoen aan de voorwaarde van de activiteitsdrempel: tijdens het jaar minimaal 300 verstrekkingen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hebben uitgevoerd. Voor de jonggediplomeerde tandartsen zal het criterium van de activiteitsdrempel van 300 verstrekkingen per jaar vanaf het laatste jaar van de vijfjarige cyclus in werking treden.
- het register van de tandartsenpraktijk invullen en samen met het individueel aanwezigheidsblad verzenden indien het om het eerste accrediteringsjaar gaat of indien de gegevens van de tandartsenpraktijk zijn gewijzigd.
- indien het om het eerste accrediteringsjaar gaat of indien de gegevens met betrekking tot de tandartsenpraktijk zijn gewijzigd, beantwoorden aan de algemene voorwaarden voor de uitoefening van de tandheelkundige praktijk in België, wat de uitdrukkelijk verplichte deelname aan het verlenen van geneeskundige verzorging in het kader van een wachtdienst inhoudt.
- Voldoen aan de regelgeving inzake de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralingen (inlichtingen die door het FANC aan het RIZIV worden geleverd).
- Meewerken aan de verzameling van gegevens in verband met het mondverzorgingsbeleid in het kader van het RIZIV indien de Stuurgroep Kwaliteitspromotie Tandheelkunde daartoe een uitdrukkelijke schriftelijke aanvraag heeft gedaan.

Qua bijscholing moet de tandheelkundige:

- over de hele cyclus van 5 jaar in totaal 500 accrediteringseenheden (A.E.) verwerven (10 A.E.'s worden per module van 90 minuten toegekend). De tandarts moet over de cyclus van 5 jaar hebben deelgenomen aan activiteiten in 7 "subdomeinen" van opleiding, met andere woorden, in 7 verschillende materies⁴. Hij moet minstens 50 eenheden hebben verworven in het subdomein 2, "Ethische, sociaal-economische en organisatorische aspecten van het beroep" en, indien op of na 1 januari 2010 een nieuwe cyclus van vijf jaar is begonnen, 20 eenheden in het subdomein 3, "Radiologische beeldvorming van de orofaciale regio met inbegrip van de stralingsbescherming". De uitsplitsing van die A.E.'s per jaar (namelijk van 01.01. tot 31.12.) ziet er als volgt uit:
 - a. Het 1^e jaar moet de tandarts minstens 100 eenheden verwerven
 - b. De volgende jaren moet hij minstens 40 eenheden verwerven, maar het gemiddelde voor de afgelopen jaren moet minimum 100 eenheden belopen
 - c. Jaarlijks worden hoogstens 160 eenheden in aanmerking genomen.
- tussen 1 januari en 31 december van elk cyclusjaar deelnemen aan activiteiten in het kader van de peer-review: de tandheelkundige moet minstens twee sessies volgen die elk effectief 90 minuten duren. Op vrijwillige basis worden groepen van minstens 8 en hoogstens 20 tandartsen gevormd. Deelnames aan de peer-reviewsessies worden niet bij de A.E.'s van bijscholing meegerekend
- vóór 31 maart van elk jaar van zijn cyclus het individuele aanwezigheidsblad aangetekend opsturen.

4. Lijst van de opleidingssubdomeinen van de tandheelkundigen op blz. 428.

De voordelen van de accreditering

De geaccrediteerde tandheeskundigen hebben recht op een jaarlijks forfaitair honorarium dat in 2011 2 641,80 EUR beliep.

VERGELIJKING VAN DE TWEE SYSTEMEN

Hierna volgen de voornaamste verschillen tussen de accreditering van de geneesheren en die van de tandartsen:

1. Op het vlak van de duur van de cyclus:
 - bij de tandheeskundige duurt de cyclus 5 jaar en loopt elk accrediteringsjaar van 1 januari tot 31 december
 - bij de arts of de apotheker-bioloog bedraagt de accrediteringsperiode 3 jaar (behalve bijzondere gevallen), maar kan het referentiejaar op de 1e dag van om het even welke maand van het jaar beginnen.
2. Op het vlak van de te verwerven punten:
 - de tandarts kan binnen bepaalde limieten punten van het ene jaar naar het andere overdragen
 - de geneesheer of apotheker-bioloog moet per jaar van zijn accrediteringsperiode minstens 20 S.P. verwerven en over de drie jaar 60 S.P. Hij kan geen punten van het ene naar het andere jaar overdragen.
3. Op het vlak van de opleidingsdomeinen die moeten worden gevolgd:
 - de tandarts moet tijdens zijn cyclus alle opleidingssubdomeinen doorlopen.
 - de geneesheer moet niet in één of ander domein een opleiding volgen, maar wel in het domein ethiek en economie waarin hij voor elk jaar van zijn accrediteringsperiode 3 S.P. moet verwerven.
4. Op het vlak van de peer-reviews:

In beide systemen moet de zorgverlener elk jaar van zijn accrediteringsperiode aan twee peer-reviewsessies deelnemen.

- de geneesheer moet zich bij een LOK inschrijven en enkel de deelnames aan zijn eigen LOK zullen in aanmerking worden genomen. De S.P. voor de LOK-vergaderingen zijn in de 20 jaarlijks te verwerven S.P. inbegrepen
- de tandarts moet niet aan een bijzondere peer-reviewgroep deelnemen. De verworven punten maken geen deel uit van de A.E. die voor de bijscholing moeten worden verworven.

5. Op het vlak van de financiële voordelen:

Het jaarlijkse forfaitaire honorarium die de geaccrediteerde tandheeskundige ontvangt, ligt hoger dan dat van de huisarts en dat van de apotheker-bioloog, maar de tandheeskundige ontvangt geen verhoogde honoraria voor zijn verstrekkingen.

b. De accrediteringsorganen

Aangezien het accrediteringssysteem van de artsen en de apothekers-biologen veel complexer is dan dit van de tandheeskundigen en het aantal betrokken zorgverleners veel hoger is, gaan we hier dieper in op de organen die belast zijn met de accreditering van de artsen, en in het bijzonder op de accrediteringsstuurgroep.

DE ACCREDITERINGSORGANEN VOOR DE HUISARTSEN EN DE APOTHEKERS-BIOLOGEN

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, regelt de samenstelling en de werking van de organen die belast zijn met de accreditering van de geneesheren en de apothekers-biologen (art. 122*bis* tot 122*octies*).

De belangrijkste accrediteringsorganen voor de geneesheren en de apothekers-biologen die bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging zijn ingesteld, zijn:

- De Nationale raad voor kwaliteitspromotie
- De Accrediteringsstuurgroep
- De Technische accrediteringsraad
- De paritaire comités
- De Commissie van beroep

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie is samengesteld uit de volgende vier groepen:

- 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden erkende huisartsen en 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden geneesheren-specialisten
- 7 werkende en 7 plaatsvervangende leden die de universiteiten vertegenwoordigen en 7 werkende en 7 plaatsvervangende leden die de wetenschappelijke geneeskundige verenigingen vertegenwoordigen
- 12 werkende en 12 plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen
- 3 werkende en 3 plaatsvervangende leden die de minister bevoegd voor Sociale zaken vertegenwoordigen en 3 werkende en 3 plaatsvervangende leden die de minister bevoegd voor Volksgezondheid vertegenwoordigen.

De leden van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie worden benoemd door de Koning op de voordracht van hun representatieve beroepsorganisaties en voor een periode van vier jaar.

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie:

1. beheert het evaluatiesysteem “peer-review” en bepaalt daartoe de onderwerpen en neemt de initiatieven voor de permanente ontwikkeling van de kwaliteit, op basis van informatie, voorstellen, aanbevelingen en stimulansen
2. ontwikkelt aanbevelingen voor het correct gebruik van het globaal medisch dossier
3. ontwikkelt aanbevelingen ter bevordering van het teamwerk en van diverse samenwerkingsverbanden
4. neemt kennis van de werkzaamheden van de accrediteringsstuurgroep
5. geeft kennis van zijn werkzaamheden aan de accrediteringsstuurgroep.

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie houdt op geldige wijze zitting indien de helft van de stemgerechtigde leden van elke groep aanwezig zijn. De beslissingen van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie zijn aangenomen indien ze door de meerderheid van de aanwezige leden van drie van de vier groepen worden goedgekeurd. Alleen de werkende leden en de plaatsvervangende leden die de afwezige werkende leden vervangen, zijn stemgerechtigd.

De NRKP was belast met de uitwerking van e-learningmodules in samenwerking met de SSMG⁵. Voor die modules moet daarna een erkenningsaanvraag worden ingediend in het kader van de accreditering. De NRKP heeft ook een ontwerp van online evaluatieformulier van een LOK-vergadering uitgewerkt maar dat momenteel nog niet in gebruik is.

5. Société Scientifique de Médecine Générale [Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen].

De accrediteringsstuurgroep

De accrediteringsstuurgroep, afgekort de "ASG", is het belangrijkste orgaan voor het beheer van de accreditering. Belangrijke beslissingen in verband met de organisatie en de werkingsregels van de accreditering worden in de maandelijkse vergaderingen van de ASG genomen.

De accrediteringsstuurgroep is samengesteld uit:

- 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden erkende huisartsen en 6 werkende en 6 plaatsvervangende geneesheren-specialisten
- 7 werkende en 7 plaatsvervangende leden die de universiteiten vertegenwoordigen en 7 werkende en 7 plaatsvervangende leden die de wetenschappelijke geneeskundige verenigingen vertegenwoordigen
- 12 werkende en 12 plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.

De leden van de accrediteringsstuurgroep worden benoemd door de Koning op voordracht van hun respectieve organisaties en voor een periode van vier jaar.

De accrediteringsstuurgroep:

1. beheert de uitvoering van de accrediteringsvoorwaarden en de procedures
2. beheert het systeem van bijscholing
3. erkent de bijscholingsprogramma's die hem door de paritaire comités worden voorgelegd of beslist, in voorkomend geval, over de beoordeling en de erkenning van de programma's indien een paritair comité geen voorstellen doet of geen beslissing kan nemen
4. superviseert en coördineert de werking van de paritaire comités met betrekking tot de bijscholing
5. geeft kennis van zijn werkzaamheden aan de Nationale raad voor kwaliteitspromotie
6. neemt kennis van de werkzaamheden van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie
7. beslist over de accreditering van individuele geneesheren.

De accrediteringsstuurgroep houdt op geldige wijze zitting indien de helft van de stemgerechtigde leden van elke groep aanwezig zijn. De beslissingen van de accrediteringsstuurgroep zijn aangenomen indien ze door de meerderheid van de aanwezige leden van elke groep worden goedgekeurd. Alleen de werkende leden en de plaatsvervangende leden die de afwezige werkende leden vervangen, zijn stemgerechtigd. De accrediteringsstuurgroep kan werkgroepen oprichten.

De accrediteringsstuurgroep is dus bevoegd om de accreditering toe te kennen:

- in alle individuele dossiers van de geneesheren en de apothekers-biologen die hun aanvraag volgens de vastgestelde regels hebben ingediend
- voor alle bijscholingsactiviteiten waarvoor de accrediteringsaanvraag aan de paritaire comités is gericht.

De stuurgroep moet zich uitspreken over alle individuele accrediteringsdossiers van de artsen en de apothekers-biologen. Concreet is het de administratie (de afdeling Accreditering van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV) die de dossiers voorbereidt van de geaccrediteerde of te accrediteren zorgverleners en legt deze die ter goedkeuring of weigering voor aan de stuurgroep. De dienst mag de beslissing over een dossier pas verzenden na de vergadering van de accrediteringsstuurgroep.

De stuurgroep spreekt zich ook uit over de dossiers die complexer zijn en die moeten worden besproken door de leden van de verschillende banken (ruim onvoldoende punten of slecht verdeeld, problemen met data, verantwoording van de gebreken wegens uitzonderlijke omstandigheden, medische getuigschriften, enz.).

De ASG behandelt ook de accrediteringsaanvragen voor de activiteiten die door de paritaire comités en door de werkgroep Ethiek en Economie worden onderzocht.

De ASG bestudeert ook elk dossier, elke briefwisseling, elke mededeling die hij sinds de laatste vergadering van de dienst doorgestuurd kreeg en die betrekking heeft op de individuele accreditering van de geneesheren, de accreditering van de activiteiten of het beheer van de accreditering in het algemeen: briefwisseling afkomstig van de geneesheren, van de medische pers, de website en het onlinebeheer van de accreditering, de wijziging van de regelgeving, enz.

De organisatie en het secretariaat van de ASG worden verzekerd door het accrediteringsteam van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging. Aan de vergaderingen nemen meerdere ambtenaren deel om de goede administratieve uitvoering van de beslissingen van die commissie te garanderen en de talrijke personeelsleden van de dienst te contacteren die instaan voor het dagelijks beheer van de procedure.

De accrediteringsstuurgroep komt 11 keer per jaar samen: een keer per maand behalve in juli en augustus, dan komen ze slechts een keer samen.

De werkgroep: beperkte accrediteringsstuurgroep⁶

De accrediteringsstuurgroep heeft een werkgroep opgericht die in een beperkt comité, meerdere leden van de ASG en ambtenaren van de dienst verenigt. Alle leden van de ASG worden verzocht om deel te nemen aan de werkgroep maar in het algemeen zijn 3 tot 4 leden aanwezig. De werkgroep heeft tot doel om de taak van de ASG te verlichten door de beslissingen van de ASG, zowel met betrekking tot de activiteiten als tot de dossiers van de individuele geneesheren, voor te bereiden. Het beperkt comité komt de dag vóór de vergadering van de accrediteringsstuurgroep samen.

Wat de **individuele dossiers** betreft, overloopt de werkgroep de (talrijke) geschillendossiers die een beslissing van de ASG vereisen. Elk geschillendossier dat aan de ASG wordt voorgelegd, wordt nauwgezet voorbereid door het accrediteringsteam. Van elke zorgverlener wiens accrediteringsaanvraag voor problemen zorgt, bereidt de dienst een geanonimiseerd dossier op dat alle nuttige gegevens bevat: inschrijvingsformulier en activiteitenrooster, deelnemingsattesten van de opleidingen, briefwisseling van de zorgverlener, medische attesten en ook een overzicht van de situatie in de vorm van een rooster met commentaren van de dienst over het dossier.

De beperkte ASG overloopt in verband met de **bijbscholing** de activiteiten die door de paritaire comités aan de ASG zijn voorgelegd en die voor problemen zorgen: opleidingen waarover het paritair comité een ongunstig advies heeft uitgebracht of twijfels heeft (bv. een activiteit waarvan vermoed wordt dat ze commercieel is).

De werkgroep onderzoekt ook een aantal bijzondere aanvragen zoals die van de gemeenschappelijke LOK's, de aanvragen voor de ledenlijsten van een LOK, enz.

Afgezien van de documenten die zij via brief of e-mail vóór aanvang van de vergaderingen ontvangen, krijgen de leden van de ASG tijdens de vergadering een "nota aan de ASG" met de lijst van de betwiste dossiers die de werkgroep heeft onderzocht en de lijst van de bijbscholingsactiviteiten die hij heeft doorgenomen.

6. Doorgaans de "kleine ASG" genaamd.

De definitieve beslissing wordt door de accrediteringsstuurgroep genomen tijdens de plenaire vergadering.

De Technische accrediteringsraad

De Technische accrediteringsraad is samengesteld uit leden van de accrediteringsstuurgroep en telt 4 werkende en 4 plaatsvervangende leden die door elke groep zijn aangesteld.

De Technische accrediteringsraad houdt op geldige wijze zitting indien ten minste de helft van de effectieve of plaatsvervangende leden aanwezig is en tenminste elke groep vertegenwoordigd is. Slechts één werkend lid is stemgerechtigd en één plaatsvervangend lid is stemgerechtigd indien het werkend lid dat hij vervangt niet aanwezig is. De beslissingen worden in principe genomen via consensus. Indien er geen consensus wordt bereikt, worden de meningen per groep genotuleerd.

De Technische accrediteringsraad kan iedere persoon waarvan hij oordeelt dat hij hem nuttige informatie kan geven, voor de vergadering oproepen. De Technische accrediteringsraad kan in zijn schoot werkgroepen oprichten die hij belast met een voorafgaand onderzoek van een probleem.

De Technische accrediteringsraad onderzoekt bijzondere aspecten van de accreditering, zoals bijvoorbeeld, de werking van de paritaire comités, de voorwaarden waaraan de organisatoren van de bijscholing moeten voldoen. Hij onderwerpt daarna de voorstellen aan de Accrediteringsstuurgroep.

De paritaire comités

Bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging zijn er 29 paritaire comités ingesteld: een paritair comité voor de huisartsgeneeskunde en een paritair comité voor elk specialisme .



De lijst van de paritaire comités bestaat uit: de huisartsgeneeskunde; de pathologische anatomie; de anesthesiologie-reanimatie; de dermato-venerologie; de heelkunde; de klinische biologie; de urologie; de gastro-enterologie; de cardiologie; de fysische geneeskunde; de inwendige geneeskunde; de gynaecologie en de verloskunde; de geriatrie; de nucleaire geneeskunde; de oftalmologie; de kindergeneeskunde; de neurochirurgie; de otorhinolaryngologie; de neurologie; de pneumologie; de orthopedie; de plastische heelkunde; de psychiatrie; de medische oncologie; de reumatologie; de rontgendiagnose, de urgentiegeneskunde, de stomatologie en de radiotherapie.

Het paritair comité voor de huisartsgeneeskunde is samengesteld uit 24 leden die de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren vertegenwoordigen en 24 leden die de universiteiten, de wetenschappelijke verenigingen en de bijscholingskringen vertegenwoordigen.

De andere paritaire comités zijn samengesteld uit 12 werkende en 12 plaatsvervangende leden die de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren vertegenwoordigen en 12 werkende en 12 plaatsvervangende leden die de universiteiten, de wetenschappelijke verenigingen en de bijscholingskringen vertegenwoordigen.

De paritaire comités, elk wat betreft hun specialisme,

1. leggen de opgemaakte of aanvaarde bijscholingsprogramma's, samen met de evaluatie ervan, ter goedkeuring voor aan de accrediteringsstuurgroep
2. houden toezicht op de uitvoering van de bijscholing, onder supervisie van de accrediteringsstuurgroep
3. voeren eventueel de evaluatie uit van het "peer-review" systeem onder de supervisie van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie.

De paritaire comités houden op geldige wijze zitting indien de helft van de stemgerechtigde leden van elke groep aanwezig is. De beslissingen van de paritaire comités zijn aangenomen indien ze door de meerderheid van de aanwezige leden van elke groep worden goedgekeurd.

De Commissie van beroep van de geneesheren

De Commissie van beroep is samengesteld uit de volgende groepen:

- 1° 4 werkende en 4 plaatsvervangende leden die de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren vertegenwoordigen
- 2° 4 werkende en 4 plaatsvervangende leden die de universiteiten en de wetenschappelijke geneeskundige verenigingen vertegenwoordigen
- 3° 4 werkende en 4 plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen
- 4° De groep bedoeld in 1° telt twee werkende en twee plaatsvervangende leden erkende huisartsen en twee werkende en twee plaatsvervangende leden geneesheren-specialisten.

De leden van de Commissie van beroep mogen geen lid zijn van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen of van de accrediteringsstuurgroep. Ze worden aangesteld door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

De Commissie van beroep onderzoekt en beslist over het beroep dat bij haar kan worden ingesteld door individuele geneesheren tegen de hen betreffende beslissingen die genomen zijn door de accrediteringsstuurgroep in uitvoering van zijn opdracht.

De Commissie van beroep houdt op geldige wijze zitting indien vier werkende of plaatsvervangende leden van elke groep aanwezig zijn. Alleen de werkende leden en de plaatsvervangende leden die de afwezige werkende leden vervangen, zijn stemgerechtigd.

De hele procedure voor de Commissie van beroep verloopt schriftelijk. De Commissie van Beroep onderzoekt alle stukken ter zitting. Ze beraadslaagt met gesloten deuren en haar beraadslagingen zijn geheim. Er wordt over elk ontvankelijk beroepschrift gestemd. Een beroepschrift kan enkel gegrond worden verklaard door een meerderheid van de leden van de Commissie van beroep. In alle andere gevallen is het beroepschrift ongegrond.

De zorgverleners die de beslissing van de Commissie van beroep aanvechten, kunnen een hoger beroep instellen bij de Raad van State.

DE ACCREDITERINGSORGANEN VOOR TANDHEELKUNDIGEN

De samenstelling en de werking van de accrediteringsorganen voor tandheelkundigen wordt ook geregeld door 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 (art. 122*octies*):

Die organen zijn:

- De Stuurgroep kwaliteitspromotie tandheelkunde
- De Evaluatiecommissie
- De Commissie van beroep

De Stuurgroep kwaliteitspromotie tandheelkunde

De Stuurgroep kwaliteitspromotie tandheelkunde is voor de tandheelkundigen de tegenhanger van de accrediteringsstuurgroep van de geneesheren en de apothekers-biologen.

Hij is samengesteld uit:

- 1° 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van tandheelkundigen
- 2° 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen
- 3° 6 werkende en 6 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de universiteiten.

De leden bedoeld onder 1° en 3° zijn tandheelkundigen. Een vertegenwoordiger van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid maakt met raadgevende stem deel uit van de stuurgroep.

De leden van de stuurgroep worden voor een periode van vier jaar door de Koning benoemd.

De Stuurgroep kwaliteitspromotie keurt de beslissingen die de Evaluatiecommissie zowel op het vlak van de groepsaccreditering als op dat van de accreditering van individuele dossiers heeft genomen, al dan niet goed. Hij spreekt zich ook uit over de bijzondere gevallen van tandheelkundigen die hem schriftelijk een specifieke vraag hebben gesteld (rechtvaardiging voor een laattijdige indiening van het aanwezigheidsblad, enz.).

De Evaluatiecommissie tandheelkunde

De Evaluatiecommissie tandheelkunde is samengesteld uit:

- 1° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van tandheelkundigen
- 2° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen
- 3° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de universiteiten.

De leden bedoeld onder 1° en 3° zijn tandheelkundigen. De leden van de Evaluatiecommissie tandheelkunde worden aangesteld door de stuurgroep.

Voor de tandheelkundigen worden de cursussen geëvalueerd door een "Evaluatiecommissie" die alle opleidingen, ongeacht de betrokken subdomeinen, met inbegrip van de opleidingen ethiek en economie, doorneemt. Die commissie bepaalt in welk subdomein de cursussen worden ondergebracht en kent ze een aantal accrediteringseenheden toe. Ze onderzoekt ook sommige individuele dossiers die eventueel belangrijke gegevens missen (b.v. het verslag). De eindbeslissing wordt in de Stuurgroep kwaliteitspromotie genomen.

De Commissie van beroep tandheelkunde

De tandheelkundigen die een beslissing van de stuurgroep betwisten, kunnen een hoger beroep instellen bij de Commissie van beroep. Deze is samengesteld uit:

- 1° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van tandheelkundigen
- 2° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen
- 3° 2 werkende en 2 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de universiteiten.

De leden van de Commissie van beroep mogen geen lid zijn van de Stuurgroep kwaliteitspromotie, noch van de Evaluatiecommissie tandheelkunde. De leden bedoeld onder 1° en 3° zijn tandheelkundigen. De leden van de Commissie van beroep tandheelkunde worden benoemd door de Koning.

Er kan tegen de beslissingen van de Commissie van beroep ook hoger beroep worden ingesteld bij de Raad van State.

c. Bijscholingscursussen en peer-reviews

Opdat zorgverleners de bijscholingsactiviteiten waaraan zij hebben deelgenomen, zouden kunnen doen gelden, moeten die activiteiten zijn goedgekeurd door de accrediteringsstuurgroep voor de activiteiten die zijn bestemd voor geneesheren en apothekers-biologen en door de Stuurgroep kwaliteitspromotie voor de tandheelkundigen.

DE ACCREDITERING VAN DE BIJSCHOLINGSCURSUSSEN: GENEESHEREN EN APOTHEKERS-BIOLOGEN

Om de accreditatie te kunnen verkrijgen van een bijscholingscursus die in België plaatsvindt, moet de accrediteringsaanvraag bij de administratie worden ingediend door een erkende organisatie, vooraleer de activiteit plaatsvindt. De verantwoordelijke in de organisatie die activiteiten wil laten erkennen in het raam van de accreditering, moet een geneesheer zijn.

De accrediteringsaanvragen worden ter evaluatie doorgestuurd naar het paritair comité van het betreffende specialisme en worden aan de accrediteringsstuurgroep of de werkgroep Ethiek en Economie ter goedkeuring voorgelegd.

Uit een recente statistiek van de dienst blijkt dat er in België in totaal 1 780 geregistreerde organisaties bestaan, waarvan er 998 in 2010 activiteiten hebben georganiseerd die zijn goedgekeurd door de stuurgroep.

Die cursussen kunnen verschillende vormen aannemen:

- workshops
- regionale seminaries
- nationale vergaderingen
- internationale vergaderingen
- ziekenhuisstaf-vergaderingen⁷
- vergaderingen over Ethiek en Economie
- wetenschappelijke en didactische werken (publicaties)
- wetenschappelijke en didactische werken (mondelijke voorstelling)
- moderatoren
- programma's voor afstandleren (e-learning)
- varia.

7. De ziekenhuis-stafvergaderingen zijn sedert 01.10.2010 niet langer geaccrediteerd.

Het paritaire comité of de werkgroep Ethiek en Economie onderzoekt de accrediteringsaanvragen en stelt voor om de accreditering al dan niet toe te staan. De stuurgroep bekrachtigt deze beslissingen.

Een bijscholingsactiviteit wordt geëvalueerd op basis van de wetenschappelijke kwaliteit ervan; zij krijgt een maximale score van een studiepunten per uur toegekend. Zodra een activiteit een score heeft gekregen van een paritair comité, is ze datzelfde aantal studiepunten waard voor iedere geneesheer, ongeacht zijn specialisme. Publicaties komen in aanmerking voor maximaal zes studiepunten voor de hoofdauteur. Een geneesheer die als spreker of moderator optreedt tijdens een vormingsactiviteit, kan het dubbele aantal studiepunten krijgen van het voor die activiteit vastgestelde aantal, met een maximum van twee extra studiepunten. Programma's voor afstandleren krijgen een score van maximaal een studiepunten per uur.

Er wordt aan herinnerd dat de geneesheer niet is verplicht deel te nemen aan een bepaald type activiteit, behalve voor activiteiten met betrekking tot Ethiek en Economie. In dat laatstgenoemde aspect moet de geneesheer op zijn minst drie studiepunten behalen voor ieder jaar van zijn accrediteringsperiode.

Iedere geneesheer die deelneemt aan een opleiding die in het buitenland wordt georganiseerd, kan een aanvraag tot erkenning voor die activiteit indienen. Zodra die aanvraag is geregistreerd, hoeft een andere geneesheer die aan diezelfde opleiding wilt deelnemen, geen aanvraag voor die activiteit meer in te dienen. Internationale conferenties die zijn goedgekeurd door internationale organisaties die door de ASG zijn erkend, hoeven niet meer te worden goedgekeurd door de ASG. Geneesheren hoeven voor die cursussen dus niet langer een accrediteringsaanvraag in te dienen.

DE LOK'S: LOKALE GROEPEN VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE

De LOK's, de lokale groepen voor geneeskundige evaluatie, vormen een sleutelement in het accrediteringssysteem. De LOK's zijn peer groups ("peer-review") van 8 tot 25 geneesheren die vergaderen om gevallen te bespreken, om hun praktijk te vergelijken en te evalueren, om nieuwe technieken te leren kennen, enz.

Iedere geaccrediteerde geneesheer moet zich bij een LOK inschrijven. Hij moet minstens twee vergaderingen van de LOK bijwonen voor ieder jaar van zijn accrediteringsperiode. De LOK-verantwoordelijke moet een geaccrediteerde geneesheer zijn. De LOK moet jaarlijks minstens vier vergaderingen beleggen. Vergaderingen die minder dan twee uren duren, krijgen een score van één studiepunten, bijeenkomsten van twee uren of langer krijgen een score van twee studiepunten.

Om te vermijden dat de LOK in de verleiding zou komen om zich te laten sponsoren door de farmaceutische industrie is een wetsontwerp uitgewerkt om de vergaderingen van de LOK te financieren ten belope van maximaal 200 EUR per activiteit. Om die tegemoetkoming te ontvangen, moet de LOK voldoen aan alle voorwaarden die in de regelgeving zijn vastgesteld en minstens vier vergaderingen per jaar beleggen.

ACCREDITERING VAN DE AANVULLENDE OPLEIDINGSACTIVITEITEN VOOR TANDHEELKUNDIGEN

In de loop van een vijfjarencyclus moet de tandheelkundige in elk van onderstaande deelgebieden een bijscholingsactiviteit volgen, behalve in deelgebied 0:

1. Algemeen geneeskundig
2. Ethische, sociaal-economische en organisatorische aspecten van het beroep
3. Radiologisch onderzoek van het orofaciaal gebied, met inbegrip van stralingsbescherming
4. Rechtstreekse technieken in de restauratieve tandheelkunde, de endodontie en de preventie
5. Kindertandheelkunde en orthodontie
6. Orale pathologie en parodontologie
7. Onrechtstreekse technieken in de restauratieve tandheelkunde, vaste en uitneembare prothesen, temporomandibulaire functiestoornissen
0. Deelgebiedoverschrijdende opleidingen, informaticacursussen.

De tandheekkundige mag bepaalde gebieden grondiger bestuderen dan andere, op voorwaarde dat hij in totaal 500 eenheden behaalt over de vijf jaar, waarvan 50 eenheden verplicht in het deelgebied 2 te behalen zijn en 20 eenheden in het deelgebied 3.

Hij moet in de loop van het eerste jaar op zijn minst 100 eenheden behalen.

De organisator van de bijscholing mag geen winst nastreven. Hij moet de erkenningsaanvraag indienen vóór de aanvangsdatum van de activiteit. De aanvraag is verschillend al naar gelang het gaat om nieuwe cursussen dan wel om een herhaling van bestaande cursussen (cursussen die identiek zijn aan eerder georganiseerde geaccrediteerde cursussen). De Evaluatiecommissie onderzoekt de aanvragen en koppelt de cursussen aan de haar voorgelegde cursussen en deelgebieden. Die voorstellen worden ter goedkeuring voorgelegd aan de stuurgroep. Er worden tien accrediteringseenheden verleend per opleidingsmodule van 90 minuten die is goedgekeurd door de stuurgroep.

De tandheekkundige die deelneemt aan een opleidingsactiviteit waarvoor de accreditering is aangevraagd, moet nadien telkens een evaluatieformulier over die activiteit invullen.

Voor aanvullende opleidingsactiviteiten in het buitenland moet de tandheekkundige een individuele accrediteringsaanvraag indienen vóór de datum van de activiteit en hierbij het programma toevoegen. Na de activiteit moet hij een getypt verslag opstellen van minstens tien regels per module van 90 minuten.

PEER-REVIEWS IN HET ACCREDITERINGSSYSTEEM VAN DE TANDHEELKUNDIGEN

Peer-reviews zijn groepen van 8 tot 20 tandheekkundigen die samenkomen om hun praktijkkennis en ervaringen uit te wisselen. Iedere peer-reviewgroep wordt georganiseerd door een tandheekkundige die zich ertoe verbindt om gedurende een periode van ten minste een jaar de bestuurlijke en organisatorische aspecten van de peer-reviews te behartigen.

In 2012 moet de tandheekkundige ten minste twee sessies van 90 minuten bijwonen.

d. De informatisering van de accreditering

Sinds verschillende jaren wordt het beheer van de accreditering geleidelijk geautomatiseerd, zowel voor de administratie als voor de zorgverlener en de organisatoren van de bijscholingen. De informatisering van de accreditering kadert in een algemene trend om het individuele dossier van de zorgverlener te automatiseren, wat het online beheer van de financiële en fiscale identificatiegegevens inhoudt.



Via de website van het RIZIV krijgen de zorgverleners toegang tot verschillende functies, al naargelang hun statuut. Een overzicht van alle mogelijkheden van die softwaretoepassing kan vanop de website worden gedownload (*Home > Zorgverleners > Individuele > Tandheekkundigen > Accreditering > Accreditering ONLINE*).

De zoekcatalogus van de bijscholingsactiviteiten vormt het onbeveiligde gedeelte van de toepassing: hij is toegankelijk voor elke persoon die naar de website van het RIZIV surft :



(*Home > Zorgverleners > Individuele > Tandheekkundigen > Accreditering > Accreditering ONLINE Opzoeken activiteiten*).

1. De volgende modules zijn beschikbaar voor *alle geaccrediteerde zorgverleners*, geneesheren, apothekers-biologen en tandheekkundigen

- De raadpleging van de zoekcatalogus met alle bijscholingsactiviteiten (die toegankelijk is voor iedereen die naar de website van het RIZIV surft)
- De follow-up van het statuut van de aanvragen tot erkenning voor die activiteiten.

In het beveiligde gedeelte van de toepassing, dat wordt bereikt via een login en een wachtwoord (*Accreditering online > Inloggen*), hangt de toegang tot deze of gene module af van het statuut van de gebruiker.

2. De volgende modules zijn toegankelijk voor geneesheren en apothekers-biologen:

- De online raadpleging van zijn accrediteringsdossier: geregistreerde deelname aan de bijscholingsactiviteiten en aan de LOK-vergaderingen
- De indiening van de erkenningsaanvragen voor in het buitenland gevolgde activiteiten en voor de publicaties.

3. Volgende bijkomende functionaliteiten zijn bestemd voor de bijscholingsverantwoordelijken in het raam van de accreditering van de geneesheren en de apothekers-biologen:

a. Voor de organisatoren van bijscholingsactiviteiten:

- de indiening van erkenningsaanvragen voor bijscholingsactiviteiten in België en voor opleidingsmodules voor afstandslernen (e-learning)
- de gegevensregistratie voor deelname aan de erkende bijscholingsactiviteiten (voor opleidingen in België), hetzij per groep ("batch"-modus), hetzij ieder afzonderlijk "één per één". Sedert 1 januari 2012 moet de registratie van deelname aan bijscholingsactiviteiten verplicht gebeuren via elektronische weg voor die activiteiten die lopen vanaf 1 januari 2012. De papieren aanwezigheidslijsten zullen niet langer worden aanvaard voor activiteiten die na die datum hebben plaatsgevonden.

b. Voor de LOK-verantwoordelijken:

- Beheer van de samenstelling van de LOK
- Beheer van de LOK-vergaderingen: registratie van deelname aan de peer-reviewsessies door de verantwoordelijke. Volgens de geldende accrediteringsregels moet die registratie verplicht via elektronische weg gebeuren.

4. De functionaliteiten die worden aangeboden aan *de opleidingverantwoordelijken en de verantwoordelijken voor de peer-reviewsessies* in het raam van de accreditering van de tandheelkunde:

- Registratie van de deelnamegegevens voor aanvullende opleidingsactiviteiten en peer-review-sessies: in "batch"-modus ofwel ieder afzonderlijk – "één per één".

Sommige functies die vroeger niet verplicht waren, zijn intussen verplicht geworden maar werden voordien al gebruikt door een gedeelte van de opleidingsverantwoordelijken. Het betreft meer bepaald de registratie van deelname aan activiteiten voor bijscholing in het kader van de accreditering van huisartsen en apothekers-biologen.

Zijn accrediteringsdossier online raadplegen

De individuele zorgverlener die zijn dossier online volgt, zal binnenkort beschikken over een waarheidsgetrouw beeld, in real-time, van zijn dossier, want geleidelijk aan zullen alle deelnames aan iedere opleidingsactiviteit rechtstreeks online worden opgeslagen door de opleidingsaanbieders. Nu reeds kan een arts of een apotheker-bioloog een overzicht krijgen van zijn accrediteringsdossier, ook al is die informatie nog niet volledig.

Een voorbeeld: het online dossier van een geneesheer bevat, gerangschikt op datum, soort activiteit, opleidingsorganisator en erkenningsnummer, de lijst van alle activiteiten waaraan hij deelnam: LOK, opleiding inzake Ethiek en Economie, nationale en internationale bijeenkomsten.

Een overzichtstabel biedt een samenvatting van het dossier en berekent het totale aantal punten dat is gescoord voor elke rubriek en voor elk jaar van de accrediteringsperiode.

De opgenomen activiteiten kunnen in detail worden gevisualiseerd door te klikken op de vakken waarin een puntenaantal staat vermeld. Die overzichtstabel, aangevuld met gegevens vermeld in de via de post toegestuurde getuigschriften/aanwezigheidsattesten, wordt gebruikt door de werkgroep "kleine ASG" om de "betwiste" dossiers voor te leggen in het raam van de individuele accreditering van huisartsen en apothekers-biologen. De deelnamecijfers voor de activiteiten zijn beschikbaar voor de lopende accrediteringsperiode en ook voor andere periodes. De softwaretoepassing maakt het bijvoorbeeld mogelijk om te berekenen hoeveel studiepunten werden verdiend voor een bepaalde periode, ongeacht of het al dan niet een accrediteringsperiode betreft.

De gebruiker mag kiezen om de gekozen rubriek al dan niet te vermelden. Hij kan ook opzoeken aan de hand van het registratienummer van een activiteit, dat wordt toegekend zodra een organisator een aanvraag voor een activiteit indient.

Het is vermeldenswaard dat de overzichtstabel een duidelijke samenvatting bevat, naast de huidige accrediteringsperiode, van de referentieperiode waarin de activiteiten zijn gevaloriseerd met studiepunten.

We weten immers dat er twee maanden verlopen tussen de accrediteringsperiode en de referentieperiode waarin de activiteiten worden geboekt. Zo zal bijvoorbeeld, voor een accrediteringsperiode van 1 november 2008 tot 31 oktober 2011, rekening worden gehouden met activiteiten die plaatsvonden tussen 1 september 2008 en 31 augustus 2011. De overzichtstabel vermeldt duidelijk de uiterste data waarbinnen de activiteiten geldig zijn voor elk jaar van de accrediteringsperiode.

Door zijn elektronisch dossier te raadplegen, zal de geneesheer of de apotheker-bioloog zelf controle kunnen uitoefenen op de valorisatie van de activiteiten en de LOK-vergaderingen. Hij kan tevens nazien of het hoofd van zijn LOK zijn deelname aan een vergadering wel degelijk heeft geregistreerd. Hij kan inschatten welke punten hij nog moet verwerven voor een bepaalde rubriek of voor een bepaalde referentieperiode.

Door regelmatig zijn dossier te bekijken via de online softwaretoepassing kan de geneesheer of de apotheker-bioloog misverstanden vermijden die zouden kunnen ontstaan door een gebrek aan kennis van zijn werkelijke erkenningsperiode of door een al te ruwe schatting van de punten die hij heeft behaald voor de deelname aan een bepaalde activiteit.

Vanuit het perspectief van de dienst bemoeilijkt de online softwaretoepassing bepaalde vormen van bedrog, zoals papieren getuigschriften die gemakkelijk na te maken zijn, aanwezigheidslijsten van twijfelachtige oorsprong; sommige gewetenloze zorgverleners lijken de gave te bezitten om alomtegenwoordig te zijn.

