

Inhoud

1 ^e Deel - Studies ¹	303
Sociale controle in de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het licht van het nieuwe sociaal strafwetboek Door Gorik COOLS	304
2 ^e Deel - Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	337
2 ^{de} trimester 2012	338
3 ^e Deel - Rechtspraak	351
I. Grondwettelijk Hof, 24 mei 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174 – Handvest van de sociaal verzekerde, artikel 17 – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag	352
II. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, arrest nr. 220.619, 17 september 2012 Gerechtelijk wetboek, artikel 828 – Wet van 14 juli 1994, artikelen 140, 142, 144, 145, 146 en 191 – Evaluatie en controle – Kamer van Beroep – Adviserend geneesheren – Onpartijdigheid – Jurisdictionele functie	357
III. Arbeidshof van Bergen, 13 september 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Arbeidsongeschiktheid – Stopzetting van de activiteiten	361
IV. Arbeidshof van Bergen, 17 oktober 2012 Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, artikelen 101 en 102 – Arbeidsongeschiktheid – Niet toegestane hervatting	367
V. Rechtbank van eerste aanleg te Brussel, 1 oktober 2012 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, art. 35 <i>bis</i> – Terugbetaling van geneesmiddelen – Herziening – Geen schijn van recht	373

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

4 ^e	Deel - Pva	379
	I. RIZIV Integratiefonds voor medische ongevallen	380
	II. Omnio-statuu Aantal rechthebbenden	381
	III. Arbeidsongeschiktheid Aangifte	383
5 ^e	Deel - Richtlijnen van het RIZIV	385
	I. Handvest van de sociaal verzekerde : gevolgen van het arrest gewezen door het Grondwettelijk Hof inzake artikel 174, derde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in de sector van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen – Instructies voor de verzekeringsinstellingen	386
	II. Forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen	390
	III. Verordening van 14 december 2009 tot wijziging van de verordening van 22 mei 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde Verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging Procedure en bewijsstukken	391
	IV. Beroepsherscholing in het kader van de uitkeringsverzekering : praktische vragen	396
6 ^e	Deel - Statistieken	405
	I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – 1ste semester 2012	406
7 ^e	Deel - Bibliografie	427
	Synopsis van het Belgische arbeidsrecht	428
8 ^e	Deel - Publicaties van de prijzen	429
	Publicaties van het RIZIV en tarieven voor 2013	430

1^e Deel Studies





Meest gebruikte afkortingen:

CAO = Collectieve arbeidsovereenkomst

DIMONA = Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte

DSC = Dienst sociale controle

EHRM = Europees Hof voor de Rechten van de Mens

e-PV = Electronisch procesverbaal

EVRM = Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

FOD WASO = Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg

KBO = Kruispuntbank voor ondernemingen

KSZ = Kruispuntbank sociale zekerheid

NTA = Niet toegelaten activiteit

OISZ = Openbare instelling van sociale zekerheid

POD = Programmatorische federale overheidsdienst

RKW = Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers

RSVZ = Rijksinstituut voor de sociale verzekering der zelfstandigen

RVA = Rijksdienst voor arbeidsvoorziening

RVP = Rijksdienst voor pensioenen

SI = Sociale Inspectie (FOD Sociale zekerheid)

SIOD = Sociale inlichtingen- en opsporingsdienst

SSW = Sociaal strafwetboek

TSW = Toezicht sociale wetten (FOD WASO)

Sociale controle in de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het licht van het nieuwe sociaal strafwetboek

Door G. COOLS, attaché bij de Dienst administratieve controle van het RIZIV

Inleiding

Het nieuwe Sociaal Strafwetboek (SSW) werd op 6 juni 2010 bekrachtigd door de Koning en ging in voege op 1 juli 2011¹. Het Sociaal Strafwetboek is het resultaat van een hervormingsproces van het sociaal strafrecht dat al meer dan 10 jaar aan de gang was². Dat proces startte in 1999, met het globaal plan voor de bestrijding van illegaal werk van de toenmalige minister van Werk, mevrouw Laurette Onkelinx. Het plan resulteerde in 2001 in een Commissie voor de hervorming van het sociaal strafrecht en in 2003 in een speciale structuur voor de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude, namelijk een Federale raad, een Federaal coördinatiecomité en arrondissementscellen³. Het doel van deze structuur was om meer coördinatie en samenhang tussen de verschillende sociale inspectiediensten te creëren. Het gecumuleerde werk van de daaropvolgende jaren leidde in 2006 tot een viertal wetten, met realisaties in een drietal domeinen:

- een organisatorische aanpassing van het gerechtssysteem (een correctionele kamer bij de rechtbank van eerste aanleg en bij het Hof van beroep, gespecialiseerd in sociaal strafrecht)
- enkele bepalingen over bijkomende bevoegdheden van de sociaal inspecteurs en over bijkomende rechten en beroepsmogelijkheden voor de betrokkenen
- de oprichting van de Sociale inlichtingen- en opsporingsdienst (SIOD) inzake de strijd tegen de sociale fraude en illegale arbeid en de Partnerschapscommissie, ter vervanging van de eerder genoemde Federale raad en het Federaal coördinatiecomité.

Deze realisaties zijn meegenomen in het voorontwerp en het uiteindelijk goedgekeurde sociaal strafwetboek.

Met het Sociaal Strafwetboek wilde de wetgever niet alleen de wettelijke bepalingen in het sociaal strafrecht bundelen en harmoniseren, maar ook een echt instrument creëren in de strijd tegen de sociale fraude. Niet onbelangrijk daarbij is de verhoogde mogelijkheid om administratieve sancties toe te passen als strafrechtelijk optreden niet noodzakelijk is (depenalisatie), alsook de aandacht die de wetgever heeft voor de rechten op verdediging.

1. Publicatie B.S. 01.07.2010. Voor de materie betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's), ging de wet maar in voege vanaf 01.07.2012.

2. Rechtskundig Weekblad, N° 13, 27.11.2010, blz. 514. Het Sociaal Strafwetboek – Een nieuwe stap in de strijd tegen de sociale fraude en illegale arbeid. De auteur, dhr. A. Lievens is Substituut-generaal bij het Arbeidshof te Gent.

3. De Federale Raad was belast met de uitvoering van het beleid ter bestrijding van de sociale fraude en de illegale arbeid zoals vastgesteld door de Ministerraad, het Comité stond in voor de operationele coördinatie.

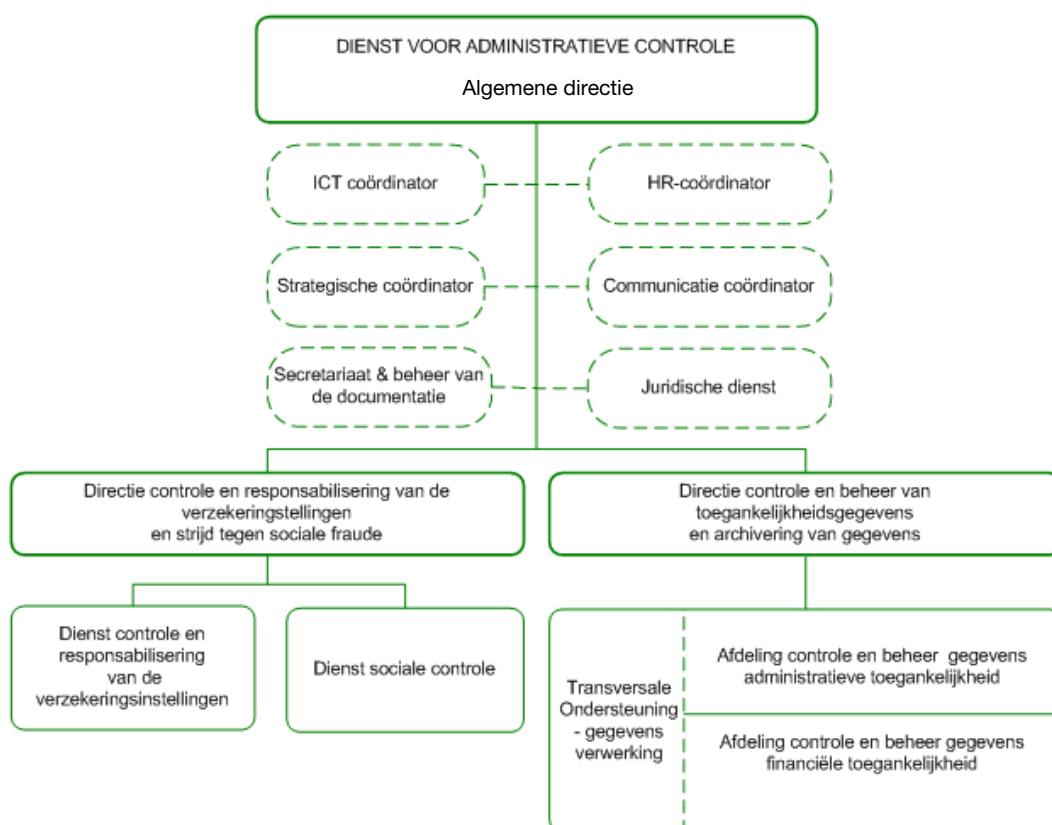
Dit eindwerk handelt over de effecten die de invoering van het Sociaal Strafwetboek heeft op het werkdomein van de Dienst sociale controle van het RIZIV. Vooreerst lichten we het terrein van de sociale controle nader toe. Vervolgens maken we een vergelijking tussen het Sociaal Strafwetboek met de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet). Ten slotte belichten we enkele recente vraagstukken en oplossingen met betrekking tot deze materie.

I. Het werkterrein van de sociaal controleurs van de DSC

Het RIZIV bestaat uit vijf “kerndiensten”: de Algemeen ondersteunende diensten (AD), de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV), de Dienst voor uitkeringen (DU), de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en ten slotte de Dienst voor administratieve controle (DAC).

De basis voor deze laatste dienst, de DAC, wordt bepaald door artikel 159 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994: *“In de schoot van het Instituut wordt een Dienst voor administratieve controle ingesteld die er mede belast is in te staan voor de administratieve controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van de uitkeringsverzekering en van de moederschapsverzekering, alsmede voor de administratieve controle op het inachtnemen van de bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten; de materies, bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, worden evenwel uitgesloten van die controle.”*

De Dienst voor administratieve controle is als volgt gestructureerd:



Binnen de DAC zijn zowel de *sociaal inspecteurs* als de sociaal controleurs belast met de opsporing en de vaststelling van de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverlof met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikarbeid⁴.

In de praktijk zijn de sociaal inspecteurs evenwel ondergebracht in de *Dienst controle en responsabilisering van de verzekeringsinstellingen* (kortweg "Controle V.I."). Voor wat betreft de fraudegerelateerde dossiers is de controle door de sociaal inspecteurs voornamelijk gericht op het correct terugvorderen door de mutualiteiten van onverschuldigde bedragen, naast het detecteren van de samenloop van aangegeven (witte), maar niet toegestane arbeid met uitkeringen via datamatching, de onrechtmatige onderwerpeningen, de domiciliefraude, en dergelijke. De sociaal inspecteurs houden kantoor in de hen toegewezen mutualiteiten.

De *sociaal controleurs* daarentegen zijn, sinds medio 2010⁵, ondergebracht bij de Dienst sociale controle, en hebben als hoofdtaak het vaststellen van niet aangegeven (zwarte), niet toegelaten activiteit⁶ door arbeidsongeschikten. De sociaal controleurs opereren vanuit de provinciale zetels van het RIZIV.

De genoemde feitelijke opsplitsing tussen de inspecteurs en de controleurs belet niet dat er een samenwerking is uitgewerkt tussen de diensten van de DAC, voornamelijk de DSC, Controle Verzekeringsinstellingen en de juridische dienst om het werkproces, beginnende met een aangifte van een mogelijke fraude tot de eindbeslissing in het dossier, volledig af te wikkelen.

Concreet ontvangt de dienst een aangifte van een mogelijke fraude. De oorsprong van deze aangifte kan divers zijn, met name een vraag tot onderzoek vanwege een arbeidsauditeur, informatie vanuit andere diensten van het RIZIV of vanwege mutualiteiten, processen-verbaal of gegevens van andere inspectiediensten of ten slotte anonieme informatie. De info die toekomt op de centrale cel wordt geëvalueerd op ontvankelijkheid. Indien dit het geval is, wordt bijkomende informatie opgezocht door de administratieve medewerkers⁷:

- wat zijn de wettelijke gegevens (woonplaats, burgerlijke stand) van de betrokkene
- betreft het een arbeidsongeschikte
- is de betrokkene aangesloten bij een verzekeringsinstelling
- het inlichtingenblad waarover de mutualiteit beschikt
- wat is zijn stelsel (werknemer of zelfstandige)
- wie is zijn werkgever of in welke zaak is hij betrokken
- worden er uitkeringen uitbetaald
- is er een toestemming tot deeltijdse werkhervatting vanwege de adviserend geneesheer
- eventuele andere nuttige inlichtingen.

De opgezochte informatie wordt gebundeld in een elektronisch dossier, wat de sociaal controleur in staat stelt om zijn onderzoek snel en efficiënt op te starten. De sociaal controleur evalueert de verzamelde informatie en zal deze zo nodig aanvullen via verdere opzoekingen of door het inwinnen van inlichtingen bij andere diensten (bijv. politie, kadaster, DIV of andere inspectiediensten). De sociaal controleur voert zijn onderzoek "ten velde" en hij heeft daarbij de keuze om te observeren (bijv. van de vermoedelijke werkplaats), om de visu vaststellingen te doen of om de betrokkene, diens werkgever, collega's of andere getuigen te verhoren⁸.

4. Art. 162 van de GVU-wet.

5. Voorheen waren de sociaal controleurs verbonden aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

6. Men spreekt kortweg van "NTA". Het gaat om arbeid, door een uitkeringsgerechtigde in de ziekte- en invaliditeitsuitkering, die niet is aangegeven aan RSZ (of RSVZ) en waarvoor geen toelating door de adviserend geneesheer werd gegeven. Men spreekt in het jargon over een "activiteit", d.w.z. elke - zelfs niet vergoede - activiteit, die economisch waardeerbaar is.

7. De Dienst voor administratieve controle van het RIZIV heeft, net zoals de andere inspectiediensten, de bevoegdheid om welbepaalde gegevens uit de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en enkele andere wettelijk beschermde bronnen te raadplegen.

8. Hiervan wordt een proces-verbaal van verhoor opgesteld (cfr. ook volgende hoofdstuk).

De controleur kan tevens overgaan tot een huisbezoek of zelfs tot een inbeslagname indien het onderzoek dit vereist. Indien de betrokkene wordt verhoord, krijgt deze hiervan een kopie toegezonden.

Het gebeurt regelmatig dat geen niet toegelaten activiteit kan worden vastgesteld (noch de visu, noch via voldoende getuigen of middels andere sluitende informatie) en/of dat blijkt dat de betrokkene ondertussen van statuut veranderd is (bijv. op pensioen) of in feite op een correcte manier het werk heeft aangevat (hij heeft zijn mutualiteit verwittigd en zijn werkgever deed een aangifte van tewerkstelling). In dat geval wordt het dossier afgesloten en blijft het onderzoek zonder gevolg.

Minder frequent stelt de sociaal controleur een kleine fout vast vanwege de sociaal verzekerde, zoals bijvoorbeeld een eenmalige, kortstondige arbeid buiten het afgesproken werkschema tot aanleiding van de toelating door de adviserend geneesheer of een administratieve vergetelheid. De sociaal controleur beschikt dan over de mogelijkheid aan de betrokkene (schriftelijk) een waarschuwing te geven of een termijn om zich in regel te stellen.

De sociaal controleur zal ten slotte, indien hij daadwerkelijk een niet toegelaten activiteit heeft vastgesteld, deze vaststelling acteren in een proces-verbaal. De sociaal controleur sluit daarmee *de facto* zijn onderzoek af. Het proces-verbaal van vaststelling van inbreuken (m.a.w. de *pro justitia*) vindt vervolgens, via de centrale cel, zijn weg naar respectievelijk de juridische dienst en naar de dienst "Controle Verzekeringsinstellingen".

De juridische dienst staat in voor verdere vervolging en eventuele sanctionering van de betrokkene; hiertoe bezorgt deze dienst de *pro justitia* (binnen de 14 dagen) aan de betrokkene en maakt tevens het dossier over aan de arbeidsauditeur, die beslist over hetzij een strafrechtelijke, hetzij een administratieve vervolging en de daaraan verbonden sancties⁹.

De juridische dienst bezorgt de *pro justitia* eveneens aan de verzekeringsinstelling, zodat deze de bedragen, die ingevolge de dagen NTA ten onrechte werden uitgekeerd aan de verzekerde kan terugvorderen van deze verzekerde. Er dient hierbij opgemerkt dat de terugvordering van deze "onverschuldigde bedragen" geen sanctie is ten aanzien van de verzekerde, maar wel een rechtzetting naar de situatie van vóór de inbreuk; op de dagen dat de betrokkene "niet toegelaten" werkte, had hij immers geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

De dienst Controle Verzekeringsinstellingen krijgt eveneens een exemplaar van het dossier om na te kijken of de betrokken mutualiteit de terugvordering op een correcte manier invordert.

Samengevat kan men stellen dat het werk van de sociaal controleur op de Dienst sociale controle een belangrijk onderdeel vormt van een uitgebreide toezichtsprocedure in de wetgeving van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Met name de opsporing en de vastlegging van een inbreuk, meer bepaald de niet toegelaten activiteit, vormen de essentie van zijn opdracht. Luidens artikel 162 van de GVVU-wet doet de sociaal controleur hiertoe "iedere onderzoeking of bevinding". De vervolgingsfase is een gedeelde verantwoordelijkheid van de juridische dienst en van de arbeidsauditeur.

9. Meer uitleg over de beslissingen van de arbeidsauditeur en de gevolgen hiervan vindt men bij het volgende hoofdstuk.

II. De invoering van het sociaal strafwetboek en de betekenis ervan voor het sociaal onderzoek in de ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het sociaal strafwetboek bestaat uit twee “boeken”¹⁰. Het eerste boek draagt als titel “ De preventie, de vaststelling en de vervolging van de inbreuken en hun bestraffing in het algemeen.” Dit “Boek 1” is opgedeeld in 6 “Titels”, waarvan het merendeel besteed is aan de juridische bepalingen die van tel zijn bij (straf-)procedures in het sociaal recht op het niveau van *individuele dossiers*.

Vooreerst wordt er echter in een *beleidskader voorzien*¹¹. Dit beleid heeft een tweeledige doelstelling, met name zowel preventie als toezicht op sociale fraude en illegale arbeid. Deze fraude wordt in dit kader gedefinieerd als “*iedere inbreuk op een (federale) sociale wetgeving*”.

Er wordt tevens bepaald wie de bevoegde ministers zijn (Sociale Zaken, Werk, Justitie en Zelfstandigen), hoe en binnen welk tijds kader het beleidsplan en het operationeel plan tot stand komen en welke instanties meewerken aan de uitvoering van deze plannen.

Dit hoofdstuk focust zich in eerste instantie op de *individuele procedure*, de meer collectieve beleidsbenadering komt in het volgende hoofdstuk (cfr. pt.4, blz. 332) aan bod. We lichten telkens eerst de principes van het sociaal strafwetboek toe en vergelijken waar mogelijk met de GVU-wetgeving of met de praktijk van de sociaal controleur.

1. De uitoefening van het toezicht

a. Algemene bevoegdheden

Het Sociaal Strafwetboek definieert eerst¹² in het algemeen en op een overzichtelijke manier enkele fundamentele begrippen zoals bijvoorbeeld werknemers, werkgevers, gerechtigden, sociale gegevens, openbare instellingen van sociale zekerheid, maar ook de “bevoegde administratie” en de “sociaal inspecteurs”.

Dit zijn “*de ambtenaren die onder het gezag staan van de ministers tot wiens bevoegdheid de werkgelegenheid en arbeid, de sociale zekerheid, de sociale zaken en volksgezondheid behoren of die onder het gezag staan van de openbare instellingen die ervan afhangen*” en die “*belast zijn met het toezicht op de naleving van de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek*” (inclusief uitvoeringsbesluiten), en ook de bepalingen van andere wetten waarvoor zij al bevoegd waren of waarvoor ze bevoegd zullen worden ingevolge een Koninklijk besluit.

10. De Wet tot invoering van het SSW van 06.06.2010 zelf bevat vier Hoofdstukken, waarbij Hoofdstuk 1 een algemene bepaling bevat, Hoofdstuk 2 (237 art.) het eigenlijke Sociaal Strafwetboek is en Hoofdstukken 3 en 4 de verzameling is van een hele reeks wijzigings-, overgangs- en opheffingsbepalingen.

11. Titel 1. Beleid inzake preventie en toezicht.

12. SSW, Eerste boek, Titel 2, Hoofdstuk 1. In belangrijke mate worden hier de omschrijvingen van de Arbeidsinspectiewet van 1972 overgenomen. Het SSW heft deze laatste wet op.

Voor de Dienst sociale controle van de DAC betekent dit concreet:

- dat de sociale controleurs dezelfde bevoegdheden hebben als de sociale inspecteurs
 - Merk hierbij op dat het Sociaal Strafwetboek de term “sociaal controleur” niet gebruikt, maar ook in de vroeger van kracht zijnde Arbeidsinspectiewet werd enkel de term “sociaal inspecteur” gebruikt om alle ambtenaren, belast met het toezicht op deze wet te benoemen. Het onderscheid in de praktijk tussen beide functies is evenwel gebaseerd op de graad van de ambtenaar: een sociaal controleur is een “technisch deskundige” en een sociaal inspecteur heeft de graad van “attaché” of hoger. In de parlementaire besprekingen¹³ bevestigde de minister van Justitie dat de term sociaal inspecteur in het sociaal strafwetboek als generiek voor beide functies bedoeld is.
- dat de sociaal controleurs van het RIZIV uiteraard bevoegd blijven inzake de GVVU-reglementering, maar dat ze ook bevoegd zijn of kunnen worden voor andere materies van de sociale zekerheid.
 - De GVVU-wet omschrijft als opdracht voor de sociaal inspecteurs en de sociaal controleurs van de Dienst voor administratieve controle als volgt¹⁴:
 - de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverlof met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikarbeid opsporen en vaststellen
 - controle op het correct bijhouden van de sociale documenten door de verzekeringsinstellingen
 - controle op de onmiddellijke aangifte (DIMONA)
 - de toepassing van het uniform begrip “gemiddeld dagloon”
 - controle op de documenten op basis waarvan de toegankelijkheid tot prestaties wordt bepaald.
 Zoals toegelicht in Hoofdstuk 1 concentreert de opdracht van de sociaal controleurs zich voornamelijk rond het eerste punt (onrechtmatige samenloop) en meer bepaald de NTA.
 - Opgemerkt zij dat ook de andere sociale inspectiekorpsen kunnen optreden in de RIZIV-materie. De wetgever bepaalt voor diverse domeinen waar welke inspectiekorpsen bevoegd zijn voor het toezicht op de naleving van de bepalingen uit het Sociaal Strafwetboek¹⁵. Voor de meeste domeinen zijn meerdere inspectiekorpsen bevoegd. Het inspectiekorps van het RIZIV wordt uitdrukkelijk vermeld in verband met (uiteraard) de GVVU-wet en bij valsheid in geschrifte of valse of onvolledige verklaringen, maar niet bij de DIMONA-aangifte¹⁶. Dit wil echter niet zeggen dat het sociale inspectiekorps van het RIZIV niet meer bevoegd is voor die materie. Het artikel 162 uit de GVVU-wet, dat zich o.a. over deze bevoegdheid uitspreekt, is immers niet opgeheven door het SSW. Zo zal de sociaal controleur van het RIZIV soms, in een opstartfase van een onderzoek naar een arbeidsongeschikte werknemer, vaststellen dat de werkgever geen onmiddellijke aangifte van tewerkstelling deed. In de praktijk wordt de afhandeling van het onderzoeksluik ten aanzien van de werkgever dan aan andere inspectiekorpsen overgelaten, terwijl het korps van het RIZIV de aspecten met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid verder onderzoekt. Andere inspectiekorpsen kunnen, op hun beurt, dan weer vragen dat de Dienst sociale controle van het RIZIV een onderzoek met betrekking tot arbeidsongeschiktheid verder opneemt. Dit is niet onlogisch, vermits elke inspectiedienst gespecialiseerd is in de wetgeving waarvoor ze bevoegd is.

13. Parlementaire stukken Kamer, doc. 521666/009, blz. 37.

14. GVVU-wet, Hoofdstuk III, art. 162.

15. K.B. van 01.07.2011, gepubliceerd in het B.S. op 06.07.2011.

16. Met de onmiddellijke aangifte van tewerkstelling (DIMONA - Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte) kan een werkgever de aanwerving en uitdiensttreding van een werknemer elektronisch aangeven bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ). Hij is verplicht dit te doen voor de indiensttreding.