De accrediteringsstuurgroep en na haar de Commissie van Beroep krijgen te maken met tal van dossiers waarbij de geneesheren ofwel de referentieperiode aanvechten waarin de activiteiten worden gevaloriseerd, ofwel het aantal punten dat is behaald voor een bepaalde activiteit of voor een bepaald onderwerp.

Het is zeer waarschijnlijk en wenselijk dat de geleidelijke informatisering van de accrediteringsdossiers in combinatie met een duidelijke en strenge herinnering aan de accrediteringsregels het aantal betwiste dossiers die bij de accrediteringsstuurgroep en de Commissie van Beroep terecht komen, zal doen afnemen.

Zoekcatalogus voor het opzoeken van de bijscholingsactiviteiten en de LOK-vergaderingen

Deze bijzonder handige functie stelt de zorgverlener in staat om informatie te verkrijgen over de activiteiten die deel uitmaken van de accreditering en die erkend zijn of waarvoor een aanvraag is ingediend: de gebruiker van deze module kan een activiteit opzoeken aan de hand van een aantal zoektermen: datum, plaats, rubriek, organisatiernaam of –nummer, trefwoord van het onderwerp, activiteitennummer, status van de aanvraag, enz.⁸

Met betrekking tot de LOK kan men via het beveiligde gedeelte van de softwaretoepassing ook alle nodige inlichtingen vinden, hier ook aan de hand van verschillende zoektermen: naam van de verantwoordelijke, LOK-nummer, specialisme, naam van de deelnemers, datum, onderwerp, enz.

4. Evaluatie van de accreditering

a. Administratieve en “kwantitatieve” evaluatie

Na de weg die een dossier aflegt te hebben overlopen, hebben we gezien dat het accrediteringssysteem zeer complex is.

Het lijkt echter vrij eenvoudig om de accreditering op het vlak van de administratieve follow-up van de dossiers te beschrijven en te evalueren en oplossingen voor te stellen om het systeem zowel voor de zorgverleners als voor de personeelsleden die de dossiers behandelen, te verbeteren, met name door de informatisering.

Het accrediteringssysteem is onderworpen aan strikte werkingsregels die welomschreven voorwaarden oplegt aan de zorgverleners die hiervan willen deel uitmaken. Het aantal opleidingsuren en bijgevolg het aantal te verzamelen punten is duidelijk bepaald voor elke rubriek, voor elk type activiteit (peer-review, atelier workshop, e-learningmodules, publicaties enz.) en voor elke referentieperiode. Men kan gemakkelijk nagaan of een geneesheer of een tandarts heeft deelgenomen aan de bijscholing in een bepaald opleidingsgebied en voor een bepaald jaar van zijn accrediteringsperiode door de gehaalde punten individueel op te tellen: aantal uren deelname, aantal vergaderingen, enz.

De individuele bijscholingsdossiers worden dus constant kwantitatief geëvalueerd wat overigens noodzakelijk is om de gelijkvormigheid van het dossier na te gaan en de deugdelijkheid van het systeem te garanderen. De lessen worden ook kwantitatief geëvalueerd: datum, plaats, aantal uren.

Dankzij de informaticatoepassing die zowel voor de individuele zorgverleners als voor de organisatoren van de bijscholing en het personeel van het RIZIV toegankelijk is, wordt de kwantitatieve evaluatie van de individuele dossiers en lessen steeds duidelijker.

Moelijkheden bij het beheer van de dossiers van de geaccrediteerde geneesheren

Vooraf in het kader van de accreditering van de huisartsen en de apothekers-biologen is de procedure zo complex dat het niet altijd gemakkelijk is voor een huisarts of een apotheker-bioloog om exact te weten hoe het staat met zijn dossier en voor welke accrediteringsperiode de opleidingen die hij volgt, zullen worden geaccrediteerd.

De dienst krijgt immers regelmatig te maken met geneesheren die beweren de accrediteringsregels te goeder trouw na te leven.

8. Er wordt aan herinnerd dat die module vrij toegankelijk is voor iedereen die naar de website van het RIZIV surft.


Deze bepalen dat zij 20 studiepunten moeten verwerven over elk jaar van de accrediteringsperiode en 60 studiepunten in totaal⁹: “Over een referentieperiode van 12 maanden moet de huisarts 20 studiepunten verwerven. In de 20 studiepunten moeten verplicht 3 studiepunten in de rubriek ethiek en economie en twee deelnemingen aan de LOK worden verworven”, en verder “De huisarts moet 60 studiepunten, billijk gespreid over de 3 jaar, hebben verworven.”

Sommige artsen denken ten onrechte dat de 60 studiepunten op min of meer evenwichtige wijze over de drie jaar mogen worden gespreid.

De referentieperiode voor de accreditering

Een ander probleem betreft de referentieperiode voor de accreditering van de huisartsen.

De periode die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de accrediteringspunten (studiepunten of SP) wordt twee maanden verschoven in vergelijking met de “officiële” accrediteringsperiode die in het dossier vermeld staat (papier en online).

 een arts waarvan de nieuwe accrediteringsperiode van drie jaar aanvangt op 1 september 2008 en eindigt op 31 augustus 2011. De periode die in aanmerking wordt genomen voor die opleidingen begint in feite op 1 juli 2008 en dus zullen alleen de activiteiten worden verrekend die plaatsvonden tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2011 hoewel de arts de voordelen die verbonden zijn met de accreditering tot en met 31 augustus geniet.

De reden voor die verschuiving is van administratieve aard. Het heeft tot doel om de Accrediteringsstuurgroep en de personeelsleden van de afdeling Accreditering van het RIZIV de tijd te geven om het dossier te onderzoeken dat in de Accrediteringsstuurgroep wordt voorbereid, zodat deze zich kan uitspreken over een nieuwe accreditering voor de betrokken arts. De vergaderingen van de AS vinden doorgaans plaats op de 3e woensdag van de maand (tussen de 15e en de 21e). De AS spreekt zich uit over de dossiers die op het einde van de maand vervallen. Die verschuiving is dus nodig om administratieve redenen. De AS kan zich immers niet uitspreken over een dossier waarvoor de arts nog een opleiding volgt tussen de datum van de vergadering en het einde van de maand.

Heel wat artsen betwisten het feit dat ze de activiteiten (met bewijzen in de aanslag) die ze in de loop van de laatste twee maanden van hun accrediteringsperiode hebben gevolgd, niet in aanmerking kunnen laten nemen.

Die voorwaarde wordt duidelijk gestipuleerd in de accrediteringsvoorwaarden en bovendien wordt erin bepaald dat die opleidingen niet verloren zijn omdat zij voor de volgende accrediteringsperiode in aanmerking worden genomen.

Een aantal van die problemen zullen deels worden opgelost door de systematische invoering via de onlinetoepassing van alle deelnamegegevens van de activiteiten.

Toename van het aantal betwiste dossiers die door de AS worden behandeld

De betwiste dossiers komen terecht bij de Accrediteringsstuurgroep nadat ze door de werkgroep (“kleine AS”) zijn onderzocht. We stellen vast dat er steeds meer dergelijke dossiers worden geopend.

9. [Zie accrediteringsvoorwaarden op de website van het RIZIV: Artsen > Individuele accreditering > Accrediteringsvoorwaarden.](#)

Alleen al voor 2011 zien we een sterke toename, in het bijzonder tijdens de laatste maanden van het jaar:

Tabel 3 : Statistieken van de dossiers over een jaar					
Maand van de AS (m) :	Dossiers OK (m+1)	Nt ingediende aanvragen	Dossiers kleine AS	Theoretisch aantal	Aantal geaccrediteerd
Januari	463	41	53	557	429
Februari	355	32	40	427	404
Maart	2 231	120	67	2 418	2 270
April	1 567	58	56	1 681	1 589
Mei	1 151	72	58	1 281	1 171
Juni	1 303	104	61	1 468	1 329
Juli	394	28	47	469	404
Augustus	141	11		152	209
September	2 239	180	98	2 517	2 297
Oktober	2 429	?	113	2 542	2 590
November	1 514	113	99	1 726	1 554
December	1 229	93	97	1 419	1 274
Totaal 2011	15 016	852	789	16 657	16 031
Procent	90,15 %	5,11 %	4,74 %		96,24 %

Het “theoretisch aantal” dossiers voor een gegeven maand is de som van de ingediende dossiers (“dossiers OK”), van de niet-ingediende dossiers en van de dossiers die door de werkgroep zijn behandeld. Dit is ongeveer¹⁰ gelijk aan het aantal dossiers die op de 1e van de maand die volgt op de vergadering van de stuurgroep, zouden moeten worden geaccrediteerd. Dit aantal moet worden vergeleken met het “aantal geaccrediteerden” wat gelijk is aan het werkelijke aantal dossiers die voor de 1e van de maand volgend op die van de AS zijn ontvangen.

In de laatste lijn van de tabel worden een aantal percentages weergegeven: 90 % van de dossiers worden op tijd ingediend en beantwoorden aan de accrediteringsvoorwaarden, in 5 tot 6 % van de dossiers is de aanvraag niet op tijd ingediend en bijna 5 % van de dossiers wordt door de werkgroep behandeld.

Hoewel de toename van de dossiers die door de werkgroep moeten worden behandeld, reëel is en voor problemen zorgt, kan men zich verheugen over het grote aantal dossiers die in orde zijn en binnen de streefdata zijn ingediend (90 %). We wijzen er ook op dat het aantal niet-ingediende aanvragen gemiddeld hoger is dan het aantal betwiste dossiers.

Het aantal dossiers dat door de Commissie van beroep wordt behandeld, blijft ook toenemen.

Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor de toename van het aantal betwiste dossiers:

- De complexiteit van het systeem zorgt voor een slechte interpretatie van de regels en voorwaarden
- Met de tijd (de accreditering bestaat meer dan 15 jaar) volgt de arts vaak wat minder nauwkeurig zijn individueel dossier op: verstrooid, hoge werklast, enz.
- Men is minder gemotiveerd voor de bijscholing en de accrediteringsregels worden vaker betwist.

10. Sommige dossiers die door de AS6 worden behandeld, betreffen dossiers die een of meerdere maanden te laat zijn ingediend en die vroeger hadden moeten worden geaccrediteerd.

b. Kwalitatieve evaluatie

Een kwalitatieve evaluatie van de accrediteringsprocedure is moeilijker te realiseren. Er bestaan momenteel weinig instrumenten om de deugdelijkheid en de kwaliteit van de inhoud van de lessen, de bekwaamheid van de lesgevers van de opleidingen, de kwaliteit van de uitwisselingen in de peer-reviews te evalueren en nog minder om de impact van die opleidingen op de medische praktijk te beoordelen.

De lessen worden natuurlijk beoordeeld door de commissies en de paritaire comités waarvan de leden professionals zijn in de betrokken discipline. Hoewel die leden de opleidingssessies op ernstige wijze beoordelen en er met name goed op toezien dat de lessen geen commerciële inslag hebben, is de titel van een les of de naam van een professor op zich geen kwaliteitsgarantie en worden de lessen normaal goedgekeurd of afgewezen vóór ze plaatsvinden.

Sedert de invoering van het accrediteringssysteem zijn er meerdere acties ondernomen om een balans van dit systeem op te maken.

In het kader hiervan heeft de stuurgroep in 2003 een schriftelijke enquête gehouden bij de LOK's. Die enquête had tot doel om na zijn tienjarige bestaan een stand van zaken op te maken van het accrediteringssysteem. Sommige zaken hadden specifiek betrekking op de werking van de LOK's maar andere op de accreditering en haar gevolgen in het algemeen en op de individuele accrediteringsvoorwaarden.

De vragenlijst werd naar alle LOK-verantwoordelijken gestuurd. De participatiegraad was zeer hoog (meer dan 75 %) en de antwoorden werden op basis van een consensus in de betreffende LOK opgesteld.

De resultaten van die enquête brachten interessante zaken aan het licht: de inhoud van de bijscholing is verbeterd en sedert de invoering van de accreditering hebben de artsen aan meer bijscholingsactiviteiten deelgenomen.

Een punt handelde over de invloed van de accreditering op de dagelijkse medische handelingen van de arts. Er werden vijf elementen voorgesteld die een gunstige invloed konden hebben op de kwaliteit van de medische handelingen:

- een hoger kennisniveau van de arts (55 % ja)
- een intercollegiale evaluatie (64,5 %)
- regelmatig overleg binnen de discipline of tussen de geneesheren van verschillende disciplines (66 %)
- een kosteneffectievere zorgverlening (meer dan 55 % voor de huisartsen, rond 30 % voor de specialisten)
- andere gevolgen van de accreditering.

Kortom, uit de enquête blijkt dat de accreditering volgens de artsen in het algemeen een gunstige invloed uitoefent. Het gaat om een vorm van evaluatie van het systeem door de betrokkenen zelf.

In 2006 vond een ander onderzoek plaats bij de LOK-verantwoordelijken. Hier ging het meer specifiek over de werking van de LOK's: aantal vergaderingen, aantal deelnemers, behandelde thema's, enz. Uit de conclusies van die enquête sproot onder andere het idee voort dat om de inhoud van een LOK-vergadering te evalueren, een gestructureerd activiteitenverslag noodzakelijk was.

Hoewel de resultaten van die enquêtes elementen aanvoeren om het accrediteringssysteem in zijn geheel te evalueren, bestaat er momenteel geen systematische evaluatie van de opleidingsactiviteiten en van de LOK's in het accrediteringssysteem van de artsen.

In het accrediteringssysteem van de tandartsen wordt aan de deelnemers gevraagd om de gevolgde opleidingen te evalueren. Enerzijds moet elke tandarts die in België aan een opleiding deelneemt, na die opleiding een evaluatierooster invullen waarin hij de inhoud, de presentatie en de organisatie van de opleiding beoordeelt.

Anderzijds, moet de tandarts voor elke opleiding die hij in het buitenland volgt en waarvoor hij de accreditering heeft aangevraagd, na afloop ervan een getypt verslag inleveren bij de stuurgroep. Dit verslag wordt onderzocht door de Evaluatiecommissie die zich uitspreekt over de valorisatie van die activiteit voor de betrokkene. Indien een andere tandarts aan dezelfde opleiding deelneemt, moet hij ook een verslag opstellen dat door de Evaluatiecommissie zal worden geëvalueerd.

Het gebrek aan een systematische evaluatie van de accreditering moet ook in verband worden gebracht met het vrijwillige karakter van de accreditering. Het accrediteringssysteem is niet bindend en het feit of men al dan niet geaccrediteerd is, heeft momenteel geen enkele invloed op het behoud van de erkenning van de zorgverleners.

Die situatie is aan het veranderen, althans voor de huisartsen, als gevolg van een nieuwe reglementering betreffende het behoud van de erkenning: om hun erkenning te behouden, zullen de huisartsen voortaan aan een zeker aantal voorwaarden moeten beantwoorden waaronder de deelname aan een systeem van bijscholing. Het accrediteringssysteem van de artsen dient als referentie voor die evaluatie.

Die nieuwe regelgeving welke in een controle door de FOD Volksgezondheid voorziet, zal een evaluatiesysteem voor de gevolgde opleidingen en dus een kwalitatieve evaluatie van de accreditering misschien noodzakelijk maken.

5. Mogelijke oplossingen

a. Om het systeem begrijpelijker te maken: beter communiceren

Men heeft vastgesteld dat het accrediteringssysteem vanuit praktisch oogpunt zeer complex was. Door de zorgverleners het voordeel van de twijfel te laten, kan men aannemen dat er een aantal fouten kunnen opduiken bij de interpretatie van de verdeling van de punten over de verschillende periodes en in de verschillende rubrieken. Dit is vooral het geval bij de accreditering van de geneesheren.

Om problemen in verband met het begrip van dit systeem te beperken en de regels die het in goede banen leidt, te respecteren, zou het goed zijn om de communicatie rond de accreditering te verbeteren indien de menselijke en financiële middelen van de dienst dit toelaten.

- Op de website van het RIZIV door een herziening van de module die gewijd is aan de accreditering met ten minste één korte presentatie waarin een definitie van de accreditering is opgenomen. Die definitie zou verschijnen zodra de gebruiker zich in het deel "Accreditering" bevindt. De gebruiker zou daarna de keuze hebben uit meerdere mogelijkheden (voorwaarden, online accreditering, enz.). Momenteel lijkt de toepassing wat zwaar en weinig gebruiksvriendelijk en de gebruiker wordt onmiddellijk doorverwezen naar een of andere module van de accreditering zonder een definitie van de accreditering te hebben kunnen raadplegen.
- Het ter beschikking stellen van een "vademecum" van de accreditering, een gebruikersgids die ook in PDF-vorm op de website beschikbaar is.

Die twee ingrepen zouden de accrediteringsprocedure duidelijker maken, de zorgverleners aanmoedigen om hun dossier online te raadplegen en het gebruik van alle functies van die toepassing te vergemakkelijken.

Er zouden twee gidsen beschikbaar zijn: een voor de artsen en de apothekers-biologen en de andere voor de tandheelkundigen. Elk document zou online beschikbaar zijn (in PDF in het Nederlands en in het Frans). Het document voor de huisartsen zou er bijvoorbeeld als volgt kunnen uitzien:

- Een duidelijke herhaling van de geldende regels door te verwijzen naar de accrediteringsvoorwaarden en de informatie die tot nu toe voor verwarring konden hebben gezorgd. Bijvoorbeeld, in het geval van de geneesheren: 20 studiepunten verplicht per jaar waarvan 3 studiepunten in ethiek en economie en 2 deelnemingen aan de LOK.
- Een beschrijving van de volledige accrediteringsprocedure in een gebruikersgids van de onlinetoepassing voor de zorgverlener die zijn dossier alleen online wilt raadplegen, de zoekfunctie wilt gebruiken of erkenningsaanvragen voor activiteiten in het buitenland wilt indienen. Die gids zou de te volgen procedure beschrijven aan de hand van voorbeelden en schermkopieën.
- Een meer specifieke gids voor de organisatoren van de bijscholing en voor de LOK-verantwoordelijken maar die ook toegankelijk is voor de zorgverleners. Dit document zou de informatie bevatten waarover de organisator moet beschikken om de deelnamegegevens voor de opleidingen en de LOK-vergaderingen en de erkenningsaanvragen voor de activiteiten online in te voeren.

Dit document zou op basis van onderhavige studie kunnen worden opgesteld en voorzien van schema's, grafieken, schermkopieën, om de volledige accrediteringsprocedure en de weg die een accrediteringsdossier aflegt, duidelijk en verstaanbaar toe te lichten. In het begin van het document zou de erkenningsaanvraag van een jonge arts worden beschreven en op het einde de accreditering van een arts op het einde van zijn loopbaan.

De tekst zou voorbeelden kunnen bevatten van problemen uit individuele dossiers waarin een bepaald probleem aan de hand van zijn historiek wordt uiteengezet (fictieve dossiers maar gebaseerd op waar gebeurde situaties).

b. Om het aantal fouten, dubbel gebruik en fraude te verminderen

De veralgemeende informatisering van de accrediteringsgegevens zal zeker het aantal fouten en fraudes verminderen. Het zou niet meer mogelijk zijn om valse aanwezigheidsattesten te bezorgen, er zouden regelmatig controles worden uitgevoerd zoals nu al het geval is. Hierdoor wordt dubbel gebruik vermeden: deelname van een geneesheer aan twee gelijktijdige opleidingen, aanvraag voor de valorisatie van een activiteit als opleiding en als LOK-vergadering, enz.

c. Om het aantal betwiste dossiers te verminderen die door de stuurgroep moeten worden behandeld: delegeren

Het doel van voornoemde maatregelen is om de leesbaarheid en de begrijpelijkheid van het accrediteringssysteem te verbeteren. Dit zou het aantal probleemgevallen waarschijnlijk doen verminderen.

Volgens de accrediteringsregels draagt de stuurgroep aan het accrediteringsteam de bevoegdheid over om de zorgverleners wier dossier in orde is, te accrediteren. Bovendien stelt dit team voor om een groot aantal zorgverleners waarvan het dossier nog kleine gebreken vertoont, te accrediteren. Indien dit niet het geval was, zou het aantal betwiste dossiers die door de stuurgroep moeten worden behandeld, nog veel groter zijn.

Gezien de ervaring en de bekwaamheid van de leden van het accrediteringsteam, zou de accrediteringsstuurgroep dit team de bevoegdheid kunnen toekennen om zelf te beslissen over betwiste dossiers die niet door de stuurgroep moeten worden onderzocht, bijvoorbeeld, in het geval van vrij duidelijke dossiers met medisch getuigschrift. De stuurgroep zou dan enkel nog de echt problematische dossiers behandelen en die waarover in de commissie moet worden gestemd.

d. Om de kwalitatieve evaluatie van de accreditering te ontwikkelen

De evaluatie van de lessen behoort tot de bevoegdheid van de paritaire comités en van de stuurgroep in het accrediteringssysteem van de artsen en tot die van de Evaluatiecommissie en de stuurgroep bij de tandheelkundigen. Die verschillende commissies zouden over de middelen moeten beschikken om de kwaliteit van de opleidingen te evalueren.

Om de inhoud van de opleidingsprogramma's "per stuk" te evalueren, zou het op het ogenblik dat een cursus al dan niet voor accrediteringsdoeleinden in aanmerking wordt genomen, nuttig zijn dat de leden van de commissies die deze opdracht uitvoeren, toegang zouden hebben tot het internet om opzoeken te kunnen verrichten over de organisator en eventueel de opleiding.

Om de opleidingsactiviteiten te evalueren op het ogenblik dat ze plaatsvinden, zou de accrediteringsstuurgroep op basis van een steekproef, controlebezoeken kunnen afleggen voor die activiteiten.

Voor de individuele evaluatie van de opleiding door de deelnemer, kunnen twee mogelijkheden worden overwogen, zowel in het kader van de accreditering van de geneesheren als van die van de tandheelkundigen:

- Een kort verslag die de deelnemer na afloop van de opleiding opstelt op basis van het model van het verslag dat vereist is voor de opleidingen voor tandheelkundigen die in het buitenland plaatsvinden. Zodra de accreditering volledig elektronisch verloopt, zou men geen papieren document meer eisen maar een elektronisch verslag
- Een gestructureerd evaluatieformulier dat bij voorkeur elektronisch moet worden ingevuld na afloop van elke opleidingsactiviteit en peer-reviewsessie. De NRKP heeft hiervan al een ontwerp van formulier uitgewerkt om de verantwoordelijken van de LOK's in staat te stellen hun groep te evalueren. Er zou een formulier kunnen worden opgesteld dat aangepast is aan de individuele evaluatie en aan de andere soorten opleidingsactiviteiten.

Naast de evaluatie van de opleiding door de deelnemer, zou die module ook een test over de kennis van de gevolgde opleiding kunnen inhouden.

Conclusie

Het accrediteringssysteem van de geneesheren en de apothekers-biologen en van de tandheelkundigen bestaat al meer dan vijftien jaar.

Het bijzondere aan die twee systemen in België is dat de zorgverleners vrijwillig deelnemen aan elk van die procedures en dat het gepaard gaat met een aanzienlijke financiële beloning.

De bemerkingen en de evaluaties die over de accreditering zijn geformuleerd, tonen aan dat die procedures in het algemeen goed werken: het aantal geaccrediteerde artsen blijft stabiel en het aantal accrediteringen bij de tandheelkundigen neemt toe. De evaluatieonderzoeken die bij de betrokkenen zijn uitgevoerd, wijzen op een algemeen positief beeld van de accreditering.

Er blijven echter problemen bestaan. Zowel de financiële kost als de kost op human resourcesvlak is hoog en momenteel is het moeilijk om de kwaliteit van de opleidingen en de werkelijke gevolgen ervan op de praktijk van de zorgverleners te evalueren.

Het is dus de vraag of het systeem zoals het nu bestaat moet worden behouden, of het een aantal aanpassingen vereist of het volledig moet worden herzien. Maar zelfs wanneer de procedure wordt behouden, zal men niet besparen op een systematische en grondige evaluatie van de opleidingsactiviteiten en de peer-reviewsessies.

De accreditering evolueert in twee richtingen: de informatisering en de internationalisatie van de bijscholingsprocedures.

Dankzij de informatisering komen er elke dag nieuwe toepassingen op de markt die zorgen voor een vereenvoudiging van de procedures en een beter beheer van de dossiers en de procedures.

De internationalisatie van de accreditering zorgt voor een ruimere waaier aan opleidingen. Met het oog op de evaluatie van de accreditering in België zou men in een volgende stap een overzicht kunnen maken van de accrediteringssystemen die in andere landen bestaan en ze met ons systeem vergelijken. Uit die vergelijking zouden ideeën kunnen voortvloeien om de accreditering in België te verbeteren waarbij evenwel de positieve aspecten worden bewaard en de overlegstructuur op basis waarvan die accreditering tot stand is gekomen.

Bibliografie

- Accréditation : bilan et perspectives – Speciaal nummer van het tijdschrift van de LOK – maart 2011 (pagina's 10 tot 34)
- Rapport des résultats de l'enquête écrite menée auprès des GLEM et relative à l'évaluation de l'accréditation en tant que système – Bijlage 3 van de notulen van de vergadering van 16 juni 2004 van de accrediteringsstuurgroep
- Infobox RIZIV - Wegwijzer naar de reglementering voor de huisarts - RIZIV augustus 2009
- Infobox RIZIV – Wegwijzer naar de reglementering voor de geneesheer-specialist – RIZIV september 2008
- Website van het RIZIV: toepassingen betreffende de individuele accreditering van de zorgverleners:



<http://www.inami.be/care/nl/doctors/accreditation/individual-accreditation/index.htm>
<http://www.inami.be/care/nl/dentists/accreditation/2012/index.htm>

- Website van het RIZIV: Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2012 van 23 december 2011: <http://www.inami.fgov.be/care/nl/doctors/general-information/agreements/2012/pdf/2012.pdf>

2^e Deel

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



3^e trimester 2011

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Financiering rustoorden

De financiering van de loonharmonisering van het bovennormpersoneel evenals van het logistiek en administratief personeel van de rustoorden wijzigt op drie vlakken:¹

- In de bedragen die aan de instellingen worden betaald zit ook de financiering van de ongemakkelijke prestaties vervat
- Uitsluiting van het “3^e luik”: de personeelsleden die al worden gefinancierd in het kader van de financiering van de alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen of in het kader van overeenkomsten die met toepassing van artikel 22 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zijn gesloten alsook de kinesitherapeuten waarvan het aantal uren per handeling worden gefactureerd volgens de nomenclatuur
- Zijn uitgesloten van het plafond van 24.882 voltijdse equivalenten: de personeelsleden die onder de toepassing van de “fiscale maribel” van de instelling vallen.

2. Terugvordering syndicale premie

Op 4 juli 1991 kwam een sociaal akkoord in de verzorgingssector tot stand met het oog op de verbetering van het statuut van het personeel van de verzorgingsinstellingen.

Dit akkoord hield in dat de regering er zich toe verbond om de forfaits, uitgekeerd door het RIZIV aan de verzorgingsinstellingen, te verhogen, om bepaalde doelstellingen te kunnen realiseren, waarbij onder meer de toekenning van een vakbondspremie vanaf 1 januari 1992.

Omdat de reglementering voorwerp was van een gerechtelijke procedure werden, de bedragen van de syndicale premie (toen nog 2 BEF) die betrekking hadden op de jaren 1992 tot 1995 gestort bij de Deposito- en Consignatiekas. Aan het RIZIV moest het bewijs van die storting worden geleverd. Later werd deze mogelijkheid uitgebreid van 1996 tot 2002.

Opdat de sommen die in bewaring zijn gegeven bij de Deposito- en Consignatiekas kunnen worden vrijgemaakt en aan het RIZIV worden teruggestort, zijn er in de wet van 19 december 2008 houdende diverse maatregelen op het vlak van gezondheidszorg, bepalingen opgenomen waarin wordt gepreciseerd dat de Koning de voorwaarden kan bepalen die daartoe nodig zijn.²

Deze voorwaarden worden vastgelegd door een Koninklijk besluit dat in werking treedt op 6 augustus 2011.³

1. K.B. van 28.06.2011 tot wijziging van het K.B. van 17.08.2007 tot uitvoering van de art. 57 en 59 van de programmawet van 02.01.2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinstellingen betreft, B.S. van 08.07.2011 (Ed. 2), blz. 40605.

2. Zie I.B. 2009/1, blz. 32, Wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2008 (Ed. 3), art. 54.

3. K.B. van 06.07.2011 tot uitvoering van art. 54 van de wet van 19.12.2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, betreffende de terugvordering van een vakbondspremie, B.S. van 27.07.2011, blz. 43399.

Bovendien stort het RIZIV een eenmalige tegemoetkoming aan het Syndicaal Fonds van de non-profitsector, met het doel om de syndicale premie te betalen voor de sector van de ziekenhuizen (tegemoetkoming die ongeveer de helft bedraagt van de te recupereren bedragen bij de Deposito- en Consignatiekas).⁴

3. Statuut adviserend geneesheer: accreditering

Vanaf 1 januari 2009 treden een aantal maatregelen in werking die het geldelijk statuut van de adviserend geneesheer revaloriseren en hun vakbekwaamheid versterken door het instellen van een stelsel van accreditering.⁵

- Dit stelsel van accreditering is gericht op de actualisering van de beroepskennis aan de hand van programma's van permanente vorming. Ook voeren de nieuwe bepalingen de toekenning van een accrediteringsforfait in van 2 800 EUR per jaar aan de adviserend geneesheren die door de verzekeringsinstellingen in dienst worden genomen.

De bezoldiging van de adviserend geneesheren wijzigt vanaf 1 januari 2010 en kent een verhoging van de barema's, een nieuw pensioenplan, de invoering van een dertiende maand (vanaf 01.01.2009) en het toekennen van een unieke premie (vanaf 01.01.2008).⁶

4. Begroting van de financiële middelen voor de farmaceutische specialiteiten

Jaarlijks moet het globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen inzake farmaceutische specialiteiten worden vastgelegd via Koninklijk besluit. Het globaal budget voor de specialiteiten wordt vastgesteld op 4 028,045 miljoen EUR voor het jaar 2011.⁷

5. Huishoudelijk reglement verzekeringscomité

Vanaf 6 oktober 2011 wijzigt het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité.⁸ De wijzigingen betreffen vooral een actualisering van de tekst om deze in overeenstemming te brengen met de huidige begrippen van de reglementering. Daarnaast is er ook een aanpassing die de ingebruikname van de toepassing Concerto formaliseert. Voortaan zullen alle stukken die betrekking hebben op de agenda en op de verschillende punten van de agenda van de vergaderingen van het Verzekeringscomité, enkel nog op elektronische wijze ter beschikking van de leden worden gesteld. De leden die er uitdrukkelijk om verzoeken kunnen nog wel onder papieren vorm hun documenten toegestuurd krijgen.

4. K.B. van 06.07.2011 tot wijziging van het K.B. van 26.03.2003 tot uitvoering van art. 59^{ter} van de programmawet van 02.01.2001 wat de tegemoetkoming in de vakbondspremie betreft, B.S. van 27.07.2011, blz. 43401.

5. K.B. van 11.06.2011 tot uitvoering van art. 154, zesde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 28.07.2011, blz. 43615.

6. K.B. van 11.06.2011 tot wijziging van het K.B. nr. 35 van 20.07.1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidsverstrekkingen overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 28.07.2011, blz. 43619.

7. K.B. van 31.08.2011 tot vaststelling van het globaal budget in 2011 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, B.S. van 12.09.2011 (Ed. 3), blz. 58942 en van het erratum, B.S. van 15.09.2011, blz. 59814.

8. K.B. 12.09.2011 houdende goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, B.S. van 26.09.2011, blz. 60966.

6. Bijdrage geneeskundige verzorging

Om te vermijden dat de herwaardering van de pensioenen geheel of gedeeltelijk opgeslorpt zou worden door de bijdrage geneeskundige verzorging op de pensioenen, werden de drempelbedragen van de pensioenen voor wat de inhoudingen geneeskundige verzorging betreft, verhoogd met 2 %.⁹

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Overeenkomsten Aids-referentiecentra

Het verzekeringscomité kan met Aidsreferentiecentra overeenkomsten sluiten om de tenlasteneming te verzekeren van de profylactische behandeling van patiënten die accidenteel zijn blootgesteld aan het HIV-virus waarvoor de kosten niet gedragen worden door de arbeidsongevallenverzekering, noch door het Fonds voor beroepsziekten, noch door een andere verzekering in België of in het buitenland. Het Koninklijk besluit dat hierin voorziet is verlengd tot 31 december 2011 en het maximumbedrag van de tegemoetkoming is geïndexeerd.¹⁰

b. Welvaartsaanpassing

Het grensbedrag waarmee het gezinsinkomen wordt vergeleken om het recht op het OMNIO-statuut te doen gelden, wordt aangepast aan de welvaartsindex. Vanaf 1 september 2011 verhoogt het met 0,7 % en vanaf 1 januari 2012 met 1,3 %.¹¹

2. Zorgverleners

a. Artsen

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt 4 199,14 EUR voor het jaar 2011. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2 065,28 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend:

- voor wat betreft de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer voor maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens drie vierden van het totaal van de praktijk

9. K.B. van 06.07.2011 houdende uitvoering van art. 191, eerste lid, 7^o, tweede lid, van de wet GVU, B.S. van 19.07.2011, blz. 42704.

10. K.B. van 27.07.2011 tot wijziging van het K.B. van 09.06.2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, par. 2, eerste lid, 2^o, van de wet GVU, voor de profylactische behandeling in geval van niet-professionele blootstelling aan het human immunodeficiency virus of van professionele blootstelling die niet ten laste wordt genomen door de arbeidsongevallenverzekering, noch door het Fonds voor beroepsziekten, noch door een andere verzekering in België of in het buitenland, B.S. van 18.08.2011, blz. 47605.

11. K.B. van 13.08.2011 houdende aanpassing van het grensbedrag van de verzekeringstegemoetkoming aan welvaartsaanpassing, B.S. van 24.08.2011 (Ed. 2), blz. 54430.

- voor wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) voor maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen voor de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2011 vastgelegd op 5 153 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4 294,28 EUR.¹²

b. Tandheelkundigen

De jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen bedraagt 2 086,89 EUR voor het jaar 2011.¹³ Dit is het bedrag afgesproken in het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012.¹⁴

c. Centra voor dagverzorging

Vanaf 1 juli 2011 treden een aantal maatregelen in werking die erop gericht zijn de omkadering van dementerende personen te verbeteren, meer bepaald in de centra voor dagverzorging.¹⁵ Het gaat om volgende bepalingen:

- Aanpassing van de normen om een groter aantal dementerende patiënten te kunnen opvangen: het aantal verpleegkundigen wordt beperkt ten gunste van een groter aantal leden van het reactiveringspersoneel
- Het bedrag van het forfait wordt dienovereenkomstig bijgesteld
- In navolging van wat er al in de rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen wordt toegepast, wordt er enige soepelheid aan de dag gelegd in geval van personeelstekort in een bewaking
- Afstemming van de sanctie voor de laattijdige overdracht van de gegevens op de sanctie die reeds in de rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen wordt toegepast.

12. K.B. van 19.07.2011 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2011 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het K.B. van 06.03.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, B.S. van 01.08.2011, blz. 43896.

13. K.B. van 19.07.2011 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2011, voorzien bij het K.B. van 17.08.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen, B.S. van 01.08.2011, blz. 43897.

14. Zie I.B. 2011/1, blz. 63 - Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012 van 08.12.2010, B.S. van 10.01.2011, blz. 545.

15. M.B. tot wijziging van het M.B. van 22.06.2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVV, in de centra voor dagverzorging, B.S. van 01.07.2011 (Ed. 2), blz. 38328.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

SPECIALE TECHNISCHE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 november 2011 treden nieuwe bepalingen in werking in uitvoering van het Kankerplan.¹⁶ Het gaat om 4 verstrekkingen met betrekking tot de invasieve diagnostische onderzoeken bij borstpathologie. Voor de onderzoeken is er geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de patiënt.¹⁷

INTERVENTIONELE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 november 2011 komen de percutane interventionele verstrekkingen niet meer in aanmerking voor een aanrekening onder operatieve hulp.¹⁸

MEDISCHE BEELDVORMING

De verwijzing naar het Koninklijk besluit van 1963 valt weg bij de radiografische en radioscopische verstrekkingen. Vanaf 1 september 2011 wordt verwezen naar de regelgeving zoals bepaald in het Koninklijk besluit van 20 juli 2001 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking, van de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen (hierna ARBIS), en aan de daarop gebaseerde vereisten vanwege het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (hierna FANC).¹⁹

INWENDIGE GENEESKUNDE

Vanaf 1 november 2011 verhoogt de tegemoetkoming voor volgende 6 verstrekkingen:²⁰

- bronchoscopie zonder biopsie
- bronchoscopie met biopsie
- bronchoscopie met transcarinale punctie
- bronchoscopie met bronchoalveolair wassen
- bronchoscopie met extractie van vreemde lichamen
- bronchoscopie met perifere pulmonaire afnamen voor biopsie

Vanaf dezelfde datum wordt de verstrekking polygrafie uit het specialisme neuropsychiatrie geschrapt.²¹

16. K.B. van 01.09.2011 tot wijziging van het art. 11, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.09.2011 (Ed. 2), blz. 61427.

17. K.B. van 01.09.2011 tot wijziging van art. 37 *bis* van de wet GVU, B.S. van 30.09.2011 (Ed. 2), blz. 61428.

18. K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van het art. 16, § 5, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.09.2011, blz. 60158.

19. K.B. van 01.07.2011 tot wijziging van het art. 17 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.07.2011 (Ed. 2), blz. 43702.

20. K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van het art. 20, § 1, b), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.09.2011, blz. 60157.

21. K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van het art. 20, §§ 1, f), en 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.09.2011, blz. 60159.

GENEESHEREN-SPECIALISTEN VOOR PSYCHIATRIE OF VOOR NEUROPSYCHIATRIE

Vanaf 1 november 2011 treden maatregelen in werking die zijn overeengekomen in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2010 en die een verdere uitwerking zijn van het “globaal plan psychiatrie”.²² Het gaat om volgende nieuwe verstrekkingen:

- Pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis (“teambespreking”) op A-diensten voor gehospitaliseerde volwassenen. Deze verstrekking mag aangerekend worden “eenmaal per 15 dagen, gedurende de eerste maand van de opname op een A-dienst” en vervolgens eenmaal per maand. Bovendien is de tegemoetkoming voor de teambespreking cumuleerbaar met toezichtshonoraria
- Nieuwe toezichtshonoraria op Sp psychogeriatric diensten in algemene ziekenhuizen

INTERPRETATIEREGEL

De vergoedingsvoorwaarden van het multidisciplinair oncologisch consult zijn sinds 1 november 2010 gewijzigd.²³

De interpretatieregel die de beperking éénmaal per kalenderjaar oplegde, tenzij anders bepaald, is sindsdien zonder voorwerp geworden en wordt met ingang van 1 november 2010 afgeschaft.²⁴

b. Tandheelkundigen

VOLUMETRISCHE TOMOGRAFIE

Vanaf 1 maart 2011 treden 2 verstrekkingen in werking ter vergoeding 3D-beeldopnames aan de hand van de dentale conebeam CT (dCBCT).²⁵

- Enerzijds is er een verstrekking voor een jaarlijkse beeldopname van de bovenkaak en dit bij patiënten met een lip, kaak- of verhemeltespleet, tot de 22ste verjaardag
- Anderzijds is er een verstrekking voor een eenmalige beeldopname van de onderkaak bij patiënten die voldoen aan de criteria van het artikel 6, § 5*bis* van de nomenclatuur, dat in een behandeling voorziet ter plaatsing van een overkappingsprothese op 2 tandimplantaten in de onderkaak.

De nomenclatuurwijziging behelst ook een herziening van het artikel 6, § 17, waarin de toepassingsregels betreffende de radiografieën vermeld staan. De bepalingen die verwijzen naar de FANC-regelgeving, zijn geactualiseerd, zodat radiografieën enkel terugbetaalbaar zijn indien de pratici voldoen aan de voorwaarden gesteld in of op grond van het ARBIS. Ook de controleprocedure die door de DGEC kan uitgevoerd worden werd aangepast. Elke practicus die radiografische verstrekkingen attesteert moet aan elke geneesheer-inspecteur zijn vergunningen kunnen voorleggen en aantonen dat de toestellen en lokalen de periodieke fysische controle hebben ondergaan.

22. K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van het art. 25, §§ 1 en 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 14.09.2011 (Ed. 2), blz. 59639 en K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van art. 37*bis* van de wet GVU, B.S. van 14.09.2011 (Ed. 2), blz. 59641.

23. Zie I.B. 2010/4 – blz. 419.

24. Interpretatieregels van 23.05.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van art. 11, B.S. van 13.07.2011, blz. 41891.

25. K.B. van 31.08.2011 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 15.09.2011, blz. 59810 en K.B. van 31.08.2011 tot wijziging van het K.B. van 29.02.1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, B.S. van 15.09.2011, blz. 59813.

Bijkomend en specifiek voor de dCBCT's wordt de terugbetaling bovendien afhankelijk gesteld van een voorafgaandelijke registratieplicht via een daartoe voorzien formulier dat wordt opgenomen in de bijlagen bij de Verordening van 28 juli 2003.²⁶ De registratie dient de volgende gegevens te bevatten:

- lokalisatie van het toestel
- identificatie van de exploitant van de inrichting
- identificatie van de zorgverlener-gebruiker van het toestel
- FANC-bewijs dat de zorgverlener-gebruiker beschikt over de nodige gebruikersvergunning (deze vergunning houdt in dat de zorgverlener in orde is met de bijkomende bijscholingsvoorwaarden)
- FANC-bewijs dat de lokalen en de toestellen voldoen aan de veiligheidscriteria uit het ARBIS
- FANC-bewijs dat de toestellen op periodieke basis worden gecontroleerd door de medische stralingsfysicus.

TANDVERZORGING: WIJZIGING AAN DE VERORDENING VAN 28 JULI 2003

- Vanaf 1 maart 2011

De toekenning van een RIZIV-nummer gebeurt voor de tandheekkundigen op dezelfde wijze als voor de geneesheren: namelijk vanaf het ogenblik dat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV door de FOD Volksgezondheid op de hoogte wordt gesteld van de erkenning van de zorgverlener. De verzekeringstegemoetkoming is pas verschuldigd nadat DGV kennis heeft genomen van de erkenning van de beroepstitel van algemeen tandarts of tandarts-specialist door de Minister.²⁷

- Vanaf 1 juni 2011

Een bijkomend criterium aan de hand waarvan prothesen kunnen vergoed worden is de preventie van endocarditis.²⁸ De aanvraagformulieren voor een prothese in afwijking van de leeftijdsgrens of een vervroegde vernieuwing van een prothese wijzigt dienovereenkomstig.²⁹

c. Implantaten

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Vanaf 1 februari wijzigt de nomenclatuur van de dynamische implantaten.³⁰ De tegemoetkoming voor implantaten voor een dynamische stabilisatie van de wervelkolom verhuist van artikel 28 naar artikel 35 van de nomenclatuur.

Vanaf 1 oktober 2011 komen de stelen voor heupprothesen op maat van een welbepaald merk in aanmerking voor terugbetaling binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.³¹ Deze welbepaalde implantaten waren eerder van de limitatieve lijst voor terugbetaling geschrapt omdat ze geen CE markering hebben en niet genotificeerd moesten worden.

26. Verordening van 18.07.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet Gvu, B.S. van 15.09.2011, blz. 59814.

27. Verordening van 18.07.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet Gvu, B.S. van 15.09.2011, blz. 59814.

28. Zie I.B. 2011/2 – blz. 171.

29. Verordening van 18.07.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet Gvu, B.S. van 15.09.2011, blz. 59814.

30. K.B. van 28.06.2011 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.07.2011, blz. 42702.

31. K.B. van 21.07.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 10.08.2011 (Ed. 2), blz. 45627.

Op 12 september 2011 besliste het verzekeringscomité tot een verduidelijking van de berekening van de forfaits voor cement gebruikt in orthopedie en in neurochirurgie aan de hand van een interpretatieregel.³²

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

Vanaf 1 september 2011 wordt de urinaire kunstsfieter met antibiotica coating terugbetaald.³³

Vanaf 1 oktober 2011 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in de kosten van goudmarkers met en zonder naalden gebruikt bij prostaatacarcinoom, behandeld met IGRT (image guided radiotherapy).³⁴

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Vanaf 1 september 2011 wijzigt de nomenclatuur betreffende fecale incontinentie en het formulier "Aanvraag tot terugbetaling in de behandeling van fecale incontinentie met een implantaat". Het follow up dossier wordt vanaf die datum afgeschaft.³⁵

HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Een interpretatieregel treedt met terugwerkende kracht in werking op datum van 1 mei 1999.³⁶ Het gaat om een verduidelijking van de nomenclatuur van de hartstimulatoren.

BLOEDVATENHEELKUNDE

De bepalingen in de nomenclatuur die betrekking hebben op de vaatenten verhuizen vanaf 1 oktober 2011 van artikel 28 naar artikel 35.³⁷

Vanaf 1 november 2011 voorziet de nomenclatuur ook in een tegemoetkoming van de endoprothesen bij acute dissectie van de aorta. Het aanvraagformulier voor vergoeding van endoprothesen en medische ingreep wijzigt overeenkomstig de nomenclatuur.³⁸

PLASTISCHE EN RECONSTRUCTIEVE HEELKUNDE

Hierboven is reeds aangegeven dat vanaf 1 november 2011 nieuwe verstrekkingen met betrekking tot de invasieve diagnostische onderzoeken bij borstpathologie in de nomenclatuur zijn ingevoegd. Naar aanleiding van deze nieuwe medische vertrekkingen dienen ook de materiaalverstrekkingen vergoed te worden.³⁹

32. Interpretatieregels van 12.09.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging, B.S. van 26.09.2011, blz. 61006.

33. K.B. van 01.07.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.08.2011 (Ed. 2), blz. 44539.

34. K.B. van 21.07.2011 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 10.08.2011 (Ed. 2), blz. 45628.

35. K.B. van 13.07.2011 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.08.2011 (Ed. 2), blz. 44540.

36. Interpretatieregels van 12.09.2011 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging, B.S. van 26.09.2011, blz. 61005.

37. K.B. 19.08.2011 tot wijziging van de art. 28, § 1 en 35 van de bijlage bij het K.B. 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.08.2011, blz. 55239.

38. K.B. van 19.08.2011 tot wijziging van de art. 35 en 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 05.09.2011, blz. 56356.

39. K.B. van 01.09.2011 tot wijziging van de art. 35 en 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.09.2011 (Ed. 2), blz. 61429.

d. Farmaceutische verstrekkingen

ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

In de gevallen waarin er meerdere verpakkingen van een farmaceutische specialiteit per voorschrift worden voorgeschreven, kan de rechthebbende het verzoek richten aan de apotheker om de aflevering van één of meerdere verpakkingen uit te stellen.

De apotheker kan dan vanaf 1 juli 2011 de effectieve aflevering uitstellen door een formulier voor uitgestelde aflevering en facturering over te maken.⁴⁰

III. Uitkeringsverzekering

1. Zelfstandigen

Vanaf 31 december 2010 vereenvoudigt het Koninklijk besluit van 27 juli 2011 de procedure tot regularisatie van de gevallen van hervatting, door een zelfstandige, van een activiteit zonder de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, gedurende een periode van erkende arbeidsongeschiktheid.⁴¹ De regularisatie omvat een medisch en een administratief luik.

a. Regularisatie op medisch vlak

De procedure tot medische regularisatie voor de verstreken periode van niet toegelaten arbeid is afgeschaft. Er zal niet meer worden onderzocht of de zelfstandige gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft hervat gedurende zijn arbeidsongeschiktheid, vanuit geneeskundig oogpunt nog een vermindering van zijn vermogen van tenminste 50 % behoudt voor het tijdvak van niet toegelaten arbeid. Er zal wel nog een geneeskundig onderzoek moeten gebeuren om na te gaan of de erkenningsvoorwaarden voor de arbeidsongeschiktheid nog vervuld zijn op de datum van het onderzoek en later. Dit geneeskundig onderzoek moet plaatsvinden binnen dertig werkdagen, te rekenen vanaf de vaststelling door de verzekeringsinstelling van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling ervan aan de verzekeringsinstelling.

b. Regularisatie op administratief vlak

De procedure tot regularisatie van het tijdvak van niet toegelaten arbeid beperkt zich tot een zuiver administratieve procedure. Het ziekenfonds dient over te gaan tot de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen ingevolge de uitoefening van een niet toegelaten activiteit. Deze terugvordering dient evenwel te worden beperkt tot de dagen waarop of de periode gedurende dewelke de verzekerde effectief de niet toegelaten activiteit heeft verricht. De beperkte terugvordering van het onverschuldigd bedrag is niet meer gebonden aan de vereiste van een regularisatie op medisch vlak.

40. Verordening van 27.06.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 03.08.2011, blz. 44150.

41. K.B. 27.07.2011 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 24.08.2011 (Ed. 2), blz. 54426.

Daarnaast brengt het Koninklijk besluit van 27 juli 2011 nog volgende wijzigingen aan de reglementering aan:

ORGANEN DIENST VOOR ADMINISTRATIEVE CONTROLE

De bepalingen met betrekking tot de organen van de dienst voor administratieve controle wijzigen ook in de reglementering van de zelfstandigen in navolging van de wijzigingen aangebracht door de wet van 19 mei 2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid die de bevoegdheden van het Comité van de dienst voor administratieve controle heeft overgedragen aan het Algemeen beheerscomité (beslissingsbevoegdheid) en aan de Technische Commissie (adviesbevoegdheid).

EUROPESE CONTEXT

Ingevolge de nieuwe Europese Verordeningen nrs. 883/2004 en 987/2009 wijzigt de procedure tot aangifte van de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde die in een andere lidstaat van de Europese unie verblijft of woont dan in de lidstaat die bevoegd is voor de toekenning van de uitkeringen.

De adviserend geneesheer heeft de mogelijkheid de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid te beëindigen van een gerechtigde die bij de aanvang ervan in een andere lidstaat van de Europese Unie (dan België) verblijft of woont, zonder een voorafgaand geneeskundig onderzoek te moeten uitvoeren, en dit vanaf de einddatum van de ongeschiktheid die staat vermeld op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat is opgesteld door de buitenlandse behandelend geneesheer of door het buitenlandse bevoegd orgaan.

ADMINISTRATIEVE SANCTIES

In verband met de administratieve sancties van toepassing op de zelfstandigen, zijn er geen echte wijzigingen ten gronde maar wel eerder formele aanpassingen.

2. Werknemers

a. Herwaarderingsmaatregelen

- De stijging met 2 % van het minimumbedrag voor regelmatige werknemers (samenwonend) vanaf 1 september 2011⁴²
- Stijging van de uitkering voor hulp van derden met 3 EUR vanaf 1 september 2011⁴³
- Stijging van de inkomensgrens van personen ten laste en van de inkomensgrens alleenstaande gerechtigde indien de samenwonende persoon een vervangingsinkomen geniet vanaf 1 september 2011⁴⁴
- De herwaardering van de uitkeringen voor gerechtigden in ongeschiktheid sinds 15 jaar wordt opgeschort in 2011 en 2012.⁴⁵

42. K.B. van 06.07.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 28.07.2011, blz 43622.

43. Idem.

44. Idem.

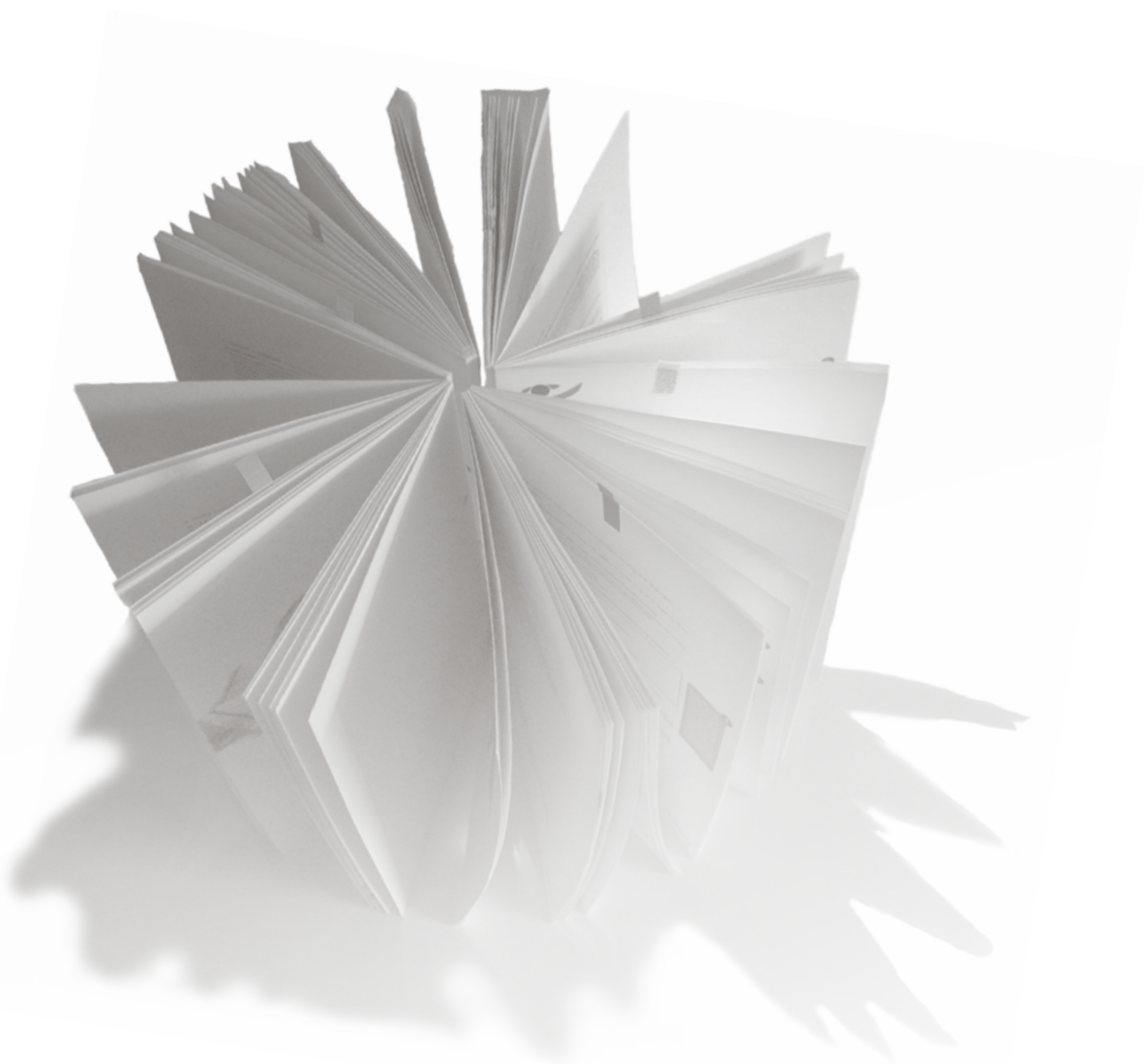
45. K.B. van 21.06.2011 tot wijziging van het K.B. van 12.02.2009 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 27.07.2011, blz. 43397.

b. Behoud van hoedanigheid bij overschrijden drempelbedrag

Vanaf 1 augustus 2010 treedt een maatregel in werking die het verlies moet voorkomen van de hoedanigheid van een gerechtigde met persoon ten laste of de hoedanigheid van alleenstaande gerechtigde, als gevolg van de verhoging van het minimumpensioen van de samenwonende zelfstandige gerechtigde, in afwachting van een structurele maatregel.⁴⁶

46. K.B. van 28.04.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 22.07.2011, biz. 43067.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Arbeidshof van Bergen, 1 februari 2012

Burgerlijk Wetboek, artikel 1315 en Gerechtelijk Wetboek, artikel 870 -
Bewijslast

Burgerlijk Wetboek, artikel 1382 – Burgerlijke aansprakelijkheid van de
overheid in het kader van de uitvoering van haar wettelijke opdrachten

Het is aan de partij die de onwettigheid van een ministerieel besluit aanvoert om de bewijzen voor de nietigheden te leveren, in dit geval gaat het om het bewijs dat niet alle formaliteiten die moeten voorafgaan aan de bekendmaking van een ministerieel besluit zijn vervuld. Het is aan de partij die eist dat een verplichting wordt nagekomen, om te bewijzen dat die verplichting wel degelijk bestaat.

Een middel dat gebaseerd is op een discriminatie tussen de situatie van de werknemers en die van de zelfstandigen, zonder dat daarvoor verdere uitleg wordt verschaft of zonder dat die wordt gestaafd door een voorafgaande test met betrekking tot de vergelijkbaarheid van de situaties, kan niet in aanmerking worden genomen.

Men kan het RIZIV niet ten laste leggen dat het een ministerieel besluit dat nooit door een administratief of gerechtelijk rechtscollege is beschouwd als zijnde illegaal of in strijd met de grondwet heeft toegepast, temeer daar de overheid niet belast is met de controle van de grondwettelijkheid van de wetten en verordeningen. In dit geval heeft het RIZIV, als administratieve overheid, geen fout begaan, aangezien zijn beslissing niet op onweerlegbare wijze inging tegen grondwettelijke of wettelijke regels die het opleggen iets niet te doen of op een bepaalde manier te doen.

Een vraag tot schadevergoeding kan niet worden ingewilligd als daardoor de gevolgen van de verklaring van onontvankelijkheid ten gevolge van het uitblijven van een vordering in beroep tegen de administratieve beslissing, zouden worden miskend. Door na te laten binnen de wettelijke termijn beroep aan te tekenen tegen de definitief geworden administratieve beslissingen is de eisende partij in werkelijkheid als enige aansprakelijk voor de schade die zij aanvoert.

SCRL V. t./RIZIV
A.R. 2006/AM/2037

...

RECEVABILITÉ DE L'APPEL INCIDENT

Par conclusions du 24 septembre 2009, l'INAMI a formé un appel incident faisant grief au premier juge de n'avoir pas déclaré la demande originaire de la SCRL V. irrecevable dans la mesure où elle se fondait sur l'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

...

L'appel incident de l'INAMI, introduit dans les formes et délais légaux, est recevable.

ÉLÉMENTS DE LA CAUSE ET ANTÉCÉDENTS DE LA PROCÉDURE

Il résulte des éléments auxquels la cour de céans peut avoir égard que la SCRL V. exploite une maison de repos et de soins de 27 lits ainsi qu'une maison de repos pour personnes âgées de 18 lits.

Elle dispose, pour exercer ses activités, des subventions lui allouées par l'INAMI.

Par circulaire du 23 décembre 2003, l'INAMI l'a informée d'un nouveau système de financement applicable à partir du 1^{er} janvier 2004 et découlant d'un nouvel arrêté ministériel du 6 novembre 2003 (M.B. 26.11.2003) fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courriers des 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004, l'INAMI lui notifia qu'en application de cet arrêté ministériel du 6 novembre 2003 elle pouvait porter en compte pour tous les bénéficiaires hébergés une allocation forfaitaire de 36,37 EUR, 41,09 EUR et 41,62 EUR du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004. Ces trois notifications précisaient spécialement que *“les contestations éventuelles concernant la présente doivent être introduites par citation, endéans le mois suivant la notification, auprès du Tribunal du travail de votre arrondissement (une liste des adresses des Tribunaux du travail est jointe en annexe)”*.

La SCRL V. ayant interpellé l'INAMI le 17 mai 2004 sur la baisse de ses rentrées en résultant, l'INAMI lui répondit par courrier du 2 août 2004 que cette baisse résultait :

- de la *“faible ancienneté de l'établissement”* (le nouveau système tient compte de trois catégories de coût salarial, selon l'ancienneté moyenne du personnel)
- du fait de ne pas avoir droit à la partie A2 (la maison de repos ne dispose pas assez de personnel au dessus de la norme pour avoir droit à ce financement).

L'INAMI annexait à son courrier un calcul du revenu quotidien de la SCRL, soit 1 915,15 EUR selon le système de financement de 2003 et 1 774,68 EUR en 2004.

Le 18 janvier 2005, estimant illégal l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, la SCRL V. cita l'INAMI devant le tribunal de 1^{ère} instance de Mons en réclamation d'une somme provisionnelle de 151 452,21 EUR. Cette somme était réclamée soit directement au titre d'arriérés de subventions soit au titre de dommages et intérêts équivalents au montant des subventions perdues par la faute de l'INAMI qui a appliqué un arrêt ministériel illégal.

La différence entre les deux modes de financement pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004 était estimée à la somme de 151 452,21 EUR.

Par jugement du 6 mars 2006, le tribunal de 1^{ère} instance de Mons s'est déclaré incompétent pour connaître du litige et a renvoyé la cause devant le tribunal du travail de Mons en vertu de l'article 660 du Code judiciaire.

Par jugement du 30 août 2006, le tribunal du travail de Mons a dit la demande recevable mais non fondée au terme de la motivation suivante :

“(…) Si la demande repose sur une prétendue faute qu'elle entend imputer au défendeur, celle-ci est recevable. Il importe peu à cet égard que les décisions intervenues les 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004 soient devenues définitives, pour ne pas avoir fait l'objet d'un recours dans le délai d'un mois, devant le tribunal du travail.

En revanche il convient que le défendeur ait commis une faute.

(…)

Pour qu'une faute puisse être imputée au défendeur, il ne suffit évidemment pas de relayer les critiques formulées dans un avis du conseil d'État, dont certaines ont d'ailleurs perdu de leur pertinence, puisque sous réserve de démontrer que le préambule de l'arrêté ministériel soit un faux, l'accord du ministre du budget a bien été donné le 8 octobre 2003, postérieurement à l'avis du conseil d'État rendu le 28 juillet 2003. Il convient à tout le moins que l'illégalité de l'arrêté ministériel ait été constatée préalablement par un arrêt d'annulation du conseil d'État ou par un tribunal ou une cour du travail, saisi d'un recours introduit contre les décisions administratives des 31 mars 2004, 9 avril 2003 et 21 avril 2004, ayant refusé de faire application de l'arrête ministériel du 6 novembre 2003. En l'état actuel, il ne peut être fait grief à une autorité administrative d'avoir appliqué la réglementation en vigueur, au moment des faits. Pour autant que de besoin, la demanderesse doit encore démontrer le lien causal entre l'excès de pouvoir et le dommage dont elle se prétend victime.

Or il apparaît d'un courrier du défendeur du 2 août 2004, que la différence entre l'ancien et le nouveau système résultait :

- de l'ancienneté basse dans l'établissement
- du fait de ne pas avoir droit à la partie A2 (cet établissement ne dispose pas assez de personnel au delà de la norme pour avoir droit au financement) (pièce 5, dossier défendeur) et serait étranger à une discrimination éventuelle pour les indépendants, en cas d'hébergement dans une maison de repos pour personnes âgées (...).

...

La SCRL V. interjeta appel de ce jugement.

...

II. Fondement de l'appel principal de la SCRL V.

II.1. Quant à la faute alléguée de l'INAMI

La SCRL V. reproche à l'INAMI d'avoir appliqué l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 qu'elle juge illégal dès lors que cet acte réglementaire :

- n'avait pas reçu l'accord préalable du Ministre du Budget
- serait source de discrimination au détriment des travailleurs indépendants.

La responsabilité de l'INAMI est susceptible d'être mise en cause dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales.

Dans ses conclusions précédant l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 25 octobre 2004 (Pas., I, n° 507, p. 1767), Monsieur le Procureur général LECLERCQ a considéré "qu'il résultait de la doctrine des arrêts de la cour du 13 mai 1982 (Pas., I, p. 1056) du 4 novembre 1982 (Pas., I, 1983, n° 154) et du 14 janvier 2000 (Pas., I, n° 33) et des conclusions, de Monsieur le Procureur général VELU précédant l'arrêt précité du 13 mai 1982 que sous réserve de l'existence d'une erreur invincible ou d'une autre cause d'exonération de responsabilité, l'autorité administrative commettait une faute lorsqu'elle prenait une décision qui méconnaissait des règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée de telle sorte qu'elle engageait sa responsabilité civile si cette faute était la cause d'un dommage".

En réalité, deux hypothèses de faute doivent être épinglées.

- 1) La première est celle où l'administration a méconnu une règle de droit lui imposant de s'abstenir ou d'agir d'une manière déterminée.

En cette hypothèse, le comportement illégal de l'administration est constitutif de faute sauf si la faute commise revêt un caractère invincible ou s'il existe une autre cause d'exonération de responsabilité. Selon R-O. DALC ("Traité de la responsabilité civile", Nouvelles, Droit civil, tome V, vol. I, n° 301) "le manquement à la loi ou aux règlements constitue le cas où la faute aquilienne est la moins discutable. La faute existe dès que la loi a été violée. Si l'obligation légale ou réglementaire constitue une obligation de résultat, il suffit au juge de constater que le résultat n'a pas été atteint. S'il s'agit d'une obligation indéterminée, le juge devra constater la faute si l'obligation a été violée".

2) Il s'agit, dans la seconde hypothèse, d'apprécier la faute de l'autorité administrative dans le cadre général de son activité sur la base du critère de la personne normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes circonstances.

C'est, dès lors, fort logiquement qu'aux termes d'un arrêt prononcé le 25 octobre 2004 (Pas., I, n° 507, p. 1667) la Cour de cassation a considéré que la faute de l'ONSS pouvant, sur la base des articles 1382 et 1383 du Code civil, engager sa responsabilité consistait en un comportement qui, ou bien, s'analysait en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes conditions, ou bien, sous réserve d'une erreur invincible ou d'une autre cause de justification, violait une norme de droit national ou d'un traité international ayant des effets dans l'ordre juridique interne imposant à l'ONSS de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Cet arrêt prononcé le 25 octobre 2004 reste fidèle à l'enseignement issu d'un arrêt précédent prononcé le 25 novembre 2002 par la Cour de cassation (Chr. Dr. Soc., 2003, p. 115) lequel s'est inscrit dans l'évolution jurisprudentielle relative à la responsabilité quasi-délictuelle des pouvoirs publics selon laquelle le pouvoir judiciaire peut et doit connaître sur la base des articles 1382 et suivants du Code civil, de demandes tendant à la réparation du préjudice subi par une personne de droit civil à laquelle une atteinte a été prétendument portée et ce même si le dommage a été causé par une personne morale de droit public. Cet enseignement vaut, également, si la lésion de cette personne dont la réparation est demandée a été causée par un acte illicite de l'administration (voyez : D. DE ROY, "La jurisprudence de la Cour de cassation en matière de responsabilité civile des autorités administratives : revirement ou affinement ?" obs. sous Cass., 25.10.2004, J.L.M.B., 2005, p. 642 ; J.F. NEVEN et D. DE ROY, "Principes de bonne administration et responsabilité de l'ONSS" in "La sécurité sociale des travailleurs salariés, Assujettissement, cotisations, sanctions" Larcier, 2010, p. 507 et ss).

En l'espèce, aux termes du pourvoi ayant engendré l'arrêt du 25 octobre 1984, l'ONSS faisait grief à la cour du travail de Mons d'avoir considéré qu'en prenant une décision de retrait d'assujettissement et en disant pour droit qu'il serait procédé à l'annulation des rémunérations et des prestations déclarées en faveur d'un travailleur, l'ONSS avait violé la loi du 27 octobre 1969 dès lors que par cet acte il avait méconnu une norme de droit national imposant à des sujets de droit d'agir de manière déterminée et avait commis, partant, une faute extracontractuelle au sens de l'article 1382 du Code civil.

La Cour de cassation cassa l'arrêt prononcé par la cour du travail de Mons estimant, à cet effet, que la seule circonstance selon laquelle la cour du travail ne s'était pas ralliée sur ce point à l'analyse du demandeur (l'ONSS) n'impliquait pas que celui-ci avait commis une faute : en effet, fit valoir la Cour de cassation, aucune norme de droit n'imposait au demandeur dans la qualification d'une relation de travail de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Selon la Cour de cassation, "la décision de l'ONSS ne pourrait être considérée comme fautive que si elle consistait en un comportement qui s'analyse en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité administrative normalement soigneuse et prudente placée dans les mêmes conditions, comportement que l'arrêt attaqué ne constate pas".

Pour rappel, en vertu des dispositions combinées des articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire, celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.

Le demandeur à l'action doit prouver les éléments générateurs du droit qu'il invoque.

Ainsi, comme l'observe judicieusement M. l'Avocat général, il appartient à la SCRL V. de démontrer, en premier lieu, l'illégalité de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 et, dans un second temps, que l'application qu'en fit l'INAMI était fautive c'est-à-dire qu'elle a pris une décision qui méconnaissait les règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir d'agir de manière déterminée de telle sorte que sa responsabilité civile est engagée si cette faute a causé un dommage à la SCRL V.

a. Quant à l'illégalité alléguée de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003

a. 1) Défaut d'accord du Ministre du budget

L'avis du Conseil d'État - section législation - du 28 juillet 2003 mentionne ce qui suit : *"Il résulte des documents joints à la demande que l'accord du Ministre du Budget a été demandé, mais pas qu'il a été donné. Il y a lieu d'accomplir cette formalité conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 16 novembre 1994 relatif au contrôle administratif et budgétaire"*.

Le préambule de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 (M.B. 26.11.2003) mentionne, cependant, ceci : *"vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 octobre 2003"*.

La SCRL V. prétend alors en conclusion que *"l'intimé n'a nullement rapporté la preuve de ce que cet accord aurait été émis par le Ministre du Budget, se contentant de renvoyer au préambule de l'arrêté ministériel"*.

En renversant ainsi la charge de la preuve, la SCRL V. ne satisfait pas au prescrit des articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire. C'est à elle, en effet, qu'il appartient de rapporter la preuve certaine que l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 n'a effectivement pas reçu l'accord du Ministre du Budget. Or, elle n'apporte aucun élément qui permettrait de le croire, singulièrement au vu de la mention spéciale selon laquelle un accord fut donné le 8 octobre 2003. La SCRL V. ne démontre pas que l'accord du Ministre du budget n'a pas, ainsi, été donné postérieurement à l'avis du Conseil d'État mais antérieurement à l'adoption de l'arrêté ministériel.

a. 2) Quant à l'absence de fondement légal de l'arrêté incriminé et quant à la discrimination alléguée au détriment des travailleurs indépendants

L'avis du Conseil d'État mentionne sur ce point que :

"(...)

Le projet est dénué de fondement légal dans la mesure où il est également applicable aux indépendants et qu'il entend imposer des conditions aux établissements soumis à son application en même temps qu'il détermine le montant de l'intervention de l'assurance.

Il résulte de l'article 1^{er}, 8^e, du projet, qu'en ce qui concerne les indépendants, aucune intervention n'est accordée en cas d'hébergement dans une maison de repos pour personne âgée, mais bien en cas d'hébergement dans une maison de repos et de soins.

Il y a lieu de se demander si le Ministre peut faire cette distinction, vu les termes de l'article 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 29 décembre 1997, dont il peut être inféré que le Ministre n'est pas autorisé à prévoir une intervention dans un cas, mais pas dans l'autre. Et dans l'hypothèse ou pareille interprétation serait possible, cette distinction doit pouvoir être justifiée au regard du principe d'égalité et de non discrimination".

Comme le relève excellemment Monsieur l'Avocat général, alors que cette preuve lui incombe, la SCRL V. n'explique pas en quoi les points relevés par le Conseil d'État et qui peuvent poser problème en posant effectivement à l'examen final. L'appelante n'explique ainsi pas, par exemple, les raisons pour lesquelles l'absence d'intervention en cas d'hébergement d'un indépendant dans une maison de repos pour personnes âgées ne pourrait se justifier par les contributions différentes des travailleurs dans chacun des régimes (contributions petits risques et non gros risques, ...).

Les paramètres d'analyse de la constitutionnalité des normes légales et réglementaires sont régulièrement rappelés par la Cour de cassation dans les termes suivants : *"La règle de l'égalité des Belges devant la loi et celle de la non-discrimination dans la jouissance des droits et libertés reconnus aux Belges impliquent que tous ceux qui se trouvent dans la même situation soient traités de la même manière mais n'excluent pas qu'une distinction soit faite entre les différentes catégories de personnes pour autant que le critère de distinction soit susceptible de justification objective et raisonnable ; l'existence d'une telle justification doit s'apprécier par rapport au but et aux effets de la mesure prise. Le principe d'égalité est, également, violé lorsqu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé"* (Cass., 24.04.1995, Bull., n° 207 ; Cass., 24.03.2003, Chr. D. Soc., 2003, p. 379).

Pour vérifier si la réglementation invoquée présente un caractère discriminatoire, la Cour constitutionnelle procède à un test préalable de comparabilité : la première démarche consiste à vérifier si les catégories de situations qui lui sont soumises sont suffisamment comparables. Ce contrôle s'opère, parfois, au regard de la mesure prise.

Comme précisé supra, la SCRL V. s'abstient soigneusement de procéder au test préalable de comparabilité entre la situation des travailleurs salariés et celle des travailleurs indépendants.

Ce moyen est, dès lors, non fondé.

b) Quant à l'application par l'INAMI du texte réglementaire discriminé

Par arrêt du 21 décembre 2007, la Cour de cassation décida que :

"La faute de l'autorité administrative, pouvant sur la base des articles 1382 et 1383 du Code civil engager sa responsabilité, consiste en un comportement qui, ou bien s'analyse en une erreur de conduite devant être appréciée suivant le critère de l'autorité normalement soigneuse et prudente, placée dans les mêmes conditions, ou bien, sous réserve d'une erreur invincible ou d'une autre cause de justification, viole une norme de droit national ou d'un traité international ayant des effets dans l'ordre juridique interne, imposant à cette autorité de s'abstenir ou d'agir d'une manière déterminée.

L'arrêt constate que le défendeur a, en vertu de l'article 222 de la loi générale sur les douanes et accises, saisi un camion employé à la fraude ou mis en usage à cet effet, appartenant aux demanderesse, qui étaient étrangères à cet usage.

Par un arrêt n° 162/2001 du 9 mars 2002, la Cour constitutionnelle a dit que la disposition précitée, qui impose la confiscation des moyens de transport employés à la fraude ou mis en usage à cet effet, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il ne permet pas au propriétaire d'établir qu'il est étranger à l'infraction et d'obtenir la restitution de son bien.

L'arrêt décide qu'il ne peut être imputé la faute au défendeur d'avoir appliqué l'article 222 précité avant la publication dudit arrêt au Moniteur belge du 9 mars 2002 au motif que l'administration des douanes et accises "n'a bien évidemment pas pour mission de contrôler la constitutionnalité des lois".

L'arrêt, qui considère ainsi que la violation de la Constitution n'est pas fautive dès lors qu'elle trouve sa justification dans l'application d'une loi n'ayant fait l'objet d'aucun constat d'inconstitutionnalité ni d'aucune invalidation par la Cour constitutionnelle, justifie légalement sa décision" (Cass., 21.12.2007, RG C. 06.0457 F, juridat F 20071221-3).

En l'espèce, il ne saurait donc être fait grief à l'INAMI d'avoir appliqué l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 alors même que celui-ci n'a jamais été considéré in fine et effectivement comme illégal ou inconstitutionnel par une juridiction administrative ou judiciaire : l'INAMI "*n'a bien évidemment pas pour mission de contrôler la constitutionnalité des lois*" et des règlements, comme le relève avec pertinence Monsieur l'Avocat général.

L'autorité administrative qu'est l'INAMI aurait, par contre, commis une faute si elle avait pris une décision qui méconnaissait avec une évidence incontestable des règles constitutionnelles ou légales lui imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée.

Tel n'est évidemment pas le cas en l'espèce.

Ce moyen est, dès lors, non fondé.

II.2. Quant au lien causal

L'article 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 énonce que "*les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification (...)*".

La SCRL V. n'a toutefois pas contesté, dans le mois de leur notification les décisions de l'INAMI des 31 mars 2004, 9 avril 2004 alors que celles-ci prévoyaient pourtant spécialement que "*les contestations éventuelles concernant la présente doivent être introduites par citation, endéans le mois suivant la notification, auprès du Tribunal du travail de votre arrondissement (une liste des adresses des Tribunaux du travail est jointe en annexe)*".

En l'espèce, la SCRL V. prétend donc subir une perte financière en raison de décisions administratives *définitives* qui seraient, d'après elle, fondées sur des textes illégaux.

La Cour d'appel de Mons a récemment eu à connaître d'une demande en dommage et intérêts d'une chômeuse contre l'ONEM dont la décision définitive n'aurait pas respecté certaines dispositions de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 ainsi que le principe de bonne administration. Comme en l'espèce, l'assurée sociale invoquait la responsabilité de l'administration alors même qu'elle n'avait pas contesté la décision qui avait fixé (incorrectement, estimait-elle) ses droits.

Par arrêt du 24 octobre 2011, la cour a dit pour droit que :

*À supposer que ces fautes soient établies, il appartient à l'appelante d'établir qu'elles sont à l'origine du dommage invoqué, ce **lien de causalité** devant être nécessaire et certain.*

*Elle **ne le fait pas dès lors qu'elle n'a pas exercé de recours contre la décision** du 21 décembre 1993 rejetant sa demande d'allocation de chômage.*

*L'ordre de quitter le pays lui notifié le 4 août 1992 et la régularisation de sa situation par l'attribution d'une carte de séjour le 11 mai 1994 ne justifient pas cette **abstention, seule cause du dommage dont elle postule réparation.***

En effet, cette situation irrégulière n'avait pas empêché l'introduction de la demande le 5 juillet 1993 laquelle aurait pu continuer à faire l'objet d'un suivi ultérieur et d'un recours contre la décision de refus.