Het Sociaal Strafwetboek erkent deze specialisaties ook expliciet en besteedt trouwens heel wat aandacht aan de uitwisseling van onderzoeksgegevens tussen inspectiekorpsen onderling, tussen administraties en inspectiekorpsen en tussen internationale diensten¹⁷. Zo stipuleert het Sociaal Strafwetboek dat *wanneer zij zulks nodig achten, delen de sociaal inspecteurs de inlichtingen die zij tijdens hun onderzoek hebben ingewonnen mee aan de openbare en aan de meewerkende instellingen van sociale zekerheid, aan de sociaal inspecteurs van de andere inspectiediensten, alsook aan alle ambtenaren belast met het toezicht op een andere wetgeving of met de toepassing van een andere wetgeving, in de mate dat die inlichtingen laatstgenoemden kunnen aanbelangen bij de uitoefening van het toezicht waarmee zij belast zijn of voor de toepassing van een andere wetgeving.*

A fortiori zijn de sociaal inspecteurs verplicht om deze informatie mee te delen wanneer de openbare instellingen van sociale zekerheid, de sociaal inspecteurs van de andere inspectiediensten of de andere ambtenaren belast met het toezicht of met de toepassing van een andere wetgeving erom verzoeken. De uitdrukkelijke machtiging van de rechterlijke overheid is wel nodig om inlichtingen en informatiedragers, verzameld tijdens de uitvoering van taken opgelegd door de rechterlijke overheid, te mogen mededelen. Tevens dient men in verband met persoonlijke medische gegevens uiteraard de regels van het medisch beroepsgeheim te respecteren.

De uitwisseling van gegevens gaat ook in de andere richting: artikel 55 van het Sociaal Strafwetboek bepaalt dat (...) *alle diensten van de Staat, met inbegrip van de parketten en de griffies van de hoven en van alle rechtscolleges, de provincies, de gemeenten, de verenigingen waartoe ze behoren, de openbare instellingen die ervan afhangen, alsmede van alle openbare en meewerkende instellingen van sociale zekerheid, gehouden zijn aan de sociaal inspecteurs, op hun verzoek, alle inlichtingen te geven die laatstgenoemden nuttig achten voor het toezicht op de naleving van de wetgeving waarmee zij belast zijn, alsmede gelijk welke informatiedragers ter inzage over te leggen en kopieën ervan te verstrekken onder gelijk welke vorm. (...) Alle voornoemde diensten zijn verplicht die inlichtingen en die kopieën kosteloos te verstrekken.*

Enmaal deze gegevens verkregen via bovenstaande uitwisseling, zijn de ambtenaren (administraties of inspecties) belast met het toezicht op een welbepaalde wetgeving ook gemachtigd om hiervan gebruik te maken in functie van dit toezicht¹⁸.

Voor wat de internationale uitwisseling betreft, *kunnen* nuttige gegevens doorgespeeld worden aan of bekomen worden van buitenlandse arbeidsinspecties van lidstaten van de Internationale Arbeidsorganisatie of landen waarmee België een specifiek akkoord heeft afgesloten.

Te vermelden is ten slotte dat wat de administratieve controle betreft, de wetgever bij het opstellen van het sociaal strafwetboek, via een wijzigingsbepaling, *expliciet* in de GVU-wet heeft opgenomen dat, onverminderd het Sociaal Strafwetboek, de actoren waaraan de RIZIV-inspecteurs onderzoeksvragen stellen¹⁹, er aan gehouden zijn de gevraagde informatie te verstrekken²⁰.

17. SSW, art. 54-57 in Hoofdstuk 4.- Overlegging en mededeling van gegevens.

18. Art. 56.

19. De werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinstellingen en de individuele zorgverleners, de tarifieringsdiensten en de rechthebbenden.

20. GVU-wet, Hoofdstuk III (Administratieve Controle), art. 163.

Wat de algemene bevoegdheden betreft, is het ten slotte belangrijk te vermelden dat het Koninklijk besluit van 1 juli 2011 in spoedbehandeling invulling gegeven heeft aan een aantal artikels van het Sociaal Strafwetboek versie 6 juni 2010, noodzakelijk om het Sociaal Strafwetboek op 1 juli 2011 van kracht te kunnen laten gaan²¹. Naast de hierboven reeds aangehaalde bevoegdheden van de diverse inspectiediensten, wordt (in uitvoering van art.16, 13° en van art. 70 van het SSW) de *Directie van de administratieve geldboeten* van de Afdeling juridische studiën, documentatie en geschillen van Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO) aangeduid als de *bevoegde administratie* voor het opleggen van *administratieve geldboeten*.

b. Specifieke onderzoeksbevoegdheden

Vervolgens bepaalt het Sociaal Strafwetboek een zeer uitgebreid arsenaal aan specifieke bevoegdheden voor de sociale inspectiekorpsen. Deze bevoegdheden zijn²²:

- toegang tot de arbeidsplaatsen
- toegang tot de bewoonde ruimten
- inwinnen van inlichtingen
- identificatie van personen
- verhoor van personen
- opvragen van sociale en andere gegevens op informatiedragers
- recht van toegang
- informatie over het beheer van het informaticasysteem
- integriteit van de gegevens²³
- kopieën
- beslag en verzegeling
- vertaling
- staalname
- vaststellingen door beeldmateriaal
- bevoegdheid om maatregelen te bevelen
- opmaak en overhandiging van documenten
- vordering tot staking
- bevoegdheden inzake gezondheid en veiligheid van de werknemers.

Elk van deze bevoegdheden staan duidelijk en gedetailleerd omschreven in de wet.

De opsomming van de bevoegdheden in het Sociaal Strafwetboek is -- hoe uitgebreid ook -- niet limitatief. De leden van het korps mogen immers *“onverminderd de bepalingen van dit hoofdstuk (lees: de opgesomde specifieke bevoegdheden) overgaan tot elk onderzoek, elke controle en elk verhoor alsook alle inlichtingen inwinnen die zij nodig achten”*²⁴.

Tevens heeft de wetgever via de invoering van het Sociaal Strafwetboek (art. 79 van de wijzigingsbesluiten) in artikel 169 van de GVU-wet opgenomen dat *de sociaal inspecteurs, bedoeld in artikel 16, 1°, van het Sociaal Strafwetboek, beschikken over de in de artikelen 23 tot 39 van het Sociaal Strafwetboek bedoelde bevoegdheden wanneer zij, ambtshalve of op verzoek, optreden in het kader van hun opdracht tot informatie, bemiddeling en toezicht inzake de naleving van de bepalingen van deze wet, de uitvoeringsbesluiten en verordeningen ervan.*

21. Meer bepaald de art. 16, 13°, 17, 20, 63, 70 en 88.

22. De bevoegdheden van de sociaal inspecteurs als officier van de gerechtelijke politie worden in het kader van dit eindwerk buiten beschouwing gelaten.

23. D.w.z. de inspecteur is bevoegd om de betrouwbaarheid van de voorgelegde gegevens te checken.

24. SSW, art. 25.

Meer nog, de sociaal inspecteurs hebben, met betrekking tot het Sociaal Strafwetboek en de wetgeving waarvoor zij bevoegd zijn, de *beoordelingsbevoegdheid* om²⁵:

- inlichtingen en adviezen te geven
- waarschuwingen te geven
- de overtreder een termijn te geven om zich in regel te stellen
- een keuze te maken inzake de noodzakelijke maatregelen (zie onderstaand overzicht)
- processen-verbaal op te maken tot de vaststelling van inbreuken.

Vermeldenswaard is ten slotte dat de sociaal inspecteurs zich in de uitoefening van hun ambt, de bijstand van de politie kunnen vorderen.

c. Voorwaarden en principes

Aan deze diverse bevoegdheden zijn duidelijk omschreven voorwaarden verbonden en er gelden bovendien een aantal algemene principes met betrekking tot deze bevoegdheden, die er onder meer op gericht zijn de rechten van verdediging en de rechten van de mens te vrijwaren.

Het inspectiekorps:

- mag zijn bevoegdheden enkel uitoefenen in het kader van het toezicht op de naleving van de wetten waarvoor het bevoegd is (finaliteitsprincipe)
- mag enkel de gepaste en noodzakelijke maatregelen treffen (proportionaliteitsbeginsel)
- moet zich met een gehomologeerd bewijsstuk legitimeren
- moet zich houden aan enkele formele garanties (schriftelijke vaststellingen)
- moet vertrouwelijk omgaan met sociale gegevens van persoonlijke aard
- heeft geheimhoudingsplicht (t.a.v. indieners van aangiftes) en integriteitsplicht (geen belangenvermenging)
- moet zich houden aan de plichtenleer (voorschriften te bepalen door de Koning).

Ook in de vorige wetgeving (de Arbeidsinspectiewet) stond het principe ingeschreven dat de inspecteurs konden overgaan tot iedere soort onderzoeksdaad, maar er was geen alomvattend overzicht van de concrete bevoegdheden. Dit geldt eveneens, zoals reeds aangehaald in Hoofdstuk 1, voor de GvU-wet die in artikel 162 een zeer algemene omschrijving geeft ("*iedere onderzoeking of bevinding*").

Uiteraard is het nieuwe rechtskader gecreëerd door de invoering van het sociaal strafwetboek op dit vlak, met name te kunnen beschikken over een duidelijke en goed omschreven set van mogelijke onderzoeksbevoegdheden, prefererbaar. Dit heeft voor de sociaal controleurs een *verhoogde rechtszekerheid* tot gevolg in de uitvoering van hun taak.

2. Proces-verbaal van verhoor en van vaststelling

Het Sociaal Strafwetboek geeft ook een heldere methodiek op het gebied van de processen-verbaal. De PV's zijn de essentiële elementen in de vastlegging van de bevindingen van de sociaal controleur en vormen zo het sluitstuk van het onderzoek.

25. SSW, art. 21.

Vooreerst wordt toegelicht onder welke voorwaarden *het verhoor* moet verlopen. De artikelen 62 en 63 zijn essentieel, de wet vereist dat de tekst van beide artikelen expliciet vermeld wordt in ieder verhoor:

Artikel 62. Het verhoor

Bij het verhoren van personen, ongeacht in welke hoedanigheid zij worden verhoord, worden ten minste de volgende regels in acht genomen :

1° ieder verhoor begint met de mededeling aan de ondervraagde persoon dat:

- a. hij kan vragen dat alle vragen die hem worden gesteld en alle antwoorden die hij geeft, worden genoteerd in de gebruikte bewoordingen*
- b. hij kan vragen dat iedere maatregel behorende tot de bevoegdheid van de sociaal inspecteurs krachtens dit Wetboek wordt verricht*
- c. zijn verklaringen als bewijs in rechte kunnen worden gebruikt.*

2° eenieder die wordt ondervraagd, mag gebruik maken van de documenten in zijn bezit, zonder dat daardoor het verhoor wordt uitgesteld. Hij mag, tijdens de ondervraging of later, eisen dat deze documenten bij het proces-verbaal van verhoor worden gevoegd;

3° het proces-verbaal vermeldt nauwkeurig het tijdstip waarop het verhoor wordt aangevat, eventueel onderbroken en hervat, alsook beëindigd. Het vermeldt nauwkeurig de identiteit van de personen die in het verhoor, of in een gedeelte daarvan, tussenkomen, en het tijdstip van hun aankomst en vertrek. Het vermeldt ook de bijzondere omstandigheden en alles wat op de verklaring of de omstandigheden waarin zij is afgelegd, een bijzonder licht kan werpen. Aan het einde van het verhoor geeft men de ondervraagde persoon het proces-verbaal van zijn verhoor te lezen, tenzij hij vraagt dat het hem wordt voorgelezen. Er wordt hem gevraagd of hij zijn verklaringen wil verbeteren of daaraan iets wil toevoegen. Indien de ondervraagde persoon zich in een andere taal dan die van de procedure wenst uit te drukken, wordt ofwel een beroep gedaan op een beëdigde tolk, ofwel worden zijn verklaringen genoteerd in zijn taal, ofwel wordt hem gevraagd zelf zijn verklaring te noteren. Zo het verhoor plaatsheeft met bijstand van een tolk worden diens identiteit en hoedanigheid vermeld.

Artikel 63. Overhandiging van een kopie van de tekst van het verhoor aan de gehoorde persoon

Onverminderd de bepalingen in bijzondere wetten delen de sociaal inspecteurs die een persoon ondervragen, deze persoon mee dat hij kosteloos een kopie van de tekst van zijn verhoor kan verkrijgen.

Deze kopie wordt hem onmiddellijk of binnen de maand overhandigd of toegezonden. Evenwel kan de door de Koning aangewezen ambtenaar, met een met redenen omklede beslissing, het tijdstip van deze mededeling uitstellen voor een eenmalig hernieuwbare termijn van ten hoogste drie maanden. Deze beslissing wordt opgenomen in het dossier.

Deze bepalingen over het verhoor komen overeen met de gangbare praktijk, die gestoeld is op de principes van de Wet Franchimont²⁶.

26. Voor deze Wet tot verbetering van de strafrechtspleging in het stadium van het opsporingsonderzoek en van het gerechtelijk onderzoek van 12.03.1998 bepaalde geen enkele wet hoe het verhoor door politie en parket diende te verlopen.

In artikel 64 van het Sociaal Strafwetboek worden ook de minimale inhoudsvereisten van het *proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk* vastgelegd:

Artikel 64. Proces-verbaal tot vaststelling van een inbreuk

Ieder proces-verbaal tot vaststelling van een inbreuk op de bepalingen van dit Wetboek bevat minstens de volgende gegevens:

1° de identiteit van de verbaliserende ambtenaar

2° de bepaling waaraan de verbaliserende ambtenaar zijn bevoegdheid tot optreden ontleent

3° de plaats en de datum van de inbreuk

4° de identiteit van de vermoedelijke dader en van de betrokkenen

5° de wetsbepaling waarop inbreuk werd gepleegd

6° een beknopt relaas van de feiten met betrekking tot de gepleegde inbreuken

7° de datum en de plaats van opmaak van het proces-verbaal, het eventuele verband met andere processen-verbaal, en, in voorkomend geval, de inventaris van de bijlagen.

De Koning kan algemene vormregels opstellen die toepasselijk zijn voor de processen-verbaal tot vaststelling van een inbreuk.

Het proces-verbaal tot vaststelling van inbreuk dient te worden overgemaakt aan het openbaar ministerie, aan de "bevoegde administratie"²⁷, aan de betrokkene en eventueel aan zijn werkgever.

Een proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk heeft een *bijzondere bewijskracht* (d.w.z. tot het tegendeel bewezen is) in zoverre er binnen de 14 dagen na de vaststelling een kennisgeving aan de betrokkene gebeurt. Deze bewijskracht blijft gelden bij overdracht van de PV aan een andere inspectie.

Besluitend voor wat de bevoegdheden betreft, kunnen we stellen dat het Sociaal Strafwetboek een quasi volledige *handleiding* voor de sociaal controleur aanreikt:

- wat kan men als sociaal inspecteur/controlleur ondernemen en hoe moet men dit doen
- volgens welke principes dient de controleur te handelen
- aan welke plichten en voorwaarden dient men te voldoen
- hoe kan er samengewerkt worden met andere inspectiekorpsen en administraties.

Het Sociaal Strafwetboek schept op dit vlak een grote uniformiteit en dit is evident een goede zaak.

3. De vervolgingsfase

De sociaal inspecteur sluit zijn onderzoek af door een proces-verbaal van vaststelling van een inbreuk op te (laten) sturen naar het openbaar ministerie. Op dat moment begint de fase van de vervolging. Of deze vervolging gerechtelijk of administratief verloopt, hangt af van twee overwegingen.

a. Sociaal Strafwetboek: sancties volgens zwaarte van de inbreuk

Een eerste overweging is de *zwaarte van de inbreuk*. Voor dit aspect is in het Sociaal Strafwetboek een nieuwe *hiërarchie van inbreuken* gecreëerd. De opgesomde inbreuken (121 art.²⁸) zijn onderverdeeld in vier sanctieniveaus. Voor de lichtst wegende inbreuken (niveau 1), kan de bevoegde administratie (FOD WASO) onmiddellijk overgaan tot een administratieve geldboete, een schuldigverklaring of een klassering zonder gevolg.

Voor de inbreuken vatbaar voor een sanctie op niveau 2 tot 4 daarentegen, speelt een 2^e - *sine qua non* - overweging: de arbeidsauditeur moet er zich eerst over uitspreken. De wetgever heeft in dezelfde periode als deze van de invoering van het Sociaal Strafwetboek²⁹ dit prerogatief van de strafvervolgingsprocedure in de GVVU-wet nog sterker verankerd. Het nieuw ingevoegde artikel 168sexies bepaalt namelijk: *De administratieve sancties vermeld in de artikelen 166, 168, 168bis, 168ter, 168quater en 168quinquies kunnen enkel worden opgelegd, voor zover het openbaar ministerie oordeelt dat er geen strafvervolging moet worden ingesteld of geen toepassing maakt van de artikelen 216bis en 261ter van het Wetboek van strafvordering.* Dit spoort met het feit dat de sancties uit de GVVU-wet hoger zijn dan niveau 1.

De auditeur kan overgaan tot een strafvervolging voor de correctionele rechtbank of een vervolging voor de arbeidsrechtbank, tot een minnelijke schikking of tot een bemiddeling. Enkel wanneer het openbaar ministerie kenbaar maakt niet te zullen vervolgen, kan de bevoegde administratie optreden, zoals hierboven bij niveau 1 beschreven. Een belangrijke vernieuwing hierbij is wel dat nu, door het Sociaal Strafwetboek, *elke inbreuk tot een administratieve vervolging kan leiden*, waar dit voorheen maar in een beperkt aantal gevallen kon.



Een boete van X verhoogd met 50 (Y) opdecimen komt overeen met een vermeerdering van deze boete X met factor 6

Immers: Een boete van X verhoogd met Y opdecimen betekent dat elk tiende van X wordt vermenigvuldigd met Y, waarna deze bij X worden opgeteld
m.a.w. $X + (X/10 * Y)$



Een boete van 1000 verhoogd met 50 opdecimen komt overeen met:
 $1000 + (1000/10 * 50) = 6000$ oftewel $1000*6$

28. SSW, Boek 2: De inbreuken en hun bestraffing in het bijzonder, art. 117 t.e.m. 237.

29. Wetswijziging GVVU dd. 19.05.2010.

Het Sociaal Strafwetboek koppelt de sancties dus aan de ernst van de inbreuken. Een samenvatting:

Tabel 1 - Sancties sociaal strafwetboek			
Niveaus	Gevangenisstraf	Strafrechtelijke geldboete	Administratieve geldboete
Niveau 1 (lichte inbreuk)	geen	geen	10,00 tot 100,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 60,00 tot 600,00 EUR
Niveau 2 (inbreuk van matige ernst)	geen	50,00 tot 500,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 300,00 tot 3 000,00 EUR	25,00 tot 250,00 (verhoogd met 50 opdec.=) 150,00 tot 1 500,00 EUR
Niveau 3 (zware inbreuk)	geen	100,00 tot 1 000,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 600,00 tot 6 000,00 EUR	50,00 tot 500,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 300,00 tot 3 000,00 EUR
Niveau 4 (zeer zware inbreuk)	6 maand tot 3 jaar	600,00 tot 6 000,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 3 600,00 tot 36 000,00 EUR	300,00 tot 3 000,00 EUR (verhoogd met 50 opdec.=) 1 800,00 tot 18 000,00 EUR

Bron: Sociaal strafwetboek, eigen bewerking³⁰

De wetgever heeft met de invoering van dit sanctiesysteem duidelijk grote schoonmaak willen houden. Meer dan 100 artikelen in de laatste twee hoofdstukken van de wet tot invoering van het Sociaal Strafwetboek, gewijd aan wijzigings- en opheffingsbepalingen, maken korte metten met het kluwen van bestaande sanctiebepalingen in allerlei sociale wetten.

b. Wijzigingen aan artikelen GVVU-wet met betrekking tot de toe te passen sancties

Met betrekking tot de toezichtsprocedure voert het Sociaal Strafwetboek ook enkele wijzigingen aan de GVVU-wet door. Eén van die wijzigingen³¹ betreft artikel 169 van de GVVU-wet, waardoor in principe inbreuken op bepalingen van deze wet moeten worden *opgespoord, vastgelegd* en *bestraft overeenkomstig het SSW*. Tegelijkertijd is het zo dat bijvoorbeeld de artikelen 166 tot en met artikel 168^{quinquies} van de GVVU-wet³² niet worden opgeheven. In deze artikelen worden concrete administratieve sancties beschreven voor verzekeringsinstellingen, artsen en andere individuele zorgverleners, verzorgingsinstellingen, farmaceutische ondernemingen en sociaal verzekerden. Onderstaande tabel vat het systeem betreffende inbreuken en sancties betreffende de arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden³³ samen.

30. Opmerking: het sociaal strafwetboek geeft geen berekeningen van de opdecieimen.

31. SSW, art. 79 van Hoofdstuk 3.

32. Het SSW heft ook het K.B. van 20.07.1971, dat het GVVU-stelsel voor zelfstandigen regelt met ook daar specifieke sanctieregelingen, niet op.

33. Noteer dat hierbij tevens moederschaps-, vaderschapsuitkeringen en adoptieverlof inbegrepen zijn.

Tabel 2 - Sancties artikel 168quinquies GVV-wet			
Inbreuk	Uitsluiting van het recht op uitkeringen	Administratieve geldboete	
§ 1. prestaties voor geneeskundige verzorging genieten onder behoud van valse verklaringen of documenten	niet van toepassing	50,00 tot 500,00 EUR	
§ 2, 1 ^o ten onrechte arbeidsongeschiktheidsuitkeringen onder behoud van valse verklaringen of documenten	min. 1 tot max. 200 daguitkeringen	geen	
§ 2, 2 ^o wijziging inlichtingenblad (met impact op de uitkering) niet meedelen aan verzekeringsinstelling	min. 1 tot max. 200 daguitkeringen	geen	
§ 2, 3 ^o Niet toegelaten activiteit	duur NTA	aantal daguitkeringen	geen
	min. 1 tot max. 30 dagen	min. 1 tot max. 36 dagen	
	min. 31 tot max. 140 dagen	min. 37 tot max. 102 dagen	
	min. 141 tot max. 185 dagen	min. 103 tot max. 144 dagen	
	min. 186 dagen	min. 145 tot 180 dagen	
Bron: GVV-wet			

Het sanctiesysteem in de GVV-wetgeving voorziet onder andere de volgende aspecten:

- Het tegelijk plegen van verschillende inbreuken (of de “*meerdadse samenloop*”) geeft aanleiding tot een samenvoeging van de sancties. Als eenzelfde feit meerdere inbreuken bevat (“*eendaadse samenloop*”), wordt alleen de zwaarste straf opgelegd³⁴. In het Sociaal Strafwetboek is er een gelijkaardige, maar meer gedetailleerde bepaling³⁵
- De leidend ambtenaar kan verzwarende feiten vaststellen. Zo kan een recidive (binnen de twee jaar) leiden tot een verdubbeling van de sanctie en kan zwartwerk leiden tot een verhoging met een vierde. In het Sociaal Strafwetboek is er ook een verdubbeling van de sanctie bij een herhaling binnen het jaar
- De leidend ambtenaar kan ook rekening houden met *verzachtende omstandigheden*³⁶, zoals bijvoorbeeld de moeilijke psychosociale situatie van de verzekerde, en hij kan dan besluiten om een sanctie op te leggen die lager is dan voorzien in tabel 2 of hij kan ten slotte de sanctie geheel of gedeeltelijk met uitstel uitspreken. Ook het Sociaal Strafwetboek (art. 115) voorziet die mogelijkheid. Als de administratie oordeelt dat er verzachtende omstandigheden zijn, dan kan zij de administratieve geldboete verminderen tot een bedrag onder het wettelijk minimum, maar niet minder dan 40 % van het minimumbedrag. De administratieve geldboete kan evenwel verminderen tot een bedrag onder het wettelijk minimum, zonder dat zij lager kan zijn dan een euro, indien de financiële situatie van de betrokkene dit rechtvaardigt omdat zijn sociaal voordeel evenzeer vatbaar is voor een vermindering, een opschorting of een volledige of gedeeltelijke uitsluiting

34. GVV-wet, art. 168quinquies § 4. Een voorbeeld van meerdadse samenloop is iemand die zowel een niet toegelaten activiteit heeft verricht als een valse verklaring heeft afgelegd ten einde een verhoogde tegemoetkoming te verkrijgen. Een voorbeeld van één feit met twee inbreuken is een persoon, die een niet toegelaten activiteit verricht, en het hieruit verworven inkomen niet aangeeft aan de verzekeringsinstelling.

35. SSW, art. 112-113.

36. Art. 168quinquies § 3. tweede lid.

- Tenslotte voorziet de GvU in *verweer- en beroepsmogelijkheden* voor de sociaal verzekerde.
 - **Artikel 168quinquies, § 5. van de GvU-wet bepaalt dat** “de kennisgeving aan de sociaal verzekerde van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuken gebeurt middels een aangetekende brief, binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de vaststelling van de inbreuk”
 - **Artikel 168quinquies, §6, bepaalt verder dat de sociaal verzekerde tegelijk via een aangetekende brief uitgenodigd wordt om binnen de 14 dagen zijn verweer te doen gelden.** In dit verweer kan de sociaal verzekerde schriftelijk argumenten aanleveren die zijn zaak ten goede kunnen komen. Vervolgens bepaalt de leidend ambtenaar, of de door hem aangewezen ambtenaar, binnen een redelijke termijn³⁷, de sanctie (geldboete of uitsluiting). Zoals hier boven gesteld, kan de leidend ambtenaar hierbij rekening houden met verzachtende omstandigheden, die eventueel kunnen blijken uit het verweer of uit andere elementen van het dossier.
De beslissing wordt ter kennis gebracht aan de sociaal verzekerde met een aangetekende brief en wordt geacht te zijn ontvangen de eerste werkdag die volgt op het overhandigen van de briefomslag bij de post. Zij heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.
De sociaal verzekerde kan dan *binnen de drie maanden*, te rekenen vanaf de derde werkdag volgend op de overhandiging aan de postdiensten, *beroep* aantekenen bij de arbeidsrechtbank.