*'appelante **ne peut** en conséquence **prétendre** à charge des intimés **à un montant équivalent aux allocations de chômage** dont le bénéfice lui a été refusé **par une décision non querellée** au titre de réparation en nature d'une faute prétendument commise par eux.*

Cette demande de dommage et intérêts équivalents aux allocations lui refusées méconnaît en effet la forclusion de ses droits fondés sur l'article 580, 2° du Code judiciaire résultant de l'absence de recours contre la décision de rejet du premier intimé" (Mons, 24.10.2011, MANCA c./ONEM et CSC, R.G. 2008/RG/971, inédit).

À l'instar de Monsieur l'Avocat général, la cour de céans considère qu'en s'abstenant de contester dans le délai d'un mois à dater de leur notification les décisions des 31 mars 2004, 9 avril 2004 et 21 avril 2004 **éventuellement** irrégulières mais devenues définitives, la SCRL V. est en réalité la seule responsable du dommage qu'elle invoque aujourd'hui.

III. Conclusion

Il s'impose de déclarer la requête d'appel non fondée et, partant, de confirmer le jugement dont appel en toutes ses dispositions.

IV. Quant aux frais et dépenses

La loi-programme du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé a modifié l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire et a remplacé la notion de bénéficiaire par celle d'assuré social au sens restrictif de la Charte de l'assuré social (voyez les travaux parlementaires : Doc. Ch., 51-2594/1 : "La modification proposée a pour objectif de mettre un terme à la discussion visant à savoir si les établissements et les dispensateurs de soins peuvent être considérés comme des bénéficiaires au sens de l'art. 1017, al. 2, du C. jud. Le recours à la notion d'assuré social répond au désir initial du législateur de garantir la gratuité de la procédure pour les assurés sociaux dont les droits sociaux sont contestés").

En l'espèce, toutefois, les dépens ne doivent pas être liquidés sur pied de l'article 1017, *alinéa* 2, du Code judiciaire mais, au contraire, sur pied de l'article 1017, *alinéa* 1, du Code judiciaire dès lors que l'action originaire de la SCRL V. trouve son fondement dans l'article 1382 du Code civil, soit dans le droit commun de la responsabilité civile.

Il s'impose, dès lors, de condamner la SCRL V. à verser à l'INAMI l'indemnité de procédure de base fixée à 1 320 EUR pour les affaires non évaluables en argent.

...

II. Arbeidshof Brussel, 5 januari 2012

Gerechtigd Wetboek, artikel 772 – Heropening der debatten
Art. 191, 1, 15^o lid *quater*, en 15^o lid *quinquies* - Heffingen op de
farmaceutische specialiteiten.

Artikel 107 EU-Verdrag – Verboden staatssteun.

Voor een heropening der debatten vereist artikel 772 Ger. W. dat tijdens het beraad nieuwe en ter zake dienende stukken werden ontdekt door de partij die om een heropening verzoekt. De loutere nalatigheid van een partij om tijdig stukken neer te leggen ter staving van haar stelling maakt geen voldoende reden uit tot heropening der debatten.

Nu de bestreden heffingen waaraan de farmaceutische firma's worden onderworpen niet van toepassing zijn op groothandelaars-verdelers, stelt zich de vraag of deze aldus geen steunmaatregel genieten die onverenigbaar is met artikel 107 EU-Verdrag.

Opdat een steunmaatregel als staatssteun zou kunnen worden beschouwd moeten verschillende voorwaarden cumulatief vervuld zijn :

- *de maatregel kent aan bepaalde ondernemingen of producties een voordeel toe dat zij in normale marktomstandigheden niet zou hebben genoten*
- *hij wordt bekostigd door de Staat of met staatssteun*
- *hij kent een selectief economisch voordeel toe waardoor bepaalde sectoren, ondernemingen of producties worden bevoordeeld*
- *hij hindert het handelsverkeer tussen de lidstaten*
- *hij verstoort de mededinging of dreigt die te verstoren.*

De heffingen opgelegd door de GvU-wet beogen geen herstel van het evenwicht in de distributiecircuiten dat vervalst was ingevolge de openbare dienstverplichting van de groothandelaars. Zij beogen het financieel evenwicht van de ziekteverzekering en de beheersing van de uitgaven door de overschrijding van de geneesmiddelenbegroting tegen te gaan via een systeem van budgettering met recuperatie ten laste van diegenen die mede verantwoordelijk worden geacht voor de budgetoverschrijding en hen hierdoor aan te zetten tot besparingsinspanningen.

Het bestaan van een voordeel in de zin van artikel 107 kan niet automatisch worden afgeleid uit het feit dat de betrokken ondernemingen verschillend worden behandeld. Het grondwettelijk Hof heeft, wat de vergelijking betrof met andere actoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging, o.m. de groothandelaars-verdelers, overwogen dat er objectieve verschillen bestonden die verantwoordden dat zij verschillend kunnen worden behandeld dan de farmaceutische firma's.

Ondernemingen die een heffing verschuldigd zijn kunnen zich niet aan de betaling ervan onttrekken met het argument dat de door andere ondernemingen genoten vrijstelling staatssteun vormt.

Om een heffing als een integrerend onderdeel van een steunmaatregel te kunnen aanmerken moet er een dwingend bestemmingsverband bestaan tussen de heffing en de steun, in die zin dat de opbrengst van de heffing noodzakelijkerwijs voor de financiering van de steun wordt bestemd, quod non in casu.

R.B. t./RIZIV
A.R. 2005/AB/47362

...

VOORAF : VERZOEK TOT HEROPENING DER DEBATTEN

De vennootschap verzoekt om heropening der debatten omdat zij tijdens het beraad nieuwe stukken van overwegend belang beweert te hebben ontdekt die aantonen dat zij in 2001 en 2002 rechtstreeks terugbetaalde en niet-terugbetaalde geneesmiddelen leverde aan publieksapotheken.

Het RIZIV verzet zich tegen een heropening der debatten en neerlegging van nieuwe stukken met verwijzing naar artikelen 769, 770, 771 en 767 § 3 Gerechtelijk Wetboek.

Voor een heropening der debatten op verzoek van een partij, vereist artikel 772 Gerechtelijk Wetboek dat tijdens het beraad nieuwe en ter zake dienende stukken werden ontdekt door de partij die om heropening verzoekt. Het moet gaan om stukken die de partij niet bekend waren of niet konden bekend zijn voor de sluiting der debatten. (J. Laenens, K. Broeckx, D. Scheers, Handboek gerechtelijk recht 2004, nr. 823).

De stukken die appellante partij wenst voor te leggen zijn boekhoudkundige stukken die betrekking hebben op de jaren 2001 en 2002 en die zouden aantonen dat zij een directe verkoopsactiviteit had aan publieksapotheken. Zij kan bezwaarlijk volhouden dat het nieuwe stukken betreft die haar niet bekend waren voor de sluiting der debatten. De nalatigheid van een partij om tijdig de stukken te verzamelen ter staving van haar stelling kan geen voldoende reden tot heropening der debatten uitmaken. (G. de Leval, *Éléments de procédure civile*, Fac. dr. Liège, Larcier, 2005, blz. 214).

Er is derhalve niet voldaan aan de voorwaarde van artikel 772 *Gerechtelijk Wetboek*.

Aangezien de vennootschap in haar laatste conclusie voor het hof voorhield dat haar concurrentiepositie ten overstaan van de groothandelaars werd ondermijnd omdat zij in tegenstelling tot de groothandelaars was gehouden tot betaling van heffingen op haar omzet, rustte op haar ook de bewijslast met betrekking tot haar beweringen. Zij had alle gelegenheid om de nodige bewijsstukken te verzamelen en kan niet verrast zijn geweest door het advies van het Openbaar Ministerie waarin gesteld werd dat zij hiervan geen bewijs leverde.

De procedure werd in eerste aanleg ingeleid in 2004 en het hoger beroep van appelante is reeds hangend sedert 2008. Het arrest van het Grondwettelijk Hof met betrekking tot een door haar ingeroepen schending van het gelijkheidsbeginsel dateert van 15 januari 2009, zodat appellante ruim de tijd en de gelegenheid heeft gehad haar verdere argumentatie en bewijslevering voor te bereiden.

Het hof is van oordeel dat niet voldaan is aan de voorwaarden voor een heropening der debatten.

TEN GRONDE

HET VERSCHULDIGD ZIJN VAN HEFFINGEN

In het arrest van 15 januari 2009 werd het voorwerp van de betwisting en de stellingen van partijen reeds uiteengezet en een aantal van de door appellante opgeworpen grieven werden reeds beantwoord.

Vooraleer voor het overige uitspraak te doen, werd aan het Grondwettelijke Hof een prejudiciële vraag gesteld met betrekking tot de bestaanbaarheid met artikelen 10 en 11 van de Grondwet van de bepalingen artikel 191, 1^{ste} lid, 15^o, 15^o*quater* en 15^o*quinquies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de heffingen voor de jaren 2002 en 2003, in de mate met betrekking tot de erin geregelde heffing, aanvullende heffing en bijkomende heffing, geen onderscheid werd gemaakt tussen farmaceutische ondernemingen naargelang zij generische geneesmiddelen dan wel merkgeneesmiddelen of referentiespecialiteiten op de markt brengen.

Het Grondwettelijk Hof heeft in zijn arrest van 29 oktober 2009 geoordeeld dat de aangewezen bepalingen het gelijkheidsbeginsel niet hebben geschonden.

De vennootschap blijft de vordering van het RIZIV bestrijden en herhaalt een aantal reeds opgeworpen grieven en voegt er nog nieuwe aan toe.

- Zij beroept zich op een schending van artikel 69 § 5 van de GVU-wet waarin is bepaald dat het globaal budget wordt vastgesteld na overleg met de representatieve vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie.

Zij merkt op dat het budget voor de geneesmiddelen voor het jaar 2001 met daaraan gekoppeld de responsabilisering van de sector bij budgetoverschrijding werd overeengekomen zonder dat de generische bedrijven, georganiseerd binnen BGA of Febelgen bij die besprekingen betrokken werden.

De vennootschap maakte deel uit van BGA (Belgian Generics Association) waarvan zij enkel statuten voorlegt die op 16 mei 2002 in het Belgisch Staatsblad zijn verschenen, hetzij nadat de onderhandelingen over de in het geding zijnde heffingen werden gevoerd.

Het Openbaar Ministerie merkt terecht op dat zij niet aantoont dat BGA of Febelgen zich bij het RIZIV als gesprekspartners hebben gemeld en in voorkomend geval in welke omstandigheden zij niet als gesprekspartners werden erkend. Evenmin toont zij aan dat die verenigingen voldoende representatief waren om de generische farmaceutische ondernemingen te vertegenwoordigen tijdens de periode waarin de onderhandelingen plaats vonden.

Bij gebreke aan toelichtingen daarover kan de grief van de vennootschap niet in aanmerking worden genomen.

- Zij betoogt verder dat de beginselen van behoorlijk bestuur zouden geschonden zijn:
 - a) wegens het niet naleven van de hoorplicht

In het arrest van 15 januari 2009 heeft het hof deze grief beantwoord en beslist dat er geen sprake was van schending van de hoorplicht.

- b) het zorgvuldigheidsbeginsel

Zij leidt dit af uit het feit dat het RIZIV niet antwoordde op haar brief van 8 april 2003. Deze opmerking is niet terecht. Het RIZIV heeft daarop wel degelijk geantwoord met een brief van 9 mei 2003.

- In weerwil van wat het Grondwettelijk Hof heeft beslist, blijft de vennootschap erbij dat de beslissingen van het RIZIV op grond van artikel 191, 1^{ste} lid 15^o *quater* en 15^o *quinquies* strijdig zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Overeenkomstig artikel 28 van de Bijzondere wet op het Grondwettelijk Hof van 6 januari 1989, is het hof ertoe gehouden zich voor de oplossing van het geschil te richten naar het arrest van het Grondwettelijk Hof voor wat het antwoord op de prejudiciële vraag betreft.

De overwegingen B6 tot B10 van het arrest laten er geen twijfel over bestaan dat er ten aanzien van de vennootschap geen inbreuk op het discriminatiebeginsel is gepleegd.

- De nieuwe grief die de vennootschap aanvoert heeft betrekking op de schending van artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Luidens artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de EU (art. 92, lid 1 EEG) zijn “behoudens de afwijkingen waarin dit Verdrag voorziet, steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar met de gemeenschappelijke markt, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt.

Opdat een steunmaatregel als staatssteun zou kunnen beschouwd worden, moeten overeenkomstig artikel 107 EU-Verdrag bijgevolg verschillende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- de maatregel kent aan bepaalde ondernemingen of producties een voordeel toe dat zij in normale marktomstandigheden niet zouden hebben genoten
- hij wordt bekostigd door de Staat of met staatsmiddelen
- hij kent een selectief economisch voordeel toe waardoor bepaalde sectoren, ondernemingen of producties worden bevoordeeld
- hij hindert het handelsverkeer tussen de lidstaten
- hij verstoort de mededinging of dreigt die te verstoren.

Nu de bestreden heffingen waaraan de farmaceutische firma's worden onderworpen niet van toepassing zijn op de groothandelaars-verdelers, is appellante van oordeel dat deze aldus een steunmaatregel genieten die onverenigbaar is met artikel 107 § 1 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Zij wijst erop dat deze groothandelaars-verdelers via de marges die zij ontvangen, eveneens een inkomen genieten in functie van de verkochte vergoedbare specialiteiten en dat hen tijdens de periode 1 januari 1996 tot 31 december 1997 wel een heffing werd opgelegd op hun brutowinst.

Zij besluit daaruit dat zij niet kan gehouden zijn tot betaling van de gevorderde heffingen.

Deze nieuwe argumentatie van appellante verbaast nu zij eerder betoogde dat zij als firma die generische geneesmiddelen produceert, niet op gelijke voet mocht worden gesteld met andere farmaceutische firma's en had moeten vrijgesteld worden van de aan de farmaceutische firma's opgelegde heffingen.

In haar repliek op het advies van het OM wijst zij erop dat het haar toegelaten is om niet enkel aan groothandelaars-verdelers te leveren maar ook aan publieksapothekers, op grond van:

- artikel 79 van het Koninklijk besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik
- artikel 22 van het Koninklijk besluit van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen.

Enkel deze laatste bepaling was van toepassing tijdens de periode waarop het geschil betrekking had.

Appellante bracht echter geen elementen bij waaruit bleek dat zij daadwerkelijk een relevante omzet realiseerde via directe verkoop.

Appellante merkt op dat de Belgische autoriteiten de artikelen uit de wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten waarin een heffingsvrijstelling is voorzien in artikel 191, 15° in tegenstelling tot de vrijstelling van de groothandelaars wel als een voorgenomen steunmaatregel hebben aangemeld bij de Europese Commissie. (steunmaatregel N335/2007- België haar Stuk 1.16).

De door het RIZIV aan de Commissie aangezegde maatregel waarnaar appellante verwijst, had betrekking op bepaalde zeer specifieke geneesmiddelen die door farmaceutische firma's op de markt werden gebracht (weesgeneesmiddelen en Cx-specialiteiten), voorzien door artikel 2 van de wet van 10 juni 2006 en de heffingskorting waarvan bepaalde farmaceutische firma's genieten.

Die maatregel beoogde investeringen te ondersteunen van farmaceutische bedrijven in het domein van die geneesmiddelen omdat dergelijke geneesmiddelen voor de industrie niet interessant zijn als financieringsbron, doch wel noodzakelijk voor de adequate behandeling van bepaalde ziekten, zoals de minister tijdens de parlementaire voorbereiding benadrukte (Parl. st. Kamer, zitting 2005-2006, Doc. 2377/002, blz. 10 st. 3.23 Appellante).

De voorgenomen vrijstelling had betrekking op farmaceutische firma's, die in principe alle tot betaling van heffingen zijn gehouden. Dit is niet het geval voor groothandelaars. Deze aangelegenheid is bijgevolg niet zonder meer vergelijkbaar met de door appellante opgeworpen schending en kan niet worden aangegrepen als bewijs dat het om een steunmaatregel ging die had moeten worden aangemeld.

Bij de beoordeling van de aangemelde artikelen evalueerde de Commissie de aard en het opzet van het stelsel van heffing op de omzet van farmaceutische specialiteiten. De omzet die zij behalen met vergoedbare specialiteiten behalen zij ten dele dankzij de ziekteverzekering.

Het RIZIV benadrukt dat de in het geding zijnde heffing overeenstemt met een logische solidariteitsbijdrage, volgend uit de aard en de opzet van het belastingstelsel, aangezien de vergoeding de geneesmiddelenproducenten aanvullende omzet oplevert.

Die conclusie geldt volgens de vennootschap eveneens voor de groothandelaars-verdelers van die geneesmiddelen daar hun omzet eveneens wordt beïnvloed door de marge die zij krijgen op vergoedbare specialiteiten.

Toegepast op de door haar gemaakte vergelijking, stelt appellante dat:

- de heffingen een onderdeel zijn van het belastingstelsel zodat aan de groothandelaars een belastingsvrijstelling wordt verleend
- aldus wordt hen een economisch, niet conform marktvoordeel verleend
- dit voordeel wordt met staatsmiddelen bekostigd
- de mededingingspositie van de groothandelaars ten overstaan van de farmaceutische firma's wordt aldus versterkt
- een maatregel als een heffing op de omzet van farmaceutische ondernemingen kan de handelsstromen tussen lidstaten beïnvloeden aangezien de farmaceutische markt een groot aantal multinationale ondernemingen telt.

Appellante meent haar stelling bevestigd te zien in verschillende arresten van het Hof van Justitie, met name het arrest Tiercé Ladbrook t. Commissie, C-353/95 P; het arrest Ferring /ACOSS van 22 november 2001, C-53/00 en het arrest Laboratoires Boiron /URSSAF de Lyon van 7 september 2006, C-526/04).

De arresten Ferring en Boiron, hadden betrekking op een heffing op de rechtstreekse verkoop van geneesmiddelen door farmaceutische firma's waarvan groothandelaars waren vrijgesteld.

In de zaak Boiron/Urssaf, benadrukte het Hof van Beroep van Versailles in zijn arrest van 2 september 2010 dat uit de parlementaire voorbereiding betreffende de invoering van een bijdrage op directe verkoop bleek dat de taks beoogde de gelijkheid van de concurrentiepositie te bewerkstelligen tussen farmaceutische laboratoria enerzijds, die rechtstreeks terugbetaalbare geneesmiddelen verkochten bij apotheken en de groothandelaars-verdelers anderzijds door aan de eerste categorie een bijdrage op te leggen omdat zij niet onderworpen waren aan dezelfde verplichting tot openbare dienstverlening als de tweede categorie.

In de zaak Ferring stelde het Hof van Justitie eveneens vast dat de heffing ten aanzien van de farmaceutische firma's op de rechtstreekse verkoop het evenwicht beoogde te herstellen inzake mededingingsvoorwaarden tussen de twee distributiecircuiten voor geneesmiddelen, die volgens de Franse wetgever waren vervalst omdat enkel voor de groothandelaars-verdeilers verplichtingen golden inzake openbare dienstverlening. (punt 19)

Die heffing was opgelegd nadat gebleken was dat de groei van de rechtstreekse verkoop bij de groothandelaars was stilgevallen ten gunste van de verkoop door farmaceutische laboratoria. (arrest van het Hof van Versailles in de zaak Boiron, arrest Ferring punt 19)

Na het opleggen van de heffing bleek een omgekeerde beweging daar de groothandelaars-verdeilers marktaandeel hadden teruggewonnen. (Ferring punt 19)

In die beide zaken, beoogde de heffing bijgevolg een compensatie voor de openbare dienstverplichting die op de groothandelaars rustte in verband met het ter beschikking houden van voldoende reserves om binnen zeer korte tijdspannes medicijnen te kunnen leveren.

Het Hof van Justitie besloot dat het voordeel voor de groothandelaars-verdeilers ingevolge het feit dat zij niet onderworpen waren aan de heffing op de rechtstreekse verkoop, slechts als staatssteun kon worden aangemerkt voor zover het groter was dan de extra kosten voor openbare dienstverlening die zij moesten dragen.

In haar vergelijking met de aangehaalde arresten, laat appellante buiten beschouwing:

- dat de aard en het opzet van de heffingen in die zaken verschilden van deze die worden opgelegd door artikel 191, 1, 15^{de} lid *quater* en 15^{de} lid *quinquies* GVVU-wet waarover het geschil handelt
- dat zij zich niet in een feitelijke en juridische vergelijkbare situatie bevindt met deze van de groothandelaars-verdelers.

De heffingen opgelegd door de GVVU-wet beogen geen herstel van het evenwicht in de distributie-circuits dat vervalst was ingevolge de openbare dienstverplichting van de groothandelaars, zoals het geval was in de door de vennootschap aangehaalde zaken. Nergens kan uit opgemaakt worden dat de groothandelaars-verdelers van de door de GVVU-wet opgelegde heffingen zouden vrijgesteld zijn omdat zij belast waren met het verlenen van een openbare dienst.

De in het geding zijnde heffingen beogen het financieel evenwicht van de ziekteverzekering en de beheersing van de uitgaven voor de ziekteverzekering door de overschrijdingen van de geneesmiddelenbegroting tegen te gaan als gevolg van de toename van het geneesmiddelenverbruik, via een systeem van budgettering met recuperatie ten laste van diegenen *die mede verantwoordelijk worden geacht voor die budgetoverschrijdingen, te weten de farmaceutische bedrijven* en hen hierdoor aan te zetten tot besparingsinspanningen.

Deze heffingen kwamen er na de vaststelling dat de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen aanzienlijke stijgingen vertoonden. Het Openbaar Ministerie wijst er in zijn advies op dat de uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen tijdens de periode van 1995 tot 2002 gestegen zijn met 60 %.

In zijn arrest van 5 mei 2004 (73/2004 rolnr. 2741) overwoog het Grondwettelijk Hof; met betrekking tot de aard en het opzet van de heffing

“B.7.2 Die onderscheiden heffingen beogen bij te dragen tot de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, waarbij de sedert 1990 uitgestippelde weg wordt gevolgd om een alternatieve financiering van die sector te zoeken. ...

B.7.3 Bij de vaststelling destijds dat de stijgende winsten van de farmaceutische ondernemingen worden bevorderd door het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, terwijl de uitgaven van het RIZIV blijven toenemen. (Parl. ST. Senaat, 1997-1998, nr. 1-814/3, blz. 66) vermocht de wetgever van oordeel te zijn dat de juridische grondslag van de verschillende heffingen diende te worden verstevigd. Hij kon terecht van mening zijn dat de vereisten van het algemeen belang verantwoordden dat een bijdrage die sedert 1990 is ingesteld en die onontbeerlijk is voor het begrotingsevenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging zou worden gehandhaafd.” (ibid. blz. 26).

Het Grondwettelijk Hof wees erop dat de heffing op omzet afhankelijk is van de mate waarin de uitgaven in de geneesmiddelensector van de ziekte- en invaliditeitsverzekering de budgettaire vooruitzichten overschrijden en dat wanneer het budget niet wordt overschreden, de heffing wordt teruggestort en dat over dit budget afspraken werden gemaakt met de farmaceutische sector.

De groothandelaars zijn niet verantwoordelijk voor het produceren en inschrijven van geneesmiddelen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, in tegenstelling tot de farmaceutische bedrijven.

Zoals het Openbaar Ministerie opmerkt is hun verantwoordelijkheid beperkt tot het bezitten van een toereikende hoeveelheid geneesmiddelenvoorraad en het ter beschikking houden en leveren van de op de markt gebrachte geneesmiddelen. Zij brengen deze niet zelf op de markt.

Reeds verschillende malen hebben farmaceutische ondernemingen zich erover beklagd dat andere marktdeelnemers uitgesloten bleven van de heffingen en aan het Grondwettelijk Hof de vraag voorgelegd of dit geen schending van het gelijkheidsbeginsel uitmaakte.

Wat de vergelijking betrof met andere actoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging, onder meer de groothandelaars-verdelers, overwoog het Grondwettelijk Hof reeds herhaaldelijk dat er objectieve verschillen bestonden die verantwoordden dat zij verschillend kunnen worden behandeld, daar de farmaceutische sector, door het aanbod van geneesmiddelen dat hij organiseerde, door de terugbetaling die hij vraagt of door de winst die hij opstrijkt door het geneesmiddelenverbruik, een specifieke rol speelde die niet kon worden betwist. (GH 5-5-2004, B.14.2; GH 19-9-2007 (4013-4014, B.11.3)).

In het arrest van 19 september 2007 benadrukt het Grondwettelijk Hof nogmaals: “Verschillende redenen verantwoorden dat de wetgever met het oog op de responsabilisering van de farmaceutische industrie, in geval van een begrotingsoverschrijding van het globaal budget van terugbetaalbare geneesmiddelen, het totaalbedrag ervan te haren laste legt. Het onder controle houden van het budget van de terugbetaalbare geneesmiddelen is noodzakelijk voor het evenwicht in de ziekte- en invaliditeitsverzekering, waarvan de farmaceutische industrie, als financieel meest begunstigde van de consumptie en *a fortiori* van de overconsumptie van geneesmiddelen, meer dan van de andere actoren in de sector een financiële inspanning mag worden gevraagd. De consumptie van geneesmiddelen kan immers niet los worden gezien van het globale stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat middels het terugbetalingsstelsel ertoe bijdraagt dat de toename van het verbruik van geneesmiddelen, die leidt tot de meeruitgaven die een budgetoverschrijding veroorzaken, financieel voornamelijk de farmaceutische industrie ten goede komt. Bovendien wordt het globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen van farmaceutische specialiteiten overeenkomstig artikel 69, § 5 van de wet betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen vastgesteld na overleg met de representatieve leden van de geneesmiddelenindustrie, bedoeld in artikel 191, 15^o *quater* van de wet. (GH 19-9-2007, B.16.3).

Het Grondwettelijk Hof stelde derhalve duidelijk dat er tussen de farmaceutische firma's en de groothandelaars-verdelers objectieve verschillen bestaan die een verschillende behandeling verantwoorden.

Het Hof van Justitie legt er de nadruk op dat bij het beantwoorden van de vraag of een overheidsmaatregel een selectief karakter heeft, moet nagegaan worden of deze binnen het kader van een bepaalde rechtsregeling een voordeel verschaft aan bepaalde ondernemingen ten overstaan van andere ondernemingen die zich in een feitelijke en juridisch vergelijkbare situatie bevinden. (Ger. EG T 215/04 18-12-2008 Gibraltar/Verenigd Koninkrijk; H.v.J C-487/06 22-12-2008 British Aggregates Association / comm; H.v.J. C-88/03 6-9-2006, Portugal/Commissie)

In geval de ondernemingen zich feitelijk in een vergelijkbare situatie bevinden met andere marktdeelnemers, moet worden nagegaan of de gunstigere fiscale behandeling die hen is voorbehouden inherent is aan de wezenlijke beginselen van het stelsel van belastingheffing dat in de betrokken staat van toepassing is en in overeenstemming met de beginselen van coherentie en evenredigheid. (H.v.J. C-78/08, 79/08 en 80/08 van 8-9-2011 Paint Graphos)

Verder kan volgens het Hof van Justitie het bestaan van een voordeel in de zin van artikel 92, lid 1 (nu art. 107 van het EU-Verdrag) niet automatisch worden afgeleid uit het feit dat de betrokken ondernemingen verschillend worden behandeld. Van een dergelijk voordeel is immers geen sprake wanneer deze verschillende behandeling is gerechtvaardigd door redenen die de opzet van het systeem betreffen. (H.v.J., Ferring, punt 17 en in dezelfde zin H.v.J. 9-12-1997, Tiercé Ladbroke / Commissie C-353/95 P jurispr; blz. I-7007 met name punten 33 en 35)

Het mededingingsbeginsel is dus verwant met het gelijkheidsbeginsel. Het moet voor de marktdeelnemers gelijke voorwaarden op de betrokken markt opereren.

Herhaaldelijk oordeelde het Hof van Justitie dat het begrip staatssteun niet ziet op maatregelen die op het vlak van heffingen tussen ondernemingen differentiëren, wanneer deze differentiatie het gevolg is van de aard of de systematiek van het betrokken stelsel van heffingen. (H.v.J. 487/06, 22-12-2008 British aggregates)

Het hof besluit dat in voorliggende zaak appellante als farmaceutische firma, zich in een feitelijke en juridisch onderscheiden situatie bevindt ten overstaan van de groothandelaars-verdelers en dat de heffingen waartoe zij op grond van de GVVU-wet is gehouden naar hun aard en opzet een onderscheid verantwoordt tussen beide onderscheiden categorieën.

De vennootschap hield aanvankelijk niet voor dat zij zich eveneens in een concurrerende positie zou bevinden ten overstaan van de groothandelaars en haar argumentatie was daar ook niet op gesteund.

Pas in haar repliek op het advies van het Openbaar Ministerie, neergelegd op de laatste dag van de daarvoor voorziene termijn ontwikkelde zij daaromtrent een argumentatie en zij wenst dit nu met stukken aan te tonen. Noch over die argumentatie noch over de nieuwe stukken werd enige tegenspraak gevoerd terwijl de vennootschap voldoende de gelegenheid heeft gekregen om haar argumentatie voor te bereiden en haar bewijsmiddelen voor te leggen.

De vennootschap brengt verder geen elementen aan die toelaten te besluiten dat er een beïnvloeding is of kan zijn van het handelsverkeer dat het nationaal niveau overstijgt of dat de omvang ervan van die aard is dat hij weerslag kan hebben op het verkeer tussen lidstaten. Artikel 107, 1 EU-Verdrag (92, 1 EEG) is enkel in dat geval van toepassing.

Zelfs in de hypothese dat de vrijstelling van de groothandelaars-verdelers van de bestreden heffing als een steunmaatregel zou moeten beschouwd worden, dan nog kan appellante daar niet uit besluiten dat zij de heffing niet verschuldigd zou zijn.

Het Openbaar Ministerie merkt terecht op dat het Hof van Justitie herhaaldelijk heeft geoordeeld dat ondernemingen die een heffing verschuldigd zijn zich niet aan de betaling ervan kunnen onttrekken of daarvan geen terugbetaling verkrijgen met het argument dat de door andere ondernemingen genoten vrijstelling staatssteun vormt. Hieruit volgt dat zelfs indien de belastingvrijstelling een steunmaatregel zou zijn, de eventuele onrechtmatigheid ervan de rechtmatigheid van de heffing niet kan opheffen. (H.v.J. 20-9-2001, Banks, punt 80; Distribution Casino France, punten 42 en 44 en H.v.J. 15-6-2006 Air Liquide C-393/04 en C-41/04 jurispr; blz. I-9481, punt 30 en aldaar aangehaalde rechtspraak)

Om een heffing als een integrerend onderdeel van een steunmaatregel te kunnen aanmerken die aanleiding geeft tot terugbetaling, moet er krachtens de relevante nationale regeling een dwingend bestemmingsverband bestaan tussen de heffing en de steun, in die zin dat de opbrengst van de heffing noodzakelijkerwijs voor de financiering van de steun wordt bestemd. (arrest Boiron, 43, 44, arrest H.v.J. 15-6-2006, C-393/04; 41/04 Air Liquide punt 45 en aangehaalde RS)

Anders dan het geval was in de zaak Ferring en Boiron, waar de heffing op rechtstreekse verkoop voor de financiering van de steun aan de groothandelaars-verdelers was bestemd, is het hof van oordeel dat in voorliggende zaak dit dwingend bestemmingsverband niet voorhanden is.

De vrijstelling van heffing en de omvang ervan zijn immers niet afhankelijk van de opbrengst van de heffing.

Het hof besluit dat geen van de door appellante aangehaalde argumenten haar kan ontheffen van betaling van de door het RIZIV gevorderde heffingen.

...

III. Arbeidshof van Brussel, 5 januari 2012

Programmawet van 2 januari 2001, artikelen 57 tot 59 – Financiële tegemoetkomingen waarin is voorzien bij Koninklijk besluit van 1 oktober 2002

De afrekening van de subsidies waarop een verzorgingsinstelling recht heeft om de verloning van het in die instelling tewerkgestelde personeel te financieren, is terecht aan die verzorgingsinstelling bezorgd; zij is het immers die recht heeft op de subsidie; de beheerder heeft zelf geen recht op de tegemoetkoming van het RIZIV.

RIZIV t./CCG bvba
A.R. 2009/AB/52789

...

Faits et antécédents de procédure

1. Le 30 novembre 2005, l'INAMI a notifié un décompte selon lequel la maison de repos exploitée sous la dénomination "Les Jardins de P." à Bruxelles a perçu un montant trop élevé de subventions pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003 à concurrence de 34 319,05 EUR et que ce montant sera récupéré sur l'avance suivante (dossier appelant, pièce 1). Ce décompte a été adressé "Au responsable" de "Les Jardins de P.", à l'adresse de la maison de repos.

2. Par citation du 23 décembre 2005, la s.a. C.C., a cité l'INAMI devant le Tribunal du travail de Bruxelles, déclarant faire "opposition" à cette décision du 30 novembre 2005.

La s.a. C.C. a demandé au Tribunal du travail la mise à néant de la décision et d'entendre dire que l'INAMI devra allouer l'intégralité des avances lui revenant. Elle invoque qu'elle n'était pas l'exploitante de la maison de repos au cours de la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003, visée par le décompte. La société expose à ce moment que :

- l'institution de soins dénommée les Jardins de P. était exploitée à l'époque par la s.a. Les Jardins de P.
- par décision du 29 novembre 2004, l'assemblée générale de la s.a. Les jardins .de P. a prononcé la dissolution et la liquidation (volontaire) de la société ; un liquidateur a été désigné
- la maison de repos a été cédée par la société en liquidation à la s.a. C.C. avec effet au 1^{er} avril 2005.

Elle estime qu'elle n'est pas redevable des avances trop perçues par la s.a. Les Jardins de P. et que l'INAMI doit en réclamer le montant à la société en liquidation.

3. Par un acte notarié du 17 août 2006, l'assemblée générale de la s.a. C.C. a décidé de la dissolution anticipée, sans liquidation, de la société en vue de la scission par absorption de cette société par voie d'apport de l'intégralité de son patrimoine à la s.p.r.l. C.C.G. Par voie de conclusions déposées devant le Tribunal du travail en décembre 2008, cette dernière société a repris l'instance de la s.a. C.C.

4. Le Tribunal du travail a fait droit à la demande de la société.

Jugement entrepris

Par le jugement du 25 septembre 2009, le Tribunal du travail décide :

- “donne acte à la partie demanderesse (étant la s.p.r.l. C.C.G.) de sa reprise d'instance
- déclare la demande recevable et fondée
- annule la décision attaquée
- condamne l'INAMI à payer à la partie demanderesse la somme de 34 319,05 EUR indûment déduite de son intervention pour l'année 2005
- condamne l'INAMI aux dépens de l'instance, liquidés par la partie demanderesse à 1 200 EUR (indemnité de procédure)”.

Demandes des parties en appel

L'INAMI forme appel de ce jugement en ce qu'il le condamne à payer à l'intimée la somme de 34 319,05 EUR et le condamne aux frais et dépens de la première instance. L'INAMI demande à la cour :

- “à titre principal, déclarer l'appel recevable et fondé et mettre le jugement à néant
- en conséquence, confirmer la décision du 30 novembre 2005 par laquelle l'appelante a déduit des avances futures à allouer à la maison de repos “les jardins de P.” les avances indûment perçues précédemment par cette même maison de repos
- à titre subsidiaire, déclarer la maison de repos “les jardins de P.” exploitée par l'intimée comme une nouvelle institution avec toutes les conséquences qui en découleront pour son financement
- condamner l'intimée aux dépenses des deux instances.”

La s.p.r.l. C.C.G. partie intimée, demande à la cour de confirmer le jugement.

Position des parties

1. À titre principal, l'INAMI, partie appelante, soutient que l'intervention financière litigieuse est liée à l'institution de soins, indépendamment de la personne physique ou morale qui l'exploite.

À titre subsidiaire, l'INAMI conteste que la cession lui soit opposable. Il conteste l'affirmation du Tribunal du travail selon laquelle l'INAMI aurait fait inscrire sa réclamation au passif de la liquidation de la s.a. Les Jardins de P.

À titre infiniment subsidiaire, s'il était confirmé que l'INAMI ne peut pas réclamer le trop perçu d'avances, l'INAMI sollicite de déclarer que la maison de repos est une nouvelle institution, avec toutes les conséquences qui en découleront pour son financement.

2. La s.p.r.l. C.C.G., partie intimée, fonde sa position sur l'existence de la cession du fonds de commerce portant sur l'exploitation de la maison de repos et sur l'absence de personnalité juridique propre à cette maison de repos. Elle soutient que la société gestionnaire dispose d'un droit propre à l'obtention des subventions. Elle estime que la thèse de l'INAMI ne repose sur aucun fondement juridique.

Discussion

1. La demande originale émane de la société intimée. Elle vise à “entendre mettre à néant” la décision de l'INAMI et à entendre dire pour droit que l'INAMI doit lui allouer l'intégralité des avances “lui revenant”. Le premier juge a annulé la notification attaquée ; son raisonnement se fonde sur la cession intervenue et estime sans fondement juridique la thèse soutenue (à titre principal) par l'INAMI.

2. La contestation en appel porte sur l'application par l'INAMI du mécanisme de financement de l'harmonisation des barèmes prévu en application de la loi-programme du 2 janvier 2001, dans l'hypothèse d'une cession d'un fonds de commerce portant sur l'exploitation d'une maison de repos intervenue (à l'insu de l'INAMI) entre la période pour laquelle des avances ont été reçues par la maison de repos, et le moment du décompte définitif des montants dus pour cette période.

L'examen ci-après de cette contestation pose, d'abord, le cadre légal de la réglementation (A) et vérifie la régularité de la notification de l'INAMI (B), régularité attaquée par la société intimée et mise en cause par le premier juge.

L'incidence d'une cession de fonds de commerce sur l'application de cette réglementation est examinée ensuite (C).

L'affirmation de la société intimée, affirmation admise par le premier juge, selon laquelle l'INAMI aurait fait inscrire sa réclamation au passif de la société en liquidation, est contestée par l'INAMI. Ce fait affirmé par la société intimée n'est pas établi par les pièces auxquelles la cour peut avoir égard. Ce fait ne sera pas retenu par la cour dans son analyse.

A. Le cadre légal et réglementaire de l'intervention de l'INAMI

3. La loi-programme du 2 janvier 2001 (art. 57 à 59)¹ constitue le cadre légal du système d'intervention à l'origine du litige. La loi instaure un "*règlement pour la prise en charge de l'incidence financière des accords sociaux relatifs au secteur des soins de santé et qui sont conclus par le Gouvernement fédéral avec les organisations représentatives concernées des employeurs et des travailleurs salariés*" (loi, art. 57).

Les articles 57 à 59 ont été votés par la Chambre des représentants suite à un amendement déposé à l'initiative de la majorité ; l'amendement est brièvement motivé. Au moment du vote en Commission parlementaire, il ne semble pas encore décidé si ce soutien sera à charge du Budget de l'État ou du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités². L'exécution de cette mesure est intégralement déléguée au Roi (loi, art. 59). Selon l'article 59 de la loi :

"Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les mesures dont l'incidence financière est prise en charge par l'autorité et les modalités en vue de fixer l'incidence financière, le montant et le paiement de l'intervention financière.

À cet effet, le Roi peut :

- 1° désigner les données sur la base desquelles l'intervention est déterminée
- 2° désigner les services publics qui doivent rassembler et traiter ces données
- 3° déterminer la façon dont l'intervention doit être calculée
- 4° fixer la période à laquelle cette intervention s'applique
- 5° déterminer la personne physique ou morale à laquelle l'intervention doit être payée et les moments auxquels ce paiement doit avoir lieu
- 6° déterminer le bénéficiaire de l'intervention
- 7° désigner les services publics chargés du calcul et du paiement de cette intervention et du contrôle de son utilisation
- 8° désigner la partie de l'incidence financière des interventions qui sera prise en charge par le budget de l'État ou la partie à charge du budget de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."

1. Loi parue au M.B. du 03.01.2001 sous l'intitulé "Loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses"; voir le texte rectifié, intitulé "loi programme", publié au M.B. du 13.01.2001.

2. Amendement n° 49, doc 50-950/5, et rapport, doc 50-950/13, pp. 35/36.

4. L'exécution de cette mesure est l'objet de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002³

L'arrêté royal met en place une intervention spécifique, dont le coût est imputé au budget global des moyens financiers de l'INAMI (A.R., art. 8). L'intervention porte sur une intervention financière annuelle pour les membres du personnel, en compensation des mesures en matière d'harmonisation des barèmes et d'augmentation des barèmes (A.R., art. 2).

L'arrêté précise le bénéficiaire de cette intervention (1) et les modalités de l'intervention (2). L'arrêté royal ne prévoit rien concernant le gestionnaire de l'institution (3).

(1) Le bénéficiaire de l'intervention

5. Le droit à l'intervention financière est conféré à "l'employeur"⁴. Les termes "employeur"⁵ et "institutions"⁶, sont ensuite employés alternativement par l'arrêté. L'usage indifférent de ces termes peut se comprendre par la définition que l'arrêté donne au terme "employeur". Le terme employeur est défini par les institutions visées à l'article 34, 11^o et 12^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,(...)⁷.

Au sens de la réglementation, ce sont donc les "institutions" qui, en tant qu'employeurs, ont droit à l'intervention financière, en particulier (11^o) *les maisons de repos et de soins (...) agréées par l'autorité compétente*, ainsi que (12^o) *les maisons de repos pour personnes âgées (...) agréées par l'autorité compétente*. Ces institutions sont visées par la loi INAMI (art. 2, n) en tant que "dispensateurs de soins".

Cette affectation du subside à l'employeur, étant le dispensateur de soins agréé, présente une logique certaine, puisqu'elle vise à assurer le financement des soins de santé via une intervention dans les frais de personnel du dispensateur de soins.

Le droit à l'intervention n'est pas conféré au gestionnaire de l'institution de soins.

6. L'arrêté royal attribue l'intervention à l'institution "agréée par l'autorité compétente".

L'autorité compétente pour accorder l'agrément est en l'espèce la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. Au moment des faits, l'agrément de Communauté française est régi par le décret du 10 mai 1984⁸ (Mon. 15.06.1984) et par le règlement du 17 décembre 1993 (cité et produit par l'INAMI) pris en exécution de ce décret⁹.

L'agrément par l'autorité compétente vise les "établissements" (décret, art. 1^{er}), définis comme les établissements d'hébergement où le logement ainsi que les soins familiaux et ménagers sont fournis collectivement aux personnes âgées de plus de 60 ans. L'agrément de la Communauté française ne vaut que pour l'établissement situé à l'adresse indiquée dans la demande d'agrément.

L'agrément de la Communauté française vise ainsi l'unité de soins, non le gestionnaire de l'institution.

3. A.R. du 01.10.2002 pris en exécution des art. 57 et 59 de la loi programme du 02.01.2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des barèmes dans certaines institutions de soins (Mon. 11.10.2002) ; abrogé depuis lors par l'A.R. du 17.08.2007 (art. 62, Mon. 21.09.2007).

4. A.R., art. 2.

5. Cf. A.R., art 3, al. 1^{er}

6. Cf. A.R., art. 3, al. 5; art. 4, § 4.

7. A.R., art. 1^{er}, 5^o. Cette définition par référence à l'art. 34 de la loi INAMI ne sera pas modifiée, jusqu'à l'abrogation de l'A.R. par l'A.R. du 17.08.2007; la nouvelle réglementation mise en place à ce moment maintient l'intervention au bénéfice de "l'employeur", défini par référence aux "institutions" visées à l'art. 34 (al. 1^{er}, 11^o et 12^o à de la loi INAMI (A.R. du 17.08.2007, art. 1^{er} et 2).

8. Décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées (Mon. 15.06.1984). Texte modifié par les décrets des 27.03.1985, 20.07.1988, 12.12.1989 et 26.06.1992.

9. Règlement de la Commission communautaire française du 17.12.1993 fixant la procédure relative à l'autorisation de fonctionnement provisoire, à l'agrément, au refus et au retrait d'agrément et à la fermeture des établissements visés à l'art. 1^{er} du décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées et déterminant les modalités d'octroi de l'accord de principe visé à l'art. 2^{bis} du décret du 10.05.1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées (Mon. 29.01.1994). Texte modifié par les arrêtés des 19.06.1997, 28.05.1998, 25.06.1998 et 03.06.1999.

(2) Les modalités de l'intervention

7. L'intervention accordée par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 est distincte des remboursements ordinaires de l'INAMI; un système particulier est instauré pour en assurer le paiement. Ainsi :

- pour pouvoir en bénéficier, l'employeur doit faire une déclaration (art. 3)
- l'intervention est d'abord versée de manière provisoire (art. 6, § 1^{er}) sous forme d'avances (quatre avances trimestrielles) en fonction de certains paramètres liés au personnel occupé (art. 4)
- pour le 4^e trimestre 2002 et pour l'année 2003 (période sur laquelle porte les avances litigieuses), l'intervention provisoire est calculée sur la base de l'information fournie par l'employeur au fonctionnaire dirigeant concernant la situation du 1^{er} avril au 30 septembre 2002 (art. 6, §1^{er}, a. et art. 5, § 3)
- l'employeur doit transmettre annuellement les données au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle à laquelle les données ont trait (art. 5)
- l'intervention est ensuite l'objet d'une régularisation (art. 6, § 2)
- en cas de différence entre les avances versées et le montant dû, l'arrêté royal précise (art.6, § 2, *in fine*) que :
 - la différence, entre les interventions définitives et les avances, est liquidée par le paiement de l'avance au 30 avril et, le cas échéant, également par le paiement des avances suivantes
 - si un employeur a perçu trop d'avances et si la récupération ne peut se faire par les avances suivantes, le solde est reversé par l'employeur à l'INAMI et ce, avant la fin du mois qui suit le mois pendant lequel le fonctionnaire dirigeant a communiqué à l'employeur le montant à récupérer
- Le Service du contrôle administratif de l'INAMI est chargé du contrôle de l'exactitude des données communiquées par les employeurs au fonctionnaire dirigeant (art. 7).

L'organisation du système n'a pas varié, sur ces points, jusqu'à l'abrogation de l'arrêté royal.

(3) Le gestionnaire de l'institution

8. Aucune disposition de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 ne vise le gestionnaire de l'institution. Lorsque la réglementation vise l'employeur, elle le définit comme étant l'institution de soins agréée (cf. ci-avant, pt. 1). Aucune disposition régissant les subventions litigieuses n'a pour effet, en cas de changement de gestionnaire de l'institution, une rupture dans le système de calcul des avances mises en place par l'arrêté royal, dès lors qu'il s'agit d'une même institution agréée (continuité de l'agrément).

9. La réglementation relative à l'agrément par la Communauté française prévoit l'hypothèse d'un changement de la personne physique ou morale qui gère l'institution de soins :

- l'agrément prend fin de plein droit en cas de changement de la personne physique ou morale qui gère l'établissement (décret, art. 3, § 2)
- une procédure est mise en place pour assurer la continuité de l'agrément de l'établissement en cas de reprise d'un établissement agréé, et ce avant que la reprise ne produise ses effets (décret, art. 7 ; règlement, art. 27 et 28).

Il en résulte que, en cas de cession d'un fonds de commerce portant sur l'exploitation d'une maison de repos agréée, le cessionnaire doit respecter cette procédure auprès de la Communauté française, s'il veut bénéficier, pour l'établissement concerné, d'une continuité de l'agrément auprès de l'autorité compétente, et par voie de conséquence d'une continuité de l'agrément INAMI indispensable pour maintenir la continuité des subventions à cet établissement.

10. La s.a. C.C. s'est conformée à cette procédure : cessionnaire de l'établissement "les Jardins de P.", elle a introduit le 16 mars 2005 une demande auprès de la Communauté française afin d'assurer la continuité de l'agrément de l'établissement de soins. Un arrêté de la Communauté française du 7 février 2006 a accordé une autorisation de fonctionnement provisoire comme maison de repos, à partir du 1^{er} juillet 2005, à "l'établissement, dénommé les Jardins de P. (...), ayant comme gestionnaire la s.a. C.C. (...)" (dossier appelant, pièce 3).

Ceci assure, par conséquent, à propos de l'établissement "les Jardins de P.", la continuité de la notion "institution agréée par l'autorité compétente", au sens de la loi INAMI et au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

B. Validité de la notification du 30 novembre 2005 au regard du mécanisme de subvention

11. Au regard des règles qui régissent la subvention, la notification adressée par l'INAMI à l'institution de soins, le 30 novembre 2005, ne présente aucune irrégularité. En effet :

- la réglementation prévoit que le bénéficiaire de la subvention est l'employeur, c'est-à-dire l'institution de soins agréée
- le système instauré par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 autorise l'INAMI à verser les subventions à une institution agréée, en tenant compte d'un éventuel excédent d'avances perçues dans le passé par cette *même institution de soins agréée*, sans avoir égard au gestionnaire de cette institution
- en l'occurrence, l'institution "les Jardins de P.", maison de repos agréée, a perçu pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 décembre 2003 sur base de déclarations inexactes concernant son personnel employé et le nombre de journées facturées aux résidents, des avances qui excédaient les interventions financières auxquelles elle avait droit, et ce à concurrence de 34 319,05 EUR
- ni ce fait (déclarations inexactes), ni le montant (34 319,05 EUR), ne sont contestés
- les avances ont été accordées par l'INAMI à l'institution de soins "Les Jardins de P." et c'est à cette institution que l'INAMI notifie le décompte et annonce que l'excédent sera déduit des avances suivantes *dues à cette même institution*
- l'autorisation provisoire accordée par la Communauté française a pour effet que l'établissement garde la qualité d'"institution agréée", pour l'application de la réglementation INAMI (loi INAMI, art. 34), et la qualité "d'employeur", au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 (A.R., art. 1^{er})
- au regard de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002, la notification du décompte du 30 novembre 2005, a été correctement adressée à l'employeur, c'est-à-dire à l'institution de soins agréé, concernant les subventions auxquelles l'institution de soins agréé a droit pour financer la rémunération du personnel occupé dans cette institution.

C. Incidence de la cession

12. La demande originale émane de la société intimée. Elle vise à obtenir de l'INAMI une subvention à laquelle elle estime avoir droit. La contestation soumise à la cour n'a pas pour origine une demande de l'INAMI de rembourser une dette de l'ancien gestionnaire de l'institution.

13. La société intimée invoque l'existence d'une cession de fonds de commerce entre le moment des avances provisoires et le moment du décompte, pour fonder sa demande et s'opposer au système des avances/décomptes instauré par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

14. Le calcul de la subvention et les avances en compte courant au titre de financement de l'harmonisation des barèmes sont liés à l'affiliation de l'institution auprès de l'INAMI, indépendamment de la personne physique ou morale qui gère l'institution agréée. Le cessionnaire ne l'ignorait pas, qui a introduit une demande auprès de la Communauté française pour assurer la continuité de l'agrément. La continuité de cet agrément entraîne la continuité de l'agrément INAMI et, si les autres conditions sont remplies, la continuité de la subvention de l'INAMI.

L'INAMI oppose adéquatement à la demande de la société appelante l'application de la réglementation pour calculer la subvention due par lui à l'institution de soins.

Les montants dus à l'institution de soins, et notifiés par l'INAMI, ont été calculés conformément à la réglementation. La société gestionnaire de l'institution n'établit pas un droit au montant qu'elle réclame. Aucun des moyens ou arguments invoqués par la société gestionnaire en ses conclusions, ne fonde un tel droit.

15. Notamment :

- sont sans pertinence, les arguments et moyens de la société appelante fondés sur l'existence de la cession, ou les clauses particulières de la convention de cession, ou encore l'absence de disposition réglementaire prévoyant que la dette d'une institution de soins envers l'INAMI se transmet à son repreneur
- la thèse de l'INAMI, admise ci-avant par la cour, ne se fonde pas sur un mécanisme de cession de dettes implicite ou de novation par changement de débiteur. Elle se fonde sur le mécanisme de calcul de la subvention due à l'institution de soins, tel que ce mécanisme est prévu par la réglementation
- l'absence de personnalité juridique propre à l'institution de soins n'a pas d'incidence sur le mécanisme de calcul et les modalités de la subvention due à l'institution de soins. C'est l'institution de soins qui est bénéficiaire de la subvention. La société intimée ne dispose pas, en tant que gestionnaire, d'un "droit propre" à l'intervention de l'INAMI. L'argument de la société intimée relatif à l'absence de personnalité juridique de l'institution de soins confond d'une part, le mode de calcul de la subvention et ses modalités, liées à son bénéficiaire, à savoir l'institution de soins agréée (loi du 02.01.2001, art. 59, 6°) et d'autre part, la personne physique ou morale à laquelle la subvention doit, le cas échéant, être payée (art. 59, 5°)
- l'agrément de la Communauté française permet notamment à l'INAMI d'identifier la personne -physique ou morale- qui gère l'institution et de vérifier que les conditions d'agrément de l'institution ne sont pas affectées lors d'un changement de gestionnaire. Cette personne gestionnaire de l'institution ne se confond pas avec l'institution telle que visée par l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002
- la cession du fonds de commerce n'affecte pas la continuité de la notion d'employeur (institution agréée), au sens de l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002. La cession entraîne, au plan juridique, un transfert du personnel de l'institution de soins à la nouvelle entité juridique. A noter que la signature éventuelle par le cessionnaire de nouveaux contrats de travail avec le personnel est sans incidence sur la continuité de la notion de "même employeur" en droit du travail
- la société intimée ne justifie pas en quoi un manque de diligence serait imputable à l'INAMI et permettrait d'obtenir, à son profit, la subvention à laquelle l'institution de soins qu'elle exploite n'a pas droit par application de la réglementation. Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a contrôlé (A.R., art. 7) l'exactitude des données communiquées par l'employeur, au sens de la réglementation visée, ce qui a donné lieu au calcul de la subvention due à cet employeur, c'est-à-dire due à l'institution de soins.

16. En conclusion, la s.a. C.C., gestionnaire de l'institution au moment de la notification du décompte (...), oppose en vain l'existence de la cession du fonds de commerce pour neutraliser le mécanisme de décompte des avances de l'INAMI. Ce mécanisme est un mécanisme de subventions lié à l'institution de soins agréée ; en l'espèce, il s'agit d'une même institution de soin agréée (continuité de l'agrément) et la subvention due à l'institution a été calculée conformément à la réglementation.

L'appel de l'INAMI est fondé. La demande originaires de la société intimée est non fondée. Il n'y a pas lieu d'examiner l'argumentation subsidiaire de l'INAMI.

...

IV. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 19 januari 2012

K.B. van 3 juli 1996, artikel 142 § 2 en 144 – Revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren – Termijn voor de indiening van de aanvraag tot tussenkomst

Volgens artikel 142 § 2 en 144 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering wordt de tegemoetkoming in de kosten van de medische ingreep geweigerd voor de verstrekkingen die verricht zijn langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen.

Voor de berekening van deze termijn van dertig dagen zijn de artikelen 52 en 53 van het Gerechtelijk Wetboek niet van toepassing, vermits deze bepalingen alleen toepasselijk zijn op rechtsplegingen, terwijl het hier in casu gaat om een contractueel overeengekomen termijn. Er is dus geen verlenging wanneer de laatst nuttige dag op een zondag valt.

RIZIV t./K.P. e.a.
A.R. 2011/AH/19

...

I. Feiten en voorafgaande rechtspleging

1. De heer K. kreeg op datum van 9 januari 2009 in het ziekenhuis een hartdefibrillator ingeplant.
2. Met fax van 9 februari 2009 diende Dr. J. V. namens het ziekenhuis conform een tussen dit ziekenhuis en het RIZIV afgesloten revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren een aanvraag in bij het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV voor tussenkomst in de kosten van de medische ingreep.
3. Met brief afgegeven ter Post in Hasselt op 12 februari 2009 en ontvangen op 13 februari 2009 diende K. door bemiddeling van het Ziekenhuis vzw bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit conform de bepalingen 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, eveneens een aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekkingen in.

...

5. Bij brief van 18 februari 2009 deelt het RIZIV de beslissing mee van het college van geneesheren directeurs luidende als volgt:

“Betreft : aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatie . . .

Hierbij berichten wij U dat het College van geneesheren-directeers ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV op basis van de door de rechthebbende overgemaakte gegevens een ongunstige beslissing heeft uitgebracht aangaande de aanvraag tot tenlasteneming van de revalidatie van betrokkene.

ONGUNSTIG WEGENS LAATTIJDIGHEID : VALT TEN LASTE VAN HET CENTRUM.

Inderdaad, volgens artikels 142 § 2, 144 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, wordt de tegemoetkoming geweigerd voor de verstrekkingen die verricht zijn langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen; in dit geval : 9 februari 2009.

(...)"

7. Op 26 februari 2009 ontving de adviserend geneesheer een nieuwe aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatie op naam van K. doch ondertekend door diens echtgenote.

8. Bij brief van 8 mei 2009 deelde het RIZIV zijn beslissing mee . . .

Deze beslissing luidde als volgt:

. . .

Het College van geneesheren-directeers heeft in de zitting van 22 april 2009 de vraag tot herziening van de op 18 februari 2009 genomen beslissing in verband met de hierboven vermelde aanvraag onderzocht.

Het College van geneesheren-directeers stelt vast:

- dat de artikels 142, § 2 en 144 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, bepalen dat de tegemoetkoming wordt geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan 30 dagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen
- dat de defibrillator bij de hierboven vermelde rechthebbende werd geïmplantéerd op 9 januari 2009
- dat de aanvraag om een verzekeringstegemoetkoming door de adviserend geneesheer werd ontvangen op 9 februari 2009
- dat de in de artikels 142, § 2 en 144 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 vermelde termijn van 30 dagen werd overschreden.

Het College beslist zijn op 18 februari 2009 genomen ongunstige beslissing aangaande de aanvraag tot tenlasteneming van de revalidatie van betrokkene te handhaven.

Het College benadrukt ...

(..) "(stuk 7 administratief dossier RIZIV).

9. Met verzoekschrift ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank te Hasselt d.d. 15 mei 2009 namen K., Dr. V., Dr. D. En J. Ziekenhuis vzw verhaal tegen de beslissing van het RIZIV d.d. 18 februari 2009 waarbij de tenlasteneming van de kosten van revalidatie werd geweigerd;

10. Met verzoekschrift eveneens ontvangen op 15 mei 2009 ter griffie van de arbeidsrechtbank te Hasselt namen K., Dr. V., Dr. D. en J. ZIEKENHUIS vzw verhaal tegen de beslissing van het RIZIV d.d. 8 mei 2009 houdende weigering tot herziening van de beslissing d.d. 18 februari 2009;

11. Bij vonnis d.d. 16 december 2010 voegde de arbeidsrechtbank te Hasselt de zaken samen, verklaarde ze de vorderingen ontvankelijk en gegrond, vernietigde ze de administratieve beslissingen d.d. 18 februari 2009 en 8 mei 2009 en verwees ze het RIZIV in de kosten van het geding.

Op het door het RIZIV aangevoerde verweer dat de vorderingen van K., Dr. V. en Dr. D. onontvankelijk zijn wegens gebrek aan belang, antwoordden de eerste rechters dat de bestreden beslissingen verwijzen naar K. en het Hartcentrum van J. ZIEKENHUIS vzw zodat men het betrokkenen niet ten kwade kan duiden dat namens deze partijen verhaal werd genomen.

Wat de door het RIZIV opgeworpen laattijdigheid van de aanvraag betreft (= aanvraag tussenkomst ingediend buiten de termijn van 30 dagen na de ingreep) oordeelden de eerste rechters dat voor de berekening van deze termijn artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek gelden, volgens welke artikelen de termijn verlengd wordt tot de eerstvolgende werkdag indien de laatste dag van de termijn volgt op een zaterdag of zondag, wat *in casu* het geval is, zodat de op maandag 09 februari 2009 bij het RIZIV ingediende aanvraag om tussenkomst tijdig is.

12. Met verzoekschrift neergelegd ter griffie van het hof d.d. 20 januari 2011 stelde het RIZIV hoger beroep in tegen dit vonnis.

II. In rechte

A. Nopens de ontvankelijkheid van de vordering en van K., Dr. V. en Dr. D.

1. Het RIZIV kan vooreerst niet akkoord gaan met het standpunt van de eerste rechters inzake de ontvankelijkheid van de vorderingen van K., Dr. V. en Dr. D. en dit op basis van de motivering inhoudende dat hun vermelding in de bestreden administratieve beslissing hen het recht hiertoe geeft. Volgens het RIZIV is het criterium *in casu* het hebben van een belang om een vordering in te stellen en dat hadden K., Dr. V. en Dr. D. duidelijk niet.

2. Het hof is het eens met het standpunt van het RIZIV.

Artikel 17 Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de rechtsvordering niet kan worden toegelaten indien de eiser geen belang heeft om ze in te dienen.

In de bestreden beslissingen d.d. 18 februari 2009 en 8 mei 2009 waarbij de aanvragen tot tussenkomst in de revalidatiekosten werden geweigerd, werd tevens uitdrukkelijk vermeld dat de ingevolge deze weigering niet terugbetaalde kosten niet mogen ten laste worden gelegd van de verzekerde, *in casu* K.

De enige die belang had om een vordering in te stellen tegen de weigeringsbeslissingen was dan ook J. ZIEKENHUIS vzw welke de kosten van de ingreep zelf diende te dragen door de weigering van tussenkomst vanwege het RIZIV.

De vorderingen ingesteld door K., Dr. V. en Dr. D. zijn onontvankelijk wegens gebrek aan belang.

B. Nopens de laattijdigheid van de aanvraag

1. Het RIZIV betwist het standpunt van de eerste rechters inhoudende dat, inzake de berekening van de termijn van 30 dagen voor de indiening van de aanvraag tot tussenkomst op grond van artikel 2 Gerechtelijk Wetboek, de artikelen 52 en 53 toepasselijk zijn.

2. Het hof onderschrijft dit standpunt van de eerste rechters evenmin.

Voor wat betreft de aanvraag tot tussenkomst door bemiddeling van J. ZIEKENHUIS vzw ingediend door K. bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit is de discussie over de al of niet toepassing van de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek zelfs zuiver academisch nu deze aanvraag onafgezien van de in voormelde artikelen voorziene verlenging van de termijn in elk geval te laat werd ontvangen door de adviserend geneesheer.

Artikel 139 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt het volgende:

“De aanvragen om tegemoetkoming worden ingediend door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van de mutualiteit, de gewestelijke dienst of de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen waarbij hij is aangesloten of ingeschreven.

De aanvragen moeten worden opgemaakt aan de hand van een formulier conform het door het verzekeringscomité goedgekeurde model.

Artikel 142 § 2, 2^o lid van hetzelfde Koninklijk besluit verder het volgende:

Behoudens andersluidende bepalingen wordt de tegemoetkoming geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan dertig dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen”.

In casu stelt het hof vast dat K. zijn aanvraag door bemiddeling van J. ZIEKENHUIS vzw overmaakte aan de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit bij brief ter Post in Hasselt afgestempeld op 12 februari 2009 en door deze laatste werd ontvangen op 13 februari 2009.

Gegeven het feit dat de verstrekking (= implantatie van de hartdefibrillator) bij K. gebeurde op 9 januari 2009 is de door de adviserend geneesheer op vrijdag 13 februari 2009 ontvangen aanvraag tot tussenkomst zelfs met toepassing van de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek duidelijk buiten de termijn van 30 dagen.

Doch ook de aanvraag die door J. ZIEKENHUIS vzw op basis van de tussen haarzelf en het RIZIV afgesloten overeenkomst inzake de tegemoetkoming van deze laatste in de kosten van de door J. ZIEKENHUIS vzw geïmplanteerde hartdefibrillator is, naar oordeel van het hof, laattijdig.

Artikel 5,1^o, alinea 8 van deze overeenkomst bepaalt het volgende:

“Het centrum moet de aanvraag binnen de 30 dagen na de implantatie indienen bij het College van geneesheren-directeurs”.

J. ZIEKENHUIS vzw kan bezwaarlijk voorhouden dat de artikelen 52 en 53 Gerechtelijk Wetboek van toepassing zijn op deze tussen haar en het RIZIV afgesloten overeenkomst.

Artikel 2 Gerechtelijk Wetboek is voldoende duidelijk en is alleen van toepassing op alle rechtsplegingen, *in casu* gaat het echter niet om een rechtspleging maar wel om een tussen partijen contractueel overeengekomen termijn voor indiening van een aanvraag tot tussenkomst naar aanleiding van een verstrekking voor een hartdefibrillator.

Uit het voorgaande volgt dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de termijnberekening niet van toepassing zijn.

De term “binnen de 30 dagen na de implantatie” betekent, toegepast op huidig geschil, dat nu de implantatie bij K. werd uitgevoerd op 9 januari 2009 de 30 dagen beginnen te lopen op 10 januari 2009 en bereikt worden op 8 februari 2009; het feit dat de laatst nuttige dag, zijnde 8 februari 2009, een zondag is heeft niet tot gevolg dat de vervaldag automatisch verplaatst wordt naar de eerstvolgende werkdag. De revalidatieovereenkomst afgesloten tussen het RIZIV en J. ZIEKENHUIS vzw voorziet niet in een dergelijke verplaatsing.

Derhalve is de aanvraag die J. ZIEKENHUIS vzw per fax d.d. 9 februari 2009 indiende bij het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV laattijdig.

C. Nopens de kosten van de procedure

Het RIZIV stelt terecht dat artikel 1017, 1^o Gerechtelijk Wetboek alleen geldt voor de “sociaal verzekerde zoals omschreven in artikel 2, 7^o van de wet” van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest”, in casu K., en niet voor J. ZIEKENHUIS vzw of de zorgverstrekkers.

Verder voor wat de begroting dezer kosten betreft geldt voor het geschil tussen het RIZIV en J. ZIEKENHUIS vzw en Dr. V. en Dr. D. artikel 3 van het Koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding bedoeld in artikel 1022 Gerechtelijk Wetboek, meer bepaald het hierin opgenomen basisbedrag van 1 200 EUR eerste aanleg en 1 320 EUR hoger beroep en voor het geschil tussen het RIZIV en K. artikel 4, meer bepaald het basisbedrag voor een vordering die betrekking heeft op een niet in geld waardeerbare eis, zijnde respectievelijk voor eerste aanleg 109,32 EUR en voor hoger beroep 160,36 EUR.

...

V. Arbeidshof van Luik, 23 januari 2012

Gerechtelijk Wetboek, artikel 972 – Deskundigenonderzoek - Opportuniteit

Een aanzienlijk tijdsverloop sinds het betwiste controleonderzoek kan een betrouwbaar expertiseonderzoek in de weg staan : een lange termijn tussen het ontstaan van de medische situatie die moet worden onderzocht en het moment dat deze daadwerkelijk wordt onderzocht, doet de bewijselementen verloren gaan.

S.A. S. t./RIZIV en V.I.
A.R. 2011/AL/213

...

II. Objet de l’appel

La société appelante gère une maison de repos et de soins pour personnes âgées sise à A.

Le 24 février 2005, elle a reçu la visite du Collège local des médecins-conseils de l'INAMI, chargé de vérifier la catégorie de dépendance de chacun de ses pensionnaires.

Le 25 mars 2005, contestant la décision de modifier la catégorie de certains d'entre eux, elle a assigné l'INAMI et les organismes assureurs concernés en vue d' "*entendre dire pour droit qu'il n'y a pas lieu de déclasser (ces) résidents*".

Le 24 février 2009, après quatre années d'inactivité procédurale, la société demanderesse a remis au Tribunal des conclusions par lesquelles elle sollicitait pour la première fois, avant qu'il fût dit droit au fond, la désignation d'un expert-médecin ayant mission de donner avis sur la catégorie de dépendance, à la date du 24 février 2005, des résidents visés.

Le 6 mai 2009, une ordonnance prise en application de l'article 747, § 2, du Code judiciaire a établi le calendrier de la procédure et a fixé la date des plaidoiries.

Le 21 octobre 2009, un premier jugement a reçu l'action et, après avoir constaté que cinq résidents restaient concernés par l'adaptation de leur catégorie de dépendance, a rouvert les débats sur une question de droit.

Le 19 janvier 2011, un second jugement, qui est celui actuellement déféré à la Cour, refuse d'ordonner la mesure d'expertise réclamée et, partant, déclare l'action non fondée, puis délaisse les dépens à la société demanderesse.

Celle-ci, par son appel, critique exclusivement ce refus. Elle invite la Cour à dire qu'il n'y a pas lieu de déclasser quatre résidents encore impliqués. Toutefois, elle réclame au préalable le bénéfice de l'expertise qui n'a pas été décidée par le Tribunal.

III. Fondement de l'appel

Les premiers juges considèrent que le temps considérable écoulé, en 2011, depuis le contrôle du 24 février 2005, constitue un obstacle à une expertise fiable : ils soulignent que l'expert ne disposerait que du dossier médical, ne pourrait voir les pensionnaires intéressés (trois des quatre sont d'ailleurs décédés) et ne seraient en mesure d'obtenir que des témoignages aléatoires.

Il est évident qu'un long délai entre la naissance d'une situation médicale à examiner et le moment auquel l'examen est réalisé, entraîne une déperdition des éléments d'appréciation et de preuve. C'est d'autant plus vrai lorsque cette situation est très évolutive, comme c'est le cas de l'état physique et mental de personnes âgées.

L'appelante a raison, en somme, de rappeler en ses conclusions que l'expert judiciaire doit s'entourer de tous les renseignements utiles à la bonne fin de la mission qui lui est confiée. Justement, il n'en a plus la possibilité quand de nombreuses années ont passé depuis la date de la vérification de la catégorie de dépendance dont la personne âgée relève.

L'appelante argumente que c'est à l'expert qu'il appartient d'abord, puis au juge "*en dernier recours*", de "*tirer les conséquences éventuelles de l'écoulement du temps*". En réalité, le juge, qui n'est pas tenu de décider automatiquement une expertise réclamée par une partie, apprécie préalablement si une telle expertise peut être efficace en vue de la solution du litige. En l'espèce, le Tribunal estime pertinemment que "*le litige ayant pour objet une catégorie de dépendance au 24 février 2005, le temps écoulé doit être pris en compte*".

Pour éviter pareil écueil, il incombait à l'appelante de diligenter la procédure dont elle avait la maîtrise. Or elle a laissé passer près de quatre années entre l'introduction de son action originaire et sa première demande d'une expertise médicale.

C'est donc à bon droit que les premiers juges considèrent qu'une expertise médicale qui serait ordonnée au début de l'année 2011 ne serait plus fiable, ni même praticable. *A fortiori* la Cour ne peut elle, un an plus tard, que faire la même constatation.

Il suit que l'appel est *non fondé*.

...

VI. Arbeidshof Gent, afdeling Brugge, 13 januari 2012

Artikel 100 van de gecoördineerde wet – Beslissing einde arbeidsongeschiktheid – Motiveringsplicht Gerechtigd Wetboek, artikel 1068 – Hoger beroep – Partijautonomie

De geneesheren van de GRI dienen in toepassing van de Uitdrukkelijke Motiveringswet hun beslissing einde arbeidsongeschiktheid te motiveren met eerbied voor het privéleven en de zwijgplicht. Zelfs in geval van schending van de motiveringsverplichting dient de rechter zich uit te spreken over de grond van de zaak.

De GRI schendt de beginselen van behoorlijk bestuur niet om de enkele reden dat hij het voorstel van de adviserend geneesheer niet volgt. De GRI bepaalt zelf de staat en de duur van invaliditeit.

De GRI moet niet preciseren welke jobs precies de verzekerde nog aankan.

De rechter in hoger beroep kan enkel oordelen binnen de perken van het hoger beroep. Hij kan enkel beschikkingen hervormen die door de partijen werden aangevochten; bij gebreke aan incidenteel beroep kan hij het vonnis niet hervormen ten nadele van de appellant. De devolutive werking doet geen afbreuk aan de partijautonomie.

J.H. t./RIZIV en V.I.
A.R. 2011/AR/10

...

4.2. Ten gronde

4.2.1. Nopens de formele motivering van de bestreden beslissing

De Uitdrukkelijke Motiveringswet van 29 juli 1991 schrijft voor dat "bestuurshandelingen van de besturen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd" (art. 2). De opgelegde motivering moet in de akte de juridische en feitelijke overwegingen vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen. Zij moet afdoende zijn (art. 3). "De bij deze wet voorgeschreven motiveringsplicht is niet van toepassing indien de motivering van de handeling:

(...)

3° afbreuk kan doen aan de eerbied voor het privéleven;

4° afbreuk kan doen aan de bepalingen inzake de zwijgplicht" (art. 4).

Het arbeidshof stelt vooreerst vast dat de bestreden beslissing de juridische overwegingen vermeldt; daarover is ten ander geen betwisting. De beslissing verwijst naar artikel 100 van de ZIV-wet 1994.

Er is wel discussie over de vraag of de bestreden beslissing op afdoende wijze de feitelijke overwegingen vermeldt die eraan ten grondslag liggen.

De geneesheren van het GRI hebben het achterliggend medisch dossier niet weergegeven. Zij delen in de bestreden beslissing evenmin mee aan welke medische aandoening H.J. lijdt. Dat strookt echter met de hen opgelegde deontologie. De eerste rechter oordeelt terecht dat zij gebonden zijn door hun beroepsgeheim.

Volgens H.J. zou dit een verouderde en “*absolutistische opvatting*” over het beroepsgeheim zijn. Zij haalt in dit verband andersluidende en recente rechtspraak van de Raad van State aan.

Los van de vraag hoe deze zeer principiële stellingname moet worden beslecht, kan het Arbeidshof enkel vaststellen dat *op het ogenblik dat de geneesheren van het GRI hun beslissing nemen*, zij niet kunnen weten of de sociaal verzekerde in kennis wenst gesteld te worden van het achterliggend medisch dossier - of van welbepaalde medische gegevens daaruit. Minstens tot wanneer ze hierop worden aangesproken, zijn zij dus verplicht eerbied op te brengen voor het privéleven van de sociaal verzekerde, door niet meer te motiveren dan nodig (art. 4, 3^o van de wet). Minstens zo lang ook zijn zij gebonden door hun “*zwijgplicht*” (vgl. Arbh. Gent, 14.12.1994, R.W., 1995-96, blz. 49, noot L. Verbruggen; Arbh. Gent, 06.03.1995, Inf. Riziv, 1995/2, blz. 118; J.T.T. 1996, blz. 218; Arbh. Gent, 16.10.1995, Inf. Riziv, 1996, 209).

In casu blijkt niet dat H.J. hen hier ten gepaste tijde over heeft aangesproken. Integendeel: in het verzoekschrift voor de eerste rechter vroeg zij enkel de aanstelling van een geneesheer-deskundige, louter op grond van het argument dat er op medisch vlak discussie was. Over een schending van de Uitdrukkelijke Motiveringswet werd niet gerept. Mogelijks heeft dat te maken met het gegeven dat in geval van schending, de rechter zich in de plaats van het bestuur moet stellen ter beoordeling en beslechting van het geschil (zie bv. Cass., 27.10.2003, A.R. S.010147/F). Deze hier gevoerde discussie heeft derhalve weinig praktisch nut, al heeft de appellante een punt waar zij stelt dat een rechterlijke vaststelling van een bestuurlijke fout wel als signaal kan gelden ten aanzien van het bestuur.

Wat er ook van zij, H.J. was perfect in staat om met kennis van zaken beroep aan te tekenen, en haar belang in rechte te doen gelden. Aldus blijkt dat het normdoel van de Uitdrukkelijke Motiveringswet werd bereikt (vgl. I. Opdebeek en A. Coolsaet, *Formele motivering van bestuurshandelingen*, Die Keure, Brugge, blz. 127). De motivering was van die aard dat de sociaal verzekerde met kennis van zaken kon uitmaken of zij al dan niet beroep zou aantekenen (Gedr. St., Senaat, B.Z., 1988, nr. 215/3, blz. 3; cfr. Arbh. Gent, 06.03.1995, Inf. Riziv, 1995/2, blz. 118, noot L. Verbruggen; Arbh. Brussel, Brussel, 21.04.2005, Inf. Riziv, 2005/3, 352 en <http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/news-bulletin>).

H.J. toont evenmin belangenschade aan. Er is geen reden om te besluiten tot onwettigheid van de bestreden beslissing (vgl. Arbh. Gent, 06.02.2003, RABG, 2004/14, blz. 874; vgl. Antwerpen, 04.09.2007, Rec. Gen. Enr. Not. 2008, afl. 1, 23).

De sociaal verzekerde verlangt van de geneesheren van het GRI ten andere geen medische informatie, maar wenst enkel te weten of hij - weliswaar vanuit medisch oogpunt - al dan niet als arbeidsongeschikt wordt aanzien. De bestreden beslissing vermeldt dat H.J. niet langer arbeidsongeschikt is, maar in staat is tot het verrichten van “*lichte arbeid*”. De bestreden beslissing vermeldt aldus op voldoende wijze de feitelijke overwegingen die eraan ten grondslag liggen (vgl. Arbh. Bergen, 18.09.2008, Inf. Riziv, 2008/4, 570).

Zij voldoet aan de Uitdrukkelijke Motiveringswet.

4.2.2. Onzorgvuldig en onbehoorlijk bestuur

Hoewel zij in rechte heeft kunnen procederen en aanvankelijk geen vordering stelde wegens onbehoorlijk of onzorgvuldig bestuur, voert H.J. na tussenvonnissen aan dat dit beginsel geschonden werd.

Zij beroept zich in dit verband op artikel 94 van de ZIV-wet. Deze bepaling schrijft onder meer voor dat de GRI de staat en duur van de invaliditeit bepaalt op basis van het verslag van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. De GRI volgde diens standpunt echter niet. In het kader van een zorgvuldig en behoorlijk bestuur is dan vereist dat de reden voor de afwijking wordt medegedeeld.

Het arbeidshof deelt deze mening niet. Artikel 94 houdt uiteraard niet in dat de GRI het verslag van de adviserend geneesheer moet volgen. De raad bepaalt zelf de staat en duur van invaliditeit. Het gaat slechts om een *“voorstel”* van de adviserend geneesheer dat H.J. tot 31 maart 2013 arbeidsongeschikt zou zijn (cfr. stuk 19 appellante). Dat is geen *“niet-bindend advies”* dat tot een bijkomende motivering zou nopen. Dit betreft een verschil in medische zienswijze die niet in de bestuurshandeling moet worden weergegeven.