4. Toezicht in de sociale controle: plus- en minpunten van het Sociaal Strafwetboek

Het Sociaal Strafwetboek heeft de ambitie om een *duidelijk juridisch kader* te creëren over de zeer uitgebreide materie van het sociaal recht, waaronder het toezicht op de naleving van de sociale wetgeving. Het Sociaal Strafwetboek heeft wat dat betreft grote verdiensten en duidelijke pluspunten, ook voor het concrete werkdomein van de sociaal controleur:

- Uniformiteit in de diverse wetgevingen
- Rechtszekerheid voor zowel de sociaal controleurs als voor de sociaal verzekerden
- Methodische aanpak wat leidt tot verdere professionalisering
- Vaak zeer gedetailleerde beschrijvingen wat misverstanden uitsluit
- Eén taal over alle inspectiediensten heen
- Een hiërarchie van inbreuken en sancties.

Daartegenover staat dat de invoering van het Sociaal Strafwetboek ook een belangrijk probleem veroorzaakte.

Het samen bestaan van twee elkaar deels overlappende rechtsbronnen (het SSW en de GvU-wet), betekent namelijk 2 soorten inbreukomschrijvingen, 2 sanctiestelsels en 2 “bevoegde administraties”³⁸ om administratieve boetes uit te spreken en te innen. Ten slotte voorziet de GvU-reglementering, naast de mogelijkheid van een administratieve geldboete, ook nog in een andere administratieve sanctie voor de arbeidsongeschikte of de invalide verzekerde, namelijk de uitsluiting op het recht van uitkeringen. Deze sanctie bestaat als dusdanig niet in het stelsel van het Sociaal Strafwetboek.

Deze situatie betekent op zijn minst een onduidelijkheid over welk systeem moet toegepast worden en er bestaat met andere woorden een risico op dubbele, tegenstrijdige of niet-coherente vervolging, wat uiteraard te vermijden is. In Hoofdstuk 3. gaan we verder in op dit probleem.

37. Een redelijke termijn is bv., onder alle voorbehoud, 2 maanden, waarbij dient rekening gehouden met de complexiteit van het dossier.

38. Hetzij de “eigen” administratie van de DAC (de juridische dienst), hetzij de bevoegde dienst van FOD WASO.

III. Actuele vraagstukken en oplossingen

Het Sociaal Strafwetboek trad in voege medio 2011. Hoofdstuk 2 geeft een eerder statische beschouwing weer over de nieuwe wet als dusdanig en een vergelijking met de Gvu-wetgeving op 1 juli 2011, met name over de toezichtsprocedure van individuele onderzoeksdossiers.

Ondertussen wordt de nieuwe wet geconfronteerd met de dynamische realiteit; sinds de invoering van het Sociaal Strafwetboek zijn er immers allerlei evoluties gaande. In voorliggend hoofdstuk gaan we dieper in op enkele van die actuele vraagstukken:

- Het “*non bis in idem*”-vraagstuk is een principiële kwestie, die van alle tijden is, maar de confrontatie tussen het Sociaal Strafwetboek en de Gvu-wet vereist zowel een pragmatische als een meer structurele oplossing op lange termijn
- De Salduz-wetgeving opent nieuwe rechten voor de verdediging, maar tevens administratieve complicaties
- Het elektronische PV werd in 2012 eveneens in het Sociaal Strafwetboek ingeschreven en opent de digitale toekomst van de strijd tegen de sociale fraude
- We staan ten slotte even stil bij de collectieve aanpak en samenwerking met andere inspecties.

1. *Non bis in idem* na het sociaal strafwetboek

a. Het samengaan van twee wetgevingen

Eén van de definities van het “*non bis in idem*”-principe luidt: “*Niemand mag voor de tweede keer worden berecht of gestraft voor een strafbaar feit waarvoor hij reeds overeenkomstig de wet en het procesrecht bij eindspraak is veroordeeld of waarvan hij is vrijgesproken*”³⁹. De Raad van State heeft uitdrukkelijk gesteld dat het *non bis in idem* beginsel door de administratie gerespecteerd dient te worden en dat “*administratieve sancties (...) ontegensprekelijk zowel preventief als repressief van aard zijn en dat er dus van moet uitgegaan worden dat het gaat om strafrechtelijke sancties*”⁴⁰. Met andere woorden een sociaal verzekerde kan in géén geval vanuit twee wetgevingen of via twee administraties of zowel administratief als strafrechtelijk vervolgd worden.

In het vorige hoofdstuk werd van het probleem van het naast mekaar bestaan twee verschillende wetgevingen aangehaald. Zoals daar gesteld, heeft de wetgever, bij het opstellen van het sociaal strafwetboek in 2010, in de Gvu-wet het artikel 169 gewijzigd, stipulerend dat: “*De inbreuken op de bepalingen van deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten en verordeningen, worden opgespoord, vastgesteld en bestraft overeenkomstig het Sociaal Strafwetboek*”. Bij een eerste lezing zou men hieruit kunnen afleiden dat de sancties uit de gecoördineerde Gvu-wet (Tabel 2) niet meer zouden mogen toegepast worden, ten voordele van de sancties van het Sociaal Strafwetboek (Tabel 1). Verder is het zo dat, zoals gesteld in pt. a, blz. 308, de FOD WASO door het Sociaal Strafwetboek (art. 70) bevoegd is verklaard om administratieve geldboetes te innen.

39. Art. 14.7 van het Bupo-verdrag (= Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten).

40. Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, doc 52 2486/001, blz. 28.

Daartegenover staat evenwel dat de gecoördineerde GUV-wet van 14 juli 1994 een goed functionerende wetgeving is, met, voor wat de sociale controle op NTA betreft, een aantal specifieke kenmerken:

- Het gaat om *uitkeringsfraude*
 - het gaat niet om prestatie⁴¹, noch om bijdragefraude
- Er is een medisch aspect
 - Er wordt (administratief) gecheckt of er een toelating was vanwege de adviserend geneesheer
 - Voor de toekomst wordt de betrokkene uitgenodigd voor een medisch onderzoek
- Er zijn “onverschuldigde bedragen”
 - De uitkeringen die de verzekerde ontving terwijl hij een niet toegelaten arbeid verrichtte, worden *teruggevorderd*
- Er is een specifieke sanctie:
 - *De uitsluiting* op een (toekomstig) recht op uitkeringen.

Deze kenmerken maken dat het niet evident is om zomaar het sanctioneringsmechanisme van het Sociaal Strafwetboek toe te passen. Men dient daarbij het volgende in overweging te nemen:

- Het Sociaal Strafwetboek - en *de facto* ook de FOD WASO niet - is uiteraard *niet vertrouwd met typische RIZIV-begrippen* zoals de “vaststelling van arbeidsongeschiktheid”, “toelating tot deeltijdse werkhervatting”, “vermindering van het verdienvermogen” of de “volledige werkhervatting”. Het SSW creëert immers een algemeen kader met generieke begrippen zoals “gerechtigden”, “sociale uitkeringen”, en dergelijke.
- Het Sociaal Strafwetboek kent wel het begrip *uitkeringsfraude*: in artikel 230 van Boek 2 worden de begrippen “*sociaal voordeel*” en “*bijdrage*” gedefinieerd, en in artikel 232 tot 235 worden de sancties bepaald tegenover zowel inbreuken gepleegd door werkgevers die trachten het betalen van bijdragen te vermijden als de inbreuken gepleegd door zij die trachten ten onrechte sociale voordelen te bekomen.
- Het Sociaal Strafwetboek erkent tevens het bestaan van *terugvorderingen*: in artikel 236 wordt bepaald dat wanneer de benadeelde derde zich geen burgerlijke partij heeft gesteld, de (straf-) rechter een ambtshalve veroordeling tot terugbetaling van de onrechtmatig ontvangen bedragen uitspreekt. Hiermee wordt ook gesteld dat het niet om een sanctie als dusdanig gaat. Tevens is duidelijk dat dit niet de snelste weg is om een onverschuldigd bedrag terug te vorderen; immers noch het Sociaal Strafwetboek, noch de FOD WASO is vertrouwd met de specifieke rol van de Verzekeringsinstellingen, die zelf overgaan tot de terugvordering, in plaats van het RIZIV⁴²
- Het Sociaal Strafwetboek kent ten slotte ook geen eigen sanctionering in verband met de *uitsluiting* op het recht op uitkeringen. Wel is het zo dat het Sociaal Strafwetboek deze uitsluitingen *indirect* erkent in het eerder aangehaalde artikel 115, met name in de zinswending “(...) *omdat zijn sociaal voordeel evenzeer vatbaar is voor een vermindering, een opschorting of een volledige of gedeeltelijke uitsluiting*”. Deze zin maakt een administratieve vervolging door de diensten van het RIZIV, in plaats van een vervolging door de FOD WASO mogelijk. Dit artikel erkent namelijk de bevoegdheid (van de leidend ambtenaar) van het RIZIV om de sanctie “uitsluiting” uit te spreken en maakt de administratieve geldboete door FOD WASO eraan ondergeschikt.

Wanneer men de optelsom maakt van hoe het Sociaal Strafwetboek zich verhoudt tot de bepalingen in de GUV-wet, wordt het een quasi onmogelijke zaak om het aan de FOD WASO over te laten de vervolging in te stellen, ook al is dat een vereiste volgens artikel 169. De procedures om enerzijds de inbreuken met het nodige beoordelingsvermogen vast te stellen en anderzijds de terugvordering in te stellen zijn immers onlosmakelijk met mekaar verbonden. Om een uitweg te vinden uit dit dilemma, heeft het RIZIV samen met de FOD WASO een procedure uitgewerkt.

41. Paragraaf 1 van art. 168 *quinquies* vormt een uitzondering op deze regel.

42. In de werkloosheidswetgeving is het daarentegen de RVA zelf die overgaat tot de terugvordering en niet de uitbetalingsinstelling.

b. Het Protocol als werkbare oplossing

Wat de administratieve controle betreft⁴³, hebben de FOD WASO en het RIZIV in juli 2011 een “Protocol” afgesloten⁴⁴, dat voorrang geeft aan de bestaande administratieve sancties uit de GVVU-wetgeving.

Het Protocol bevat 4 artikels:

- Artikel 1 bepaalt de doelstelling van het protocol, met name werkafspraken vastleggen, in afwachting van een definitieve aanpassing van het Sociaal Strafwetboek, om juridische problemen te vermijden die zouden kunnen ontstaan op grond van het beginsel “*non bis in idem*”. Hierbij wordt verwezen naar het te vermijden samengaan van administratieve sancties vanwege het RIZIV met administratieve geldboetes vanwege de Federale Overheidsdienst WASO, mogelijke interpretatieverschillen inzake verzachtende omstandigheden en het gegeven dat men een verzekerde niet kan opzadelen met twee beroepsprocedures
- Artikel 2 bepaalt het materieel toepassingsgebied, waarbij een gedeeltelijke overlap wordt vastgesteld tussen de delictomschrijvingen in het Sociaal Strafwetboek respectievelijk in de GVVU-wet
- Artikel 3 legt de werkafspraken vast:
 - De dienst DAC van het RIZIV wacht op de beslissing van de arbeidsauditeur
 - De DAC brengt de Federale Overheidsdienst WASO op de hoogte van de beslissing van de auditeur
 - Indien de auditeur niet strafrechtelijk vervolgt, start DAC een administratieve vervolging
 - De DAC brengt de Federale Overheidsdienst WASO op de hoogte van de door het RIZIV opgelegde sanctie.
- Artikel 4 bepaalt de modaliteiten qua informatie-uitwisseling benodigd om de werkafspraken te kunnen nakomen.

Wanneer men de administratieve geldboetes van artikel 168*quinquies* vergelijkt met de administratieve geldboetes voor gelijkaardige inbreuken uit het Sociaal Strafwetboek⁴⁵, is men geneigd te besluiten dat de geldboetes van de GVVU-wet milder zijn. Daar staat tegenover dat het systeem van de uitsluiting van de uitkeringen beter beantwoordt aan het proportionaliteitsbeginsel en ook een snelle en efficiënte afronding van de dossiers mogelijk maakt. Tevens kan men stellen dat de verweermiddelen en de beroepsmogelijkheden, in de context van de lichtere sancties niet fundamenteel verschillen van deze van het Sociaal Strafwetboek; artikel 168*quinquies* en *sexies* bevatten alle procedurewaarborgen.

Alle elementen uit bovenstaande analyse in overweging genomen en rekening houdend met de impasse die het gestelde probleem dreigde te veroorzaken, kan men het Protocol als billijk evalueren.

c. Beleidsmatige keuzes

Het “*non bis in idem*”-probleem waarvoor het RIZIV en de FOD WASO zich gesteld zagen, is geen alleenstaand geval. De meeste instellingen van de sociale zekerheid hebben de bevoegdheid om voor een aantal inbreuken een administratieve sanctie op te leggen, terwijl die inbreuk (door het SSW) ook strafrechtelijk kan worden gesanctioneerd. Vaak bestaan er sancties vergelijkbaar met deze van het RIZIV, namelijk tijdelijke uitsluitingen. Het risico bestaat dus bij al deze OISZ op een dubbele bestraffing en bijgevolg op het schenden van het *non bis in idem*.

43. De geneeskundige evaluatie en controle valt buiten het bestek van dit eindwerk.

44. Deze overeenkomst werd plechtig ondertekend in 2012.

45. SSW, art. 227 (misbruik of vervalsing sociale identiteitskaart), art. 232 (valsheid en gebruik van valse stukken), art. 233 (onjuiste of onvolledige verklaringen betreffende sociale voordelen), art. 234 (onjuiste of onvolledige verklaringen betreffende bijdragen) en art. 235 (oplichting in sociaal recht) worden allen met sanctie niveau 4 vervolgd.

Het beleid, in hoofde van de Staatssecretaris voor de Bestrijding van de sociale en de fiscale fraude, dhr. John Crombez, erkent dit probleem en werkt aan een structurele oplossing⁴⁶. Men denkt hierbij aan een oplijsting van alle bestaande administratieve sancties bij de instellingen van de sociale zekerheid, waarbij men zou evalueren of deze sancties al dan niet een “strafkarakter” bezitten. Afhankelijk van de uitkomst van deze kwalificatie, zal men andere procedures dienen uit te werken. Deze oefening zal plaats vinden in een werkgroep⁴⁷, die zal worden opgericht in de schoot van het College voor de Strijd tegen de Fiscale en Sociale Fraude, onder voorzitterschap van de Staatssecretaris, en met vertegenwoordigers van de instellingen voor de sociale zekerheid de RVA, RIZIV, RKW en RSZ, samen met vertegenwoordigers van de FOD Sociale Zekerheid, de FOD WASO, de POD Maatschappelijke integratie, SIOD, en tenslotte 2 vertegenwoordigers van de adviesraad sociaal recht.

Hierbij kan men uiteraard niet voorbij aan het oordeel van de Raad van State (cfr. pt. a, blz. 319). Recente rechtspraak brengt evenwel enige nuance in deze problematiek:

- Zo oordeelde het Grondwettelijk Hof op 1 maart 2012 dat de maatregel waarbij een werkgever, die de DIMONA-aangifte voor een bepaalde werknemer niet heeft verricht, een *solidariteitsbijdrage* aan de RSZ dient te betalen⁴⁸, niet kan worden gekwalificeerd als een strafrechtelijke sanctie
- Het Hof van Beroep van Gent op 24 november 2011⁴⁹ bevestigde de stelling van de rechtbank van eerste aanleg van Gent, de dato 28 april 2010, zeggende dat: “De eerste rechter oordeelde terecht dat de administratieve sanctie die aan de beklaagde (...) werd opgelegd (nl. een uitsluiting voor 4 maanden van het recht op de tussenkomst van de verzekering in de kosten van geneeskundige verstrekking) geenszins een penaal karakter heeft, zodat er van enige verboden cumul geen sprake kan zijn.” Met andere woorden oordeelt het Hof dat de administratieve sanctie niet zwaar genoeg weegt en dat er bijgevolg geen enkel probleem is om naast de administratieve vervolging ook nog een strafrechtelijke vervolging in te stellen.

2. De invoering van de Salduz-wet in België

a. Nieuwe rechten voor de verzekerde

Met de Wet van 13 augustus 2011⁵⁰ werden regels voor het verhoor van *verdachten* ingevoegd in het Wetboek van Strafvordering⁵¹. Deze wet kwam tot stand onder druk van de zgn. “Salduz”-rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

46. Actieplan 2012-2013 van het College voor de Strijd tegen de Fiscale en Sociale Fraude, mei 2012.

47. T.a.v. de fiscale fraude wordt voor een ander systeem gekozen, nl. de “Una Via-wet”. Deze installeert een permanente overlegstructuur tussen de gewestelijke Directeur van de FOD Financiën en de Procureur des Konings. Per besproken dossier wordt er dan voor “één weg” gekozen, hetzij de administratieve, hetzij de strafrechtelijke weg. Als richtlijn geldt ook hier dat de “zware” dossiers strafrechtelijk zullen vervolgd worden.

48. Art. 22^{quater} van de RSZ-wet. Deze sanctie sluit uiteraard niet uit dat de werkgever zich in regel dient te stellen voor de tewerkstelling van zijn werknemer.

49. Hof van Beroep te Gent, derde kamer, ref. S/1192/08 – GE 69.98.2129/09, onuitgegeven, documentatie DAC.

50. Wet van 13.08.2011 tot wijziging van het Wetboek van strafvordering en van de wet van 20.07.1990 betreffende de voorlopige hechtenis, om aan elkeen die wordt verhoord en aan elkeen wiens vrijheid wordt benomen rechten te verlenen, waaronder het recht om een advocaat te raadplegen en door hem te worden bijgestaan. B.S.05.09.2011, inwerkingtreding 01.01.2012.

51. *Het Wetboek van Strafvordering* bepaalt de regels van het opsporen van misdrijven, het onderzoek, de vervolging, de rechten en plichten van de partijen, de besluitvorming en de uitvoering van de beslissingen. (*formeel* strafrecht). Wát de strafbare misdrijven zijn en welke straffen ervoor kunnen uitgesproken worden, is te vinden in het Strafwetboek (ook wel *materieel* strafrecht genoemd). Deze twee wetboeken vormen de basis van het Belgisch strafrecht. Bron: Wikipedia, 09.05.2012.

De 17-jarige Salduz werd door de Turkse politie gearresteerd op verdenking van deelname aan een onwettige demonstratie ter ondersteuning van de PKK en het ophangen van een spandoek. Tijdens het politieverhoor heeft hij een bekentenis afgelegd, die hij later introk bij de openbaar aanklager en bij de onderzoeksrechter. Hij zei dat hij tijdens het politieverhoor onder druk was gezet en werd geslagen. Pas na de voorgeleiding bij de aanklager en de onderzoeksrechter kreeg Salduz voor het eerst een advocaat te spreken. Zijn veroordeling tot 2½ jaar gevangenisstraf was onder meer gebaseerd op de verklaringen, die tijdens het politieverhoor waren afgelegd.

In beroep bij het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) stelde Salduz, dat zijn recht op een eerlijk proces is geschonden, omdat hij tijdens het politieverhoor verstoken was van rechtsbijstand, terwijl de daar afgelegde en later ingetrokken verklaring wel door de rechter als belastend bewijs werd gebruikt. Het Hof overwoog, dat artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens eist dat een verdachte toegang tot een raadsman ("access to a lawyer") moet krijgen vanaf het moment dat de ondervraging door de politie begint. Afwijking van deze hoofdregel is alleen mogelijk in exceptionele gevallen, op basis van dwingende redenen. De rechten van de verdediging zijn in principe onherstelbaar aangetast, indien belastende verklaringen voor het bewijs worden gebruikt, als die verklaringen zijn afgelegd terwijl verdachte geen toegang tot een raadsman had⁵².

De veranderingen die de "Salduz-wet" aanbracht, waren aanvullingen op bestaande regels voor het verhoor van personen ongeacht hun *hoedanigheid*⁵³, zoals die gekend waren na de Wet Franchimont en waarvan de voornaamste principes in artikel 62 van het Sociaal Strafwetboek werden opgenomen (cfr. pt. 2, blz. 312.)

De Salduz-wet voegt aan deze bepalingen, in het Wetboek van Strafvordering, *maar niet* in het Sociaal Strafwetboek, twee elementen expliciet⁵⁴ toe voor deze personen:

- de instructie dat de ondervraagde persoon aan het begin van het verhoor moet worden geïnformeerd over de feiten waarover hij zal worden ondervraagd
- het "zwijgrecht light"⁵⁵, dit wil zeggen de ondervraagde persoon niet kan verplicht worden zichzelf te beschuldigen.

Men kan stellen dat bovenstaande minima vereisten voor een "klassiek verhoor" van toepassing zijn voor slachtoffers en getuigen, waarbij er dus *geen* sprake is van een *inbreuk* in hoofde van de verhoorde. We noemen dit in het kader van dit werk "*Situatie 1*". Naast deze algemene standaard – en van groter belang – voorziet de Salduz-wet drie situaties met betrekking tot *verdachten*:

- zij die verdacht worden van inbreuken, die *géén* aanleiding kunnen geven tot een aanhoudingsbevel ("*Situatie 2*")
- degenen die verdacht worden van inbreuken, die aanleiding kunnen geven tot een aanhoudingsbevel, maar die (*nog*) *niet* van hun vrijheid beroofd zijn ("*Situatie 3*")
- en ten slotte de *werkelijk aangehouden* verdachten ("*Situatie 4*")

Een aanhoudingsbevel is een beslissing van de onderzoeksrechter die ertoe strekt een persoon in voorlopige hechtenis te nemen. Een aanhoudingsbevel kan alleen worden uitgevaardigd in geval van absolute noodzaak en uitsluitend voor feiten die strafbaar zijn met een gevangenisstraf van ten minste een jaar. Daarnaast zijn ook ernstige aanwijzingen van schuld vereist⁵⁶.

52. Wikipedia, versie 05.07.2012.

53. M.a.w. dit zijn de minimumregels die steeds van toepassing zijn.

54. Nochtans behoorden deze elementen hoe dan ook impliciet tot de algemene rechtsprincipes.

55. Eind december 2011 verspreidde de SIOD (Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst, zie verder ondertitel 4, blz. 332) de "Omzendbrief betreffende de organisatie van de bijstand door een advocaat vanaf het eerste verhoor in het kader van de Belgische strafprocedure" onder de inspectiediensten en de auditoraten. Hierin worden de termen "zwijgrecht lichte versie" en "zwijgrecht zware versie" gebruikt.

56. Website van Advocatenkantoor Elfri De Neve (www.elfri.be).

De inbreuken die aanleiding kunnen geven tot een aanhoudingsbevel komen overeen met de *zéér zware inbreuken*, sanctioneerbaar op niveau 4 van het Sociaal Strafwetboek, de inbreuken die hier géén aanleiding toe kunnen geven (situatie 2) zijn resp. *de lichte* (niveau 1), *de matige* (niveau 2) en *de zware* inbreuken (niveau 3).

Aan elk van de bovenvermelde situaties kent de Salduz-wet “*getrapte*” rechten toe:

Situatie 1, personen ongeacht de hoedanigheid:

- beknopte weergave van de reden van het verhoor
- zwijgrecht light

Situatie 2, verdachten van de niet zeer zware inbreuken (sanctieniveaus 1 t.e.m. 3):

- dezelfde rechten als bij situatie 1 *plus*:
- een schriftelijke standaardverklaring met de “Verklaring van uw rechten”⁵⁷
- zwijgrecht zwaar:
 - dit is zwijgrecht light *plus* de betrokkene heeft de keuze om een verklaring af te leggen, te antwoorden op de hem gestelde vragen of te zwijgen

Situatie 3, niet aangehouden verdachten in verband met inbreuken sanctioneerbaar op niveau 4:

- dezelfde rechten als bij situatie 2 *plus*:
 - *een vertrouwelijk overleg met een advocaat voorafgaand aan het “eerste verhoor”*
- **Situatie 4, aangehouden verdachten inbreuk 4:**
- dezelfde rechten als bij situatie 3 *plus*:
 - bijstand van een advocaat tijdens het eerste verhoor.

b. Toepassing van Salduz in functie van verhoor en vaststellingen door de sociaal controleurs

Hoewel de wetgever bij het opstellen van de Salduz-wet er niet expliciet heeft voor gekozen om de teksten van het sociaal strafwetboek aan te passen (m.n. art. 62 en 63), is er een duidelijke link met de materie en de filosofie van het Sociaal Strafwetboek en met de praktijk van de sociale controle. Salduz spreekt zich, net zoals het Sociaal Strafwetboek, uit over hoe het *verhoor* dient te verlopen en koppelt de diverse modaliteiten aan mogelijke inbreuken volgens een hiërarchie vergelijkbaar met deze van het Sociaal Strafwetboek. Het is bovendien duidelijk dat de manier waarop het verhoor verloopt een rechtstreeks gevolg heeft voor de vaststelling van de inbreuk en zo ook op de latere vervolging en sanctionering. Omgekeerd: een foutieve of een niet toepassing van de Salduz-wetgeving zou er in sommige gevallen toe kunnen leiden dat de procedure ongeldig wordt verklaard⁵⁸.

De Dienst sociale controle heeft daarom begin 2012 een procedure uitgewerkt om de Salduz-richtlijnen coherent toe te passen.

57. K.B. van 16.12.2011 tot uitvoering van art. 47 *bis*, § 4, van het Wetboek van Strafvordering, B.S. 23.12.2011, tweede editie, blz. 80387 e.v.

58. Art. 2, § 6 van de Salduz-wet stelt dat tegen een persoon geen veroordeling kan worden uitgesproken die enkel gegrond is op verklaringen die hij heeft afgelegd *in strijd met de* §§ 2, 3 en 5 met uitsluiting van § 4, wat betreft het voorafgaandelijk vertrouwelijk overleg of de bijstand door een advocaat tijdens het verhoor.

In de praktijk van het onderzoek naar *niet toegelaten activiteit* worden de sociaal controleurs voornamelijk geconfronteerd met de eerder genoemde *situatie 1* (verhoor van getuigen, zoals collega's of de werkgever) en met *situatie 3* (verhoor van de van NTA verdachte uitkeringsgerechtigde). Immers, de inbreuken die de sociaal controleurs volgens de GUV-wet vaststellen, met name hervatting van de arbeid zonder toelating, het niet aangeven van een inkomen, het aanwenden van een vals document ter bekoming van een (hogere) uitkering (allen gevat door art.168*quinquies*, zie ook pt. 3, blz. 315, Tabel 2) of de verhindering van het toezicht (art.163), zijn vanuit het oogpunt van het Sociaal Strafwetboek allen te kwalificeren als inbreuken sanctioneerbaar op niveau 4. Het gaat dan meer bepaald om de in pt.1, blz. 319 reeds vermelde artikelen 232, 233 (valsheid, valse stukken, onjuiste of volledige verklaringen), 235 (oplichting in sociaal strafrecht) en verder artikel 209 (belemmering van het toezicht).

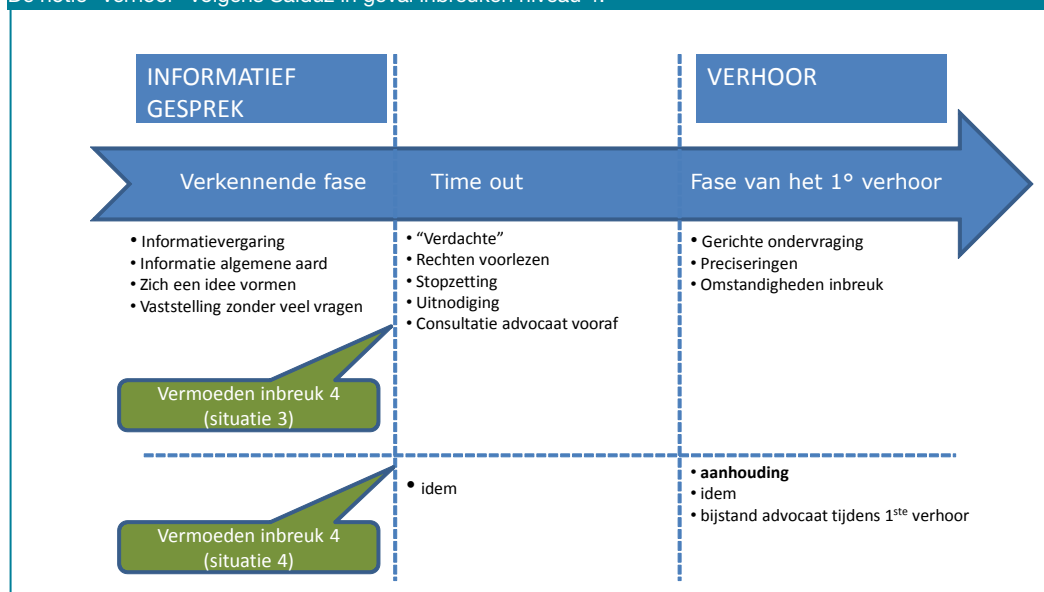
Situatie 2 komt dus per definitie niet voor in de praktijk van de sociaal controleur, omdat het gaat om inbreuken lager dan niveau 4; vaak gaat het om gevallen die in de bevoegdheid van andere inspectiediensten of administraties vallen en naar waar wordt doorverwezen.

Het verhoren van gearresteerde verdachten ("*Situatie 4*") komt om evidente redenen eveneens zelden of nooit voor in het kader van een sociaal controleonderzoek. Dit betekent dat de sociaal controleur quasi nooit een verdachte zal moeten verhoren in het bijzijn van een advocaat.

Situatie 1 stelt weinig praktische problemen. Tijdens het verhoor dienen uiteraard de minimale rechten te worden medegedeeld en deze worden ook standaard op het verhoordocument aangebracht, maar voor het overige verloopt het verhoor in dit geval volgens het stramien van een "klassiek verhoor".

Situatie 3 is complexer. De vraag is namelijk *vanaf wanneer iemand verdacht is van een welbepaalde inbreuk*. Dit moment betekent namelijk het openen van extra rechten, meer bepaald dat de verdachte "vóór het 1ste verhoor" recht heeft op een vertrouwelijk onderhoud met een advocaat. Indien dit zo is, hoe benoemen we dan de ondervraging vóór het 1ste verhoor? Schematisch ziet dit er zo uit:

De notie "verhoor" volgens Salduz in geval inbreuken niveau 4:



Het probleem stelt zich met name als een sociaal controleur zich op basis van ontvangen, soms weinig specifieke informatie naar een vermoedelijke arbeidsplaats (een werf, een café, een winkel, enz.) begeeft. In eerste instantie verkent hij de omgeving: hij observeert, vergaart informatie, vormt zich een idee wat er gebeurt, stelt algemene vragen, enz. Indien de sociaal controleur vervolgens *de visu* vaststelt dat iemand een activiteit verricht en hij identificeert deze persoon als een uitkeringsgerechtigde arbeidsongeschikte, dan ontstaat automatisch het vermoeden van een inbreuk sanctioneerbaar op het niveau 4. Op dat moment dient er een “time out” in de ondervraging ingebouwd te worden, vermits de ondervraagde persoon het statuut “verdachte” in de zin van Salduz verkrijgt. De betrokkene kan er dan voor kiezen om pas binnen afzienbare tijd⁵⁹ aan het “1^{ste} verhoor” onderworpen te worden, zodat hij vooraf een advocaat kan raadplegen. Dit “1^{ste} verhoor” onderscheidt zich van het voorafgaande “informatief gesprek” doordat er een bevraging plaats vindt, die gericht is op de omstandigheden van de inbreuk en waarbij naar preciseringen gevraagd wordt (wanneer, hoe lang, wat, enz.).

De procedure van DSC van begin 2012 voorziet op de ondervragingsdocumenten volgende mogelijkheden:

- er wordt rekening gehouden met het veranderende statuut van de ondervraging
- er wordt informatie voorafgaand aan het “verhoor” verstrekt
- de betrokkene kan afstand doen van zijn recht op consultatie (en kan er dus voor kiezen om het verhoor zonder uitstel voort te zetten)
- er is een “*ad rem*” schriftelijke uitnodiging voorzien, voor het geval wanneer de betrokkene zijn recht uitoefent (en dus vraagt om het verhoor te verplaatsen naar een latere datum).

De sociaal controleur heeft ook steeds het standaardmodel “Verklaring van uw rechten” bij zich om de betrokkene correct te informeren.

Indien de startinformatie daarentegen een PV van een andere inspectiedienst of van een auditeur betreft, kan vaak meteen overgegaan worden tot een verhoor op schriftelijke uitnodiging. Het bovenstaande probleem stelt zich dan niet. Immers, alle informatie over de Salduz-rechten wordt meegestuurd met de schriftelijke uitnodiging en de betrokkene wordt bijgevolg verondersteld zijn advocaat te hebben geraadpleegd voorafgaand aan het “1^{ste} verhoor”.

De eerste jaarhelft van 2012 heeft ondertussen uitgewezen dat de impact van de nieuwe Salduz-procedure in de werking van de sociale controle *relatief beperkt* blijft. In de totaliteit van alle onderzoeken is het een zeldzaamheid dat men zich enkel op een *de visu* vaststelling dient te baseren. Meestal heeft men meerdere, nauwkeurige informatie, waardoor men de betrokkene direct kan uitnodigen. Bovendien is het zo dat bij een *de visu* vaststelling, de betrokkene er *meestal* voor kiest om afstand te doen van zijn recht op raadpleging van een advocaat en dat het verhoor dus ter plaatse kan doorgaan; met andere woorden ook voor de betrokkenen komt het Salduz-verhaal nogal zwaar over en zij zien het nut niet in van een uitstel van de procedure.

Het is wel zo dat de Salduz-procedure er toe leidt dat de sociaal controleur zijn werk anders – meer systematisch – dient te organiseren. Hij moet rekening houden met diverse mogelijke situaties met verschillende gevolgen. Zo moet hij voorzien om al dan niet een dag vrij te houden in de nabije toekomst voor een uitgesteld verhoor. Hij moet uiteraard ook alle mogelijke formulieren bij zich hebben en hij moet er op bedacht zijn het juiste formulier in de juiste context te gebruiken.

In verband met dit laatste probleem werd in juli 2012 een *nieuw verhoorformulier* ontwikkeld, waarbij een bundeling gemaakt werd van enkele vorige formulieren en dat bruikbaar is in meerdere situaties. Dit formulier bevindt zich momenteel in een testfase. Een idee voor de toekomst is tevens om een soort portfolio of draagmap te ontwikkelen, waarin alle tools van de sociaal controleurs verzameld zitten en die toelaat aan de controleur om (nog) professioneler te werken

59. Een uitstel van 14 dagen wordt luidens de instructies van SIOD aanvaard als een redelijke termijn.

c. Beleidskwesties

Bij de invoering van de Salduz-wet was er heel wat kritiek op de invulling die de Belgische wetgever had gegeven aan de richtlijnen van het EVRM. Voor sommige critici, voornamelijk uit de advocatuur, ging de wet niet ver genoeg. In een krantenartikel eind 2011 werd dit als volgt verwoord⁶⁰:

De nieuwe wettelijke regeling had moeten garanderen dat een verdachte bij ieder verhoor het recht heeft op bijstand van een advocaat, maar die garantie is er niet. De verdachte krijgt dat recht immers alleen als hij van zijn vrijheid is beroofd tijdens het eerste verhoor door de politie en nadien als hij wordt voorgeleid bij zijn ondervraging door de onderzoeksrechter, terwijl het Europees Hof in zijn rechtspraak voorziet in een principieel algemeen bijstandsrecht bij al de verhoren. Ondanks de nieuwe regeling is een veroordeling van België door het Europees Hof dan ook niet uit te sluiten.

Nochtans is dit standpunt voor discussie vatbaar. Artikel 6, 3^o van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden bepaalt hierover immers:

Een ieder tegen wie een vervolging is ingesteld, heeft in het bijzonder de volgende rechten:

- a. onverwijld, in een taal die hij verstaat en in bijzonderheden, op de hoogte te worden gesteld van de aard en de reden van de tegen hem ingebrachte beschuldiging
- b. te beschikken over de tijd en faciliteiten die nodig zijn voor de voorbereiding van zijn verdediging
- c. zich zelf te verdedigen of daarbij de bijstand te hebben van een raadsman naar eigen keuze of, indien hij niet over voldoende middelen beschikt om een raadsman te bekostigen, kosteloos door een toegevoegd advocaat te kunnen worden bijgestaan, indien de belangen van een behoorlijke rechtspleging dit eisen
- d. de getuigen à charge te ondervragen of te doen ondervragen en het oproepen en ondervraging van getuigen à décharge te doen geschieden onder dezelfde voorwaarden als het geval is met de getuigen à charge
- e. zich kosteloos te doen bijstaan door een tolk, indien hij de taal die ter terechtzitting wordt gebezigd niet verstaat of niet spreekt.

Met andere woorden de vraag is wanneer men kan spreken over het feit of iemand in vervolging is gesteld. Men kan argumenteren – en dit is de eerder klassieke, continentale benadering – dat de vervolging maar start na de opsporings- en de vastleggingsfase. Vanuit dit oogpunt, voldoet de Belgische Salduz-wet eerder als evenwichtige invulling van de EVRM-richtlijn, gezien de getrapte rechten die worden toegekend al naargelang de fase van de procedure.

Aan de andere kant van de critici, bijvoorbeeld bij de inspectiediensten, was men behoeft voor een veeleer Angelsaksische invulling van de Salduz-richtlijn, waarbij elk verhoor zou moeten gevoerd worden met bijstand van een advocaat. Dit zou een vlotte afwikkeling van een sociaal onderzoek quasi onmogelijk maken. De aanpak binnen de Dienst sociale controle heeft evenwel aangetoond dat het volgens de huidige stand van zaken niet zo'n vaart hoeft te lopen.

Een gelijkaardige kwestie is de volgende. Zoals hiervoor gesteld (cfr. pt. a, blz. 322), heeft de wetgever bij het opstellen van de Salduz-wet de nieuwe verhoorregels niet opgenomen in het Sociaal Strafwetboek. Gezien de grote verwevenheid kan men zich afvragen waarom dit niet gebeurd is. Vooraleer hier een beslissing over te nemen, wenst de Staatssecretaris dit nader te bestuderen *in een werkgroep*, op te richten in de schoot van het College voor de Strijd tegen de Fiscale en Sociale Fraude.

60. *De Salduz-wet, een maat voor niets*, De Standaard, 30.12.2011. Auteur Jan Swennen is lid van de Raad van de Orde, voorzitter van de commissie Strafrecht van de Hasseltse balie en lid van de Orde van de Vlaamse Balies.

De keuze voor één van de hoger genoemde benaderingen zal zeker een belangrijke rol spelen bij de resultaten van deze werkgroep. Toch is het niet onbelangrijk er de aandacht op te vestigen dat in ons huidig rechtssysteem er reeds vele garanties zijn ingebouwd in het kader van de rechten van de verdediging. We kunnen hiervoor bijvoorbeeld verwijzen naar de verweer- en beroepsmiddelen die zowel in de GVV-wet als in het Sociaal Strafwetboek voorzien zijn. Het is dus niet zo, zoals de critici van de eerste groep beweren, dat de Belgische Salduz-wet onvoldoende garanties biedt. Dit wordt tevens bevestigd door recente rechtspraak. In het eerder genoemde arrest van het Hof van Beroep van Gent op 24 november 2011 oordeelde de rechter - expliciet verwijzend naar de Salduz-uitspraak - -dat:

“Wanneer een verhoor heeft plaatsgevonden zonder bijstand van een advocaat, heeft dit niet automatisch tot gevolg dat het definitief onmogelijk wordt om de zaak van een beklaagde op een eerlijke wijze te behandelen. Het eerlijke karakter van het proces blijft gevrijwaard wanneer is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- *de rechter mag de verklaringen niet als doorslaggevend bewijs gebruiken*
- *de rechter stelt vast dat er geen misbruik is of geen dwang werd gebruikt*
- *de rechter stelt vast dat de beklaagde zich op het ogenblik van het verhoor en tijdens het onderzoek niet bevond in een kwetsbare positie of dat aan de kwetsbare positie van de beklaagde op een daadwerkelijke en passende wijze werd geredieerd.”*

Men kan deze uitspraak eveneens opvatten als een impliciete verwijzing naar de gefaseerde opbouw van rechten gedurende het verloop van een eenvoudige administratieve controle (op een laag sanctieniveau) naar een gecompliceerde vervolging met zwaardere inbreuken en met meerdere constitutieve elementen.

3. De programmawet van 29 maart 2012 en het elektronisch PV

a. De lancering van het e-PV en het gebruik ervan door de grote inspectiediensten

De hervormingen in het sociaal strafrecht en de moderniseringsprojecten in ambtenarenzaken die sinds een tiental jaren aan de gang zijn, hebben er tot geleid dat men de bestaande inbreuken in het sociaal recht is gaan systematiseren. Dit heeft zich in concreto vertaald in de in 121 artikelen opgesomde inbreuken in het Sociaal Strafwetboek. Een gelijkaardige, maar andere, uniforme inbreukenlijst was tevens de basis om het elektronisch Proces-verbaal van vaststelling, het zgn. *e-PV* uit te werken.

De ontwikkeling van het elektronisch PV kwam concreet op gang in uitvoering van het Actieplan voor de fraudebestrijding 2008-2009 van de (vorige) Staatssecretaris bevoegd voor fraudebestrijding, dhr. Carl Devlies. Het was bedoeld voor iedereen betrokken bij het opstellen van een proces-verbaal tot vaststelling van inbreuken in het domein van het sociaal strafrecht. Van meet af aan was het e-PV bedoeld als instrument in de strijd tegen de sociale fraude en om de rechtszekerheid van de betrokkenen te verhogen, door:

- het gebruik van een uniform model van PV, beveiligd en elektronisch aangemaakt die door de opstellers zelf in een databank worden ingebracht
- het creëren van een centrale databank met alle gegevens uit de e-PV's
- het verzenden van deze PV's langs elektronische weg⁶¹

61. De betrokkene krijgt het PV nog wel op papier.

- alle bevoegde instellingen (RVA, RSZ, SI, enz.) de gegevens uit deze databank laten gebruiken in hun strijd tegen de sociale fraude
- beter leesbare PV's
- kwalitatief vollediger PV's
- betere waarborgen wat betreft de bewijsvoering.

Het project e-PV werd op gang getrokken door de FOD WASO (medegefinancierd door RSZ) op 1 april 2010. Op 1 februari 2011 stapten de eerste inspecteurs in het systeem⁶². Korte tijd later (01.03) maakten alle 1.000 inspecteurs van Sociale Inspectie, Toezicht Sociale Wetten, RVA en Inspectie RSZ, gebruik van uniforme e-PV's, vanaf toen kennen deze diensten geen andere modellen van PV meer. In het voorjaar 2012 werd geschat dat 87 % van de inbreuken in de sociale wetgeving in de elektronische PV's werden vastgesteld⁶³.

De invoering van het Sociaal Strafwetboek op 1 juli 2011 had in eerste instantie een relatief beperkte impact op het bestaande e-PV. Er moesten uiteraard wel enkele aanpassingen of inlassingen gebeuren:

- de inbreuken en de toepasselijke sancties dienden te worden aangepast
- de basis voor de toezichtsbevoegdheid was nu niet meer de arbeidsinspectiewet maar het Sociaal Strafwetboek
- het Koninklijk besluit waarin de bevoegde inspecties worden aangeduid⁶⁴ had invloed op wie welke inbreuken in het e-PV kan aanduiden.

b. De Programmawet van 29 maart 2012⁶⁵

Reeds sinds de periode 2008-2009 was men zich er van bewust dat er zich juridische problemen konden voordoen met het gebruik van het elektronische PV. De twee belangrijkste problemen in dit verband zijn de waarde van de elektronische handtekening enerzijds en de privacy van de gegevens van de betrokkenen in een elektronische databank.

Met de Programmawet van 29 maart 2012 heeft de wetgever deze juridische problemen adequaat opgelost, door het ganse systeem in te schrijven in het Sociaal Strafwetboek.

Artikel 85 van deze programmawet bepaalt immers: "*Artikel 16 van het Sociaal Strafwetboek wordt aangevuld met een 14° tot 19°, luidende...*" en vervolgens worden de in artikel 16 reeds aanwezige definities van enkele fundamentele begrippen aangevuld met:

- de actoren van de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude
- de elektronische identiteitskaart
- het Beheerscomité (van de databank e-PV)
- *het e-PV*
- *de databank e-PV*
- de Ginaa-databank: de databank van de bevoegde administratie (=FOD WASO).

Artikel 86 van deze programmawet bepaalt verder: "*Het Eerste boek, Titel 5 van het Sociaal Strafwetboek wordt aangevuld met een Hoofdstuk 5. Regeling van bepaalde aspecten van de elektronische informatie-uitwisseling tussen de actoren van de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude*".

62. Samen met de ambtenaren van de Dienst Administratieve Geldboeten van FOD WASO.

63. Uit het Informatiemagazine voor de federale ambtenaren FEDRA, n° 103, april 2012.

64. K.B. van 01.07.2011, gepubliceerd in het B.S. op 06.07.2011.

65. Gepubliceerd in het B.S. op 06.04.2012 en van kracht dd. 16.04.2012.

Dit toegevoegde hoofdstuk heeft als artikelnummers 100/1, 100/2, enz. (vermits art. 100 en art. 101 al bestonden...). Er wordt bepaald hoe met bovenstaande elementen wordt omgegaan. Belangrijk hierbij is:

Artikel 100/2 (SSW): *“Met het oog op [...] bedoelde elektronische informatie-uitwisseling maken de sociaal inspecteurs van de door de Koning aangewezen sociale inspectiediensten hun processen-verbaal tot vaststelling van inbreuken elektronisch aan via de daartoe ontworpen informatietoepassing overeenkomstig het uniform model dat door het Beheerscomité wordt vastgesteld”.*

Met andere woorden in theorie en op termijn dient het e-PV door elke sociaal inspecteur gebruikt te worden.

De overige subartikels van artikel 100 Sociaal Strafwetboek bepalen volgende items⁶⁶:

- Het e-PV wordt *elektronisch ondertekend* door middel van de *elektronische identiteitskaart*
 - § 2 van dit artikel (89) bepaalt *expliciet* dat dit e-PV met deze elektronische handtekening evenwaardig is met een PV op papier ondertekend door middel van een handgeschreven handtekening!
- Mededeling van het e-PV aan het openbaar ministerie (te bepalen door de Koning) conform artikel 65 van het Sociaal Strafwetboek; dit artikel bepaalt dat het PV tot vaststelling van een inbreuk wordt verzonden aan het openbaar ministerie, aan de bevoegde administratie (FOD WASO) en aan de betrokkene
- Archivering van het e-PV (te bepalen door de Koning)
- Oprichting van de databank e-PV:
 - Er wordt een e-PV databank opgericht, die volgende gegevens bevat:
 - Personen verdacht van een inbreuk
 - Burgerrechtelijke aansprakelijke
 - Betrokkenen (bijv. werknemers van een werkgever die een inbreuk pleegt)
 - Iedere andere persoon, waarvan de opname van de gegevens noodzakelijk is voor een goed begrip van de vastgestelde feiten (bijv. getuigen).
- De financiering van e-PV
- De oprichting van een Beheerscomité
- Het toezicht op het systeem wordt toevertrouwd aan de *Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer*
- Volgende categorieën hebben toegang tot de databank (Art. 100/10):
 - voor de daartoe gemachtigde ambtenaren *van de inspectiediensten*, over
 - de standaardgegevens van een e-PV (datum, plaats, verdachte, kwalificatie,...)
 - andere dan de standaardgegevens als die van belang zijn voor hun onderzoek inzake het toezicht waarmee zij belast zijn (de uitdrukkelijke toestemming van de auditeur is vereist, indien het een onderzoek betreft dat in zijn handen rust)

66. Voor alle artikels geldt dat de Koning alternatieve regels en voorwaarden kan bepalen, bijvoorbeeld indien er een panne zou zijn of indien de administratie nog niet uitgerust is om de nieuwe regels toe te passen.

- voor de ambtenaren van *de bevoegde administratie* (FOD WASO), tot
 - de gegevens van de databank, voor zover dat dit van belang is voor het uitoefenen van hun wettelijke opdracht (bijv. het innen van de boete, geen toestemming van de rechtelijke overheid vereist)
- de *rechterlijke overheid* (openbaar ministerie, arbeidsauditeurs)
 - de auditeur (het openbaar ministerie) kan de toegang voor andere categorieën tijdelijk uitstellen, als hij oordeelt dat dit de uitoefening van de strafvordering of de veiligheid van een persoon in gevaar kan brengen. Dit uitstel noemt men een “embargo”.
 - overige categorieën kunnen toegevoegd worden
- FOD WASO wordt aangeduid als verantwoordelijke dienst voor de verwerking van de gegevens in de Ginaa-databank
- De regeling inzake de toegang tot Ginaa
- Gemeenschappelijke bepalingen betreffende de personen die toegang hebben tot het e-PV en de Ginaa-databank: de gemachtigde instanties dienen een lijst bij te houden van wie dit recht op toegang concreet uitoefenen.

Besluitend kan men stellen dat de Programmawet (en dus de nieuwe versie van het SSW) volgend verdienen heeft op het vlak van het e-PV:

- De juridische basis voor het elektronisch e-PV is stevig verankerd in het Sociaal Strafwetboek
- Deze verankering past in de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude
- Systematische informatieverzameling wordt bevorderd
- Betere (interne en externe) statistieken worden mogelijk
- De bescherming van de persoonlijke levenssfeer is gegarandeerd.

Er dienen nu in de praktijk nog wel een aantal cruciale zaken gerealiseerd te worden, zoals een reële toegang van de auditoraten (d.m.v. een inhaalbeweging op het gebied van informatica) en eveneens de intrede van verschillende andere inspectiediensten, waaronder deze van het RIZIV.

c. Het e-PV-project in de Dienst Sociale Controle

Het RIZIV is reeds geruime tijd vragende partij om mee in te stappen in het systeem van het e-PV.