H.J. wijst er verder op dat het geneeskundig verslag tot erkenning van de invaliditeit (stuk 19 appellante) vermeldt: *“locomotorische beperkingen zijn de laatste jaren in essentie niets veranderd”*. Wat rechtvaardigt dan de beëindiging van de erkenning van arbeidsongeschiktheid? Dat dit niet wordt weergegeven, is strijdig met voormelde beginselen.

Ook dit argument kan niet worden bijgetreden. Het hof merkt op dat het verslag ook gewaagt van een *“uitgesproken somatisatie”*. Het betreft een medische discussie. De eerste rechter heeft daartoe terecht een gerechtsdeskundige aangesteld. Een verschil in medische inschatting wijst niet op een onbehoorlijk of onzorgvuldig bestuur.

Bovendien dient de GRI de staat van invaliditeit enkel na te gaan op het ogenblik van zijn onderzoek (art. 94 ZIV-wet). Een eerdere erkenning van arbeidsongeschiktheid kan ongedaan worden gemaakt; de staat van invaliditeit is nooit definitief (Cass., 03.05.1993, Arr. Cass., 1993, 427; JTT 1994, 8; Pas. 1993, I, 424; RW, 1993-1994, 509; TSR, 1993, 175). Er kunnen zich door de tijd heen wijzigingen voordoen in het verdienvermogen (zie verder D. Simoens, *“Ziekteverzekering, tak uitkeringen: wetgeving en rechtspraak”*, in *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1990-96*, TSR 1996, blz. 426). De Raad moet de voorbije evoluties niet telkens beschrijven.

H.J. voert aan dat het niet duidelijk is wat begrepen moet worden onder de notie *“lichte arbeid”*.

Het Arbeidshof deelt die mening niet. Het is arbeid die H.J. nog zou aankunnen in haar beroepencategorie. De GRI hoeft niet te preciseren om welk soort jobs het precies gaat. Dit maakt de bestreden beslissing niet onbehoorlijk of onzorgvuldig. Het Hof stelt ten andere vast dat de gerechtsdeskundige enkele voorbeelden geeft. *“Lichte arbeid”* is een algemeen maar begrijpelijk begrip.

4.2.3. Aangaande de aanvullende opdracht aan de gerechtsdeskundige

H.J. bekritiseert het besluit van de gerechtsdeskundige die haar arbeidsgeschikt verklaart omdat zij licht ongeschoold werk kan verrichten. Zij kan immers geen enkele arbeid meer verrichten. Zij aanziet zichzelf als een geschoolde arbeidskracht. De eerste rechter volgde dit laatste argument, en gaf daarom een aanvullende opdracht aan de gerechtsdeskundige. Deze moest een aanvullend onderzoek verrichten rekening houdend met de geschoolde arbeid waarvoor H.J. opgeleid was.

Het RIZIV heeft geen incidenteel beroep aangetekend tegen deze beslissing van de eerste rechter. Integendeel vraagt het RIZIV uitdrukkelijk de bevestiging van het bestreden tussenvonnissen van 15 december 2010, in het bijzonder waar het een aanvullende opdracht geeft aan de gerechtsdeskundige, Dr. T.

Door het hoger beroep wordt het geschil onttrokken aan de eerste rechter en moet het beoordeeld worden door de rechter in hoger beroep (art. 1068, eerste lid Ger. W.). De rechter in hoger beroep kan echter enkel oordelen binnen de perken van het hoger beroep. Hij kan enkel beschikkingen hervormen die door de partijen worden aangevochten en kan bij gebreke aan incidenteel beroep het vonnis niet hervormen ten nadele van de appellant. De devolutieve werking doet immers geen afbreuk aan de partijautonomie (bijv. Cass., 28.09.2009, *Inf. Riziv*, 2010/1, blz. 86, concl. Adv. Gen. J.M. Genicot; vgl. J. Laenens, K. Broeckx, D. Scheers en P. Thiriar, *Handboek gerechtelijk recht*, Intersentia, Antwerpen, 2008, blz. 667).

VII. Arbeidsrechtbank van Brussel, 13 januari 2012

ROB – K.B. van 17 augustus 2007 – Terugwerkende kracht – Lopende zaken – Aansprakelijkheid van de overheid

De beslissingen met betrekking tot de berekening van de tegemoetkomingen ten gunste van een ROB op basis van het Koninklijk besluit, genomen met uitvoering van artikel 59 van de programmawet van 2 januari 2001, moeten binnen een termijn van een maand, zoals beoogd in artikel 167 van de gecoördineerde wet, worden aangevochten.

Een regering van lopende zaken kan voor de duur van de termijn zaken behandelen die bestaan uit de verlenging en afhandeling van werkzaamheden en procedures die vóór de periode van lopende zaken zijn aangevat.

De terugwerkende kracht van een Koninklijk besluit kan in aanmerking worden genomen als zij noodzakelijk is om een doelstelling van algemeen belang te realiseren, zoals de continuïteit of de goede werking van de overheidsdienst of wanneer het gaat om overwegingen inzake de begroting.

Er is geen belang om de onwettigheid van de betwiste administratieve beslissingen aan te voeren als het gaat om geschillen ten aanzien waarvan volle rechtsmacht wordt uitgeoefend, aangezien de rechtbank zelfs in geval van nietigverklaring uitspraak moet doen over de rechten en plichten van de partijen.

Als bedragen bij wijze van voorschot worden toegekend in afwachting van een eindafrekening, kan er geen sprake zijn van verjaring in de zin van artikel 174, 6°, van de gecoördineerde wet, want er is geen sprake van een voortdurend en onafgebroken, ongestoord, openbaar, niet dubbelzinnig bezit, als eigenaar, zoals beoogd in artikel 2229 van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 159 van de Grondwet is een prerogatief dat is voorbehouden aan de rechterlijke macht; het RIZIV kan geen fout ten laste worden gelegd enkel en alleen omdat het een van kracht zijnd Koninklijk besluit heeft toegepast.

VL t./RIZIV
A.R. 08/1998/A

...

A.2 La recevabilité du recours à l'égard des décisions du 18 juillet 2008

A.2.1. Délai d'un mois ou de deux ans ?

L'article 167 de la loi AMI précise que :

“Sans porter préjudice aux dispositions de l'article 52, § 3, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail.

*Les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent **dans le mois de leur notification.***

L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qu'il établit conformément aux dispositions du Code judiciaire, sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi.”

L'article 52, § 1^{er} et § 2 précise que :

“§ 1er. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée.

(Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les O.A.) <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. (La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des O.A.; l'accord ainsi conclu engage tous les O.A.) Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre. <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

(La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'al. 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.) <L 2002-01-14/39, art. 5, 064; En vigueur : 22-02-2002>

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.

§ 3. Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des conventions, accords ou documents visés aux articles 42 et 50, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou une convention ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.

*Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, (§ 2), du Code judiciaire **dans les deux ans** qui suivent le fait ou la décision contestés.”*

Le champ d'application de ces deux dispositions n'est pas identique.

Le recours prévu par l'article 52 de la loi AMI concerne des contestations relatives aux droits et obligations découlant des conventions et accords conclus entre des prestataires de soins et les organismes assureurs.

Les matières et secteurs qui peuvent faire l'objet d'accords et de conventions entre les acteurs du secteur de la santé sont définis par les articles 42 et 50 de la loi AMI.

Le recours visé par l'article 167 de la loi AMI concerne les contestations relatives à l'application de la loi AMI et à la réglementation qui en découle.

En l'espèce les contestations portent sur des décisions de l'INAMI prises sur base d'arrêtés royaux pris en exécution de l'article 59 de la loi programme du 02/01/2001.

Les contestations ne concernent nullement l'application de conventions conclues entre les acteurs du secteur "santé".

Il convient d'appliquer l'article 167 de la loi AMI, le délai de recours est dès lors d'un mois à dater de la notification de la décision litigieuse.

...

B. Fond

B.1. La décision administrative du 18 décembre 2007

La décision administrative du 18 décembre 2007 a, en réalité, été substituée par celle du 18 juillet 2008 qui concerne la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2006.

En effet, la décision du 19 décembre 2007 avait été prise sur base de l'arrêté royal du 17 août 2007.

Cet arrêté royal sera modifié après concertation avec le secteur des MRS ce qui donnera lieu à l'arrêté royal du 18 juillet 2008.

L'INAMI va dès lors remplacer les anciennes décisions par de nouvelles décisions tenant compte des facteurs correctifs introduits par l'arrêté royal du 18 juillet 2008.

La décision du 18 décembre 2007 n'a dès lors plus aucun effet.

Le recours à son encontre est, dès lors, devenu sans objet.

B.2. Les décisions administratives du 18 juillet 2008

B.2.1. EXAMEN DE LA LÉGALITÉ DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 17 AOÛT 2007

B.2.1.1. Arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres avant l'avis du Conseil d'État

Le communiqué de presse déposé par Madame V. L., ne démontre absolument pas que le gouvernement avait déjà délibéré quant à l'arrêté royal du 17 août 2007 avant de le soumettre au conseil d'état.

Il est évident qu'un projet d'arrêté royal fait l'objet de discussions entre les responsables ministériels (voir jugement du 21.03.2011).

L'avis du conseil d'état précise clairement avoir reçu un "projet d'arrêté royal" qui a d'ailleurs fait l'objet de diverses remarques.

Cet argument est dénué de pertinence.

B.2.1.2. Adoption de l'arrêté royal en période d'affaires courantes

Il n'est pas contesté que l'arrêté royal du 17 août 2007 ait été adopté alors que le Gouvernement était en affaires courantes.

Le conseil d'état, dans son avis du 24 mai 2007, le constate mais n'en déduit aucune réserve d'illégalité.

Il laisse au gouvernement le soin d'apprécier la nécessité d'arrêter ou de modifier des dispositions réglementaires.

Il n'existe aucune définition des "affaires courantes" c'est-à-dire des matières que le gouvernement peut traiter lorsqu'il n'est plus contrôlé par le parlement parce que celui-ci est dissous.

Doctrines et jurisprudence s'accordent pour admettre que peuvent être traitées par un gouvernement en affaires courantes : les actes de gestion journalière, les affaires urgentes et les affaires non ordinaires mais en cours, c'est-à-dire des affaires dont des actes préparatoires avaient déjà été posés alors que le gouvernement était encore de plein exercice. (Paul Lewalle, Luc Donnay, Contentieux administratif, Larcier, 3^e éd., 1043).

Tant la Cour de Cassation que le Conseil d'État ont estimé qu'un gouvernement en affaires courantes pouvait prendre un arrêté royal organisant une nouvelle couverture de risques, dès lors que les dispositions promulguées constituaient le prolongement et l'aboutissement de travaux et procédures entamés avant la période d'affaires courantes (Cass 04.02.1999, JT, 1999, 601 ; CE 21.12.1999, arrêt n° 84.310).

En l'espèce l'arrêté royal appartient à cette troisième catégorie.

La période d'affaires courantes a débuté le 1^{er} mai 2007.

La problématique de l'harmonisation des barèmes et de l'augmentation des rémunérations des maisons de repos a été initiée par les articles 57 et 59 de la loi programme du 2 janvier 2001 qui eux-mêmes exécutaient les accords sociaux relatifs au secteur des soins de santé.

L'article 59 donnait compétence au Roi pour arrêter les mesures financières relatives à ladite harmonisation.

C'est dans ce cadre que les arrêtés royaux suivants ont été pris : arrêté royal du 1^{er} octobre 2002, arrêté royal litigieux du 17 août 2007 et l'arrêté royal du 10 juillet 2008.

Seul celui du 17 août 2007 a été arrêté en période d'affaires courantes.

La simple lecture de la chronologie démontre que les décisions politiques et d'opportunité avaient été discutées et prises avant le début de la période d'affaires courantes.

L'arrêté royal du 17 août 2007 ne concernent que des modalités correctives relatives au montant des interventions définitives revenant aux maisons de repos.

Même pour cet arrêté royal litigieux des mesures de préparation avaient été effectuées avant la chute du gouvernement : l'avis du Comité de l'assurance date du 29 janvier 2007, l'avis de l'inspection des finances date du 2 mars 2007 et l'accord du Ministre du budget avait été donné le 20 avril 2007.

Le tribunal constate que les décisions de fond et les modalités budgétaires avaient été étudiées et préparées avant le début des affaires courantes.

Le Ministre du Budget encore en plein exercice avait donné son accord le 20 avril 2007.

Madame V. L., elle-même, semble consciente que toutes les décisions de principes et les actes préparatoires avaient été pris avant le début de la période d'affaire, c'est ce qu'elle plaide en produisant le communiqué de presse du 20 avril 2007 qui tente de démontrer, que si certes l'arrêté royal n'avait pas encore été délibéré, un consensus des ministres compétents existait quant aux mesures contenues dans l'arrêté royal.

Le tribunal estime dès lors que le gouvernement de l'époque pouvait, dans le cadre des affaires courantes, prendre l'arrêté royal litigieux.

L'arrêté royal du 17 août 2007 n'est pas entaché d'illégalité de ce chef.

B.2.1.3. Rétroactivité de l'arrêté royal du 17 août 2007

Madame V. L. estime que l'arrêté royal du 17 août 2007 contient 4 effets rétroactifs :

“

- *l'arrêté royal du 17 août 2008 produit ses effets au 1^{er} janvier 2006 en vertu de son article 11*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 couvre l'intervention définitive pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2006 en vertu de son article 6, § 3, alinéa 3, 1^o*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 fixe un plafond à 17 205 ETP pour les institutions relevant du secteur privé qui portera effet à partir du 1^{er} janvier 2004 en vertu de son article 4, § 2 lu en combinaison avec son article 6, § 3, alinéa 3, 1^o*
- *l'arrêté royal du 17 août 2007 implique qu'on se base sur des périodes de référence antérieures, ce en vertu de son article 6.”*

Les trois premières hypothèses sont effectivement relatives à des effets rétroactifs dudit arrêté royal, la quatrième hypothèse n'est pas un effet rétroactif de l'arrêté royal mais simplement un choix de période de référence.

L'article 2 du code civil précise que : *“La loi ne dispose que pour l'avenir : elle n'a point d'effet rétroactif”*.

Ce principe a cependant été nuancé et modalisé par la jurisprudence et la doctrine.

La loi nouvelle est immédiatement applicable à tous les effets futurs de situations nées sous l'empire de la loi antérieure. (Cass. 02.05.1994, R.G. M.94.0003.F consultable sur strada ; Cass. 12.02.1973, RG 7835, www.jura.be).

La rétroactivité peut être admise lorsqu'elle est nécessaire à la continuité du service public, ou à la régularisation d'une situation de fait ou de droit pour autant qu'elle respecte les impératifs de la sécurité juridique (Robert Andersen et Pierre Nihoul, Le Conseil d'État, Chronique de jurisprudence 1998, R.B.D.C., 2000, 55).

Elle peut également être admise lorsque le règlement assure à la loi l'exécution voulue par le législateur, ou qu'il garantit la continuité du service public, ou encore qu'il comble le vide juridique créé par un arrêt d'annulation du Conseil d'État (cf. concl. du M.P. ante Cass., 22.01.1996, Bull., 1996, p. 91 ; CT Liège, 27.09.2004, B.I.-INAMI, 2005, p. 177).

La rétroactivité peut être admise lorsqu'elle est nécessaire pour réaliser un objectif d'intérêt général comme la continuité ou le bon fonctionnement du service public (C.C. 36/2000 du 29.03.2000) ou lorsqu'elle prend en compte des considérations d'ordre budgétaires (C.C. 128/2000 du 06.12.2000).

Il convient également que la rétroactivité ne porte pas atteinte à des situations acquises.

Ces divers principes sont réunis en l'espèce.

Tant l'arrêté royal du 17 août 2007 que celui du 10 juillet 2008 ont prévu une entrée en application au 1^{er} janvier 2006.

Cette nouvelle réglementation avait été adoptée à la demande même du secteur des MRS et MRPA qui souhaitait un financement plus important des accords sociaux.

Suite à l'adoption d'un nouveau système de financement du secteur il convenait de remplacer l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002.

La situation financière des MRS et MRPA n'était pas définitivement acquise, puisque pour 2004 à 2006, elles avaient bénéficié d'avances et non de montants définitifs.

L'effet rétroactif de l'arrêté royal du 17 août 2007 est donc justifié pour des raisons d'ordre budgétaire et de continuité du service des MRS et des MRPA.

Par ailleurs l'effet rétroactif litigieux n'a nullement nuit aux intérêts des MRS et MRPA, le montant des avances qu'elles devaient rembourser à l'INAMI s'en est retrouvé réduit.

Cette conséquence financière a été vérifiée dans le cas de Madame V. L., le décompte produit par l'INAMI en pages 10 et 11 de ses conclusions déposées le 3 septembre 2011 n'est d'ailleurs pas contredit par l'intéressée.

Enfin en ce qui concerne le quatrième effet qualifié par Madame V. L. de "rétroactif", le tribunal constate qu'il ne s'agit pas d'un effet rétroactif de la norme administrative litigieuse mais simplement de la prise en compte d'évènements antérieurs à son adoption.

Enfin le CE a rencontré dans son avis la problématique de la rétroactivité et a précisé que celle-ci ne pouvait être appliquée *"que moyennant le respect de certaines conditions, à savoir lorsque la rétroactivité a une base légale, lorsqu'elle concerne une règle qui accorde des avantages, dans le respect du principe d'égalité, ou dans la mesure où elle s'impose pour assurer le bon fonctionnement des services et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises."*

Ces conditions sont réunies en l'espèce.

La rétroactivité prévue par l'arrêté royal du 17 août 2007 est acceptable et ne rend pas celui-ci illégal.

B.2.2. EXAMEN DE L'ILLÉGALITÉ DES DÉCISIONS DU 18 JUILLET 2008

B.2.2.1. Absence d'utilité réelle quant à l'examen de la légalité des décisions litigieuses

L'intérêt d'invoquer l'illégalité des décisions administratives litigieuses est réduit.

En effet, le tribunal se trouve dans un contentieux de pleine juridiction, même s'il devrait annuler celles-ci, il devra statuer sur les droits et obligations des parties.

Le tribunal fait sien à cet égard le raisonnement de la Cour du travail de Bruxelles :

"Il résulte des articles 35, alinéa 4 et 37, § 12 loi AMI que les maisons de repos sont titulaires d'un droit subjectif à des prestations de l'assurance soins de santé, la maison de repos devenant le créancier des prestations en lieu et place des pensionnaires. En vertu de l'article 580, 3^e du Code judiciaire et de l'article 167 loi AMI, cette contestation relève de la compétence des juridictions du travail. Celles-ci sont compétentes pour statuer sur les droits et obligations des bénéficiaires des prestations et pas uniquement sur la légalité des décisions de l'INAMI. Elles statuent en appliquant aux faits qui leur sont régulièrement soumis les règles de droit sur la base desquelles elles doivent accueillir ou rejeter la demande.

Ainsi, indépendamment de l'éventuelle illégalité des décisions de l'INAMI, la juridiction ne peut reconnaître le droit à l'intervention de l'assurance soins de santé, que dans le respect des dispositions légales et réglementaires relatives à cette intervention, d'autant plus que ces dispositions légales réglementaires sont d'ordre public. Il est dans ce contexte sans intérêt de se demander si la décision de l'INAMI a été prise par une personne compétente et/ou répond aux exigences relatives à la motivation formelle, la Cour ayant l'obligation de substituer sa décision à celle de l'INAMI en appliquant la réglementation aux faits de l'espèce."

(CT Bruxelles, 13.10.2010, consultable sur jura).

B.2.2.2. Incompétence du signataire des actes et signature des décisions

Eu égard à ce qui précède, il est sans intérêt d'examiner ces arguments, le Tribunal étant en tout état de cause saisi du fond du litige.

B.3. Conclusion quant aux illégalités diverses invoquées par Madame V. L.

Les diverses illégalités invoquées par Madame V. L. ne sont pas fondées. L'arrêté royal du 17 août 2007 n'est pas illégal et son application ne doit pas être écartée.

La décision de l'INAMI du 18 décembre 2007 est devenue sans objet.

Les deux décisions du 18 juillet 2008 doivent être confirmées.

B.4. Prescription

Madame V. L. plaide que les décisions de l'INAMI devraient s'analyser en une demande de remboursement de prestations indûment perçues et estime que la "demande" de l'INAMI serait prescrite en ce qui concerne la période du 1er janvier 2004 au 30 juin 2006.

Madame V. L. invoque l'article 174, 6° de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par l'arrêté royal du 14 juillet 1994.

Madame V. L. semble oublier que les sommes qu'elles a perçues n'étaient nullement des prestations définitives mais uniquement des avances en attente d'un décompte final.

Ces avances n'avaient donc aucun caractère définitif, Madame V. L. ne possédait pas ces sommes à titre de propriété, or selon l'article 2229 cc, "Pour pouvoir prescrire, il faut une possession continue et non interrompue, paisible, publique, non équivoque et à titre de propriétaire".

Tant l'arrêté royal du 1er octobre 2002 que celui du 17 août 2007 prévoient que les avances trop payées devront être récupérées par compensation et à défaut que le solde devra être reversé à l'INAMI.

L'argument de prescription ne peut pas être retenu.

B.5. Faute et dommage

Il échet de rappeler que l'INAMI, d'une part n'est pas l'auteur de la norme réglementaire litigieuse et que d'autre part l'INAMI doit appliquer les arrêtés royaux en vigueur, l'application de l'article 159 Constitutionnel étant une prérogative réservée au pouvoir judiciaire.

Par ailleurs le Tribunal constate que l'INAMI n'a commis aucune faute dans l'application de la réglementation en vigueur.

Madame V. L. n'articule aucune critique quant aux décomptes chiffrés de l'INAMI.

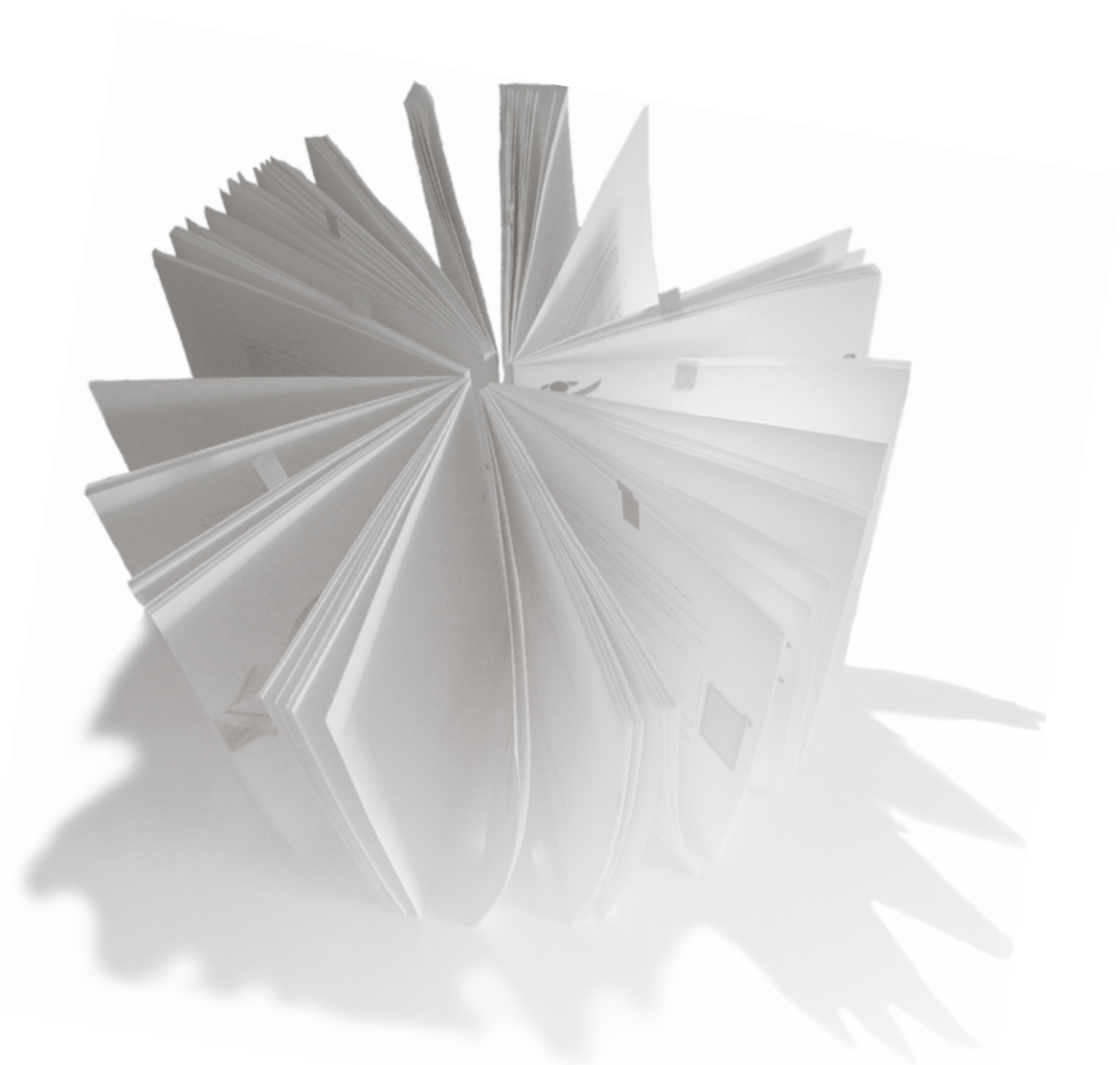
Aucune faute n'étant retenue dans le chef de l'INAMI, il n'est pas utile d'examiner les dommages vantés par Madame V. L., ni de vérifier l'existence d'une preuve du lien de causalité.

La demande relative aux intérêts et à leur capitalisation sera, par voie de conséquence, déclarée non fondée.

Elle manquait, en tout état de cause, de pertinence, l'INAMI n'étant pas un organisme payeur de prestations ou d'indemnités.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Rookstopbegeleiding

Forfaitaire tegemoetkomingen

Vraag nr. 353, gesteld op 28 april 2011 aan mevrouw de vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door mevrouw DE BLOCK, volksvertegenwoordiger¹

Sinds 2005 kunnen zwangere vrouwen en hun partner een vaste tegemoetkoming bekomen voor kosten van begeleiding door een tabakoloog en de partner kan ook een tegemoetkoming bekomen voor de kosten van de medicamenteuze begeleiding. Bedoeling is het ongeborn kind te beschermen door de toekomstige partners te begeleiden bij het stoppen met roken.

Sinds 1 oktober 2009 is de maatregel uitgebreid naar de hele bevolking. Rokers krijgen in deze nieuwe regeling een vaste tegemoetkoming van 30 EUR voor een eerste raadpleging bij een arts of erkend tabakoloog en 20 EUR per sessie voor de volgende zeven raadplegingen.

Voor zwangere vrouwen bedraagt de terugbetaling 30 EUR per raadpleging voor alle acht sessies. De terugbetaling geldt ook voor rookstopbegeleiding bij huisartsen en artsen-specialisten.

1. a) Hoeveel mensen maakten gebruik van deze tegemoetkoming in 2009 en 2010?
b) Hoeveel van deze mensen waren zwangere vrouwen?
2. Hoeveel mensen raadpleegden een tabakoloog, hoeveel een huisarts en hoeveel een geneesheer-specialist?
3. a) Wordt een onderzoek gevoerd naar de doeltreffendheid van de rookstopbegeleiding?
b) Zo ja, door wie?
c) Is het in dat laatste geval niet wenselijk het Federaal Kenniscentrum te belasten met een studie?
4. Hoeveel erkende tabakologen waren er actief in 2009 en 2010?

Antwoord

1. Sinds de verruiming van de maatregel vanaf 1 oktober 2009 noteerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een stijgend gebruik van de forfaitaire tegemoetkomingen voor rookstop.

In bijgaande tabel zijn de aantallen weergegeven voor het laatste kwartaal van 2009 en voor het ganse jaar 2010, op basis van de gegevens van terugbetaling door de verzekeringsinstellingen.

1. Bulletin nr. 045, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 14.

Sinds de invoering van de maatregel op 1 oktober 2009 en tot 31 december 2010, dus over een startperiode van vijftien maanden werden in totaal 27 613 forfaits voor rookstop vergoed, met name:

- 10 025 forfaits (30 EUR) voor eerste zittingen
- 16 920 forfaits (20 EUR) voor opvolgessies
- 668 forfaits (30 EUR) voor rookstopbegeleiding van zwangere vrouwen.

Aantal geboekte forfaits	Totaal 2009 (oktober tem december)	Totaal 2010 (januari tem december)	Totaal sinds invoering van verruimde maatregel (01.10.2009)
Eerste zitting	763	9 262	10 025
Opvolgessie	1 086	15 834	16 920
Zwangere vrouwen	86	582	668
Totaal	1 935	25 678	27 613

Op basis van deze cijfers van de “forfaits eerste zitting” kunnen we afleiden dat in 2009 door 763 verschillende mensen werd gebruik gemaakt van deze tegemoetkoming en in 2010 al door 9 262 verschillende mensen.

Vermits het forfait voor zwangere vrouwen geen onderscheid maakt tussen “eerste zitting” en “opvolgessie”, is het niet mogelijk om af te leiden hoeveel verschillende zwangere vrouwen gebruik maakten van deze tegemoetkoming.

2. Voor het RIZIV is het te vroeg om deze vraag te kunnen beantwoorden, vermits de gegevens per type zorgverlener slechts beschikbaar zijn tot eind 2009 en dus enkel betrekking hebben op de eerste drie maanden sinds de start van de verruimde tegemoetkoming voor rookstop. Voor een zinvolle analyse van de opstartfase tot en met 2010 zal een antwoord pas in 2012 mogelijk zijn.

3. De doeltreffendheid van rookstopbegeleiding is al jaren internationaal aanvaard. We herinneren eraan dat, voorafgaand aan de invoering van de maatregel tot terugbetaling van rookstop, ook in ons land een wetenschappelijk onderzoek werd gedaan naar de doeltreffendheid van rookstopbegeleiding.

We verwijzen hier met name naar de studie van het Federaal Kenniscentrum (rapport 1: “Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen van rookstop”), gepubliceerd in 2004.

Natuurlijk blijft het belangrijk om de toepassing van de verruimde tegemoetkomingen voor rookstop op te volgen. In de huidige opstartfase is het te vroeg om al uitspraken te doen, al merken we duidelijk een stijgende trend sinds de invoering van de verruimde tegemoetkoming.

Na de opstartfase zal het zeker mogelijk worden om de maatregel budgettair en inhoudelijk te evalueren via administratieve monitoring, eventueel in samenwerking met wetenschappelijke onderzoeksteams (zoals WIV, KCE, universiteiten, en zo meer) en belangrijke terreinpartners (zoals de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, VRGT/FARES, enzovoort). Hiervoor dienen dan de nodige gegevens verzameld te worden, bijvoorbeeld via databanken en enquêtes.

4. Op basis van cijfers verstrekt door VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) en FARES (Fonds des Affections Respiratoires), respectievelijk voor de Nederlandstalige en Franstalige tabakologen, kunnen we u melden dat:

- in 2009 waren er in ons land 190 erkende tabakologen actief (119 Franstalige en 71 Nederlandstalige)
- in 2010 waren er in ons land 243 erkende tabakologen actief (148 Franstalige en 95 Nederlandstalige).

Jaarlijks wordt door VRGT en FARES een cursus tot erkende tabakoloog ingericht.

II. eHealth

Uitwisseling gezondheidsgegevens – Hub en metahubproject – Stand van zaken

Vraag nr. 602, gesteld op 21 oktober 2011 aan mevrouw de vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door mevrouw DIERICK, volksvertegenwoordiger¹

Het project “hub en metahub” moet een zorgverlener in staat stellen alle elektronische medische documenten van een patiënt te raadplegen, ongeacht de plaats waar ze opgeslagen zijn en waar men op het systeem inlogt. Het doel is de uitwisseling van gegevens met het oog op de continuïteit van de zorgverstrekking, zonder centralisatie, maar met behulp van lokale of regionale doorgeefluiken.

Dat systeem hangt nauw samen met de oprichting van het referentierepertoire, dat de hoeksteen van het systeem vormt.

Bij een medische interventie is het vaak een helse zoektocht voor de nooddiensten om te zoeken naar telefoonnummers van verwanten van het slachtoffer teneinde hen te informeren of bijkomende inlichtingen te verwerven.

1. a) Wat is de status van deze projecten?
b) Over welke soort gegevens zullen de urgentieartsen kunnen beschikken?
2. Welke nadere regels werden bepaald voor de toestemming van de patiënt?
3. Wordt overwogen de gegevens van een noodcontactpersoon via eHealth of het globaal medisch dossier ter beschikking te stellen?

Antwoord

1. In het kader van het hub- en metahub-project werden in 2011 zoals gepland verschillende ontwikkelingen in het kader van het hub- en metahub-project gerealiseerd, zowel op het niveau van de metahub als op het niveau van de vijf hubs. Er wordt voorzien dat het systeem in de loop van 2012 geleidelijk aan in productie zal worden genomen.

1. Bulletin nr. 048, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 83.

Op het niveau van de metahub zijn de verschillende componenten van de in het verleden gedefinieerde architectuur technisch ontwikkeld. Momenteel worden de nodige toepassingen uitgewerkt voor het beheer van de toestemming van de patiënt en van de uitsluitingen. Vanzelfsprekend is het vervolgens de taak van de ziekenhuizen om de referenties op te nemen in de hubs en de documenten elektronisch ter beschikking te houden waarnaar wordt verwezen.

Ook de interne situatie van de hubs is in 2011 aanzienlijk geëvolueerd. Zo is het Réseau Santé Wallon officieel in productie gegaan met twaalf ziekenhuizen, het Regionale Hub Gent verbindt momenteel acht ziekenhuizen en het KWS-systeem van de UZ Leuven zou in productie moeten gaan in zeven ziekenhuizen die deel uitmaken van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven voor het einde van het jaar (2011).

Verder vordert ook de implementatie van de componenten en van de uitwisselingsstandaarden die nodig zijn om de verschillende hubs met elkaar te verbinden. De drie eerder vermelde hubs hebben de verbindingstests beëindigd en hebben de integratietest "hub naar hub" aangevat.

Er werd verder een reglement van het hub- en metahub-project opgesteld waarin de principes van het project evenals een aantal concrete afspraken rond de werking van het hub- en metahub-project zijn opgenomen. Dit Reglement werd goedgekeurd door het Beheerscomité van het eHealth-platform en zal ter goedkeuring aan het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid worden voorgelegd.

Wat de concrete uitwisseling van gezondheidsgegevens betreft, zullen geneesheren – voor zover een therapeutische relatie is bewezen en de betrokken geneesheer niet is uitgesloten – in principe toegang hebben tot alle gezondheidsgegevens teneinde een zo volledig mogelijk beeld van de gezondheidssituatie van de betrokkene te krijgen en de meest adequate behandeling of verzorging te geven.

2. Wat de toestemming van de patiënt betreft, werd gekozen voor een opt-in systeem, waarbij de patiënt expliciet zijn toestemming verleent alvorens de verwijzingen in het verwijzingsrepertorium kunnen worden geconsulteerd. Deze oplossing garandeert immers zowel een effectieve informatieverstrekking ten aanzien van de patiënt als een bewuste beslissing van de patiënt.

Teneinde de administratieve last die een traditionele opt-in zou kunnen betekenen voor zowel de patiënt als de betrokken zorgverleners en zorginstellingen te beperken, vereist deze oplossing niet de effectieve handtekening van de patiënt doch slechts een expliciete registratie van het bestaan van de toestemming van de patiënt. Er dienen bijgevolg geen (papieren) documenten te worden bewaard betreffende de verleende toestemming.

Voor de concrete modaliteiten verwijs ik naar de betreffende nota opgesteld door het eHealth-platform en goedgekeurd door het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid. De nota kan worden geconsulteerd via de website van het eHealth-platform: www.ehealth-fgov.be.

Tot slot heeft het eHealth-platform een "mediapack" samengesteld dat ter beschikking wordt gesteld van de verschillende partners teneinde hen toe te laten een adequate informatiecampagne uit te voeren.

3. In het kader van het hub- en metahub-project zouden effectief gegevens betreffende een contactpersoon ter beschikking kunnen worden gesteld voor zover de betrokken zorgverleners of zorginstellingen daartoe beslissen. Hierbij kan ik als voorbeeld verwijzen naar de SUMEHR (summerized electronic health record), een minimale samenvatting van de gezondheidstoestand van een patiënt, die door de softwarepakketten van huisartsen moet kunnen worden aangemaakt en dat er effectief in voorziet dat de gegevens van een contactpersoon kunnen worden opgenomen.

III. Hospitalisatie en palliatieve zorgen

Evolutie kosten per gewest

Vraag nr. 131, gesteld op 13 januari 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door de heer LOGGHE, volksvertegenwoordiger¹

Onlangs was er een studienamiddag van Assuralia over de verschillende aspecten van de “Wet-Verwilghen *bis*” (wet van 17.06.2009), en dus aangaande de hospitalisatie- en gezondheidsverzekeringen. Verschillende verzekeringsjuristen kruisten er de degens met elkaar. Eén van de aspecten die er besproken werden, was het feit dat inzake de invaliditeitsverzekering tot hier toe alleen rekening wordt gehouden met de fysiologische invaliditeit. Maar ook het feit dat de palliatieve zorgen niet in de definitie van de gezondheidszorgenverzekering zijn opgenomen kwam aan bod, terwijl ze toch een reële kost zijn.

1. a) Is het mogelijk een cijfermatige evolutie te schetsen van de jaarlijkse “gewone” hospitalisatiekosten?
b) Zo ja, vanaf 2005 tot en met 2010?
c) Zijn er al cijfergegevens bekend voor het eerste trimester van 2011?
2. a) Is het mogelijk deze cijfers op te splitsen naargelang Vlaams Gewest, Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Waals Gewest inzake de ligging van de ziekenhuizen?
3. Idem als vragen 1 en 2, maar dan graag een opsplitsing per eenpersoonskamer – andere kamer.
4. Idem als hierboven, maar dan wat betreft de palliatieve zorgen. Ik zou uit deze cijfers graag een jaarlijkse evolutie van de kosten voor palliatieve zorgen per Gewest kunnen aflezen.

Antwoord

1. en 2. Wat de hospitalisatiekosten betreft, kunnen wij u ter informatie de evolutie geven van het “budget van financiële middelen”.

Bekendgemaakt budget		Evolutie van het BFM per Gemeenschap, 2002-2011				
2002-2006	Gemeenschappen	2002 op 1/07	2003 op 1/07	2004 op 1/07	2005 op 1/07	2006 op 1/07
	Brussel	472 507 053	519 185 680	539 340 428	521 782 779	551 093 298
	Vlaanderen	2 718 179 215	2 946 500 888	3 050 732 111	2 986 669 362	3 186 335 354
	Wallonië	1 633 932 173	1 751 056 230	1 804 570 538	1 773 667 674	1 882 588 310
Totaal		4 824 618 442	5 216 742 798	5 394 643 077	5 282 119 815	5 620 016 962

2007-2011	Gemeenschappen	2007 op 1/07	2008 op 1/07	2009 op 1/07	2010 op 1/07	2011 op 1/01
	Brussel	581 692 461	631 131 121	635 868 141	676 076 419	699 083 196
	Vlaanderen	3 333 481 482	3 692 031 560	3 681 067 504	3 945 471 820	4 102 696 771
	Wallonië	1 964 195 594	2 172 216 236	2 115 719 704	2 288 166 640	2 368 727 755
Totaal		5 879 369 537	6 495 378 917	6 432 655 349	6 909 714 879	7 170 507 721

1. Bulletin nr. 050, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 399.

Het budget van financiële middelen is het individuele budget dat wordt toegekend aan de ziekenhuizen op 1 juli van elk jaar, en bestaat uit een tegemoetkoming in de kosten verbonden aan de ziekenhuisopname (gebouw, werkingskosten, personeelskosten, enz.). Op basis van dit budget van financiële middelen wordt de prijs – per dag en per opname – vastgesteld die aan de patiënt wordt aangerekend.

Om de totale evolutie van de kosten te kennen, moet men daar ook de evolutie van de honoraria van de geneesheren, de forfaits voor klinische biologie, medische beeldvorming en de eventuele honorariasupplementen aan toevoegen.

3. Wat betreft de opsplitsing van de kosten per eenpersoonskamer of tweepersoonskamer, is dit een gegeven waarover wij niet beschikken. Het zijn de verzekeringsinstellingen die over deze informatie beschikken.

4. Wat de palliatieve zorgen betreft, vindt u als bijlage twee tabellen: één met het budget van financiële middelen voor de sp-palliatieve diensten, en een andere met de bedragen die als subsidies worden toegekend aan de platformen palliatieve zorg.

Aanvullende cijfers met betrekking tot de evolutie van de forfaits werden aangevraagd bij het RIZIV, en zullen binnenkort beschikbaar zijn.

In afwachting hiervan kunt u uit de bijlagen kennis nemen van de informatie waarover mijn administratie beschikt.

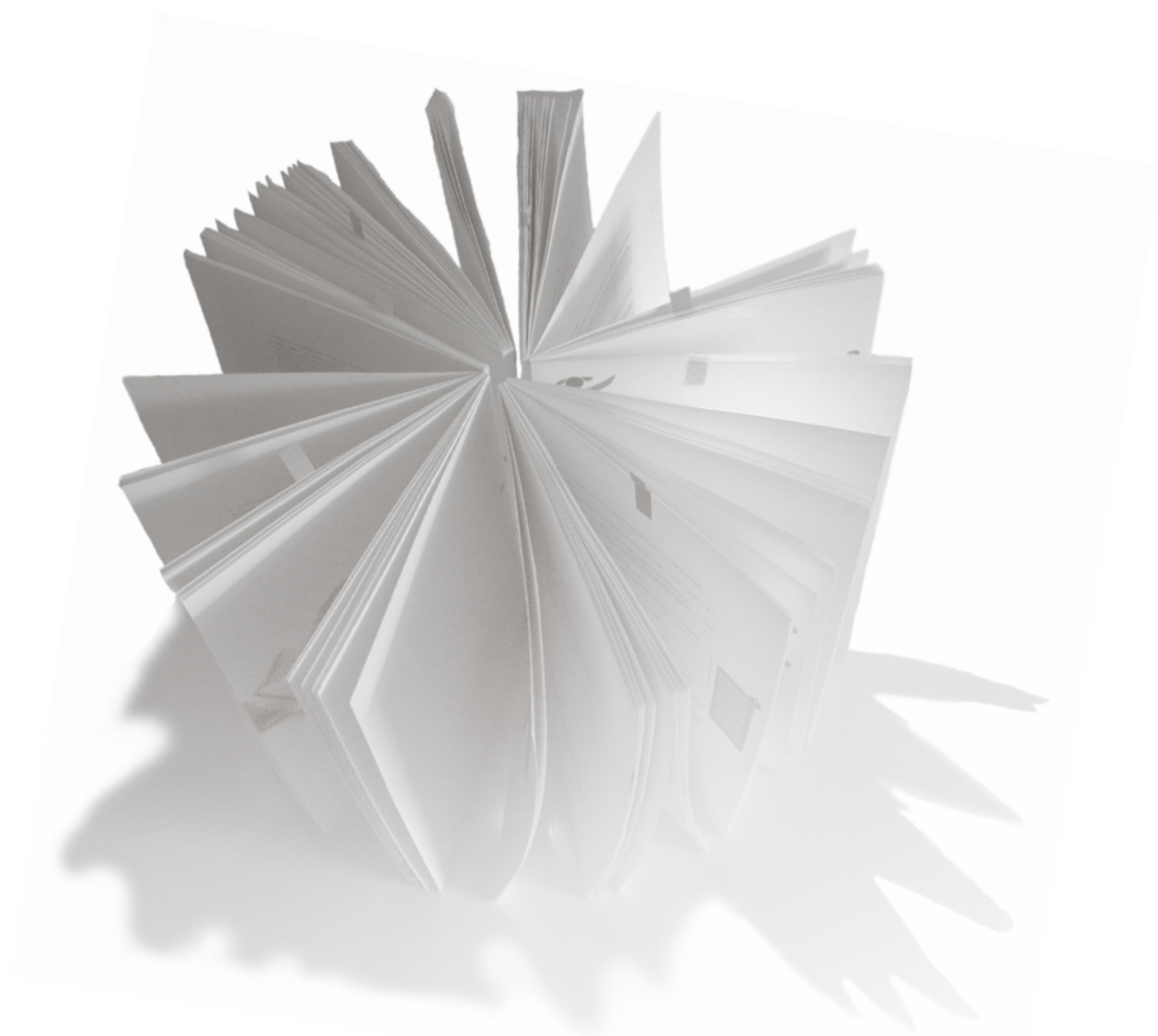
Evolutie van het BFM per Gemeenschap en per budgettair type, 2002-2011

Gemeenschappen	Budgettair type	2002 op 1/07	2003 op 1/07	2004 op 1/07	2005 op 1/07	2006 op 1/07
2002-2006						
Brussel	Palliatieve zorgen	6 146 453	6 320 262	6 343 539	6 088 526	5 965 971
Vlaanderen	Palliatieve zorgen	21 659 840	22 839 242	23 891 587	24 281 749	25 243 248
Wallonië	Palliatieve zorgen	13 316 180	13 822 308	14 188 437	13 990 146	14 446 216
Totaal		41 122 473	42 981 812	44 423 563	44 360 421	45 655 436

Gemeenschappen	Budgettair type	2007 op 1/07	2008 op 1/07	2009 op 1/07	2010 op 1/07	2011 op 1/01
2007-2011						
Brussel	Palliatieve zorgen	6 475 382	7 130 901	7 070 544	7 398 770	7 579 025
Vlaanderen	Palliatieve zorgen	25 776 150	28 146 076	27 810 244	29 129 962	29 524 659
Wallonië	Palliatieve zorgen	14 847 496	16 123 777	15 807 968	16 599 616	16 903 894
Totaal		47 099 029	51 400 753	50 688 756	53 128 348	54 007 578

Subsidies toegekend aan sommige associaties voor palliatieve zorgen						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	192 341	198 310	200 743	214 534	225 675	225 675
Vlaams Gewest	1 110 583	1 088 379	1 025 257	1 229 182	1 285 164	1 285 164
Waals Gewest	672 589	688 253	707 162	727 193	759 077	759 077
Totaal	1 975 512	1 974 941	1 933 162	2 170 909	2 269 916	2 269 916

5^e Deel
Basisgegevens



I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage vanaf 1 januari 2012

Categorieën	Situatie	Trimestriële en maandelijke bedragen in EUR
Voortgezette verzekering (art. 247 en 250 van het K.B. van 03.07.1996)	21 jaar en ouder	40,50
	18 tot 21 jaar	30,50
	14 tot 18 jaar	20,25
Studenten (art. 133 van het K.B. van 03.07.1996)		56,42
Personen ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen	- Normaal	665,51
	- Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3 ^e alinea van het K.B. van 03.07.1996	332,75
	- Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten	56,42
	- Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum	0,00
	- Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1 ^o , 2 ^o of 3 ^o van de gecoördineerde wet	0,00
Kloostergemeenschappen (art. 136 ^{bis} van het K.B. van 03.07.1996)	Gerechtigde jonger dan 65 jaar	85,22
	Gerechtigde ouder dan 65 jaar	24,37
Gewezen personeel van de openbare sector in Afrika (art. 135 van het K.B. van 03.07.1996)		38,38



Omzendbrief V.I. nr. 2011/456 - 270/55, 273/55, 274/57, 276/107, 2790/55, 2791/55, 2792/54 en 83/413 van 21 november 2011

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

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad van 3 april 2007 (2^{de} uitg.) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11 763,02 en 2 177,65 EUR (tegen de spilindex 103,14 basis 1996=100) niet bereiken; die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Welvaart 1,3 %

(welvaart K.B. 13.08.2011 - B.S. 24.08.2011) :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden – Op 1 januari 2012	
Gerechtigden	Personen ten laste
15 986,16 EUR	2 959,47 EUR

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden - Op 1 februari 2012 (indexering)	
Gerechtigden	Personen ten laste
16 306,33 EUR	3 018,74 EUR



Omzendbrieven V.I. nrs 2011/528 - 3991/229 van 23 december 2011 en 2012/52 - 3991/230 van 6 februari 2012

III. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2012

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het Koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van het artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van 1 januari 2012.

1. De dag van opname

De dag van opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming : met 5,23 EUR
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 32,50 EUR
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met 32,50 EUR
- d) de andere rechthebbenden: met 41,98 EUR.

2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 5,23 EUR
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 5,23 EUR
- c) de andere rechthebbenden: met 14,71 EUR.

3. Vanaf de 91^{ste} dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum):

Vanaf de 91^{ste} dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 5,23 EUR
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 5,23 EUR
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met 5,23 EUR
- d) voor de andere rechthebbenden: met 14,71 EUR.

4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigden met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 5,23 EUR
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste en in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 14,71 EUR
- c) de andere rechthebbenden: met 24,52 EUR.



IV. Maximumfactuur – Vaststelling van het inkomen voor het dienstjaar 2012

a) Berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

$$\begin{array}{rcl} \text{Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2011} & 117,71 & \\ & = \frac{\quad}{\quad} & = 1,0354 \\ \text{Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2010} & 113,69 & \end{array}$$

b) Inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2012

van	0,00	tot	17 039,73
van	17 039,74	tot	26 195,40
van	26 195,41	tot	35 351,10
van	35 351,11	tot	44 125,29
vanaf	44 125,30		

Van toepassing vanaf 1 januari 2012



Omzendbrieven V.I. nr. 2012/26 - 3998/28 van 16 januari 2012

V. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 137, 3^{de} al. van het K.B. van 03.07.1996) – Residenten, indexatie jaarlijks gemiddelde

Dat bedrag van 25 285,14 EUR dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100) wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 08.08.1997).

Indexering van de grensbedragen (bedragen in EUR)

	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf 1 ^e januari 2002	26 306,66	2 265,63
Vanaf 1 ^e februari 2002	26 832,59	2 310,92
Vanaf 1 ^e juni 2003	27 368,64	2 357,09
Vanaf 1 ^e oktober 2004	27 914,79	2 404,13
Vanaf 1 ^e augustus 2005	28 473,60	2 452,25
Vanaf 1 ^e oktober 2006	29 045,04	2 501,47
Vanaf 1 ^e september 2007	29 045,04	2 518,97
Vanaf 1 ^e januari 2008	29 624,07	2 602,36
Vanaf 1 ^e mei 2008	30 215,74	2 654,33
Vanaf 1 ^e september 2008	30 820,06	2 707,42
Vanaf 1 ^e juni 2009 (welvaart)	30 820,06	2 756,15
Vanaf 1 ^e januari 2010 (welvaart)	30 820,06	2 788,65
Vanaf 1 ^e september 2010	31 437,01	2 844,47
Vanaf 1 ^e mei 2011	32 066,61	2 901,44
Vanaf 1 ^e februari 2012	32 708,86	3 018,74

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)

	Residenten	Personen ten laste
2000	25 453,71 (PM)	2 192,15
2001	26 091,74 (PM)	2 247,06
2002	26 788,76	2 307,14
2003	27 145,29	2 337,88
2004	27 505,18	2 368,85
2005	28 147,63	2 424,18
2006	28 616,46	2 464,56
2007	29 045,04	2 507,30
2008	30 219,96	2 654,70
2009	30 820,06	2 735,85
2010	31 025,71	2 807,26
2011	31 856,74	2 889,22



Omzendbrief V.I. nr. 2012/50 - 270/56, 273/56, 274/58, 276/108, 2790/56, 2791/56, 2792/55, 3910/1077 en 83/415 van 6 februari 2012

VI. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

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

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1 762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Openbare sector en privé-sector :

1^{ste} september 2008 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 10 = 2 148,87 EUR

1^{ste} september 2010 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 11 = 2 191,85 EUR

1^{ste} mei 2011 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2 235,68 EUR

1^{ste} februari 2012 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 13 = 2 280,40 EUR

Waarde per trimester (bedragen in EUR)		
1 ^e trimester 2008	$2\,065,42 \cdot 3/3$	2 065,42
2 ^e trimester 2008	$2\,065,42 \cdot 1/3 + 2\,106,73 \cdot 2/3$	2 092,96
3 ^e trimester 2008	$2\,106,73 \cdot 2/3 + 2\,148,87 \cdot 1/3$	2 120,78
4 ^e trimester 2008	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
1 ^e trimester 2009	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
2 ^e trimester 2009	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
3 ^e trimester 2009	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
4 ^e trimester 2009	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
1 ^e trimester 2010	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
2 ^e trimester 2010	$2\,148,87 \cdot 3/3$	2 148,87
3 ^e trimester 2010	$2\,148,87 \cdot 2/3 + 2\,191,85 \cdot 1/3$	2 163,20
4 ^e trimester 2010	$2\,191,85 \cdot 3/3$	2 191,85
1 ^e trimester 2011	$2\,191,85 \cdot 3/3$	2 191,85
2 ^e trimester 2011	$2\,191,85 \cdot 1/3 + 2\,235,68 \cdot 2/3$	2 221,07
3 ^e trimester 2011	$2\,235,68 \cdot 3/3$	2 235,68
4 ^e trimester 2011	$2\,235,68 \cdot 3/3$	2 235,68



Omzendbrief V.I. nr. 2012/51 - 248/53 van 6 februari 2012

VII. Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk – Aanpassing van de inkomensschijven die van toepassing zijn in het kader van een door de adviserend geneesheer toegelaten werkhervatting – Aanpassing van de tabel III: minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)

Wettelijke Basis

- Wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers (B.S. van 29.08.2005)
- Koninklijk besluit van 28 december 2011 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 30.12.2011, ed. 5)

I. Basiselementen

a. Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk

Jaarlijks worden op 1 januari de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk aangepast aan de gezondheidsindex op basis van de laatste overschrijding van de spilindex die heeft plaatsgevonden in het jaar dat voorafgaat.

Op 1 januari 2011 worden deze bedragen aangepast op basis van de spilindex 114,97 (verhogingscoëfficiënt 1,2682).

b. Aanpassing van de inkomensschijven die van toepassing zijn in het kader van een door de adviserend geneesheer toegelaten werkhervatting

De bedragen van de inkomensschijven waarop artikel 230 betrekking heeft, zijn vanaf 1 januari 2012 als volgt aangepast. Deze bedragen zijn bepaald op basis van 103,14.

Eerste schijf : 11,8278 EUR : 0 %

Tweede schijf : 7,0967 EUR : 20 %

Derde schijf : 7,0967 EUR : 50 %

Vierde schijf hoger dan het totaal van de vorige schijven : 75 %

c. Aanpassing van de tabel III : Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)

Tabel III in bijlage, vervangt vanaf 1 januari 2012 de tabel III die opgegeven werd in omzendbrief V.I. nr. 2011/186 - 45/229 van 6 mei 2011 en is van toepassing vanaf 1 januari 2012 voor de gerechtigden die van deze datum af, arbeidsongeschikt werden.

Vanaf 1 januari 2012 hangt het referentiebedrag, dat gebruikt wordt bij het berekenen van de uitkeringen, niet meer af van de leeftijd van de uitkeringsgerechtigde, maar van diens ervaring. Naargelang de situatie bij het begin van de arbeidsongeschiktheid dient ofwel 0 of 9 jaar ervaring in aanmerking te worden genomen.

II. Toepassingsdatum

1^{ste} januari 2012

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer

Vanaf - Tot en met		01-05-2011	31-08-2011	01-09-2011	31-12-2011	vanaf 01-01-2012		Volgende indexatie	
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936
I. LOONTREKKENDEN									
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens									
Begin arbeids- geschiktheid	vóór 01/01/2005	118,5852		118,5852		118,5852		120,9603	
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	120,9569		120,9569		120,9569		123,3794	
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	122,1665		122,1665		122,1665		124,6133	
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	123,1437		123,1437		123,1437		125,6101	
	vanaf 01/01/2011	124,0057		124,0057		124,0057		126,4894	
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)									
Maximum Begin arbeids- ongesch- iktheid	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	73,2999	73,30	73,2999	73,30	73,2999	73,30	74,7680	74,77
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	73,8862	73,89	73,8862	73,89	73,8862	73,89	75,3661	75,37
	vanaf 01/01/2011	74,4034	74,40	74,4034	74,40	74,4034	74,40	75,8936	75,89
Minimum Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer met gezinslast	50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28
	alleenstaanden	40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83
	samenwonende	34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87
	niet-regelmatige werknemer met gezinslast	38,7221	38,72	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29
zonder gezinslast	29,0416	29,04	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22	
3 - Invaliditeit									
Daguitkering Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974								
	met gezinslast	51,0577	51,06	51,0577	51,06	51,0577	51,06	52,0803	52,08
	zonder gezinslast	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,1697	34,17	34,8541	34,85
	vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002								
	met gezinslast	80,8360	80,84	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
	alleenstaande	68,3997	68,40	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
	samenwonende	49,7452	49,75	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
	vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004								
	invalide voor 1/01/2005								
	met gezinslast	79,2510	79,25	79,2510	79,25	79,2510	79,25	80,8383	80,84
	alleenstaande	67,0586	67,06	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
	samenwonende	48,7698	48,77	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
	invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006								
	met gezinslast	80,8360	80,84	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
	alleenstaande	68,3997	68,40	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
	samenwonende	49,7452	49,75	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2005								
	invalide voor 01/01/2007								
	met gezinslast	79,2509	79,25	80,8360	80,84	80,8360	80,84	82,4550	82,46
	alleenstaande	67,0586	67,06	68,3997	68,40	68,3997	68,40	69,7696	69,77
	samenwonende	48,7698	48,77	49,7452	49,75	49,7452	49,75	50,7415	50,74
	invalide vanaf 01/01/2007 ¹								
	met gezinslast	80,0435	80,04	81,6443	81,64	81,6443	81,64	83,2795	83,28
	alleenstaande	67,7291	67,73	69,0837	69,08	69,0837	69,08	70,4673	70,47
	samenwonende	49,2575	49,26	50,2427	50,24	50,2427	50,24	51,2489	51,25
	vanaf 01/01/2006 tot en met 31/12/2007								
	invalide voor 01/01/2007 ²								
	met gezinslast	79,2509	79,25	79,2509	79,25	79,2509	79,25	80,8382	80,84
	alleenstaande	67,0586	67,06	67,0586	67,06	67,0586	67,06	68,4016	68,40
	samenwonende	48,7698	48,77	48,7698	48,77	48,7698	48,77	49,7466	49,75
	invalide vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
	met gezinslast	80,0435	80,04	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
	alleenstaande	67,7291	67,73	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
	samenwonende	49,2575	49,26	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2441	50,24
	invalide vanaf 01/01/2009 ¹								
	met gezinslast	80,6838	80,68	80,6838	80,68	80,6838	80,68	82,2997	82,30
	alleenstaande	68,2709	68,27	68,2709	68,27	68,2709	68,27	69,6382	69,64
	samenwonende	49,6516	49,65	49,6516	49,65	49,6516	49,65	50,6460	50,65
	vanaf 01/01/2008								
	invalide voor 01/01/2009 ²								
	met gezinslast	79,4082	79,41	79,4082	79,41	79,4082	79,41	80,9986	81,00
	alleenstaande	67,1916	67,19	67,1916	67,19	67,1916	67,19	68,5373	68,54
	samenwonende	48,8666	48,87	48,8666	48,87	48,8666	48,87	49,8453	49,85
	invalide vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010								
	met gezinslast	80,0435	80,04	80,0435	80,04	80,0435	80,04	81,6466	81,65
	alleenstaande	67,7291	67,73	67,7291	67,73	67,7291	67,73	69,0856	69,09
	samenwonende	49,2575	49,26	49,2575	49,26	49,2575	49,26	50,2440	50,24
	invalide vanaf 01/01/2011								
	met gezinslast	80,6037	80,60	80,6037	80,60	80,6037	80,60	82,2181	82,22
	alleenstaande	68,2032	68,20	68,2032	68,20	68,2032	68,20	69,5692	69,57
	samenwonende	49,6023	49,60	49,6023	49,60	49,6023	49,60	50,5957	50,60
	Minimum	Regelmatige werknemer met gezinslast	50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763
alleenstaande		40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83
samenwonende		34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87
Niet-regelmatige werknemer met gezinslast		38,7221	38,72	39,4966	39,50	39,4966	39,50	40,2876	40,29
zonder gezinslast	29,0416	29,04	29,6224	29,62	29,6224	29,62	30,2157	30,22	

- Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.
- Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer - vervolg

Vanaf - Tot en met		01-05-2011	31-08-2011	01-09-2011	31-12-2011	vanaf 01-01-2012		Volgende indexatie	
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		114,97	1,2682	114,97	1,2682	114,97	1,2682	117,27	1,2936
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)									
4 - Moederschap, vaderschap & adoptie									
Maximum Begin moederschap, vaderschap, adoptie en werkverwijdering	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008								
	Vad. & adopt.	100,1765	100,18	100,1765	100,18	100,1765	100,18	102,1829	102,18
	Moederschap	97,1223	97,12	97,1223	97,12	97,1223	97,12	99,0675	99,07
	Werkverwijdering	91,6249	91,62	91,6249	91,62	91,6249	91,62	93,4599	93,46
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2009								
	Vad. & adopt.	100,9779	100,98	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Moederschap	97,8993	97,90	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
	Werkverwijdering	92,3578	92,36	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010								
	Vad. & adopt.	100,9779	100,98	100,9779	100,98	100,9779	100,98	103,0003	103,00
	Moederschap	97,8993	97,90	97,8993	97,90	97,8993	97,90	99,8600	99,86
	Werkverwijdering	92,3578	92,36	92,3578	92,36	92,3578	92,36	94,2076	94,21
	vanaf 01/01/2011								
	Vad. & adopt.	101,6847	101,68	101,6847	101,68	101,6847	101,68	103,7213	103,72
	Moederschap	98,5846	98,58	98,5846	98,58	98,5846	98,58	100,5591	100,56
	Werkverwijdering	93,0043	93,00	93,0043	93,00	93,0043	93,00	94,8670	94,87
Werkverwijdering	78,237 %	96,3440	96,34	96,3440	96,34	96,3440	96,34	98,2736	98,27
Werkverwijdering	78,237 %	97,0184	97,02	97,0184	97,02	97,0184	97,02	98,9615	98,96
5 - Diversen									
Uitkering begrafeniskosten			148,74		148,74		148,74		148,74
Onthaalmoeder (maandelijks)		1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40
Onthaalmoeder (dagelijks)		55,5209	55,52	55,5209	55,52	55,5209	55,52	56,6309	56,63
Onthaalmoeder (uurloon)		8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,7665	8,77	8,9417	8,94
Schijf toegelaten arbeid		11,4899		11,4899		15,0000		11,7200	
Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01-10-1974)		11,4899	123,95	-	123,95	-	123,95	-	123,95
II. ZELFSTANDIGEN									
1 - Primaire ongeschiktheid									
met gezinslast		49,3546	49,35	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41
alleenstaande		37,8380	37,84	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51
samenwonende		30,8367	30,84	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08
2 - Invaliditeit									
Zonder stopzetting bedrijf									
met gezinslast		49,3546	49,35	50,3960	50,40	50,3960	50,40	51,4053	51,41
alleenstaande		37,8380	37,84	38,7348	38,73	38,7348	38,73	39,5106	39,51
samenwonende		30,8367	30,84	31,4534	31,45	31,4534	31,45	32,0833	32,08
Met stopzetting bedrijf									
met gezinslast		50,2450	50,25	51,2499	51,25	51,2499	51,25	52,2763	52,28
alleenstaande		40,2086	40,21	41,0128	41,01	41,0128	41,01	41,8342	41,83
samenwonende		34,4760	34,48	35,1655	35,17	35,1655	35,17	35,8698	35,87
3 - Moederschapsuitkering & adoptie									
Wekelijkse uitkering		390,88			390,88		390,88		398,71
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28bis									
Vanaf beroepsinkomen 2008		17.149,19			17.149,19		17.149,19		17.149,19
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE									
plafond statuut met last		837,5498	837,55	896,7062	896,71	896,7062	896,71	914,6658	914,67
plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)		967,5357	967,54	986,8864	986,89	986,8864	986,89	1 006,6521	1 006,65
plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)		1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 443,5446	1 443,54	1 472,4044	1 472,40
IV. FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN									
		13,2484	13,25	16,2484	16,25	16,2484	16,25	16,5739	16,57
V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN									
1 - Minimum dagdrempel									
met gezinslast		55,14			55,14		55,14		56,24
zonder gezinslast		45,78			45,78		45,78		46,69
2 - Gedeeltelijke inhouding									
met gezinslast tussen		55,15			55,15		55,15		56,25
en		57,13			57,13		57,13		58,27
zonder gezinslast tussen		45,79			45,79		45,79		46,70
en		47,43			47,43		47,43		48,37
3 - Volledige inhouding vanaf									
met gezinslast		57,14			57,14		57,14		58,28
zonder gezinslast		47,44			47,44		47,44		48,38
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK									
Dagelijks bedrag		30,8239	30,82	30,8239	30,82	31,4387	31,44	32,0683	32,07
Jaarlijks bedrag		1 232,9181	1 232,92	1 232,9181	1 232,92	1 257,5091	1 257,51	1 282,6950	1 282,70
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)									
		200,0000	200,00	200,0000	200,00	200,0000	200,00	204,0056	204,01



De tabel D, opgenomen in bijlage, vervangt deze opgenomen in de omzendbrief V.I. nrs. 2011/329 - 45/230, 482/111 van 12 augustus 2011

Tabel III

Periode vanaf 1 januari 2012

Primaire ongeschiktheid	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	60 % van het loon	150 % van de uitkering op 60 %	125 % van de uitkering op 60 %	170 % van de uitkering op 60 %	145 % van de uitkering op 60 %
0 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering geniet. ◦ Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt. ◦ Werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet. ◦ Gerechtigden voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikken. 	61,1542	36,6925	55,0388	45,8656	62,3773	53,2041
9 jaar ervaring: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Werkloze in de forfaitaire periode (derde periode van werkloosheid). ◦ Gerechtigden die over geen enkel referentieloon beschikken bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekenden hebben (voortgezette verzekering). 	63,1450	37,8870	56,8305	47,3588	64,4079	54,9362

Invaliditeit	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	65 % van het loon	55 % van het loon	40 % van het loon	150 % van de uitkering op 65 %	125 % van de uitkering op 65 %	170 % van de uitkering op 65 %	145 % van de uitkering op 65 %
0 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> • Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering geniet. • Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt. • Werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet. • Gerechtigden voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikken. 	61,1542	39,7502	33,6348	24,4617	59,6253	49,6878	67,5753	57,6378
9 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> • Werkloze in de forfaitaire periode (derde periode van werkloosheid). • Gerechtigden die over geen enkel referentieloon beschikken bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekenden hebben (voortgezette verzekering). 	63,1450	41,0443	34,7298	25,2580	61,5665	51,3054	69,7753	59,5142

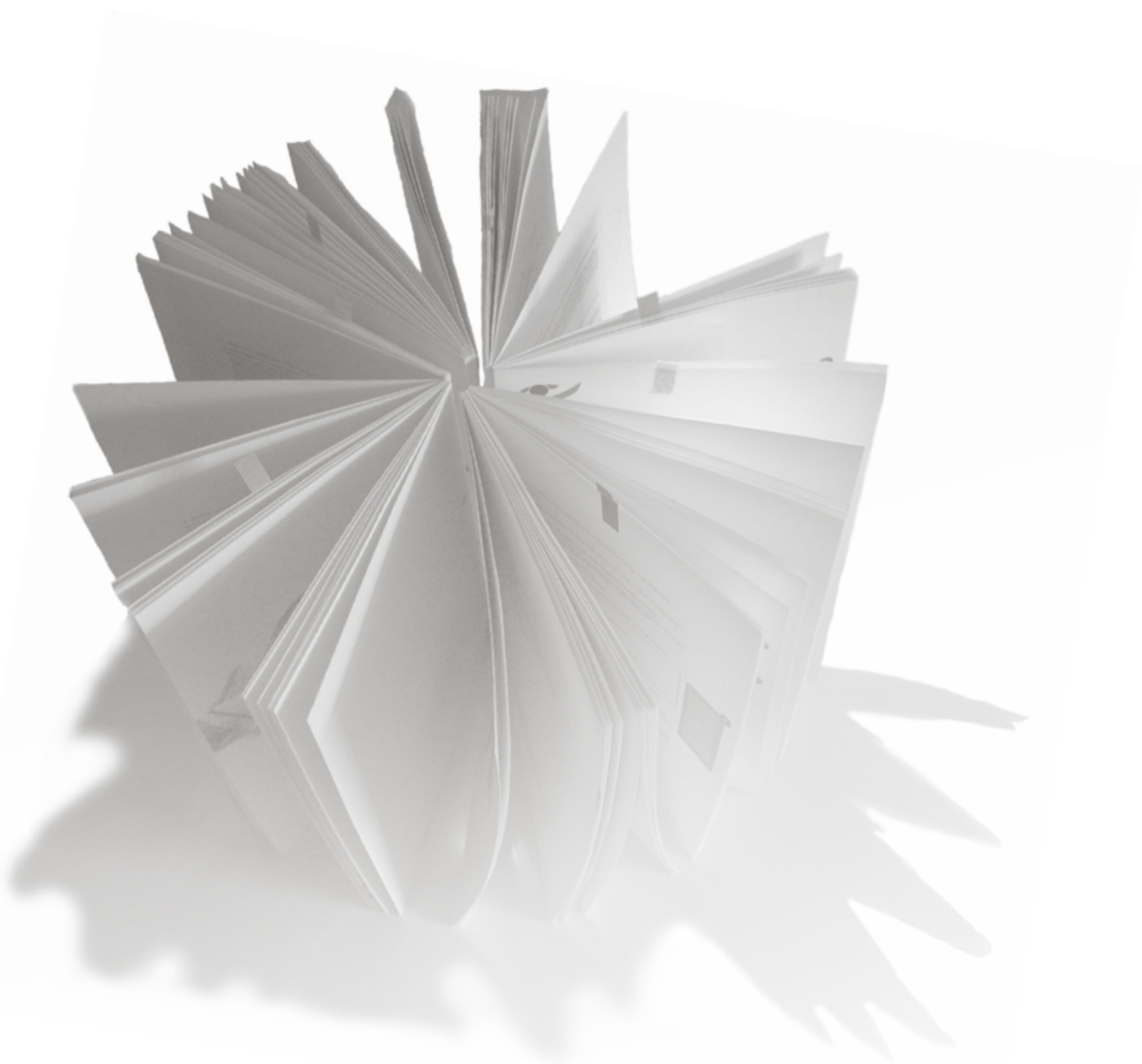
Deze bedragen houden geen rekening met de toepassing van de minima's



De tabel III opgenomen in bijlage, vervangt deze opgenomen in de omzendbrief V.I. nr. 2011/186 - 45/229 van 6 mei 2011

Omsendbrief V.I. nr. 2012/16 - 45/232 - 482/112 van 12 januari 2012

6^e Deel Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 3^e semester 2011

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	273.090	564.702	869.736	1.198.372	
b) Medische beeldvorming	251.845	530.451	792.676	1.073.158	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	446.465	861.833	1.269.914	1.714.677	
d) Speciale verstrekkingen	285.164	570.416	848.951	1.142.193	
e) Heelkunde	246.728	502.232	740.974	998.898	
f) Gynaecologie	21.906	44.510	67.117	90.146	
g) Toezicht	85.257	172.346	256.994	343.449	
h) Forfait accreditering geneesheren	4.172	8.554	10.298	15.615	
i) Forfait medisch dossier	1.237	1.237	1.237	1.237	
j) Forfait Telematica	5	5.645	5.971	5.980	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.766	13.251	24.867	35.646	
m) Impulsfonds	1.709	4.153	7.183	8.848	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	399	801	9.430	
Totaal geneesheren	1.622.344	3.279.729	4.896.719	6.637.649	6.752.342
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accreditering	2	7	10.814	10.911	
Totaal tandheelkundigen	182.456	363.307	544.014	733.995	725.299
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.046.186	2.074.146	3.068.416	4.120.417	4.114.558
4. Honoraria van verpleegkundigen	236.929	488.376	741.800	992.475	1.067.781
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	8.307	8.307	17.433	17.433	17.602
6. Verzorging door kinesitherapeuten	138.588	281.541	409.898	549.049	554.250
7. Verzorging door bandagisten	50.787	104.943	158.593	220.657	213.553
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	122.061	245.091	359.550	486.150	631.061
10. Verzorging door opticiëns	6.045	11.781	17.021	22.586	19.589
11. Verzorging door audiciëns	9.348	18.761	28.976	38.904	38.857
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.174	6.344	9.826	13.401	13.882
13. Verpleegdagprijs	1.130.463	2.270.335	3.388.971	4.505.495	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.276	96.152	143.893	195.657	
Totaal	1.177.739	2.366.487	3.532.864	4.701.152	4.850.422
14. Militair hospitaal - all-in prijs	994	4.164	5.753	8.255	7.458
15. Dialyse					
a) Geneesheren	33.239	66.249	101.038	136.162	
b) Forfait nierdialyse	30.973	61.565	93.736	126.502	
c) Thuis, in een centrum	23.675	45.414	71.292	97.055	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	87.887	173.228	266.066	359.719	366.686

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	233.221	465.056	700.771	945.453	
b) Rustoorden voor bejaarden	208.197	413.629	623.096	837.404	
c) Dagverzorgingscentra	3.092	6.023	9.317	12.772	
d) Loonharmonisering personeel RVT	81.467	142.363	203.315	264.298	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	156	156	193	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	0	
Totaal	528.272	1.029.522	1.538.950	2.062.415	2.102.965
17. Einde loopbaan	29.604	45.952	62.409	78.936	63.041
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.424	41.855	63.480	85.882	93.987
b) Initiatieven van beschut wonen	8.791	17.462	26.523	35.732	42.873
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	473	961	1.490	1.986	2.109
Totaal	30.688	60.278	91.493	123.600	138.969
19. Revalidatie en herscholing	107.207	219.697	327.324	446.290	481.477
20. Bijzonder Fonds	4.156	5.735	6.705	11.255	14.412
21. Logopedie	16.546	34.028	47.472	65.076	68.226
22. Medisch-pediatische centra	3	3	3	3	40
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Regularisaties + Herfacturatie	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) Fiscale MAF	-353	-755	-1.186	-1.409	
Totale Maximumfactuur	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Chronische zieken	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Palliatieve zorgen	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	106	202	319	467	405
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Therapeutische projecten	226	421	564	783	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Geïnterneerden	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Tabaksontwenning	1	1	2	50	3.390
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	107	1.956	1.956	2.016	2.888
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	99.730

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	0	0	234	676	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39. MS/ALS/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.285
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	0
44. Diversen	1.143	2.264	2.571	7.422	56.388
- Affectatie toekomstfonds					299.852
- Gereserveerde bedragen 2009					-119.537
- Saldo					0
Totaal	0	0	0	0	180.315
Algemeen totaal	5.536.217	11.010.885	16.411.050	22.123.421	23.084.470

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheelkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.531	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.295	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Rustoorden voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Einde loopbaan	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatieven van beschut wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	0
45. Sociaal akkoord	0	0	0	0	0
46. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545		
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823		
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.380		
d) Speciale verstrekkingen	295.200	599.227	893.804		
e) Heelkunde	267.290	539.713	796.219		
f) Gynaecologie	22.858	45.751	69.424		
g) Toezicht	91.284	184.835	275.739		
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180	3.180	9.076		
i) Forfait medisch dossier	0	0	0		
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471		
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0		
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243		
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709		
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393		
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	0	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347		797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121		13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	388.851	579.468	0	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.091.498	2.187.393	3.261.026		4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	269.534	542.800	831.253		1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.639	11.295	21.384		20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864		585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922		261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789		677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749		30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462		45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514		15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104		5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247		213.069
Vervoer	0	0	0		238
Totaal	1.268.530	2.572.585	3.877.351	0	5.334.146
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599		7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713		149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633		140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077		106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0		0
Totaal dialyse	94.125	188.558	288.423	0	396.291

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122	580.949	881.187		
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883	427.173	643.341		
c) Dagverzorgingscentra	3.773	7.677	11.739		
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257	144.467	215.585		
e) Syndicale premie	2.341	2.341	4.293		
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048	7.309	10.449		
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0		
Totaal	604.424	1.169.916	1.766.594	0	2.367.070
17. Einde loopbaan	34.469	55.688	76.854		97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934	46.475	72.101		106.370
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268	18.349	27.933		41.201
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590	1.260	1.919		2.634
Totaal	32.792	66.084	101.953	0	150.205
19. Revalidatie en herscholing	115.340	243.652	363.792		561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952		17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007		72.903
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0		0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549		25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691		-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499		379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0		
Totale Maximumfactuur	125.352	160.709	223.499	0	379.760
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409		96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592		12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483		20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055		8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397		526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318		568
b) COMA	119	247	373		783
c) Therapeutische projecten	134	263	407		1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	735	1.098	0	2.686
32. Geïnterneerden	4.889	5.070	14.431		32.620
33. Tabaksontwenning	224	430	629		2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58	1.248	1.713		3.828

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0		50.000
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000		3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0		0
38. Medische huizen	19.498	41.040	62.988		84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888		8.563
40. Chronische zieken extra	0	0	0		9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0		0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0		0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0		12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0		2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964		17.930
46. Diversen	1.297	1.480	2.745		30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0	0	0	0	1.148.607
Algemeen totaal	5.992.611	11.919.595	17.834.531	0	25.869.336