In januari 2011 werd door de Dienst voor administratieve controle het project e-PV opgestart. De scope van het project beperkt zich tot de invoering van het e-PV in de Dienst sociale controle en is in die zin een pilootproject voor een eventuele latere uitbreiding naar bijvoorbeeld de dienst Controle Verzekeringsinstellingen.

Naast de reeds hoger vermelde evidente algemene voordelen, heeft e-PV nog enkele extra's, die specifiek voor de sociaal controleurs van de DSC als pluspunten kunnen weerhouden worden:

- Het e-PV-formulier model zal toegankelijk zijn via de *portaalsite* van de Sociale Zekerheid
- De uniformiteit van het e-PV-model maakt dat PV's van andere inspectiediensten begrijpelijker worden
- Een aantal gegevens worden door linken naar KBO en KSZ (bijv. Rijksregisternummer) *automatisch* ingevuld, wat werkbeparend is
- Een uniforme gestructureerde *inbreukenlijst* staat ter beschikking van de verbalisant

- Waar mogelijk wordt gewerkt met *rolmenu's* met mogelijke keuzes (bijv.: nationaliteit, verblijfsdocumenten, hoedanigheden...)
- Binnen de toepassing zal een technische en juridische handleiding toegankelijk zijn
- De elektronische *ondertekening* van het PV, geplaatst in een beveiligde omgeving en via het gebruik van een e-ID, leidt tot een - - voor de bevoegde diensten -- snel toegankelijk uniek "origineel PV"
- De databank zal ook buiten de normale diensturen beschikbaar zijn
- De databank e-PV zal leiden tot een betere informatie-uitwisseling tussen de verschillende betrokken inspectiediensten onderling en ten aanzien van de innings- en uitkeringsinstellingen
- Het e-PV kan in een "draft"-status bewaard worden, zodat het PV kan gereviseerd worden door bijvoorbeeld de teamcoördinator of de juridische dienst.

Vermits de sociaal controleurs reeds sinds twee jaar werken met een elektronisch dossierbeheersysteem en met een elektronische template voor de opmaak van hun verhoren en processen-verbaal, zullen de aanpassingsmoeilijkheden bovendien relatief beperkt blijven.

Via diverse werkgroepen werden in de periode 2011-midden 2012 allerlei technische en juridische kwesties besproken tussen de betrokken partners FOD WASO, RIZIV-DAC en overige inspectiediensten en KSZ. Zo leidden deze besprekingen onder andere reeds tot een lijst van de voor DSC relevante inbreuken en tot een rollenlijst met de bevoegde personen. In het Protocol, waarvan sprake in pt. b, blz. 321, wordt verwezen naar het unieke e-PV-nummer als één van de modaliteiten om de informatie-uitwisseling, die de gemaakte werkafspraken tussen de FOD WASO en RIZIV moeten mogelijk maken.

De oorspronkelijke timing voorzag in een opleiding voor de sociaal controleurs in het najaar 2012 en in een definitieve toegang tot het e-PV-systeem voor DSC vanaf januari 2013. Er was ook een test voorzien i.v.m. de uitwisseling van nuttige gegevens vanuit de e-PV-databank. Intern had DSC eveneens een testing voorzien in verband met de validatie van de "draft"-PV's.

Helaas heeft de FOD WASO eind juni 2012 de uitrol voor de toetreding van nieuwe partners voorlopig moeten opschorten wegens budgettaire problemen.

4. Gemeenschappelijke actie met andere inspectiediensten


Het Sociaal Strafwetboek herschikt en integreert een aantal beleidsinstrumenten die veeleer gericht zijn op een collectieve benadering en samenwerking tussen inspectiediensten.

De *Sociale inlichtingen- en opsporingsdienst (SIOD)*, opgenomen in artikel 3 en volgende van het Sociaal Strafwetboek, werd opgericht via de programmawet van 27 december 2006 ter vervanging van de federale raad en coördinatiecomité voor de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude.

In tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, doet de SIOD geen eigen opsporingsonderzoeken. Als overkoepelende dienst ondersteunt de SIOD de federale sociale inspectiediensten binnen of buiten de arrondissementscellen - - in hun strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude. De doelstellingen van de SIOD zijn⁶⁷:

- Het beleid uitvoeren zoals vastgesteld door de Ministerraad
- Ondernemen van preventie- en vormingsacties
- Ondersteuning bieden aan de inspectiediensten en aan de arrondissementscellen
- Een internationale samenwerking tussen inspectiediensten op punt stellen
- Samenwerkingsovereenkomsten tussen de Federale en Gewestelijke Overheden voorbereiden voor het organiseren van de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude
- Strategische en operationele plannen uitwerken en de realisaties ervan evalueren.

De SIOD is samengesteld uit enerzijds de Algemene Raad van partners en anderzijds het Federaal Aansturingsbureau⁶⁸:

 De Algemene Raad is een reflectie- en adviesorgaan dat voorstellen en aanbevelingen over wetsontwerpen kan doen aan de bevoegde ministers inzake de strijd tegen de sociale fraude en de illegale arbeid en dat zich kan buigen over de werking van de arrondissementscellen. Het Federaal Aansturingsbureau wordt via haar Directiecomité belast met het opstellen van het beleidsplan en het operationeel plan en staat in voor de opvolging hiervan.

Beide organen zijn samengesteld uit de hoogste verantwoordelijken van de sociale zekerheidsinstellingen (RSZ, RVA, RIZIV, RKW, RVP), de sociale inspectiekorpsen, FOD WASO, FOD Financiën, de rechtelijke overheid en nog enkele andere administraties of experts.

Ook de zogenaamde *Arrondissementscellen* bestonden reeds ingevolge een protocol van 30 juli 1993 tussen de verschillende bevoegde ministers. Sinds 3 mei 2003⁶⁹ kwamen zij onder het voorzitterschap van de arbeidsauditeurs terecht. Het Sociaal Strafwetboek voegt de arrondissementscellen nu in in haar artikelen 11 en volgende.

Maandelijks worden op het niveau van de gerechtelijke arrondissementen vergaderingen gehouden tussen de bevoegde diensten en de gerechtelijke overheden (Arbeidsauditoraat en het Parket). Op deze vergaderingen worden gezamenlijke toezichtsacties gepland. Er zijn in België een 1 000-tal sociaal inspecteurs en sociaal controleurs direct of indirect betrokken bij de werking van de acties van de 27 arrondissementen.

De arrondissementscel wordt voorgezeten door de arbeidsauditeur en is samengesteld uit:

- Afgevaardigde(n) van:
 - de Sociale Inspectie van de FOD Sociale Zekerheid
 - de Algemene Directie TSW van de FOD WASO
 - de inspectiediensten van resp. RSZ, RVA, RVP, RIZIV en RKW, de FOD Financiën.

67. Website FOD WASO www.werk.belgie.be.

68. Art. 4 tot 9 SSW.

69. Wet van 03.05.2003 houdende de oprichting van de Federale Raad voor de strijd tegen de illegale arbeid en de sociale fraude, het Federaal Coördinatiecomité en de Arrondissementscellen.

- Een lid van het federaal aansturingsbureau
- Een magistraat van het parket van de Procureur des Konings
- Een lid van de federale politie
- De secretaris van de cel
- Een afgevaardigde van de gewestelijke inspectiedienst bevoegd inzake tewerkstellingsbeleid
- Experts al naar gelang de actie (bijv. economische inspectie, eetwareninspectie....).

Voor de sociaal controleurs van de DSC is het organisatorisch niet steeds mogelijk om de arrondissementale vergaderingen te kunnen opvolgen en/of te kunnen deelnemen aan de acties van de arrondissementcellen, voornamelijk ingevolge het beperkt aantal sociaal controleurs⁷⁰. In de mate van het mogelijke gaan de sociaal controleurs mee op pad in het kader van een actie, wanneer het plausibel is dat er zich uitkeringsgerechtigde arbeidsongeschikten onder de gecontroleerde werkenden zouden bevinden.

Het komt evenwel weinig voor dat er arbeidsongeschikten op grote werfacties aangetroffen worden. Dit is gekend bij het RIZIV, vermits alle PV's die de andere inspecties opstellen bij een gezamenlijke actie, worden bezorgd aan het RIZIV waarna ze worden gescreend via datamatching. Minder dan 1 % van de PV's blijkt te gaan over arbeidsongeschikten.

Alleszins blijft het bestaan van de arrondissementcellen een positieve zaak voor de sociaal controleurs omwille van het netwerk.

BESLUIT

De totstandkoming van het Sociaal Strafwetboek in de periode 2010-2011 is vanuit beleidsmatig en juridisch oogpunt ongetwijfeld een goede zaak. Het Sociaal Strafwetboek is op zijn minst een verdienstelijke poging vanwege de overheid om als juridisch regelgever in tientallen wetten orde te scheppen en om als beleidsmaker inzake strijd tegen de sociale fraude uit één mond te spreken.

Vanuit het standpunt van de inspectiediensten in het algemeen en van de sociale controle binnen de Dienst voor administratieve controle in het bijzonder kan men spreken van twee invloedssferen waarop het sociaal strafwetboek betrekking heeft:

- Ten eerste is er de rechtstreekse invloed op het terrein van de sociaal inspecteur of de sociaal controleur, namelijk de bepalingen aangaande de opsporing- en de vastleggingsfasen. Hier kan men onomwonden stellen dat het Sociaal Strafwetboek een vrijwel volledige juridische handleiding aanreikt voor alle inspectiekorpsen over welke onderzoeksdaden men kan stellen, volgens welke principes men dient te handelen, aan welke plichten en voorwaarden men dient te voldoen en hoe er onderling met andere inspectiediensten kan samengewerkt worden. Bovendien is ook het instrumentarium en de methodiek voor verhoor en vaststelling zeer degelijk uitgewerkt en wordt daarbij rekening gehouden met wederzijdse rechten en plichten. Deze handleiding en dit instrumentarium verhoogt zonder enige twijfel de rechtszekerheid voor de sociaal controleur.
- Ten tweede is er de – voor de controleur – indirecte invloed, via de regeling van de vervolgingsfase. Ook hier heeft het Sociaal Strafwetboek de grote verdienste om in een zeer gedetailleerde wetgeving te voorzien en om komaf te maken met een onoverzichtelijk kluwen van allerlei sociale wetten. Anderzijds stelt zich hier het probleem dat de rechtlijnige ratio van het Sociaal Strafwetboek niet volledig strookt met de “atypische” sancties die wel gebruikelijk zijn bij de sociale zekerheidsinstellingen, voornamelijk de *uitsluitingen* op toekomstige rechten. Voor wat de DSC van het RIZIV betreft, werd hier een pragmatische oplossing gevonden voor het “*non bis in idem*”-probleem.

70. DSC heeft een potentieel van 24 sociaal controleurs.

Na de invoering van een wet komt bovendien de confrontatie met de praktijk en met de evoluties in de (juridische en andere) wereld; het sociaal strafwetboek is met andere woorden nog voortdurend in beweging. Twee van die recente evoluties hebben een directe invloed op het werk van de sociaal controleur:

- De Salduz-wet, die begin 2012 van kracht ging, opent nieuwe rechten voor de sociaal verzekerde. Deze nieuwe situatie vergt enerzijds een pragmatische flexibiliteit van de sociaal controleurs. Anderzijds dient men vast te stellen dat het beleid nog niet helemaal klaar is met het vraagstuk of deze nieuwe wet al dan niet in het Sociaal Strafwetboek moet worden ingevoegd.
- Met de Programmawet van 29 maart 2012 wordt het onderzoek en de vaststelling voor de sociaal controleur definitief gekatapulteerd naar het digitale tijdperk van de 21^{ste} eeuw, op voorwaarde uiteraard dat het e-PV-project tot een goed einde wordt gebracht.

Besluitend kunnen we stellen dat de Dienst sociale controle de uitdagingen, die het Sociaal Straf-wetboek tot dusver gesteld heeft, goed heeft opgevangen. Voor vrijwel alle gestelde problemen werden, binnen de bevoegdheidsdomeinen van de Dienst voor administratieve controle, efficiënte oplossingen uitgewerkt.

2^e Deel

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



2^e trimester 2012

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Sociale akkoorden

Vanaf 1 januari 2011 geeft een Koninklijk besluit uitwerking aan een maatregel uit het “mini-sociaal akkoord” van 2011 voor de federale gezondheidssectoren¹.

Dit sociaal akkoord voorziet in de transfer van middelen naar Unisoc (koepel van werkgevers) vanuit het budget van financiële middelen waarbij het Riziv deze tegemoetkoming rechtstreeks stort aan Unisoc voor een bedrag van 645 107 EUR voor 2011 en 1 290 214 EUR vanaf 2012.

2. Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen

De berekening van de normatieve verdeelsleutel wijzigt voor de berekeningen die in de loop van het eerste semester van 2012 worden gemaakt en die betrekking hebben op het jaar 2008².

In het nieuwe model van berekening van deze verdeelsleutel wordt de integratie van de kleine risico's van de zelfstandigen in de verplichte verzekering gerealiseerd en wordt de directe morbiditeitsinformatie opgenomen. De definitieve financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen voor de daaropvolgende jaren zal ook volgens dit model worden vastgelegd.

3. Farmaceutische heffingen

Om de geschatte overschrijding van het budget te ondervangen, is een subsidiaire heffing, onder de vorm van een voorschot en afrekening, ingesteld ten laste van de farmaceutische bedrijven waarvan vergoedbare specialiteiten zijn ingeschreven op de lijst. Op het omzetcijfer van 2011 is het percentage vastgelegd op 2,72 %.³

4. Groeinorm

België heeft zich geëngageerd tot een strikte en structurele sanering van de begroting: ook de groei van de uitgaven voor geneeskundige verzorging moet worden verminderd om een draaglijke groei van de sector te garanderen.

1. K.B. van 02.06.2012 tot uitvoering van de art. 59 *quinquies* en *sexies* van de programmawet van 02.01.2001 wat het sociaal akkoord 2011 voor de non-profit sector betreft, B.S. van 13.06.2012, blz. 32731.
2. K.B. van 04.05.2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de definitieve financiële verantwoordelijkheid voor het jaar 2008 en de daarop volgende jaren, B.S. van 13.06.2012, blz. 32713.
3. K.B. van 12.06.2012 tot vaststelling van het saldo van de subsidiaire heffing voorzien door art. 191, eerste lid, 15° *undecies* van de wet GVU - Jaar 2011, B.S. van 20.06.2012 (Ed. 2), blz. 33554.

Voor 2013 zal de groeinorm ten opzichte van de globale begrotingsdoelstelling op 2 % worden vastgelegd, verhoogd met de te verwachten stijging van het gezondheidsindexcijfer en met 40 miljoen EUR voor nieuwe banen in de socialprofitsector⁴.

5. Farmaceutische sector

a. Prijs en vergoedingsbasis

De vergoedingsbasis van een farmaceutische specialiteit kan nooit hoger liggen dan de maximale verkoopprijs aan publiek.

Vanaf 28 juni 2012 kan voor alle geneesmiddelen die worden verstrekt voor eenzelfde indicatie, behandeling of onderzoek een vergoedingsbasis worden vastgesteld die hoger is dan de prijzen van de goedkoopste specialiteiten die tot de betrokken groep behoren⁵.

Deze techniek krijgt nog verdere uitwerking maar zal vooral worden gebruikt voor de besparingsmaatregel op de klasse van de EPO's en die tot doel heeft te genieten van de prijsdalingen van biosimilaire geneesmiddelen.

b. Mededeling van de prijzen

Met de wet van 17 februari 2012 werd de verplichting ingevoerd voor de farmaceutische bedrijven om elk jaar de prijzen in de andere Europese lidstaten te communiceren van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten onder octrooibeschermtng. Op basis van deze informatie kunnen de prijzen in België worden aangepast met het oog op de beheersing van de uitgaven.

De eerste mededeling dient te gebeuren tussen 1 juli 2012 en 15 juli 2012 en betreft de prijzen geldig op 1 januari 2011 en 1 januari 2012⁶.

Daarnaast worden de landen in de wet zelf aangeduid. Het gaat om landen die een vergelijkbaar systeem van gezondheidszorgen en een vergelijkbare levensstandaard hebben als die in België. Er wordt gepreciseerd dat de mededeling enkel specialiteiten betreft waarvan het werkzaam bestanddeel gedurende meer dan 5 en minder dan 12 jaar wordt terugbetaald en waarvoor nog geen toepassing is gemaakt van het referentierugbetalingssysteem.

c. Goedkoper voorschrijven

Artsen en tandartsen hebben de doelstelling om voor een bepaald percentage geneesmiddelen buiten octrooibeschermtng geneesmiddelen voor te schrijven waarvoor een therapeutisch gelijkwaardig generisch geneesmiddel bestaat.

Voortaan zullen ook de biosimilaire geneesmiddelen in aanmerking worden genomen in de categorie goedkope geneesmiddelen⁷.

4. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 122.

5. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 123-124.

6. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 125.

7. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 126.

d. Heffingen op het zakencijfer

Een wijziging aan het systeem van de heffingen op het zakencijfer beoogt beter rekening te houden met de financiële specificiteit van specialiteiten die werden aangenomen voor terugbetaling met afsluiting van een contract wanneer dat leidt tot het terugstorten van een bedrag aan het RIZIV. Immers, op die wijze wordt de werkelijke kost voor de ziekteverzekering verminderd met een bedrag ten laste van het bedrijf. Het teruggestorte deel van de omzet moet niet worden onderworpen aan de heffingen op de omzet noch in rekening worden gebracht bij de globale budgettaire overschrijding⁸.

e. Bijdrage apothekers

Er wordt een bijdrage ingevoerd ten laste van de apothekers op de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten⁹. Deze bijdrage recupereert de kortingen die de farmaceutische bedrijven toekennen in het kader van de maatregel “voorschrijven op stofnaam” in de voor het publiek opengestelde apotheken. Bij de vaststelling van de bijdrage wordt dan ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de apotheken om in functie van hun grootte betere commerciële voorwaarden te bedingen.

De apotheken worden ingedeeld in drie klassen volgens het bedrag van de honoraria die ze ontvangen voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Daarbij wordt enkel rekening gehouden met de honoraria die bestaan uit een vast bedrag per aflevering en niet met het honorarium voor de begeleiding van de eerste aflevering. De indeling van de apotheken in de groepen gebeurt op basis van de percentages uitgaande van het globaal bedrag van de honoraria die ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden betaald door de verzekeringsinstellingen.

De bijdrage wordt vastgesteld op 0.32 EUR per verpakking. Deze bijdrage wordt verminderd tot 0.20 EUR voor de kleine apotheken en vermeerderd tot 0.38 EUR voor de grote apotheken.

Vanaf 2013 dient elke apotheek het aantal afgeleverde verpakkingen en het totaal bedrag van de vermindering aan te geven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming heeft als doel de financiële toegang tot de gezondheidszorg te vergemakkelijken voor een gezin dat zich in een moeilijke financiële toestand bevindt op het ogenblik dat de nood aan gezondheidszorg zich doet gevoelen. Met het oog op een eenvoudigere en transparantere toepassing die zijn doelgroep beter bereikt treden vanaf 1 januari 2014 een aantal maatregelen in werking¹⁰.

8. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 127.

9. Programmawet van 22.06.2012, B.S. van 28.06.2012, art. 128.

10. Programmawet (I) van 29 maart 2012, B.S. van 06.04.2012 (Ed. 3), art. 3 tot 15.

- De financiële draagkracht van het gezin vormt het belangrijke element voor de toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, ongeacht de hoedanigheid waaronder de gezinsleden bij hun ziekenfonds zijn ingeschreven. Om onterechte toekenningen te vermijden mag een aanvraag door de sociaal verzekerde pas na een bepaalde referentieperiode worden ingediend: zo kan men vaststellen of de moeilijke financiële toestand van het gezin een stabiel karakter heeft en dat het niet om een punctuele moeilijkheid gaat. Een aantal verzekerden hoeven geen voorafgaande referentieperiode te vervullen omdat hun sociale situatie uit zichzelf een aanwijzing van een inkomensdaling vormt. Het gaat dan bijvoorbeeld om gepensioneerden, arbeidsongeschikten, ... Bij Koninklijk besluit kan deze categorie van rechthebbenden nog verder worden aangevuld
- Voortaan wordt een uniek gezinsbegrip gehanteerd
- De uitwisseling van gegevens betreffende inkomsten tussen de verschillende betrokken partijen (het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de ziekenfondsen) en de Administratie van de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit wordt vereenvoudigd. De Koning krijgt de bevoegdheid om de uitvoeringsmaatregelen van deze wettelijke bepaling te nemen.

2. Zorgverleners

a. Verpleegkundigen

MYCARENET

Vanaf 1 juni 2012 wijzigen de formulieren “Evaluatieschaal” en “kennisgeving van verpleegkundige verzorging voor een palliatieve patiënt”¹¹. De formulieren worden vervolledigd met gegevens die noodzakelijk zijn voor het gebruik van MyCareNet waardoor de elektronische en papieren documentatie op elkaar afgestemd geraken.

Op dezelfde datum treden tevens een aantal maatregelen in werking die leiden tot administratieve vereenvoudiging doordat ze zorgen voor een betere afstemming van de regels van MyCareNet met de bepalingen uit de nomenclatuur¹².

- De vaststelling van een arts van de noodzakelijkheid van een toilet voor een persoon die gedesoriënteerd is in tijd en ruimte, moet bij de kennisgeving via MyCareNet niet aan de adviserend geneesheer gestuurd worden maar alleen bijgehouden worden in het verpleegdossier
- Het attesteren van bepaalde specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen moet door de verpleegkundige niet meer aangevraagd worden bij de adviserend geneesheer. Deze aanvraag wordt vervangen door een kennisgeving waarbij de verpleegkundige volgende elementen meldt aan de adviserend geneesheer:
 - Het RIZIV-nummer van de verpleegkundige die de kennisgeving doet
 - Het RIZIV-nummer van de voorschrijver
 - Het inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ) van de rechthebbende
 - Het type verstrekking
 - De begindatum en de einddatum van de periode.

Het verzorgingsplan moet ter beschikking gehouden worden van de adviserend geneesheer. Een bijkomend omstandig medisch verslag van de behandelend geneesheer is geen voorwaarde meer.

11. Verordening van 27.06.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 12.04.2012, blz. 23564.

12. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.04.2012, blz. 23557.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN

Vanaf 26 april 2012 vermindert de tussenkomst in de opvolgings- en bijkomende Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC)¹³. Een beperking tot maximum zes artsen wordt geëxpliciteerd: de coördinator, vier gewone deelnemers en één arts die de verstrekking inbegrepen de verplaatsingsvergoeding attesteert.

Het standaard registratieformulier bestemd voor het Kankerregister met betrekking tot het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) wijzigt met ingang van dezelfde datum¹⁴.

Drie andere interpretatieregels met betrekking tot het MOC verduidelijken het volgende¹⁵:

- het verslag van het MOC is een ander en meer uitgebreid document dan het kankerregistratieformulier of de lijst met administratieve gegevens
- de omstandigheden waarin het verantwoord is een opvolgings-MOC te attesteren: niet voor beslissingen die even goed door één van de artsen kan genomen worden maar enkel voor beslissingen waarvoor de inbreng van verschillende specialismen noodzakelijk is
- de omstandigheden waarin een bijkomende, “second opinion” MOC kan aangerekend worden: alleen als de eerste MOC tot geen beslissing is gekomen en er in het ziekenhuis waarnaar verwezen wordt duidelijk meer expertise aanwezig is.

HEELKUNDE

Naar aanleiding van de wijzigingen van de bepalingen over herniaverstrekkingen in de nomenclatuur, dient de overeenkomstige interpretatieregel te worden aangepast vanaf dezelfde datum, 1 januari 2012¹⁶. De verstrekking betreffende de heelkundige retroperitoneale behandeling van niet-ingedaalde testes wordt voortaan onder een ander nomenclatuurnummer geattesteerd¹⁷.

MEDISCHE BEELDVORMING

De verstrekking “computergestuurde tomografie van het hart, met contrastmiddel, met evaluatie van de morfologie van de grote bloedvaten en van het hart bij kinderen met een cardiale congenitale afwijking” kan enkel worden aangerekend bij kinderen. De vermelding “bij kinderen met een cardiale congenitale afwijking” slaat op de hele verstrekking waardoor voor onderzoeken bij volwassenen een ander nomenclatuurnummer dient aangerekend te worden¹⁸.

13. Interpretatieregels van 13.02.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 26.04.2012, blz. 25543.

14. Verordening van 13.02.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 26.04.2012, blz. 25484.

15. Interpretatieregels van 13.02.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 26.04.2012, blz. 25543.

16. Zie I.B. 2012/1, blz. 54.

17. Interpretatieregels van 13.02.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 26.04.2012, blz. 25542.

18. Interpretatieregel van 16.04.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.05.2012 (Ed. 3), blz. 31145.

SPOEDGEVALLENZORG

De nomenclatuur wijzigt vanaf 1 juni 2012 op het vlak van het dringendheidsupplement en cumulverbod in spoed:¹⁹

- Het dringendheidsupplement van de aanwezige permanentiearts wordt verminderd, het supplement van de specialist die zich moet verplaatsen wordt verhoogd
- De C-honoraria voor de consultatie van de bijgeroepen specialist in de spoedgevallendienst en het toezichtshonorarium de eerste dag voor volwassen patiënten mogen niet worden gecumuleerd. Dit cumulverbod in spoeddiensten geldt vanaf de leeftijd van 18 jaar.

b. Tandheelkundigen

Vanaf 1 mei 2012 kunnen de algemeen tandarts, de tandarts-specialist, en de geneesheer-tandarts een bijkomend honorarium aanrekenen tijdens een georganiseerde wachtdienst op maximum vier bruggdagen per jaar²⁰.

De voorwaarden zijn de volgende:

- De verstrekking vindt plaats tijdens een georganiseerde wachtdienst die beantwoordt aan de FOD-regelgeving
- De bruggdagen worden door de nationale commissie tandheelkundigen ziekenfondsen vastgelegd
- De raadpleging of technische verstrekking moet dringend zijn: deze kan niet worden uitgesteld en wordt niet om persoonlijke redenen van de tandarts of bijzondere eis van de patiënt op het opgegeven dag of uur uitgevoerd
- Ook voor radiografieën, exclusief de craniofaciale radiografie, is er mogelijkheid tot het aanrekenen van een bijkomend honorarium.

Het persoonlijk aandeel voor de bijkomende honoraria bij dringende technische verstrekkingen wordt berekend aan dezelfde voorwaarde als voor de verstrekking zelf. Voor het bijkomende honorarium voor de dringende raadpleging bedraagt het persoonlijk aandeel 25 % van het honorarium voor verzekerden zonder voorkeurregeling en is het remgeld nihil voor verzekerden met voorkeurregeling²¹.

c. Kinesitherapeuten

De nomenclatuur van artikel 7 preciseert vanaf 1 juni 2012²².

- In geval van een nieuwe pathologische "Fb"-situatie, andere situatie dan lymfoedeem, gedurende de geldigheidsduur van een kennisgeving in de "Fb"-lijst voor lymfoedeem, mag de patiënt, de specifieke lymfoedeemverstrekkingen van 45 minuten blijven genieten gedurende de twee jaren die volgen op het jaar van kennisgeving van die nieuwe "Fb"

19. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van het art. 25, § 3*bis*, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 20.04.2012 (Ed. 2), blz. 24528

20. K.B. van 24.04.2012 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.04.2012, blz. 25867.

21. K.B. van 26.04.2012 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 30.04.2012 (Ed. 2), blz. 26033.

22. K.B. van 22.03.2012 tot wijziging van art. 7 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 03.04.2012, blz. 20829.

- De specifieke verstrekkingen voor “palliatieve thuispatiënten” mogen enkel geattesteerd worden wanneer de patiënt thuis is. Hieruit volgt dat de behandeling van die patiënten buiten hun thussituatie attesteerbaar en vergoedbaar blijft via de andere kinesitherapieverstrekkingen.

d. Verpleegkundigen

VERPLEEGDOSSIER

Het volledig bijhouden van het verpleegdossier is een voorwaarde opdat honoraria verschuldigd zijn. Dit wordt vanaf 1 juni 2012 gepreciseerd in de zin dat er geen honoraria verschuldigd zijn wanneer het verpleegdossier niet bestaat of indien de minimale inhoud niet vermeld is in dat dossier²³. Die minimale inhoud wordt voortaan preciezer gedefinieerd en gedifferentieerd naargelang het type van de verleende verstrekking.

WEKELIJKSE VOORBEREIDING VAN GENEESMIDDELEN PER OS

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorziet vanaf 1 juni 2012 in 2 nieuwe verstrekkingen²⁴:

- Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os, gevolgd door een akkoord van de behandelend arts
- Wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

De doelgroep zijn personen met inadequate therapietrouw aangetoond via de verpleegkundige diagnostiek en gelieerd aan dementie, een niet gecorrigeerd visueel gebrek, tijdelijke of definitieve motorische gebreken van een of beide bovenste ledematen of een complexe medicatie. Deze verstrekkingen kunnen niet aangerekend worden bij forfaitpatiënten. Ze kunnen alleen bij de patiënt thuis en in de week aangerekend worden. Ze kunnen alleen geattesteerd worden door een verpleegkundige. Het honorarium bedraagt 22 EUR voor het verpleegkundig advies en overleg wat integraal wordt terugbetaald en 10 EUR voor de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

SPECIFIEKE TECHNISCHE VERPLEEGKUNDIGE VERSTREKKINGEN ROND CHRONISCHE ANALGESIE

Vanaf 1 juli 2012 wordt een aparte specifieke technische verstrekking rond chronische analgesie ingevoerd, meer bepaald een toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter²⁵.

23. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.04.2012, blz. 23557.

24. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.04.2012, blz. 23557, Koninklijk besluit van 27.03.2012 tot wijziging van het K.B. van 23.03.1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, B.S. van 12.04.2012, blz. 23556 en Verordening van 23.05.2011 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GvU, B.S. van 12.04.2012, blz. 23561.

25. K.B. van 24.04.2012 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.05.2012, blz. 26784.

INTEGRATIE VAN EEN INTERPRETATIEREGEL IN DE NOMENCLATUUR

Tijdens eenzelfde verzorgingszitting kunnen de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 425375, 425773 en 426171 (plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie) en 423113, 423312 en 423415 (plaatsen van een verblijfskatheter...) enkel gecumuleerd worden wanneer de injectieplaats voor beide verstrekkingen verschillend is en wanneer deze verschillende injectieplaatsen vermeld worden in het verpleegdossier²⁶.

e. Logopedisten

Vanaf 1 augustus 2012 wijzigt de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen als volgt²⁷.

- De verschillende geneesheren-specialisten die de behandelingen van verschillende logopedische stoornissen mogen voorschrijven worden voorgesteld in een tabel
- De geneesheer-specialist in de geriatrie wordt toegevoegd als voorschrijver van de bilans en van de behandeling van de stoornissen afasie, dysartrie en dysfagie. Deze specialist wordt in het bijzonder met deze stoornissen geconfronteerd bij de patiënten die hij moet behandelen
- Voortaan is er als voorwaarde voor verzekeringstegemoetkoming voor sommige stoornissen (ontwikkeling van het mondelinge taalgebruik en dysfasie) de verplichting opgenomen om een beroep te doen op een IQ-test die is opgenomen in de limitatieve lijst die door de overeenkomstencommissie logopedisten-ziekenfondsen is goedgekeurd. Voorheen was niet precies aangegeven welke tests hiervoor dienden te worden gebruikt.

f. Ziekenhuizen en verzorgingsinrichtingen

DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING

Vanaf 1 juni 2012 kunnen de ambulancediensten de derdebetalersregeling toepassen voor de vervoerskosten dringende geneeskundige hulpverlening. Als het gaat om een ambulancedienst van een ziekenhuis, was deze mogelijkheid reeds eerder voorzien. Voortaan kan de derdebetalersregeling ook worden toegepast als de ambulancedienst geen zorgverlener is. De modaliteiten voor de toepassing van de derdebetalersregeling dienen te worden vastgesteld door het Verzekeringscomité²⁸.

AIDSREFERENTIECENTRA

De periode waarin het verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor prestaties van specifieke vormen van aidsbestrijding en -behandeling wordt verlengd tot 31 december 2011²⁹.

26. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.04.2012, blz. 23557.

27. K.B. van 06.06.2012 tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van art. 36 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.06.2012, blz. 33221.

28. K.B. van 24.04.2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 11.05.2012, blz. 27790.

29. K.B. van 24.04.2012 tot wijziging van het K.B. van 28.12.2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding en -behandeling, B.S. van 16.05.2012, blz. 28901.

ONCOLOGISCH REVALIDATIEPROGRAMMA

In 7 ziekenhuizen is een onderzoeksproject gelanceerd dat een uniform multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma wil creëren dat een combinatie is van fysieke training en psycho-educatie, voor vrouwen met borstkanker (post therapie). Vanaf 1 mei 2011 wordt de financiering ervan ingeschreven in de reglementering³⁰.

Het programma is gebaseerd op reeds bestaande revalidatieprogramma's en richt zich op levenskwaliteitsverbetering en re-integratie van adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training en levensstijlbegeleiding. De handboeken voor zorgverlener en patiënt zijn reeds ontwikkeld, een volgende fase in het project is het nagaan van de effectiviteit van het uitgeschreven gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma. Tot slot zal een kosten-baten-analyse worden gehouden.

g. Farmaceutische verstrekkingen

UITGESTELDE AFLEVERING

Sinds 8 februari 2010 voorziet een nieuwe code "V" in de aflevering van een variabel aantal vergoedbare verpakkingen van een farmaceutische specialiteit, voldoende voor de behandeling gedurende 3 maanden. Tevens laat de nieuwe bepaling toe dat bij een voorschrift op stofnaam, een behandeling van 3 maanden kan voorgeschreven worden, en dat alle verpakkingen die noodzakelijk zijn voor deze behandelingsduur vergoed kunnen worden³¹.

Vanaf 1 juli 2011 breidt de regelgeving in verband met de "uitgestelde aflevering" uit zodat het tarifieren van een uitgestelde aflevering voor een bepaalde "medische voeding" of een bepaald "medisch hulpmiddel" mogelijk wordt³².

VOORSCHRIFTEN OP STOFNAAM

Bij een aflevering in een voor het publiek opengestelde officina van een farmaceutische specialiteit die is voorgeschreven op stofnaam, is de afgeleverde specialiteit enkel vergoedbaar als ze behoort tot de groep van de goedkoopste specialiteiten. De groep van goedkoopste specialiteiten omvat dan telkens de goedkoopste specialiteit (rekening houdend met het werkzaam bestanddeel, sterkte en verpakkingsgrootte) en alle specialiteiten die relatief (opnieuw rekening houdend met het werkzaam bestanddeel, sterkte en verpakkingsgrootte) maximum 5 % duurder zijn³³.

Een bijkomende bepaling verzekert dat deze groep minstens 3 specialiteiten zouden bevatten, in het geval geen andere specialiteiten binnen de vork van 5 % zouden vallen³⁴. Hiermee werd de garantie gecreëerd dat bij de uitvoering van een dergelijk voorschrift door de apotheker, in geval van onbeschikbaarheid van de goedkoopste optie, telkens ten minste 1 specialiteit beschikbaar zou zijn die overeenstemt met het voorschrift en die voldoet aan alle voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen.

30. K.B. van 26.05.2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomst kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 1^o, van de wet GVU, voor de betaling van de uitvoering van het onderzoeksproject oncologische revalidatie, B.S. van 14.06.2012, blz. 32846.

31. K.B. van 20.11.2009 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 29.01.2010, blz. 4182.

32. Verordening van 16.04.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 19.04.2012, blz. 24363.

33. K.B. van 12.03.2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 19.03.2012, blz. 16190.

34. K.B. van 12.06.2012 tot wijziging van het K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 22.06.2012 (Ed. 2), blz. 35056.

h. Implantaten

NOMENCLATUUR

Algemeen

Vanaf 1 juli 2012 hevelen de nomenclatuurnummers die betrekking hebben op de terugbetaling netjes over van artikel 28 naar artikel 35.³⁵

Voorheen was de terugbetaling van netjes per 10 cm² omschreven wat problemen gaf wanneer het oppervlak van de netjes geen veelvoud van 10 cm² was. In dat geval diende de terugbetalingwaarde immers 2 keer geattesteerd te worden om de totaliteit van de oppervlakte die werd geïmplant te dekken, ook in het geval van de plaatsing van een netje van 11 cm². Hieraan wordt thans tegemoetgekomen doordat de omschrijvingen en de terugbetalingswaarden wijzigen in een terugbetaling per cm² ipv per 10 cm², en dit naar analogie met andere verstrekkingen in artikel 35 van de nomenclatuur.

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

De verstrekkingen voor het materiaal gebruikt tijdens bepaalde arthroscopische ingrepen verhuizen vanaf 1 augustus 2012 naar de categorie “endoscopisch en/of viscerosynthesemateriaal met een beperkte vergoeding”.³⁶ Voorheen waren deze verstrekkingen ingeschreven onder invasieve medische hulpmiddelen waar ze niet echt thuishoorden.

Ook wordt er een nieuwe verstrekking ingeschreven die voorziet in de terugbetaling van het materiaal gebruikt tijdens een meniscectomie.

Een interpretatiereguleer verduidelijkt vanaf 1 april 2009 de manier van aanrekenen voor de verstrekkingen verbonden aan de externe fixatoren.³⁷

Een interpretatiereguleer die ingaat vanaf 1 juli 2011 laat toe dat bij een vervanging van een deel van een lumbale discusprothese de identificatiecode wordt gebruikt van de ondertussen gewijzigde lijst van aangenomen producten gebruikt. Voorheen diende men de identificatiecode van de totale lumbale discusprothese te gebruiken.³⁸

PLASTISCHE EN RECONSTRUCTIEVE HEELKUNDE

De terugbetaling voor de borstimplantaten en de weefseleexpanders op maat is vanaf 1 juli 2012 ingeschreven in artikel 35 van de nomenclatuur.³⁹

35. K.B. van 08.05.2012 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 30.05.2012 (Ed. 3), blz. 31044 en K.B. van 08.05.2012 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.05.2012 (Ed. 3), blz. 31050.

36. K.B. van 06.06.2011 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.06.2012 (Ed. 2), blz. 36015 en K.B. van 12.06.2012 tot wijziging van het K.B. van 06.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 29.06.2012 (Ed. 2), blz. 36018.

37. Interpretatieregules van 26.03.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.04.2012, blz. 25990.

38. Interpretatieregules van 26.03.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.04.2012, blz. 25990.

39. K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 28 en 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.05.2012 (Ed. 3), blz. 31040 en K.B. van 27.03.2012 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.05.2012 (Ed. 3), blz. 31042.

Het College van geneesheren-directeurs stelt de verzekeringstegemoetkoming van deze verstrekkingen vast op basis van een gemotiveerde aanvraag met :

- een omstandig medisch verslag dat aantoont dat het gebruik van een implantaat op maat nodig is
- een omstandig bestek of factuur van de firma die het implantaat heeft gefabriceerd.

De aanvraag om tegemoetkoming wordt door de geneesheer-specialist die het implantaat heeft geplaatst aan het College van geneesheren-directeurs bezorgd via de adviserend geneesheer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten. De beslissing van het College van geneesheren-directeurs wordt onverwijld en rechtstreeks aan de aanvrager, de verzekeringsinstelling en de ziekenhuisapotheker overgemaakt.

BLOEDVATENHEELKUNDE

Vanaf 1 augustus betaalt de verzekering voor geneeskundige verzorging de endoveneuze behandeling van spataders van de onderste ledematen met laser of radiofrequentie terug⁴⁰. Het betreft een forfaitaire terugbetaling en er is een persoonlijk aandeel van 55 %⁴¹.

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING

Het getuigschrift van aflevering van implantaten wijzigt vanaf 10 mei 2012: de verplichte notificatiecode dient te worden vermeld en de IBAN- en BIC-code worden eveneens toegevoegd⁴².

i. Medische hulpmiddelen

ZUURSTOF THERAPIE

De programmawet legt de wettelijke basis voor de hervorming van de reglementering van de zuurstoftherapie.⁴³ Deze hervorming heeft drie luiken: terugbetaling van materiaal, terugbetaling van de gasvormige zuurstof en de opvolging van chronische patiënten via overeenkomsten.

Vanaf 1 juli 2012 treedt de nieuwe reglementering in werking.⁴⁴ Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met een chronische zuurstofbehandeling en patiënten met een acuut zuurstofgebrek.

CHRONISCHE PATIËNTEN

Patiënten die chronisch een zuurstofbehandeling nodig hebben zullen door de huisarts naar een longspecialist/kinderspecialist in een ziekenhuis worden verwezen. Als na een onderzoek blijkt dat een chronische behandeling aangewezen is, krijgt de patiënt de zuurstof thuis via een overeenkomst met het ziekenhuis. De patiënten die al gedurende lange tijd zuurstof voorgeschreven kregen door hun huisarts moeten via een pneumoloog in een ziekenhuis een bilan opmaken van hun behoefte aan zuurstof en van het materiaal dat het best is aangepast aan hun persoonlijke situatie.

40. K.B. van 06.06.2012 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.06.2012, blz. 35338.

41. K.B. van 06.06.2012 tot wijziging van het K.B. van 06.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 25.06.2012, blz. 35337.

42. Verordening van 02.05.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 30.04.2012, blz. 25864.

43. Programmawet (I) van 29.03.2012, B.S. van 06.04.2012 (Ed. 3), artikelen 16 tot 19.

44. K.B. van 17.05.2012 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in art. 34, eerste lid, 20°, van de wet GVU, B.S. van 01.06.2012, blz. 31367.

De wijzigingen voorzien eveneens in de terugbetaling van nieuwe technieken: mobiele oxyconcentratoren en oxyconcentratoren met compressor. Deze laten de patiënt meer vrijheid toe om zich te verplaatsen.

In ieder geval is de continuïteit van de verzorging gegarandeerd. De huisarts kan een tijdelijke terugbetaling voor 3 maand aanvragen in afwachting dat chronische patiënten een afspraak krijgen met de pneumoloog voor de voortzetting of het opstarten van een behandeling.

PATIËNTEN MET EEN ACUUT ZUURSTOFGEBREK

Patiënten die acuut zuurstofgebrek hebben kunnen een zuurstofbehandeling krijgen via de apotheker op voorschrift van de huisarts of specialist. Hierin onderscheidt men drie situaties:

- patiënten met acuut, door de arts vastgesteld, zuurstofgebrek (hypoxemie): terugbetaling is toegestaan tot maximum 3 opeenvolgende maanden per jaar, na medisch onderzoek en een machtiging van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds zowel voor gasvormige zuurstof via flessen als voor het gebruik van een oxyconcentrator. Na de periode van 3 maanden komt het ziekenfonds niet meer tussen in de daaropvolgende 12 maanden
- palliatieve patiënten genieten zonder enige beperking de terugbetaling van hun zuurstofbehandeling (gasfles of oxyconcentrator). De huisarts moet het ziekenfonds informeren over de palliatieve situatie van de patiënt
- cluster hoofdpijn: voor de terugbetaling is een machtiging nodig van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Hiervoor is een verslag nodig van een neuroloog, neurochirurg of neuropsychiater dat de diagnose bevestigt.

III. Uitkeringen

1. Gemeenschappelijke bepaling voor de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering

Er wordt een nieuwe titel ingevoegd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 om de controle van uitkeringsfraude te verscherpen en de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen te verhogen met betrekking tot het voorkomen van de terugvordering van onterechte ontvangsten.⁴⁵ De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden om met het oog op de vaststelling van het recht op de prestaties en het precieze bedrag ervan de gegevens in het Rijksregister van de natuurlijke personen, en de sociale gegevens die beschikbaar zijn in het netwerk van de sociale zekerheid (zoals bijvoorbeeld de inkomensgegevens in de DmfA) systematisch te raadplegen.

45. Programmawet (I) van 29.03.2012, B.S. van 06.04.2012 (Ed. 3), art. 46.

2. Beroepsherscholing

Vanaf 1 september 2011 verhoogt het bedrag van de stimuli die worden toegekend aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden die een door de Geneeskundige raad voor invaliditeit goedgekeurd programma van beroepsherscholing volgen.⁴⁶ Deze verhoging heeft tot doel om de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden ertoe aan te zetten een programma van beroepsherscholing aan te vatten en volledig te beëindigen en maakt dus deel uit van het re-integratieproces in het werksmilieu.

Het bedrag van de premie wordt opgetrokken van 1 EUR naar 5 EUR per gevolgd uur van opleiding, en het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming voor de gerechtigde die met succes een programma van beroepsherscholing heeft beëindigd, wordt opgetrokken van 250 EUR naar 500 EUR.

IV. Administratieve controle

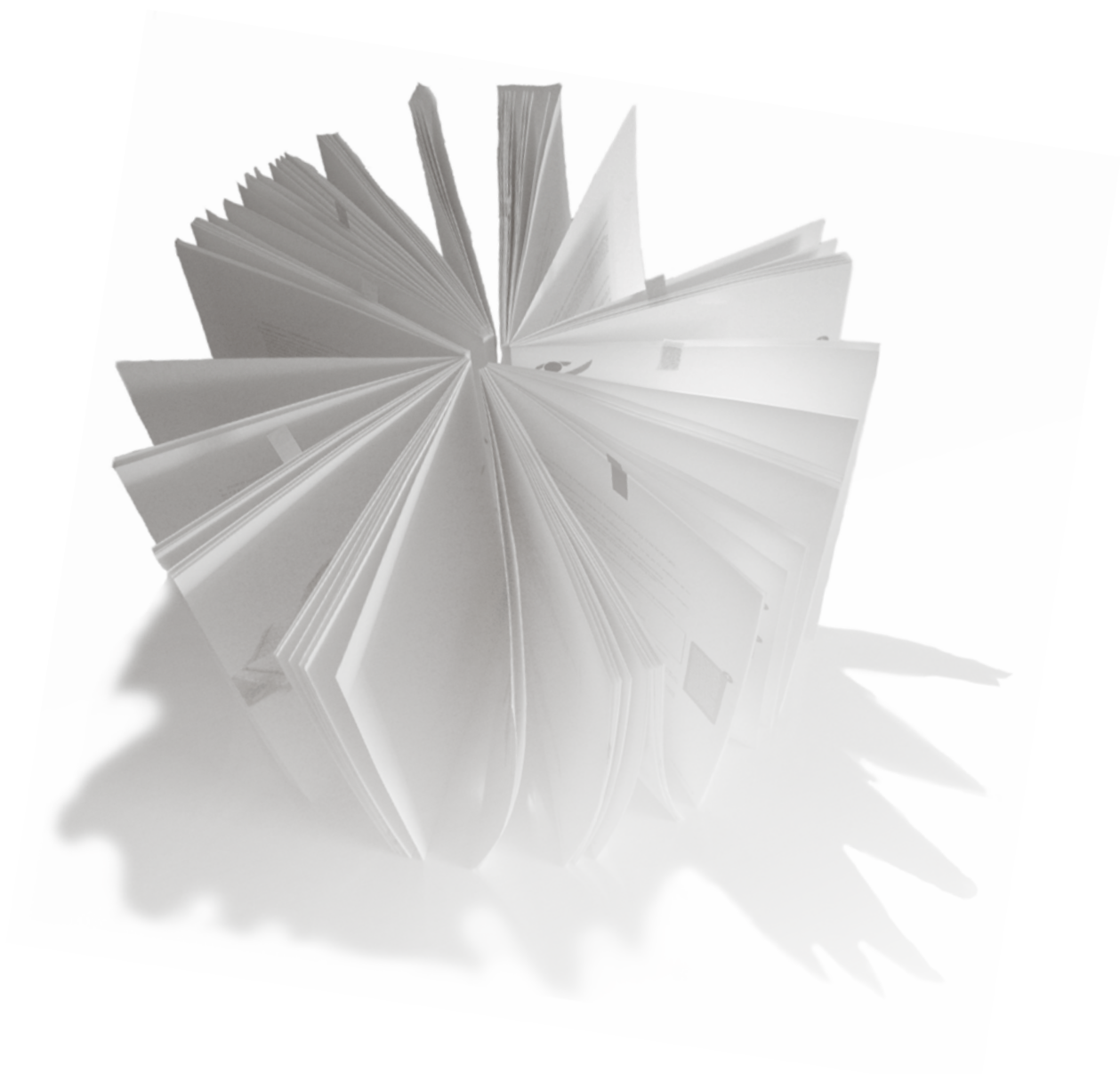
1. Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties

De verzekeringsinstellingen zijn vanaf 1 januari 2014 verplicht om aan het RIZIV 1 keer per kwartaal het totaalbedrag van onterechte betalingen mee te delen met vermelding van de oorzaak van de onterechte uitbetaling.⁴⁷ Deze kennisgevingsplicht door middel van een elektronische gegevensstroom verhoogt de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen en laat toe de controles te verscherpen.

46. Programmawet (I) van 29.03.2012, B.S. van 06.04.2012 (Ed. 3), art. 47-48.

47. Programmawet (I) van 29.03.2012, B.S. van 06.04.2012 (Ed. 3), art. 44 en 45.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 24 mei 2012¹

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174 – Handvest van de sociaal verzekerde, artikel 17 – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag

Artikel 174, 3e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals het is ingevoegd bij artikel 47 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, vormt een schending van artikelen 10 en 11 van de Grondwet, omdat daarin de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid wordt geboden de uitkeringen die ten onrechte, wegens een fout van de instellingen, aan hun leden zijn uitbetaald en waarbij de sociaal verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen recht of niet langer recht had op de gestorte uitkering, gedurende een jaar terug te vorderen)



Zie verder blz. 386 voor gevolgen gegeven aan het arrest door het RIZIV in afwachting van de schrapping van het artikel 174, alinea 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

B.1.1.

Artikel 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt :

“ [...]]

5° De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald;

[...]

Van de in 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verjaringen mag niet worden afgezien.

De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen worden vastgesteld op een jaar ingeval van een onverschuldigde betaling die voortvloeit uit een juridische of materiële vergissing van de verzekeringsinstelling en wanneer de per vergissing gecrediteerde verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen recht had of niet langer recht had op de betaalde prestatie, geheel of gedeeltelijk.

[...]” .

Het derde lid van dat artikel werd ingevoegd bij artikel 47 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg. Het gaat om de in het geding zijnde bepaling.

B.1.2.

Artikel 17 van de wet van 11 april 1995 “tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde” bepaalt :

“Wanneer vastgesteld wordt dat de beslissing aangetast is door een juridische of materiële vergissing, neemt de instelling van sociale zekerheid op eigen initiatief een nieuwe beslissing die uitwerking heeft op de datum waarop de verbeterde beslissing had moeten ingaan, onverminderd de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake verjaring.