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Medische beeldvorming	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Speciale verstrekkingen	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Heelkunde	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynaecologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Toezicht	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accreditering geneesheren	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait medisch dossier	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait Telematica	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Impulsfonds	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	263,2	105,0	26,4
Totaal geneesheren	6,1	6,6	6,9	8,2
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accreditering	250,0	100,0	7,1	7,5
Totaal tandheelkundigen	4,5	5,0	4,2	3,1
3. Farmaceutische verstrekkingen	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	11,6	11,6	6,7	7,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Verzorging door opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Verzorging door audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Verpleegdagprijs	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	1,0	1,4	2,1	2,6
Totaal	-0,6	-0,1	1,2	2,7
14. Militair hospitaal - all-in prijs	39,5	-49,8	-10,3	-19,7
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,7	2,3	1,0	2,8
b) Forfait nierdialyse	2,9	2,5	0,3	1,8
c) Thuis, in een centrum	6,6	8,3	2,8	5,1
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	4,2	4,0	1,2	3,1

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in % - vervolg				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	14,9	11,7	11,0	10,6
b) Rustoordelen voor bejaarden	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Dagverzorgingscentra	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	8,3	6,5	6,8	6,8
17. Einde loopbaan	17,8	17,7	16,9	16,5
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	1,2	0,0	0,8	1,2
b) Initiatieven van beschut wonen	7,8	4,8	2,7	2,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,3	12,9	12,6	13,1
Totaal	3,3	1,6	1,5	1,6
19. Revalidatie en herscholing	5,5	5,8	6,1	6,4
20. Bijzonder Fonds	-3,2	43,3	51,6	68,8
21. Logopedie	9,3	8,5	8,2	7,6
22. Medisch-pediatrie centra	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	83,5	71,1	49,3	39,3
24. Regularisaties + Herfacturatie	321,0	47,2	31,9	20,1
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,4	19,0	12,7	6,8
b) Fiscale MAF	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totale Maximumfactuur	29,9	19,6	13,4	7,3
26. Chronische zieken	19,5	9,7	5,5	6,4
27. Palliatieve zorgen	3,1	3,0	6,5	3,1
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,2	6,3	6,0	5,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-12,7	-3,4	14,5	-3,6
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,8	19,8	20,1	10,9
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-30,3	-12,8	-13,7	-9,0
b) COMA	5,4	1,6	3,3	-1,6
c) Therapeutische projecten	-48,7	-48,9	-31,7	-29,4
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-30,7	-26,0	-17,0	-16,3

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in % - vervolg				
Omschrijving	2010.1 2009.1	2010.2 2009.2	2010.3 2009.3	2010.4 2009.4
32. Geïnterneerden	13.547,7	298,6	29,9	37,4
33. Tabaksonwenning	11.700,0	27.300,0	21.250,0	1.122,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-14,5	-2,7	-3,1
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	1.182,1	343,8
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	13,8	12,8	10,4	11,2
39. MS/ALS/Huntington	0,0	61,1	93,5	78,9
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Diversen	-63,8	-17,3	-11,0	31,9
Algemeen totaal	3,7	3,2	3,2	3,2

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,4	-4,1		-100,0
b) Medische beeldvorming	-0,7	0,7	3,1	-100,0
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	5,5	5,0	3,4	-100,0
d) Speciale verstrekkingen	0,8	2,1	2,8	-100,0
e) Heelkunde	4,3	5,2	4,3	-100,0
f) Gynaecologie	2,9	3,2	4,1	-100,0
g) Toezicht	0,3	3,4	3,5	-100,0
h) Forfait accreditering geneesheren	11,3	11,2	4,3	-100,0
i) Forfait medisch dossier	0,0		0,0	0,0
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	-100,0
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0		0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	73,4	130,8	-100,0
m) Impulsfonds	-31,4	-14,3	7,9	-100,0
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	-100,0
Totaal geneesheren	0,3	2,5	3,2	-100,0
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	2,0	2,0	-100,0
b) Forfait accreditering	0,0	-14,3	13,3	-100,0
Totaal tandheelkundigen	3,9	2,0	2,3	-100,0
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,0	4,0	3,7	-100,0
4. Honoraria van verpleegkundigen	4,9	3,6	5,6	-100,0
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	14,8	21,8	15,0	-100,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	6,5	5,1	4,9	-100,0
7. Verzorging door bandagisten	8,7	7,5	6,1	-100,0
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	7,2	6,3	-100,0
10. Verzorging door opticiens	7,7	2,6	1,8	-100,0
11. Verzorging door audiciens	4,6	10,2	8,2	-100,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	8,2	8,8	-100,0
13. Verpleegdagprijs	8,4	8,8	8,4	-100,0
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	10,1	10,4	-100,0
Vervoer	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal	8,4	8,9	8,4	-100,0
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	148,9	47,3	-100,0

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	5,4	6,5	-100,0
b) Forfait nierdialyse	2,5	4,0	7,0	-100,0
c) Thuis, in een centrum	2,2	4,6	7,9	-100,0
d) Nachtdialyse	0,0		0,0	0,0
Totaal dialyse	2,8	4,7	7,1	-100,0
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	11,8	13,3	-100,0
b) Rustoorden voor bejaarden	2,7	2,2	2,6	-100,0
c) Dagverzorgingscentra	9,1	13,1	14,5	-100,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-3,5	-0,1	-100,0
e) Syndicale premie	2,0	2,0	87,1	-100,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	-100,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0		-100,0	
Totaal	5,6	6,7	7,4	-100,0
17. Einde loopbaan	-1,2	3,0	5,3	-100,0
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	11,1	12,7	-100,0
b) Initiatieven van beschut wonen	-2,2	0,2	2,5	-100,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	16,1	14,4	-100,0
Totaal	3,4	7,9	9,8	-100,0
19. Revalidatie en herscholing	2,0	4,8	4,8	-100,0
20. Bijzonder Fonds	33,4	3,2	-2,1	-100,0
21. Logopedie	8,3	7,1	7,1	-100,0
22. Medisch-pediatrische centra	0,0		0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,2	17,7	16,1	-100,0
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,7	-15,3	-15,9	-100,0
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,7	-7,3	0,1	-100,0
b) Fiscale MAF	0,0		0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	3,7	-7,3	0,1	-100,0
26. Chronische zieken	0,8	0,2	-0,2	-100,0
27. Palliatieve zorgen	3,4	6,9	6,6	-100,0

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	2,5	2,1	-100,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-3,5	-8,4	-100,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-2,9	3,7	-100,0
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	-100,0
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	-100,0
c) Therapeutische projecten	15,5	22,3	5,7	-100,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	12,6	6,8	-100,0
32. Geïnterneerden	-44,9	-63,1	-26,8	-100,0
33. Tabaksontwenning	89,8	56,9	47,3	-100,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0,0	-25,4	-10,0	0,0
35. Stabiliteitsprovisie			0,0	
36. Fonds verslaving	109,6	0,0	0,0	-100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0		0,0	0,0
38. Medische huizen	11,4	14,2	17,1	-100,0
39. MS/ALS/Huntington	29,8	33,1	29,4	-100,0
40. Chronische ziekten extra	0,0		0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0		0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0		0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0		0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0			
45. Sociaal akkoord	0,0			
46. Diversen	213,3	-21,0	19,9	-100,0
Algemeen totaal	4,3	4,9	5,4	-100,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Medische beeldvorming	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Speciale verstrekkingen	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Heelkunde	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Gynaecologie	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Toezicht	0,0	0,0	0,0	0,0
h) Forfait accreditering geneesheren	0,0	0,0	0,0	0,0
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	0,0	0,0	0,0	0,0
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	0,0	0,0	0,0	0,0
m) Impulsfonds	0,0	0,0	0,0	0,0
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal geneesheren	24,1	48,7	72,3	0,0
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	24,9	48,8	71,0	0,0
b) Forfait accreditering	0,1	0,1	99,4	0,0
Totaal tandheelkundigen	24,5	48,0	71,5	0,0
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,4	50,9	75,9	0,0
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,9	48,1	73,7	0,0
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	53,2	56,5	106,9	0,0
6. Verzorging door kinesitherapeuten	27,2	54,0	78,2	0,0
7. Verzorging door bandagisten	22,6	47,1	70,8	0,0
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	20,3	40,3	59,8	0,0
10. Verzorging door opticiens	21,9	41,2	59,0	0,0
11. Verzorging door audiciens	26,0	52,3	77,1	0,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,4	47,9	73,2	0,0
13. Verpleegdagprijs	23,8	48,1	72,5	0,0
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,4	50,3	76,1	0,0
Vervoer	0,0	0,0	0,0	
Totaal	23,8	48,2	72,7	0,0
14. Militair hospitaal - all-in prijs	29,7	67,9	99,1	0,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
15. Dialyse	0,0		0,0	0,0
a) Geneesheren	23,8	47,7	72,7	0,0
b) Forfait nierdialyse	23,3	46,8	71,8	0,0
c) Thuis, in een centrum	24,2	48,3	74,3	0,0
d) Nachtdialyse	0,0		0,0	0,0
Totaal dialyse	23,8	47,6	72,8	0,0
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Rust- en verzorgingstehuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Rustoorden voor bejaarden	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	25,5	49,4	74,6	0,0
17. Einde loopbaan	35,5	57,3	79,1	0,0
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,6	43,7	67,8	0,0
b) Initiatieven van beschut wonen	22,5	44,5	67,8	0,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	22,4	47,8	72,9	0,0
Totaal	21,8	44,0	67,9	0,0
19. Revalidatie en herscholing	20,5	43,4	64,8	0,0
20. Bijzonder Fonds	30,4	48,1	56,4	0,0
21. Logopedie	26,9	54,3	75,5	0,0
22. Medisch-pediatische centra	0,0		0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	29,3	55,3	83,2	0,0
24. Regularisaties + Herfacturatie	56,7	92,5	119,3	0,0
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	33,0	42,3	58,9	0,0
b) Fiscale MAF	0,0		0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	33,0	42,3	58,9	0,0
26. Chronische zieken	21,4	36,8	57,2	0,0
27. Palliatieve zorgen	28,7	61,7	85,3	0,0
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	16,2	31,6	47,2	0,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	13,4	28,8	45,2	0,0

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2011 in de doelstelling 2011 - vervolg

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	23,0	44,7	75,5	0,0
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	22,4	39,6	56,0	0,0
b) COMA	15,2	31,5	47,6	0,0
c) Therapeutische projecten	10,0	19,7	30,5	0,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	14,1	27,4	40,9	0,0
32. Geïnterneerden	15,0	15,5	44,2	0,0
33. Tabaksontwenning	8,8	17,0	24,8	0,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,5	32,6	44,7	0,0
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0		0,0	0,0
38. Medische huizen	23,0	48,3	74,2	0,0
39. MS/ALS/Huntington	16,4	37,8	57,1	0,0
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten			0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie			0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	0,0	0,0	44,4	0,0
46. Diversen	4,2	4,8	8,9	0,0
Algemeen totaal	23,2	46,1	68,9	0,0

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	December 2010 (1)	Maart 2011 (2)	Juni 2011 (3)	September 2011 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-2,94	-7,30	-7,93	-4,33
b) Medische beeldvorming	-0,35	-1,97	-1,25	1,58
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	-0,09	0,79	1,57	0,88
d) Speciale verstrekkingen	2,69	2,21	2,26	2,94
e) Heelkunde	3,18	3,29	4,71	4,19
f) Gynaecologie	0,32	0,72	2,10	3,83
g) Toezicht	3,73	2,10	3,60	3,57
h) Forfait accreditering geneesheren	-9,88	0,65	45,09	3,07
i) Forfait medisch dossier	-100,00			
j) Forfait Telematica	6,56	7,14	-1,69	2,78
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-16,12	-52,66	5,53	78,06
m) Impulsfonds	-13,46	-14,40	-12,75	16,15
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	26,41	9,60	5,09	13,63
Totaal geneesheren	0,43	-0,81	0,15	1,53
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	2,99	2,86	1,48	1,46
b) Forfait accreditering	7,53	7,48	7,45	13,60
Totaal tandheekkundigen	3,05	2,93	1,56	1,65
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,14	4,09	4,41	4,00
4. Honoraria van verpleegkundigen	6,40	5,55	4,60	5,96
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	7,02	8,86	12,42	15,28
6. Verzorging door kinesitherapeuten	5,64	5,26	4,67	4,43
7. Verzorging door bandagisten	11,19	10,74	9,53	7,56
8. Verzorging door orthopedisten	5,23	6,36	5,14	3,25
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	6,24	6,67	7,88	6,57
10. Verzorging door opticiens	1,10	2,87	1,19	0,65
11. Verzorging door audiciens	11,91	7,49	9,07	8,29
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,19	8,28	6,47	8,05
13. Verpleegdagprijs	2,68	4,95	7,22	8,09
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	2,61	4,49	6,91	8,70
Vervoer				
Totaal	2,68	4,93	7,20	8,12

(1) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)
(2) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)
(3) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)
(4) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

Omschrijving	December 2010 (1)	Maart 2011 (2)	Juni 2011 (3)	September 2011 (4)
14 Militair hospitaal - all-in prijs	-19,69	-13,03	57,62	18,36
15. Dialyse				
a) Geneesheren	2,77	2,71	4,32	6,86
b) Forfait nierdialyse	1,84	1,75	2,59	6,83
c) Thuis, in een centrum	5,15	4,05	3,44	8,90
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	3,08	2,74	3,47	7,40
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,56	9,50	10,70	12,40
b) Rustoorden voor bejaarden	1,06	0,94	1,66	2,58
c) Dagverzorgingscentra	8,39	7,78	8,83	11,87
d) Loonharmonisering personeel RVT	6,64	3,30	1,85	1,75
e) Syndicale premie	0,00	2,00	2,00	87,06
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	6.641,97	4.578,27	8.807,96	13,23
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	6,82	6,12	6,94	7,28
17. Einde loopbaan	16,49	8,70	7,46	7,12
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	1,15	2,30	6,58	10,00
b) Initiatieven van beschut wonen	2,05	-0,43	-0,18	1,88
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	13,14	10,86	14,79	14,54
Totaal	1,60	1,64	4,73	7,71
19. Revalidatie en herscholing	6,35	5,46	5,80	5,37
20. Bijzonder Fonds	68,77	82,85	4,16	27,65
21. Logopedie	7,64	7,40	6,93	6,89
22. Medisch-pediatrie centra	-100,00			
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	39,32	27,86	18,85	17,07
24. Regularisaties + Herfacturatie	20,10	-18,32	-12,12	-15,03
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	6,78	-0,68	-5,86	-1,29
b) Fiscale MAF	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
Totale Maximumfactuur	7,27	-0,37	-5,67	-1,23

(1) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)

(2) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)

(3) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)

(4) September 2011 = (9 eerste maanden; 2011 + 3 laatste 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	December 2010 (1)	Maart 2011 (2)	Juni 2011 (3)	September 2011 (4)
26. Chronische zieken	6,41	2,32	2,49	2,58
27. Palliatieve zorgen	3,07	3,17	5,79	3,30
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	5,07	3,48	3,14	2,13
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-3,60	-4,09	-3,68	-17,95
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	10,92	4,50	0,79	0,19
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-8,98	11,81	7,24	15,08
b) COMA	-1,62	-2,61	-2,62	-3,76
c) Therapeutische projecten	-29,37	-15,16	4,16	-4,80
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-16,34	-4,69	2,63	0,41
32. Geïnterneerden	37,45	-8,16	-24,60	0,27
33. Tabaksontwenning	1.122,00	329,34	137,46	71,16
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-3,08	5,40	-11,77	-10,14
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	343,79	116,85	-18,39	-12,84
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	11,93	10,70	19,06	16,27
39. MS/ALS/Huntington	78,92	37,90	56,57	32,93
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	31,89	59,45	33,64	43,49
Algemeen totaal	3,16	3,33	4,00	4,81
(1) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				
(2) Maart 2011 = (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010) / (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009)				
(3) Juni 2011 = (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010) / (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009)				
(4) September 2011 = (9 eerste maande; 2011 + 3 laatste 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				

II. Evolutie van het aantal zorgverleners per 31 december

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Geneesheren							
- Algemeen geneeskundigen	18 216	18 027	17 933	17 908	17 985	18 026	18 070
- Geneesheren-specialisten	23 960	24 399	24 906	25 304	25 710	22 768	26 995
Apothekers	11 882	12 109	12 305	12 602	12 892	13 199	13 546
Tandheekundigen	8 655	8 714	8 643	8 668	8 681	8 822	8 880
Vroedvrouwen	5 300	5 467	5 505	5 592	5 640	5 897	6 203
Verpleegkundigen	64 191	65 952	62 700	64 756	67 374	68 160	70 828
Kinesitherapeuten	24 958	25 406	25 693	26 124	26 518	27 059	27 672
Logopedisten	4 252	4 148	4 465	4 856	5 225	5 671	6 140
Orthoptisten	89	94	93	100	104	107	109
Orthopedisten	434	454	475	482	504	514	552
Bandagisten	7 533	7 786	7 918	8 039	8 278	8 411	8 511
Bandagisten (implantaten)	888	906	920	930	961	1 008	1 020
Opticiens	3 326	3 255	3 263	3 320	3 374	3 457	3 530
Audiciens	1 085	1 107	1 137	1 177	692	773	847
Apothekers-biologen	593	598	595	603	609	616	623

7^e Deel
Bibliografie

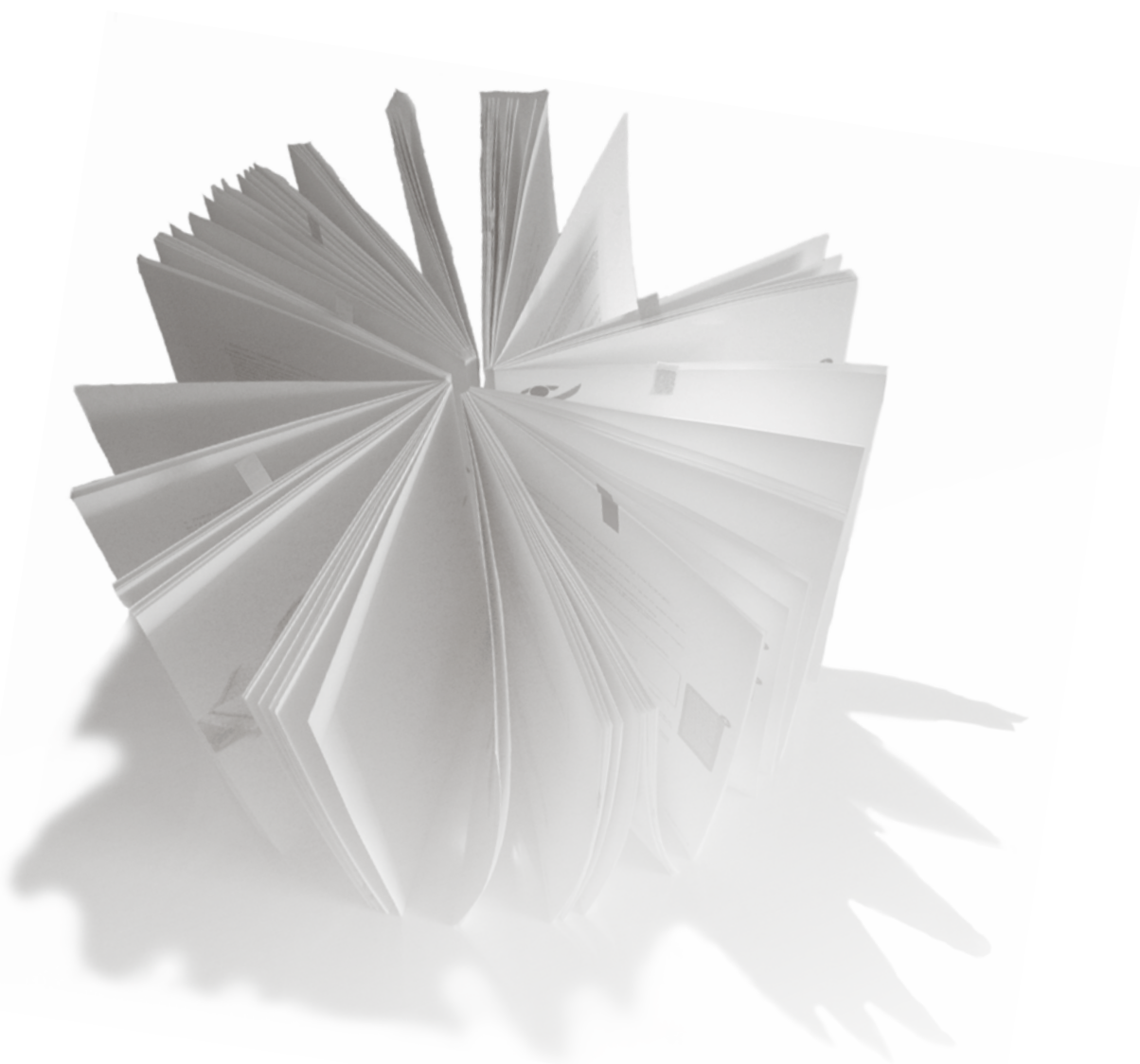


Vade Mecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België – ed. 2012 ¹

De sociale zekerheid ondergaat voortdurend veranderingen. Sommige moeten de burgers meer welzijn verschaffen, terwijl andere in de eerste plaats de financiële duurzaamheid van het stelsel voor ogen hebben. Hieruit volgt een snelle evolutie die vanuit verschillende invalshoeken kan benaderd worden. Hoe kan men dit echter beter illustreren dan met cijfers? De ontvangsten, de uitgaven, het aantal personen die bijdragen betalen en die uitkeringen ontvangen zijn kenmerkend voor de omvang van de bestaande voorzieningen van sociale bescherming en geven in zekere mate ook een beeld van deze voorzieningen weer. De evolutie van deze gegevens is dan ook de weerspiegeling van verschillende bewegingen, op gang gebracht door drie soorten drijfkrachten : de wijzigingen aangebracht door de wetgever om het toepassingsgebied van de verschillende voorzieningen aan te passen, de inwendige krachten binnen de deelsectoren van de sociale bescherming zelf, die het resultaat zijn van bijvoorbeeld veranderingen in de leeftijdsstructuur van de rechthebbenden, en ten slotte de externe invloedfactoren zoals de economische achtergrond. De cijfers zijn de weerspiegeling van de evolutie van het systeem waaruit ze voortkomen. Deze publicatie heeft tot doel enkele beelden te tonen, die gekozen zijn uit al degene die weergegeven zouden kunnen worden, die dan een draagbaar (vandaar de benaming “vade mecum”) panoramisch overzicht van de sociale bescherming in België geven. Ze is niet enkel bedoeld voor beleidsverantwoordelijken en de intelligentsia van het land, maar ook voor iedereen die geïnteresseerd is in het onderwerp en die op zoek is naar globale of op één sector gerichte informatie.

1. Gebruikmakend van de hedendaagse mediamogelijkheden en in het kader van een duurzame ontwikkeling wordt u het Vade Mecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België in elektronische vorm aangeboden. De nieuwe editie van het Vade Mecum – periode 2006-2012 is momenteel beschikbaar op de webpagina <http://socialsecurity.fgov.be/nl/nieuws-publicaties/publicaties.htm> waar ze geraadgpleegd en gratis kan gedownload worden.

8^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2012 (in EUR)

1. Informatieblad

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 30,00



Het informatieblad is ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

2. Samengeordende GVVU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 3,00
Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 3,00

a. Wet van 14 juli 1994

Brochure 31,00
Bijwerkingen 2012 15,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2012 Losbladig 46,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 9,00
Bijwerkingen 2012 10,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2012 Losbladig 19,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 4,00
Bijwerkingen 2012 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2012 Losbladig 10,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 8,00
Bijwerkingen 2012 7,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2012 Losbladig 15,00

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure	34,00
Bijwerkingen 2012	15,00
Basistekst ² + bijwerkingen 2012 Losbladig	49,00

f. Diverse koninklijke besluiten (o.a. uitkeringen zelfstandigen, controle, betwiste zaken)

Brochure	5,00
Bijwerkingen 2012	6,00
Basistekst ² + bijwerkingen 2012 Losbladig	11,00

g. Voornoemde samengeordende GVVU-teksten (a tot en met f)

Basistekst ² + bijwerkingen 2012 Losbladig	145,00
Bijwerkingen 2012	35,00

h. Voornoemde samengeordende GVVU-teksten (c tot en met e)

Basistekst ² + bijwerkingen 2012 Losbladig	72,00
Bijwerkingen 2012	26,00



Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF-formaat met name:

- wet van 14 juli 1994
- koninklijk besluit van 3 juli 1996
- verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003
- verordening uitkeringen van 16 april 1997.

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ² + bijwerkingen 2012.....Losbladig	60,00
Bijwerkingen 2012	40,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ² + bijwerkingen 2012 Losbladig	45,00
Bijwerkingen 2012	8,00



De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen.

2. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

Omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt.

Per blad	0,12
Abonnement ³	Provisie van 50,00
Index 1964-2010	Brochure 20,00
CD-Rom	5,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GVU

Basistekst ⁴ + bijwerkingen 2012	Losbladig 48,00
Bijwerkingen 2012	gratis

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV..... gratis

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure gratis

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder gratis

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder gratis

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Uitgave juli 2010 gratis

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten gratis

g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Door J. Engels (449 blz.) 12,50




De publicaties vermeld onder 5 (a tot d) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.


De contactgegevens van de ziekenfondsen die in het Repertorium zijn opgenomen zijn ook beschikbaar op de website, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen.

3. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2012.

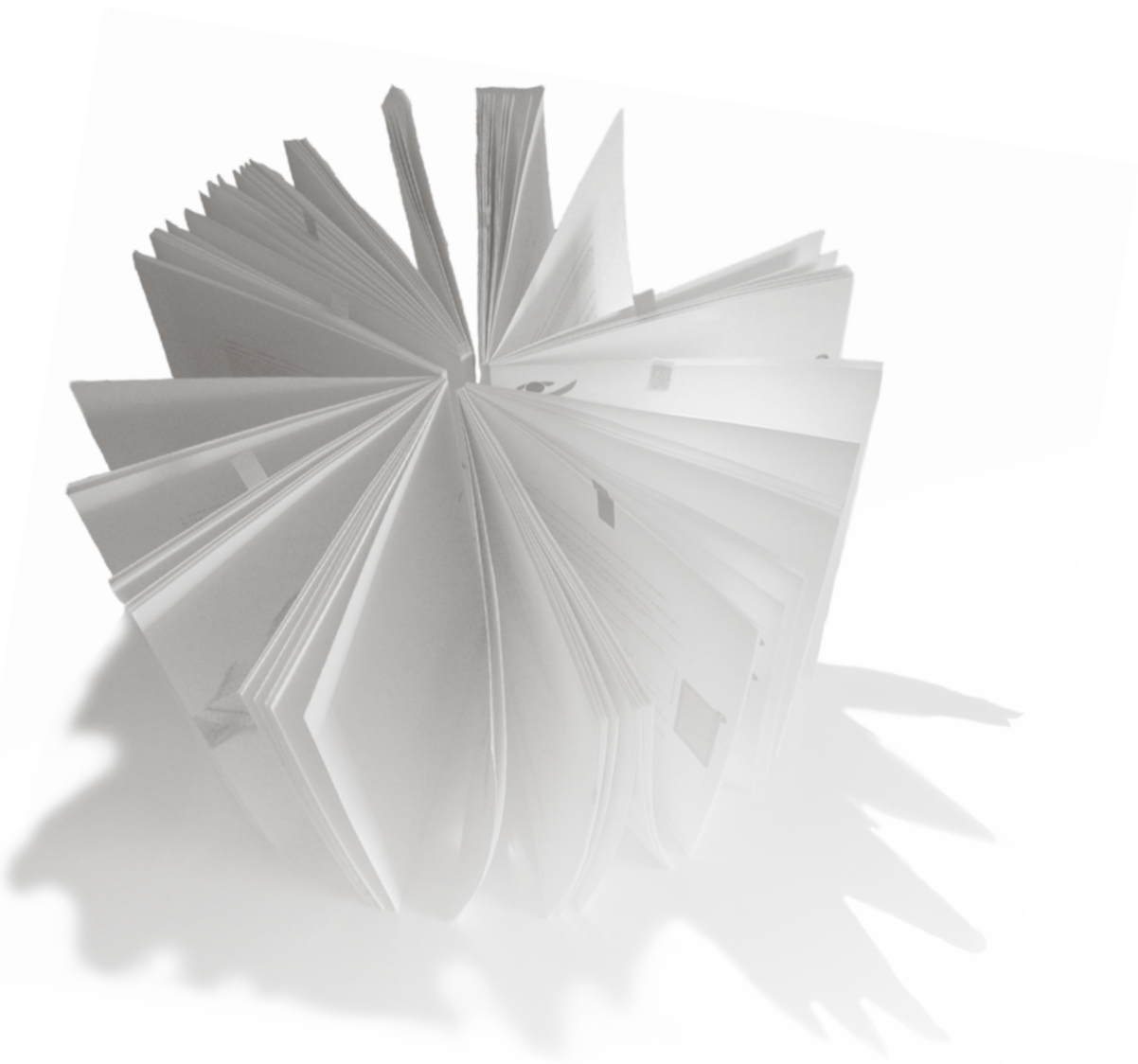
4. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

 Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4 en 5.e	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 76 70, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be

 De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. BE 84 6790 2621 5359 – PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

Inhoud jaar 2011



1^e Deel - Studiën¹

De vreemdeling als gerechtigde binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, door P. Breyne	6
De bijdrageverplichting binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, door E. Provoost	154
Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen – ontwikkelingen 2006-2011, door L.Verbruggen en W. Vandamme	282
De accreditatie, door M.-F. Van Impe	412

2^e Deel - Evolutie van de wetgeving

Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 4^{de} trimester 2010 ○ 1^e trimester 2011 ○ 2^{de} trimester 2011 ○ 3^{de} trimester 2011 	56 164 310 442

3^e Deel - Rechtspraak

Grondwettelijk Hof

Grondwettelijk Hof, Arrest nr. 51/2011 van 6 april 2011 B.W. art. 2277 <i>bis</i> Wet van 14/7/1994, artikel 174 Verzorgingsinstellingen – Vordering ten aanzien van de patiënt – Verjaring – Stuiting – Geen verschil in behandeling – Vordering verzekeringsinstellingen	85
---	----

Grondwettelijk Hof, arrest nr. 114/2011 van 23 juni 2011 Wet van 06 januari 1989, artikel 2 Wet van 14 juli 1994, artikelen 51 en 73 Akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen – Bevorderen van het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen – Rechtsgrondslag – Gebrek aan belang	193
---	-----

Raad van State

Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, arrest nr. 209.282 van 29 november 2010 Gerechtelijk Wetboek, artikelen 2, 828 en volgende Wet van 14 juli 1994, artikel 145 Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Wijze waarop de leden worden voorgedragen – Rechtsprekende functie – Onpartijdigheid	74
---	----

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

Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, arrest nr. 211.299 van 16 februari 2011 Gerechtelijk Wetboek, artikel 828 Wet van 14 juli 1994, artikelen 142-143, 146 en 154-155 Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Adviserend geneesheren – Onpartijdigheid - Rechtsprekende functie	76
Raad van State, arrest nr. 211.893 van 10 maart 2011 Wet van 14.7.1994, artikel 56ter Referentiebedragen – Beslissing RIZIV – Administratief beroep verzekeringscomité – Onontvankelijk beroep	85
Raad van State, arrest nr. 214.501 van 7 juli 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 36 <i>duodecies</i> K.B. van 12 augustus 2008 Huisartsen – Samenwerkingsverband – Impulsfonds – Geen schending van het gelijkheidsbeginsel noch van het zorgvuldigheidsbeginsel	322
Hof van Cassatie	
Hof van Cassatie van 14 februari 2011 Gerechtelijk Wetboek, artikel 1138, 2° Principe van de autonomie van de partijen – Verbod om ultra petita te beslissen – Van openbare orde	90
Hof van Cassatie van 16 mei 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 136 § 2, lid 4 en 6 en artikel 170, e) Schending van informatieplicht – Burgerrechtelijke aansprakelijkheid – Subrogatie – Terugvordering	324
Arbeidshof	
Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, van 13 januari 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 K.B. van 10 januari 1969, artikel 2, 1° en 6° Bevoegdheid Arbeidsrechtbank – Sanctie verzekerde – Strafrechtelijke procedure – Geen gezag van gewijsde	198
Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Antwerpen, 8 maart 2011 Ger.Wb, art. 1022 – K.B. van 3 juli 1996, artikel 122, § 3 en 147, § 3 Woon- en zorgcentrum – Forfaitaire tegemoetkoming – Betwisting afhankelijkheids categorie – Niet in geld evalueerbaar geschil – Rechtsplegingsvergoeding	94
Arbeidshof van Luik, 10 maart 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Voorafgaande toestand – Verergering van de letsels – Beroepsgroep	92
Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 3 juni 2011 Grondwet, artikel 159 Wet van 14 juli 1994, artikel 69 § 4 Financiering rustoorden – Wijzigingsbepaling – Wettigheid van bestuurshandelingen – Algemeen belang – Begrotingsmaatregel – Geen schending	332

Arbeidshof van Bergen van 13 juli 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Categorie beroepen – Deskundigenonderzoek – Elementen vreemd aan de gezondheidstoestand – Afwijken van deskundigenverslag	197
Arbeidshof van Bergen, 13 oktober 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid -Criteria – Beroepencategorie	325
Arbeidshof van Luik, 14 oktober 2011 Koninklijk besluit van 14 september 1984, artikel 14, d) Nomenclatuur – Gastric bypass - Voorwaarden - Leeftijd – Van openbare orde	329
Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, 20 oktober 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid –Beroepencategorie – Uitsluiting van zware arbeid	327
Arbeidshof van Brussel, 5 januari 2012 Gerechtigd Wetboek, artikel 772 – Heropening der debatten Artikel 191, 1, 15° lid <i>quater</i> , en 15° lid <i>quinquies</i> - Heffingen op de farmaceutische specialiteiten. Art. 107 EU-Verdrag – Verboden staatssteun	461
Arbeidshof van Brussel, 5 januari 2012 Programmawet van 2 januari 2001, artikelen 57 tot 59 – Financiële tegemoetkomingen waarin is voorzien bij koninklijk besluit van 1 oktober 2002	470
Arbeidshof van Gent, afdeling Brugge, 13 januari 2012 Artikel 100 van de gecoördineerde wet – Beslissing einde arbeidsongeschiktheid – Motiveringsplicht Gerechtigd Wetboek, artikel 1068 – Hoger beroep – Partijautonomie	483
Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 19 januari 2012 K.B. van 3 juli 1996, artikel 142 § 2 en 144 – Revalidatieovereenkomst betreffende implanteerbare hartdefibrillatoren – Termijn voor de indiening van de aanvraag tot tussenkomst	477
Arbeidshof van Luik, 23 januari 2012 Gerechtigd Wetboek, artikel 972 – Deskundigenonderzoek – Opportuniteit	481
Arbeidshof van Bergen, 1 februari 2012 Burgerlijk Wetboek, artikel 1315 en Gerechtigd Wetboek, artikel 870 – Bewijslast Burgerlijk Wetboek, artikel 1382 – Burgerlijke aansprakelijkheid van de overheid in het kader van de uitvoering van haar wettelijke opdrachten	454
Arbeidsrechtbank	
Arbeidsrechtbank van Brussel, 13 januari 2012 ROB – K.B. van 17 augustus 2007 – Terugwerkende kracht – Lopende zaken – Aansprakelijkheid van de overheid	486
Kroniek van rechtspraak van de Raad van State (1995-2010)	174

4^e Deel – Parlementaire vragen en antwoorden

Ziekte van Huntington Chronisch zieken – Zorgforfait – Verhoogde tegemoetkoming – Maximumfactuur	98
Invaliditeit Socio-professioneel re-integratiebeleid	100
Uitkeringsverzekering Gedeeltelijke werkhervatting – Verschillende behandeling loontrekkenden en zelfstandigen – Cijfers voor 2009 en 2010	102
Uitkeringen Invaliditeit per ziektegroep – Evolutie – Verklaring	204
Geneesmiddelen Uitgaven – Maatregelen ter controle	208
Geneesmiddelen Verbruik – Andere Europese landen – Maatregelen ter controle	210
Uitkeringen Fraude – Aanpak – Nederlands handhavingsprogramma – Situatie in België	213
Geneesmiddelen Goedkope geneesmiddelen – Verbruik – Eventuele bijwerkingen	219
Huisartsgeneeskunde Impulsfondsen – Impulseo I, II en III	342
Informatisering gezondheidszorg SIS-kaart – Vervanging door elektronische identiteitskaart	344
Publiciteit voor medische diensten Regelgeving	346
Fraudebestrijding Maatregelen	349
Rookstopbegeleiding Forfaitaire tegemoetkomingen	494
e-Health Uitwisseling gezondheidsgegevens – Hub – en metahubproject – Stand van zaken	496
Hospitalisatie en palliatieve zorgen Evolutie kosten per gewest	498

5^e Deel - Richtlijnen van het RIZIV

Verlenging rechten arbeidsongeschikte zelfstandigen	108
---	-----

De personele werkingssfeer van de Europese regelgeving inzake sociale zekerheid na de inwerkingtreding van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels	222
Sociaal statuut van niet beschermde lokale mandatarissen	225
Regularisatieprocedure in geval van een niet-toegelaten werkhervatting door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde	354

6^e Deel - Basisgegevens

VT-statuut. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de recht-hebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (artikel 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) vanaf 1 mei 2011, 1 september 2011 en 1 januari 2012	110, 362 en 503
Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3de lid van het K.B. van 03.07.1996). Residenten, indexatie en jaarlijks gemiddelde	110 en 506
Personen ten laste – Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	112 en 508
Een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid Algemene regeling en regeling der zelfstandigen	113
Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2011 Berekening van de aanvullende bijdrage	113
Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex Invoering van een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid	232
Herwaardering van de uitkeringen op 1 september 2011	362
Aanpassing van de tabel IV die als bijlage van de omzendbrief in verband met de aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex wordt opgegeven: werkloosheidsuitkeringen, wachttuitkeringen en overbruggingsuitkeringen	369
Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer invoeren (art. 224 § 3)	371
Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage vanaf 1 januari 2012	502
Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2012	504
Maximumfactuur – Vaststelling van het inkomen voor het dienstjaar 2012	506
Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk – Aanpassing van de inkomensschijven die van toepassing zijn in het kader van een door de adviserend geneesheer toegelaten werkhervatting – Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld, door het aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB)	509

Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen	116, 249 en 372
---	-----------------

7^e Deel - Statistieken

Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging :

Jaar 2010	120
1 ^{ste} trimester 2011	252
1 ^e semester 2011	376
3 ^e trimester 2011	516
Evolutie van het aantal zorgverleners	537

8^e Deel - Bibliografie

Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011(Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011)	142
Gezondheidszorg in een notedop (Les soins de santé en bref)	398
Vade Mecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België – Editie 2012	540

9^e Deel - Prijzen

Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2011 en 2012	144, 274, 400 en 542
--	----------------------

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
Mevr. Marie de Ghellinck
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Florence Garet
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Muriel Marcq
Mevr. Liesbeth Verbruggen
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 30 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
BIC : PCHQ BEBB
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponibile en français

ISSN 0046-9726