1. Zie ook de 2 volgende arresten die identiek zijn wat betreft de motieven en de beschikking: Grondwettelijk Hof arrest nr. 113/2012 van 20.09.2012; Grondwettelijk Hof arrest nr. 132/2012 van 30.10.2012.

Onverminderd de toepassing van artikel 18, heeft de nieuwe beslissing, indien de vergissing aan de instelling van sociale zekerheid te wijten is, uitwerking op de eerste dag van de maand na de kennisgeving ervan, als het recht op de prestatie kleiner is dan het aanvankelijk toegekende recht.

Het vorige lid is niet van toepassing indien de sociaal verzekerde weet of moest weten, in de zin van het koninklijk besluit van 31 mei 1933 betreffende de verklaringen af te leggen in verband met subsidies, vergoedingen en toelagen, dat hij geen recht heeft of meer heeft op het gehele bedrag van een prestatie”.

B.1.3.

Artikel 18 van dezelfde wet bepaalt :

“Onverminderd de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake verjaring, kan de instelling van sociale zekerheid haar beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen binnen de termijn voor het instellen van een voorziening bij het bevoegde rechtscollege of, indien de voorziening reeds is ingesteld, tot aan de sluiting van de debatten, wanneer :

1° op de datum waarop de prestatie is ingegaan, het recht door een wettelijke of reglementaire bepaling is gewijzigd;

2° een nieuw feit of nieuw bewijsmateriaal dat een terugslag heeft op de rechten van de verzoeker, tijdens het geding wordt ingeroepen;

3° vastgesteld wordt dat de administratieve beslissing aangetast is door een onregelmatigheid of een materiële vergissing”.

B.1.4.

Artikel 18*bis* van dezelfde wet bepaalt :

“De Koning bepaalt voor welke regelingen van sociale zekerheid of gedeelten daarvan, een beslissing over dezelfde rechten genomen ingevolge een onderzoek op de wettelijkheid van de uitbetaalde prestaties, niet als een nieuwe beslissing wordt beschouwd voor de toepassing van de artikelen 17 en 18”.

B.2.

De verwijzende rechter stelt aan het Hof een vraag over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van de in het geding zijnde bepaling in zoverre zij een verschil in behandeling onder sociaal verzekerden invoert.

Met toepassing van artikel 174, derde lid, van de in het geding zijnde wet, en in afwijking van de termijn van twee jaar waarin in hoofddorde is voorzien in het eerste lid van dat artikel, kan van de sociaal verzekerde die ten onrechte prestaties in de uitkeringsverzekering heeft ontvangen wegens een vergissing vanwege de verzekeringsinstelling, de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag gedurende een jaar worden geëist. Op grond van artikel 17 van het Handvest van de sociaal verzekerde moet diegene die ten onrechte betaalde uitkeringen heeft geïnd als gevolg van een vergissing van de instelling die de uitkeringen heeft uitbetaald, daarentegen niets terugbetalen, na de termijn voor het instellen van een beroep tegen de beslissing die de verzekeringsinstelling bij vergissing heeft genomen, behalve wanneer die sociaal verzekerde wist of moest weten dat hij geen of niet langer recht had op het gehele bedrag van de prestatie.

B.3.1.

Met de invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde wilde de wetgever een betere juridische bescherming voor de sociaal verzekerde. Daarom diende het Handvest aan de volgende verwachtingen te voldoen : “rechtszekerheid, toegankelijkheid, doorzichtigheid, snelheid en nauwkeurigheid, en ten slotte vereenvoudiging van de administratieve verplichtingen” (Parl. St., Kamer, B.Z. 1991-1992, nr. 353/1, pp. 1-2). Een amendement van de Regering (Parl. St., Kamer, B.Z. 1991-1992, nr. 353/2, p. 10) om artikel 21 (thans art. 17) te schrappen, werd niet gevolgd omdat de Commissie voor de Sociale Zaken van oordeel was dat “deze bepaling [...] in sterke mate de rechtszekerheid van de sociaal verzekerde en behouden blijven” (Parl. St., Kamer, B.Z. 1991-1992, nr. 353/5, p. 19).

B.3.2.

Evenwel werd vastgesteld dat artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 belangrijke budgettaire implicaties had :

“Vooral in het kader van de werkloosheidsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zouden deze nieuwe bepalingen aanleiding geven tot een verlies van miljarden frank teveel betaalde prestaties die niet meer kunnen worden teruggevorderd” (Parl. St., Kamer, 1996-1997, nr. 907/1, p. 16).

B.3.3.

Niettemin werd het beginsel van artikel 17 van het Handvest in verschillende socialezekerheidssectoren ingevoerd. Dat is het geval voor de arbeidsongevallenwetgeving (art. 60*bis* van de wet van 10.04.1971) en voor de werkloosheidsreglementering (art. 149, § 1, van het koninklijk besluit van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering).

B.4.1.

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

Volgens het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dient een striktere evenredigheidstoetsing te worden toegepast wanneer de in het geding zijnde bepaling ertoe strekt, in het nadeel van een individu, een vergissing te verbeteren die door de overheidsinstanties zelf is begaan, zonder dat de persoon wiens rechten door die bepaling worden geraakt, enige fout kan worden verweten (EHRM, 15.09.2009, Moskal t. Polen, § 73). Bovendien heeft hetzelfde Hof geoordeeld dat :

“ [...] overheden niet ervan zouden mogen worden weerhouden vergissingen bij het toekennen van uitkeringen recht te zetten, zelfs indien die vergissingen voortvloeien uit hun eigen nalatigheid. Er anders over oordelen, zou indruisen tegen de leer van de ongerechtvaardigde verrijking, zou oneerlijk zijn ten aanzien van andere personen die bijdragen tot het socialezekerheidsfonds en zou de goedkeuring inhouden van een onbehoorlijke toekenning van schaarse publieke middelen. Niettemin heeft het Hof erop gewezen dat het voormelde algemeen beginsel niet mag gelden in een situatie waarin de betrokkene mogelijk een buitensporige last moet dragen als gevolg van de maatregel die hem een voordeel ontnemt” (EHRM, 14.02.2012, B. t. Verenigd Koninkrijk, § 60).

B.4.2.

De in het geding zijnde bepaling is afgekondigd op 19 december 2008, dus na artikel 17 van het Handvest van de sociaal verzekerde. Zolang dit Handvest ongewijzigd blijft, roept een wetswijziging, na de afkondiging van het Handvest, die een op een socialezekerheidssector toepasselijke reglementering invoert, die voor de verzekerde minder gunstig is dan die welke in het algemeen is opgenomen in het Handvest, onder de sociaal verzekerden een verschil in behandeling in het leven dat enkel met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet bestaanbaar kan worden geacht indien hiervoor een relevante specifieke verantwoording bestaat.

B.5.

In de parlementaire voorbereiding met betrekking tot artikel 47 van de voormelde wet van 19 december 2008 wordt de keuze van de wetgever als volgt verantwoord :

“De invoeging van deze bepaling wil een in de tijd beperkte terugvordering toelaten van aan de sociaal verzekerde te goeder trouw onverschuldigd betaalde prestaties, in geval van een juridische of een materiële vergissing van de verzekeringsinstelling bij de betaling van die prestaties. Aan de beslissing tot rechtzetting van de initiële vergissing wordt een terugwerkende kracht van een jaar toegekend.

Deze aanpassing maakt een einde aan de huidige juridische onzekerheid met betrekking tot de beslissing tot terugvordering van onverschuldigde prestaties in geval van vergissing van een openbare of private instelling van sociale zekerheid, ten gevolge van het arrest nr. 196/2005 van het Arbitragehof van 21 december 2005.

Deze bepaling wordt eveneens gerechtvaardigd door de complexiteit van de dossiers in de sector verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name het aantal en de aard van de feitelijke en juridische elementen die in aanmerking moeten worden genomen om prestaties toe te kennen en het juiste bedrag ervan te bepalen, de verplichting om de prestaties binnen een relatief korte termijn te betalen en tenslotte de budgettaire en financiële kost die de afwezigheid van terugvordering bij de sociaal verzekerde vertegenwoordigt, een kost die volledig ten laste zou moeten worden genomen door de verzekeringsinstellingen (weinig realistische hypothese als deze kost volledig ten laste zou moeten worden genomen door deze laatsten) of door de regeling (en uiteindelijk door het globaal beheer).

Deze bepaling is tenslotte gelijkaardig als deze die werd ingevoegd in hun specifieke wetgeving door de sector van de jaarlijkse vakantie, sinds 1 januari 2006, en door de sector van de gezinsbijslag, sinds 1 oktober 2006” (Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1491/001, DOC 52-1492/001, pp. 32-33).

B.6.1.

Het ingewikkelde karakter van het administratieve beheer waarvoor de verzekeringsinstellingen instaan, zou niet kunnen verantwoorden dat de begunstigde van ten onrechte uitgekeerde prestaties, die die heeft ontvangen als gevolg van een vergissing van de uitkerende verzekeringsinstelling, terwijl hij zich daarvan geen rekenschap kon geven, gedurende één jaar ertoe is gehouden de bedragen terug te betalen die hij ten onrechte heeft ontvangen, terwijl de begunstigten van andere sociale uitkeringen die in dezelfde omstandigheden ten onrechte werden ontvangen, niet ertoe zijn gehouden die terug te betalen.

In de beoogde hypothese heeft de begunstigde immers geen enkele vergissing begaan, zodat de verzekeringsinstelling correct geïnformeerd zou moeten zijn over zijn juridische en materiële situatie. De beheersmoeilijkheden als gevolg van de complexe behandeling van de gevallen van arbeidsongeschiktheid, kunnen in die situatie dus niet de oorzaak van de onverschuldigde betaling vormen. Zij kunnen dus niet verantwoorden dat de gevolgen van een vergissing van de schuldenaar van de uitkeringen bij de toekenning ervan, ten laste van de sociaal verzekerde worden gelegd.

Overigens, vermits een terugbetaling van onterecht uitgekeerde bedragen de regel is, dienen de in de in het geding zijnde bepaling gebruikte bewoordingen “niet wist of niet kon weten dat hij geen of niet langer recht had” strikt te worden geïnterpreteerd.

B.6.2.

Bovendien, in tegenstelling tot het vakantiegeld, dat het voorwerp uitmaakte van het arrest nr. 39/2008 van 4 maart 2008 waarbij het Hof oordeelde dat het niet strijdig was met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet de terugvordering toe te staan van een onterechte uitbetaling als gevolg van een vergissing van de uitkerende instelling, zijn de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid een vervangingsinkomen dat elke maand wordt uitbetaald, zodat zij in de meeste gevallen het grootste deel vormen van het maandelijks budget van de sociaal verzekerde die ertoe gerechtigd is. Gedurende een volledig jaar een terugvordering toestaan van bedragen die als gevolg van een vergissing van de uitkerende instelling werden uitbetaald, zou dan ook onevenredige gevolgen hebben voor het merendeel van de uitkeringsgerechtigden die zich in die situatie bevinden en die geen enkele fout of nalatigheid kan worden verweten.

B.6.3.

Ten slotte kan de omstandigheid dat in de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de meeste beslissingen worden genomen door private instellingen die meewerken aan de sociale zekerheid, namelijk de ziekenfondsen, evenmin de ongelijke behandeling verantwoorden. Het feit dat de genomen beslissingen naderhand dienen te worden gecontroleerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Riziv) en dat die controle materieel onmogelijk kan geschieden binnen de termijn van drie maanden, dit wil zeggen de periode waarbinnen beroep kan worden ingesteld bij de arbeidsrechtbank en waarbinnen de instelling haar beslissing kan herzien, kan dat verschil in behandeling evenmin verantwoorden. Immers, de organisatie van de privé- en overheidsinstellingen die een rol spelen in die specifieke sector van de sociale zekerheid, alsook de complexiteit en de daaruit voortvloeiende traagheid bij de behandeling van dossiers kunnen geen redelijke verantwoording vormen voor het feit dat de uitkeringsgerechtigden de financiële gevolgen van een door een instelling begane vergissing moeten dragen.

B.6.4.

Zoals de Ministerraad erop wijst, leidt het verbod om van de sociaal verzekerde de prestaties die hij ten onrechte heeft ontvangen terug te vorderen, weliswaar ertoe, in de huidige stand van de wetgeving, dat het Riziv de financiële gevolgen draagt van een vergissing die aan de verzekeringsinstellingen is toe te schrijven (zie in dat verband, Cass., 22.12.2008, Arr. Cass., 2008, nr. 749).

Het staat niettemin aan de wetgever en aan de Koning om, in voorkomend geval, de relevante regelgeving te wijzigen opdat de financiële gevolgen van zulk een vergissing geheel of gedeeltelijk zouden worden gedragen door de verzekeringsinstellingen, die verantwoordelijk zijn voor de onterechte uitbetaling van prestaties aan de sociaal verzekerde, of de regels inzake de controle op de verzekeringsinstellingen te verstrengen.

B.7.

De prejudiciële vraag dient bevestigend te worden beantwoord.

OM DIE REDENEN,

HET HOF

zegt voor recht :

Artikel 174, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals het werd ingevoegd bij artikel 47 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het de verzekeringsinstellingen toestaat gedurende een jaar de invaliditeitsuitkeringen terug te vorderen die, door een aan hen toe te schrijven vergissing, ten onrechte aan hun aangeslotenen zijn uitbetaald, op voorwaarde dat de sociaal verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen of niet langer recht had op de uitgekeerde prestatie.

...

II. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, arrest nr. 220.619, 17 september 2012

Gerechtigd wetboek, artikel 828 – Wet van 14 juli 1994, artikelen 140, 142, 145, 146 en 191 – Evaluatie en controle – Kamer van Beroep – Adviserend geneesheren - Onpartijdigheid – Jurisdictionele functie

De eisende partij bewijst geenszins dat in dit geval een andere beslissing zou moeten worden genomen dan in het arrest van de Raad van State nr. 211.299 van 16 februari 2011. Vooral omdat uit het Koninklijk besluit van 7 juni 2012 blijkt dat de in het verzoek tot wraking beoogde geneesheren niet langer zitting houden als vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen maar als leden van de Kamer van Beroep die door verzekeringsinstellingen zijn voorgedragen.

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

J.V. t./DGEC-RIZIV
Arrest nr 220.619

...

I. Objet des requêtes

Par une requête introduite le 3 mai 2012, V.J. demande la récusation d'un membre de la chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'institut national d'assurance maladie-invalidité, le docteur M.-A.R., dans la cause portant le numéro FB-007-05.

Le même jour, V.J. a déposé une requête en récusation d'un autre membre de la même chambre de recours, le docteur S.C.

...

VI. Fondements des demandes de récusation

VI.1. À l'appui de ses demandes de récusation, V.J. fait valoir notamment les cinq griefs suivants, qu'il énonce comme il suit :

- "l'irrégularité de la composition actuelle de la chambre de recours en raison de la présence des représentants des organismes assureurs siégeant à ce titre
- la récusation d'un membre siégeant dans la chambre de recours dans sa composition actuelle
- le lien structurel entre les médecins-conseils nommés en tant que "représentants des organismes assureurs" et la partie poursuivante
- le lien contractuel entre le médecin-conseil et l'organisme assureur
- la nomination des médecins-conseils n'est pas conforme à la loi".

...

B. Décision du Conseil d'État

Par l'arrêt n° 211.299 du 16 février 2011, le Conseil d'État, saisi par le même requérant d'une requête en récusation, entre autres, du même docteur M.-A.R. en sa qualité de membre de la chambre de recours, a jugé que cette situation ne justifiait aucune suspicion légitime, après un rappel de la jurisprudence de la Cour de cassation et de la Cour européenne des droits de l'homme.

Ainsi a-t-il été décidé que l'indépendance et l'impartialité d'un médecin membre de la chambre de recours n'étaient compromises ni par les liens existant entre les médecins-conseils et le service d'évaluation et de contrôle médicaux, ni par les liens existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs.

Il a encore été jugé qu'était sans conséquence le fait que ces médecins soient les employés des organismes assureurs, ces organismes n'étant pas parties au litige porté devant la chambre de recours.

Malgré son ampleur, l'argumentation développée par V.J. à l'appui des présentes requêtes en récusation n'établit aucunement qu'il devrait en être décidé autrement en l'espèce, tant pour ce qui concerne le docteur C. que le docteur R.

Ceci d'autant moins que, ainsi que le fait valoir l'INAMI dans l'exception d'irrecevabilité qu'elle présente au début de son mémoire en réponse, il ressort de l'arrêt royal du 7 juin 2012 que :

" [...] sont renouvelés pour un terme de quatre ans, prenant cours le 9 juin 2012, à la Chambre de recours précitée, les mandats de :

1° sur la présentation des organismes assureurs :

- Mme C.S. et M. [...], en qualité de membres effectifs et Mmes [...] R. M.-A. et M. M. [...], en qualité de membres suppléants".

Les docteurs S.C. et M. A-R. n'ayant plus à siéger en qualité de représentants des organismes assureurs, mais de membres de la chambre de recours présentés par ces organismes, on ne voit pas que V.J. demeure fondé à invoquer cette qualité à l'appui de la suspicion légitime qu'il allègue.

Les causes de récusation considérées ne peuvent être retenues.

À la fin de ses requêtes, V.J. demande que la question suivante soit posée à la Cour constitutionnelle :

“L’article 145, § 1^{er}, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 qui prévoit dans la composition de la Chambre de recours la présence de membres nommés sur présentation des organismes assureurs, alors que ces organismes assureurs sont potentiellement créanciers de l’une des parties et qui touchent un pourcentage de l’éventuel excédent budgétaire de l’INAMI viole-t-il les articles 151, § [sic] 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l’article 6, § 1^{er}, de la Convention européenne des droits de l’homme et alors que les membres en question sont, aux termes de leur arrêté de nomination nommés “au titre de représentants des organismes assureurs” en tant qu’il prive, de manière disproportionnée et sans justification raisonnable, les médecins du droit à un juge indépendant et impartial, alors [que] ce droit est garanti aux justiciables des juridictions de l’ordre judiciaire ?”

Les docteurs C. et R. n’étant, en toute hypothèse plus nommées au titre de représentants des organismes assureurs, la question préjudicielle n’a plus d’objet.

VI. 2. À l’appui de ses requêtes en récusation, V.J. fait valoir encore que : “les organismes assureurs “représentés” par les médecins-conseils au sein de la chambre de recours ont un intérêt personnel à la contestation”.

...

B. Décision du Conseil d’État

Les arguments tirés par l’INAMI de l’application des articles 142, § 1^{er}, 146 et 191, 17^o de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 sont de nature à contredire la thèse de V.J.

Au demeurant, par l’arrêt n^o 211.299 du 16 février 2011, celui-ci s’est vu opposer, alors qu’il prenait un argument analogue, sinon identique, de l’article 145, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée à l’appui d’une demande de récusation, que :

“les organismes assureurs [...] ne sont pas directement intéressés au litige porté devant la chambre de recours; qu’il ressort, en effet, du libellé de l’article 146, § 2, alinéa 2, *in fine*, et de l’article 164, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que ces dispositions s’appliquent sans préjudice du régime prévu par son article 142, § 1^{er}, à savoir, celui de la poursuite par le SECMet le jugement par les chambres juridictionnelles, qui est celui dans lequel se meut le litige opposant le requérant et la partie adverse devant la chambre de recours; que l’article 142 de la loi coordonnée ne prévoit pas que le remboursement est effectué au profit des organismes assureurs; qu’au contraire, l’article 191 de cette loi prévoit que le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 de la loi et des remboursements volontaires visés à l’article 146 constituent des ressources de l’assurance, mais non des ressources des organismes assureurs; que la circonstance que les organismes assureurs voient une partie de leur financement varier en fonction d’un éventuel surplus budgétaire ne constitue raisonnablement qu’un élément trop indirect pour pouvoir justifier que les organismes assureurs auraient un intérêt direct à la cause au terme de laquelle un dispensateur de soins pourrait être amené à être condamné à rembourser des prestations indûment attestées”.

La cause de récusation considérée ne peut être retenue.

VI. 3. V.J. affirme enfin que : “les organismes assureurs ont des liens structurels avec le SECM”.

...

B. Décision du Conseil d'État

Le service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un comité dont la composition est déterminée par l'article 140 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Il n'a pas de lien direct avec les chambres de recours visées à l'article 144 de la même loi.

Celles-ci sont composées en effet, selon l'article 145 de la même loi :

“1^o d'un président, conseiller en fonction ou émérite, suppléant ou de complément, à la cour d'appel ou à la cour du travail ou magistrat du Ministère public près de ces cours, visées à l'article 40 de la Constitution, membre effectif, nommé par le Roi;

2^o de deux membres, docteurs en médecine, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs, membres effectifs;

3^o de deux membres, ayant voix consultative, nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les groupes visés respectivement à l'article 140, (§ 1^{er}), alinéa 1^{er}, 3^o, 5^o à 21^o, membres effectifs. Ces membres ne siègent toutefois que dans les affaires qui intéressent directement le groupe qui les a présentés.

[...]”.

V.J. ne peut être suivi en ce qu'il prétend tirer de la participation de membres désignés par les organismes assureurs au comité qui dirige le Service d'évaluation et de contrôle médicaux une cause de suspicion à l'égard des docteurs C. et R. en leur qualité de membres de la chambre de recours.

La cause de récusation considérée ne peut être retenue.

PAR CES MOTIFS,

DÉCIDE :

Article 1^{er}

Les requêtes en récusation des docteurs C. et R. sont rejetées.

Article 2

L'affaire est renvoyée devant la chambre de recours, instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

...

III. Arbeidshof van Bergen, 13 september 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 – Arbeidsongeschiktheid – Stopzetting van de activiteiten

Heeft niet alle activiteit stopgezet als bepaald bij artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, de verzekerde die onbezoldigd een mandaat van zaakvoerder van een bedrijf uitoefent. Als de verzekerde niet aantoont dat hij zijn bevoegdheden heeft gedelegeerd en het administratieve (boekhoudkundige, fiscale, sociale) en commerciële gedeelte aan een derde heeft toevertrouwd, is zijn activiteit als zaakvoerder, zelfs als die onbezoldigd is, onverenigbaar met het behoud van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

De toestemming die de adviserend geneesheer aan de verzekerde verleende om deeltijds als arbeider in de onderneming te werken, liet hem niet toe een mandaat van zaakvoerder van die onderneming uit te oefenen.

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174 – Niet toegestane werkhervatting – Bedrieglijke handelingen

Inkomensattesten voor een toegestane activiteit kunnen niet als vals worden beschouwd als niet wordt aangetoond dat de erop vermelde inkomsten onjuist waren en als de geldigheid ervan niet in tempore non suspecto wordt betwist.

Een verzekerde maakt zich niet schuldig aan fraude als hij de uitoefening van een activiteit als onbezoldigde gevolmachtigde van een onderneming niet aangeeft omdat hij met recht en rede ervan kon uitgaan dat voor die activiteit geen aparte aangifte vereist was, aangezien de uitoefening van de activiteit ten tijde van het geschil anders werd geïnterpreteerd door hoven en rechtbanken.

A. R. nr. 2007/AM/20687

H.C. t./V.I.-RIZIV

...

1 Les faits et antécédents de la cause

Monsieur H., né le 9 mars 1945, peintre de formation, a été victime d'un accident du travail le 14 juillet 1976.

Il a été reconnu totalement incapable de travailler du 14 juillet 1976 au 11 avril 1977 et s'est ensuite vu reconnaître une I.P.P. de 50 % par l'assureur loi, (...).

À dater du 16 août 1978, Monsieur H. a obtenu l'autorisation du médecin conseil de l'O.A. de reprendre une activité à raison de 4 heures par jour en qualité d'ouvrier d'entretien.

Il a remis mensuellement à l'O.A. une attestation de travail à mi-temps en qualité d'ouvrier d'entretien et des attestations de revenus à ce titre.

Néanmoins, il ressort d'une publication aux annexes du Moniteur belge du 1^{er} mai 1987 que, par acte reçu par le Notaire R. le 6 avril 1987, Monsieur H. et un sieur D. ont constitué la S.P.R.L. (...) et que Monsieur H. a été nommé en qualité de gérant à titre gratuit.

En date du 17 mai 1995, Monsieur L., inspecteur auprès des services de l'INAMI, établit un procès-verbal constatant dans le chef de Monsieur H., une activité frauduleuse dès lors que d'avril 1987 à avril 1995, il a remis une déclaration indiquant qu'il était occupé à temps partiel en qualité d'ouvrier pour compte de la société (...) alors qu'en réalité, il exerçait la fonction d'associé et de gérant unique de ladite société.

En date du 15 juillet 1995, Madame P. est nommée gérante de la S.P.R.L. (...).

En date du 16 avril 1996, Monsieur L.; inspecteur auprès des services de l'INAMI, établit un nouveau procès-verbal reprenant sensiblement les mêmes constatations que celles reprises dans le procès-verbal du 17 mai 1995.

En date du 12 septembre 1996, il notifie à l'O.A. les différentes constatations qu'il a effectuées lors de sa visite de contrôle du 12 au 13 août 1996 à la Fédération (...) et conclut que :

- Monsieur H. a été payé indûment, en invalidité, du 6 avril 1987 au 30 juin 1996 ; ce qui représente un montant total de 1 967 414 francs
- l'intéressé a perdu sa qualité de titulaire au sens de l'article 32 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ; il y a donc lieu de récupérer les soins de santé remboursés indûment.

Le 10 décembre 1996, l'O.A. saisit le tribunal du travail de Charleroi par requête aux fins d'obtenir un titre exécutoire afin de récupérer à charge de Monsieur H. la somme de 2 022 876 francs (2 016 392 francs à titre d'indemnités indûment payées du 06.04.1987 au 31.08.1996 et 6 484 francs à titre de soins de santé pour la période du 05.05.1994 au 03.10.1996).

Le 11 septembre 1997, l'INAMI notifie à Monsieur H. sa décision de l'exclure du droit à l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé pendant une période de 100 jours à compter du 1^{er} jour ouvrable suivant la remise du pli recommandé à la poste. Monsieur H. conteste cette décision par requête déposée le 25 septembre 1997.

Le 29 octobre 1997, l'O.A. notifie à Monsieur H. sa décision de récupérer la somme de 191 454 francs représentant des prestations de santé octroyées indûment depuis le 6 avril 1987.

...

4. DISCUSSION - DÉCISION

4.1. Notion d'activité exercée pendant une période d'incapacité de travail

Le travailleur salarié doit, pour être reconnu incapable de travailler, avoir mis fin à toute activité.

La cessation visée par l'article 56, § 1^{er}, de la loi du 9 août 1963 (devenu l'art. 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14.07.1994) concerne toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait que l'économie de dépenses ce qui augmente indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p. 651 ; Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 466 ; Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 401).

L'assuré social reconnu incapable de travailler interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, salarié ou non (en ce sens : Cass., 19.10.1992, Chr.D.Soc., 1993, p. 64), si celui-ci entre dans la notion d'activité figurant dans cette disposition légale à savoir *"toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui ; il importe peu, à cet effet, que cette activité soit occasionnelle, voir même exceptionnelle"* (C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338; C.T. Mons, 18.04.2003, RG 14310, inédit).

La charge de la preuve de l'activité non autorisée incombe à l'organisme assureur et/ou à l'INAMI.

Si la reprise d'une activité professionnelle est incompatible avec le maintien de la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail ou d'invalidité, il existe une exception : elle vise le travailleur qui a sollicité de son médecin-conseil l'autorisation de reprendre une activité.

Cependant, il ne suffit pas d'avoir demandé l'autorisation ; il faut s'y tenir strictement.

En l'espèce, il est établi que l'appelant a, dès la constitution de la S.P.R.L. (...) (le 06.04.1987) été nommé en qualité de gérant unique.

Il considère, cependant, que ce mandat était gratuit et ne lui procurait, donc, aucun revenu et qu'en outre, ce mandat n'occasionnait dans son chef que des tâches résiduelles, limitées.

Comme précisé ci-avant, il ne faut pas lier la cessation d'activité à l'absence de revenus dès lors que l'activité de l'entreprise peut se poursuivre et, ainsi, générer des revenus ou des avantages au profit du travailleur.

La fonction de gérant d'une S.P.R.L., telle qu'exercée par l'appelant (gérant unique jusqu'en juillet 1995 et cogérant à partir de cette période), implique nécessairement de multiples activités (contacts avec la clientèle et les fournisseurs, accomplissement des formalités administratives et sociales, gestion du personnel,...) qui sont indispensables à la survie de l'entreprise.

À défaut pour l'appelant de démontrer qu'il a délégué ses pouvoirs de gestion journalière ou qu'il a confié la partie administrative (comptable, fiscale, sociale) à un tiers, son activité de gérant, fut-elle non rémunérée, est incompatible avec le maintien des indemnités d'incapacité de travail.

À cet égard, la cour relève que la pièce 5 du dossier de l'appelante n'énerve en rien cette conclusion : non seulement, la lettre de la Banque n'a pas de valeur officielle mais en outre, elle est contraire aux différentes publications légales aux termes desquelles l'appelant, gérant unique, dispose de tous les pouvoirs de gestion et peut agir seul en nom et pour compte de la société (publications aux annexes du M.B. du 24.09.1992 - pièce 3.2. dossier de l'appelant). Il en est de même s'agissant de la nomination conjointe de Madame P. dès lors que le procès-verbal de l'assemblée générale précise qu'indépendamment d'une délégation partielle de la gestion (personnel et comptabilité), l'appelant reste le gestionnaire commercial de l'entreprise (pièce 3.5. dossier de l'appelant).

Par ailleurs, l'autorisation du médecin-conseil permettant à l'appelant d'exercer une activité d'ouvrier à temps partiel au sein de l'entreprise ne lui permettait pas d'exercer ce mandat de gérant de la société.

En effet, des règles très strictes et précises (art. 56 de la loi du 09.08.1963, art. 14 de l'A.R. du 31.12.1963 et art. 232 de l'A.R. du 04.11.1963) régissent le maintien du droit aux indemnités en cas de reprise d'une activité autorisée par le médecin-conseil :

- l'octroi de l'autorisation doit être antérieur à la reprise d'activité
- le médecin-conseil doit vérifier si l'activité que le travailleur envisage de reprendre à temps partiel est compatible avec l'affection présentée
- l'autorisation doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice du travail autorisé.

Il s'ensuit qu'une activité autorisée chez tel employeur ne sera pas forcément autorisée chez tel autre et qu'une autorisation accordée par une activité déterminée ne vaut pas pour un autre type d'activité (en ce sens : C.T. Liège, 13^e Chambre, 20.03.2008, R.G. 8.063/2006).

Il ressort des considérations qui précèdent que l'appelant a repris une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil laquelle est incompatible avec le maintien du droit aux indemnités d'incapacité de travail dès la reprise de ladite activité, soit dès le 6 avril 1987.

L'appel n'est pas fondé sur ce point.

Dans son avis, le Ministère public suggère une réouverture des débats pour que les parties s'expliquent sur l'application éventuelle de l'article 101 de loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois, la cour relève que les dispositions applicables à la notion d'incapacité de travail sont à chercher dans la loi du 9 août 1963 qui régissait la situation de l'appelant à partir du début de sa période d'incapacité de travail indemnisée (C.T. Mons, 4^e Chambre, 15.09.2010, R.G. 2007. AM.20565).

Lorsque la période d'incapacité de l'appelant a débuté, ni l'article 56*bis* ni l'article 56*ter* n'étaient d'application (loi du 18.10.1991, M.B. 17.12.1991) : la seule disposition applicable était l'article 56, § 2, de la loi du 9 août 1963.

Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une réouverture des débats sur ce point.

4.2. Délai de prescription

L'article 106, § 1^{er}, 5^o, 6^o, 7^o, de la loi du 9 août 1963 prévoyait un délai de prescription de deux ans. Toutefois, l'alinéa 3 de ce § 1^{er} précisait que ces délais "*ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu des prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité*". Pour ces manœuvres frauduleuses, le délai applicable était le délai de droit commun fixé à trente ans à l'époque, délai qui fut réduit à cinq ans par la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses.

Ce délai de cinq ans a été repris par l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, législation applicable au moment où l'O.A. introduisit son action devant le tribunal du travail de Charleroi.

L'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 est libellé comme suit :

"Alinéa 1^{er} :

5^o *L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué.*

6^o *L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.*

Alinéa 3 :

Les prescriptions prévues aux 5°, 6°, 7° ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans (...).

La loi n'a pas défini les termes "manœuvres frauduleuses". Il convient, dès lors, de se référer aux principes du droit commun des obligations.

Le Procureur général L. écrivait quant à lui :

"Ces deux notions de dol et de fraude fort voisines, s'interpénètrent et il est d'autant plus malaisé de les départager que les auteurs de notre Code civil semblent avoir, parfois, utilisé ces termes comme synonymes.

Ce qu'il nous suffit de comprendre et de retenir pour la solution des problèmes que nous examinons ensemble, c'est que celui qui use de dol ou de fraude a, dans chaque cas, la volonté malicieuse de tromper l'administration en vue de son propre profit. Nous rejoignons ainsi notre opinion selon laquelle le législateur semble avoir voulu - en retenant cette double formulation - viser tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi, ce afin de distinguer ces cas de ceux (...) où les versements indus découlent soit d'erreur administrative, soit d'un manque de diligence des organismes attributeurs dans l'application des règles de Cumul" (J. LECLERCQ, Mercuriale du 02.09.1975 in "La doctrine du judiciaire", De Boeck, pp. 318-319).

La doctrine actuelle décrit, quant à elle, comme suit les manœuvres frauduleuses :

"Les manœuvres frauduleuses impliquent, dans le chef d'une personne, une volonté de tromper en vue d'obtenir un avantage auquel elle n'a pas droit. Dès lors :

- *la simple méconnaissance de la loi n'entraîne pas par elle-même l'existence de manœuvres*
- *le seul fait de ne pas procéder à une déclaration, même imposée par la loi, ne constitue pas en soi une manœuvre frauduleuse si l'intention de tromper n'est pas démontrée" (J-F. FUNCK, Droit à la sécurité sociale, Ed. De Boeck, 2006, pp. 73-74).*

Cette dernière phrase constitue une application de l'enseignement issu de l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 4 janvier 1993 (Pas., I, p.3), selon lequel *"l'action en récupération des indemnités d'incapacité de travail octroyées indûment se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités, même si, à la suite d'une omission non-frauduleuse, le titulaire n'a pas informé son organisme assureur de sa demande d'obtention d'un avantage en raison duquel il ne pouvait plus prétendre aux indemnités d'incapacité de travail"*.

La cour de céans a défini, quant à elle, les manœuvres frauduleuses *"comme tout agissement malhonnête réalisé malicieusement en vue de tromper un organisme assureur pour son propre profit, pouvant aussi bien consister en des actes positifs qu'en des abstentions ou attitudes passives" (C.T. Mons, 03.04.1992, B.I. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 10.01.1992 et "la chronique de jurisprudence relative à la reprise d'une activité sans l'autorisation du médecin-conseil", M. DE MEESTER-DE GHELLINCK, R.B.S.S., 1993, p. 43).*

La fraude ne se présume pas de telle sorte que la charge de la preuve de l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social incombe à l'organisme de sécurité sociale.

Aux termes de l'arrêt de renvoi prononcé le 4 décembre 2006, la Cour de cassation a confirmé l'enseignement déduit de l'arrêt prononcé le 4 janvier 1993 en estimant que la fraude ne pouvait pas être déduite de la considération selon laquelle l'assuré social pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son organisme assureur et pas davantage de la circonstance selon laquelle il n'avait pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité.

En l'espèce, les intimés soutiennent que le comportement frauduleux de l'appelant ressort des éléments suivants :

- la remise mensuelle des attestations de revenus relatives à son activité autorisée d'ouvrier lesquelles étaient signées par l'appelant en sa qualité de gérant ; ces attestations seraient fausses
- l'exercice d'une activité non autorisée sans en faire la déclaration ; il ne s'agirait pas d'une simple abstention mais bien d'un comportement positif.

En réalité, contrairement à ce que prétendent les intimés, les attestations mensuelles de revenus ne peuvent être qualifiées de faux dès lors qu'il n'est pas établi que les revenus qui y étaient repris étaient inexacts ; il échet de relever que le mandat de gérant était exercé à titre gratuit. Par ailleurs, aucun élément ne permet d'affirmer que le libellé des dites attestations traduisait l'intention de l'appelant de ne pas dévoiler sa qualité de gérant : outre qu'aucun texte réglementaire n'impose un libellé précis auquel il n'aurait pas été satisfait, la validité des dites attestations n'a jamais été remise en cause *in tempore non suspecta*.

S'agissant de l'absence de déclaration de son mandat de gérant, la cour considère, à l'instar du Ministère Public et sur base de la position adoptée par la Cour suprême en 2006, qu'il n'y a pas lieu de considérer que cette abstention correspond à un comportement positif dès lors que :

- à l'époque litigieuse, la situation des mandataires de société à titre gratuit faisait l'objet d'interprétations différentes au sein des cours et tribunaux, avant d'être plus clairement considérée comme étant une activité s'intégrant dans le courant des échanges économiques
- dans ce contexte, ayant obtenu l'autorisation pour exercer une activité d'ouvrier à temps partiel, l'appelant pouvait légitimement penser que son mandat de gérant au sein de la société ne devait pas faire l'objet d'une autorisation distincte et ce, d'autant que ce mandat était exercé à titre gratuit.

Les intimés restent, donc, en défaut de justifier le caractère frauduleux du comportement de l'appelant en fonction des circonstances de fait de la cause.

Dans ces conditions, il y a lieu de faire application du délai de prescription de deux ans prévu par l'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Sur ce point, l'appel est fondé.

...

IV. Arbeidshof van Bergen, 17 oktober 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikelen 101 en 102 - Arbeidsongeschiktheid - Niet toegestane hervatting

Artikelen 101 en 102 van de gecoördineerde wet zijn niet van toepassing als na de erkenning van de arbeidsongeschiktheid de activiteiten niet volledig zijn stopgezet en de verzekerde impliciet maar zeker heeft verzaakt aan het recht op artikel 101, 1e lid, van de gecoördineerde wet en de beslissing van de geneesheer-inspecteur van het RIZIV, die van oordeel is dat het verdienvermogen gedurende de betwiste periode vanuit medisch oogpunt niet met minstens 50 % is verminderd, niet betwist.

A.R. nr. 2012/AM/18
C.R. t./RIZIV-V.I.

...

Fondement :

Faits et rétroactes de la procédure :

Il appert des éléments auxquels la cour de céans peut avoir égard que M. R., né le 12 février 1947, a été reconnu en état d'incapacité de travail à partir du 4 janvier 2006.

Jusqu'à cette date, M. R. était employé en tant qu'illustrateur chez C. et exerçait, également, une activité complémentaire de musicien.

Il a fait l'objet d'un contrôle de l'inspection de l'INAMI en date du 17 mai 2008 à 20 heures 30' alors qu'il jouait de la musique à la Taverne (...).

Dans le cadre des investigations menées par la suite par le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, il a été constaté que M. R. avait aussi animé deux soirées pour le compte de la municipalité de (...) en (...) les 6 juillet et 10 août 2008.

Monsieur R. a signé, dans le cadre de cette activité, deux contrats intitulés "contrat d'engagement d'artistes de variétés" et a été rémunéré pour ces prestations (2 x 250 EUR).

Lors de son audition du 9 janvier 2009 enregistrée par un contrôleur social de l'INAMI, M. R. a reconnu cette activité.

Un procès-verbal à charge de M. R. fut dressé le 14 janvier 2009 concluant à une reprise d'activité en tant qu'animateur musicien au 6 juillet 2008 et ce sans autorisation préalable du médecin-conseil.

Lors de la visite de contrôle de l'INAMI au siège de l'O.A., il a été constaté, en outre, que M. R. n'avait ni sollicité ni obtenu du médecin-conseil l'autorisation d'exercer une activité à temps réduit durant son incapacité et qu'il n'avait pas davantage déclaré à l'O.A. cette activité ni les revenus en découlant.

Il a été considéré que, par cette reprise du travail au 6 juillet 2008, M. R. avait mis fin à son incapacité. Il sera examiné le 5 février 2009 par le Docteur F. dans le cadre d'une éventuelle application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'application de l'article 101 sera refusée, par décision du 5 mars 2009, l'INAMI considérant que la capacité de M. R. n'était pas réduite d'au moins 50 % sur le plan médical pendant les périodes litigieuses.

Monsieur R. n'a pas introduit de recours à l'encontre de cette décision.

...

Discussion - En droit :

I. Fondement de la requête d'appel de M. R.

I.1. Quant à la reprise d'un travail non autorisé

A. NOTION D'ACTIVITÉ EXERCÉE PENDANT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1. *Les principes*

Le travailleur salarié doit, pour être reconnu incapable de travailler, avoir mis fin à toute activité. Une interruption d'un jour de travail suffit (J. KIEKENS, "Études juridiques, sociales et statistiques : l'interdiction de travailler et le droit aux prestations sociales", R.B.S.S., 1991, p. 313).

La cessation visée par l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée concerne toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait que l'économie de dépenses ce qui augmente indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p. 651 au sujet d'un assuré social qui, aidé par les membres de sa famille, a travaillé à la construction de son habitation se passant des services d'un entrepreneur ou d'un ouvrier qualifié ; voyez également : Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 466 et Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 401).

D'autre part, la *reprise* du travail met en principe fin à l'incapacité du travail. Autrement dit, l'assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l'article 100, § 1^{er}, interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, salarié ou non (en ce sens : Cass., 19.10.1992, Chr.D.Soc., 1993, p. 64) si celui-ci entre dans la notion d'activité figurant dans cette disposition légale à savoir "toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui ; il importe peu, à cet effet, que cette activité soit occasionnelle, voir même exceptionnelle" (C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 18.04.2003, RG 14310, inédit).

Ce travail est, en réalité, toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales et ce même si elle est accomplie sans rémunération au titre de services d'amis (Cass., 18.05.1992, Larquier Cass., 1992, p. 518).

Très clairement, la cessation d'activité, visée à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée sur l'assurance maladie-invalidité concerne toute activité qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèce mais ne fait qu'une économie de dépense, ce qui augmente indirectement son patrimoine (C.T. Mons, 19.11.2008, inédit, RG 20.602).

Par exception, l'article 101 de la loi coordonnée accorde aux travailleurs réunissant certaines conditions médicales (capacité réduite d'au moins 50 % sur le plan médical) et qui ont repris, sans l'autorisation préalable visée à l'article 101, § 2, un travail, le maintien du régime d'incapacité de travail leur reconnu originairement avec son corollaire à savoir le maintien de leur assurabilité ainsi que le bénéfice de la limitation de la récupération des indemnités versées indûment aux seules journées au cours desquelles ils se sont livrés à l'activité non autorisée (voyez à cet effet : Doc Parl., Ch. Rep. sess. ord. 1988-1989, nos 810/1 à 3 et sess. ord. 1990-1991, nos 810/4 et 5, et spéc. les nos 810/1 et 810/3 ; Doc Parl., Sénat sess. 1988-1989 nos 882/1 et 2 et spéc. le n° 882/2 (rapport de la commission des affaires sociales).

2. Application des principes au cas d'espèce

Il ressort de l'enquête menée par les services de contrôle de l'INAMI que M. R. a exercé une activité de musicien, à tout le moins en dates des 6 juillet et 10 août 2008, sans avoir recueilli l'autorisation préalable du médecin-conseil alors qu'il était en incapacité de travail indemnisée depuis le 4 janvier 2006.

Ces faits sont dûment attestés par deux contrats d'occupation conclus entre la Mairie (...), et deux cocontractants, à savoir la société (...), d'une part, et M. R., d'autre part, le premier en qualité d'intermédiaire responsable, le second en qualité d'artiste. Ces prestations étaient de 3 heures 30' chacune et indemnisées à concurrence de 300 EUR, dont 250 EUR pour l'artiste.

Entendu le 9 janvier 2009 par le contrôleur social, M. R. a indiqué :

"... avant mon incapacité, je travaillais chez (...) ... j'avais également une activité complémentaire de musicien. Je joue du synthétiseur.

Je n'ai toutefois jamais été inscrit comme travailleur indépendant à titre complémentaire ...

À cette époque, j'exerçais cette activité uniquement au restaurant de mon ami M à (...) ...

Cette activité n'était pas régulière...

J'étais rémunéré pour cette activité..."

Monsieur R., par la suite, expose qu'il n'a, en réalité, jamais mis fin à son activité complémentaire de musicien :

"Je souligne que durant l'année 2006... il m'arrivait encore, mais à titre exceptionnel, de jouer de la musique au restaurant de mon ami M. à (...).

Mon ami m'offrait simplement le repas.

J'ai donc joué de la musique les 6 juillet et 10 août de 15:00 à 18:30 au parc de la falaise de "(...)"...

J'ai reçu 250 EUR pour chaque prestation, de la part de l'organisateur.

Je n'ai pas informé ma mutuelle de ces prestations ni de la rémunération que j'ai perçue.

Vous me demandez si, hormis ces deux prestations, ainsi que celle de 2006 au restaurant de mon ami M. à (...), il m'est arrivé de jouer de la musique pour des tiers, que ce soit bénévolement ou bien rémunéré. Je vous réponds que non.

Vous m'évoquez le contrôle dont j'ai fait l'objet le 17 mai 2008 à 20h30, alors que je jouais de la musique à la Taverne (...).

Il n'a jamais été prévu que je sois rémunéré pour cette soirée.

Vous devez savoir qu'il s'agissait ce jour-là de la deuxième fois que je jouais de la musique à cet endroit ...".

Les déclarations de M. R. sont sans équivoque aucune sur la poursuite d'une activité de musicien après la reconnaissance de son état d'incapacité de travail.

Monsieur R. déclare, également, s'être rendu d'initiative chez le médecin-conseil de l'O.A., le Docteur D., pour "évoquer son hobby".

Cet élément prouve non seulement (et de manière surabondante) qu'il n'a jamais cessé d'exercer cette activité de musicien mais, surtout qu'il était parfaitement informé de l'obligation lui impartie d'obtenir une autorisation préalable à la poursuite de cette activité complémentaire.

À cet égard, il convient de relever que celui qui a avoué est lié par son aveu de manière définitive indépendamment de toute acceptation de l'adversaire et même de toute réaction de ce dernier, cet effet de l'aveu dérivant de son caractère unilatéral.

Bien que cette règle ne soit mentionnée qu'à l'article 1356 du Code civil qui a trait à l'aveu judiciaire, elle est, également, valable pour l'aveu extra-judiciaire.

Si l'aveu qui fait foi contre son auteur peut, toutefois, être révoqué pour cause d'erreur, il ne peut, cependant, être révoqué en raison de la seule rétractation de son auteur (C.T. Mons, 17.05.2000, RG 16122, inédit).

D'autre part, M. R. plaide que le Docteur D. lui aurait promis de lui envoyer une attestation l'autorisant à exercer cette activité "bénévolement" et sollicite la production de son dossier médical aux fins d'y déceler la "trace" de cette attestation qu'il n'a jamais reçue.

Comme l'observe, à bon droit, le premier juge, "aucune mention au dossier ne peut remplacer cette autorisation, de sorte qu'il paraît inutile et inefficace d'interroger le médecin-conseil concerné ou de vérifier une mention éventuelle figurant au dossier de M. R."

Au demeurant, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI a effectué une visite de contrôle du 29 juin 2009 au 2 juillet 2009 au siège de l'O.A. de (...) et a, à cette occasion, consulté l'intégralité du dossier de M. R. : il a été dûment constaté que celui-ci n'avait ni sollicité ni obtenu du médecin-conseil cette autorisation d'exercer une activité à temps réduit durant son incapacité.

Il n'est pas davantage apparu de l'examen du dossier que M. R. aurait déclaré cette activité ainsi que les revenus générés par celle-ci.

En réalité, la mauvaise foi dont montre M.R. ressort très clairement de deux éléments :

- a) Sa propre déclaration enregistrée le 17 juin 2008 lors d'un contrôle au cours duquel il a été surpris en train de jouer de la musique à la Taverne (...) "(...) Finalement, en raison du contrôle, je n'ai presté qu'une demi-heure". Lors de ce contrôle, M. R. a donc bien été informé qu'il ne pouvait travailler sans autorisation préalable du médecin-conseil puisqu'il déclara lui-même avoir été contraint de mettre un terme à ses prestations et n'avoir, ainsi, pu jouer qu'une demi-heure. M. R. n'a pas tenu compte de ce rappel à l'ordre puisqu'il a presté ultérieurement en toute illégalité les 6 juillet et 10 août 2008 pour la Mairie de (...). Ainsi, il a exécuté ces prestations consciemment dans l'illégalité.

b) La Mairie de (...) mentionne dans les contrats d'occupation pour les prestations litigieuses l'ancienne adresse de M. R. alors qu'il est domicilié depuis janvier 2008 à une nouvelle adresse. Il s'agit là d'un élément qui atteste de manière certaine que M. R. était en "relations d'affaires" avec sa société de production et la Mairie de (...) bien avant les prestations litigieuses des 6 juillet et 10 août 2008 : en effet, comment expliquer que la Mairie de (...) disposait de l'ancienne adresse de M.R. si les contacts noués avec cette dernière se sont limités à l'organisation de l'animation musicale des seules journées des 6 juillet et 10 août 2008 à l'exclusion de toute autre prestation soit à une époque où son adresse avait changé depuis plus de 6 mois ?

En conclusion, la cour de céans estime qu'en ayant repris (ou poursuivi) une activité non autorisée par le médecin-conseil, M. R. a mis fin à son incapacité de travail. La date de cette reprise du travail a été fixée au 6 juillet 2008.

Il ressort de l'article 101, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 tel qu'applicable à l'époque litigieuse (soit avant sa modification par la loi du 28.04.2010) que, dès l'instant où il y a reprise d'activité-non autorisée, fût-ce durant une seule journée, le principe veut que cette reprise d'activité entraîne la fin de l'incapacité à partir de cette date et, par conséquent, que l'intégralité des indemnités afférentes à la période subséquente soit remboursée.

Néanmoins, par exception à ce principe, lorsque le travailleur a repris une activité non autorisée mais a conservé une incapacité de 50 %,

- o les indemnités perçues sont récupérées uniquement pour les jours durant lesquels l'activité a été exercée
- o les journées pour lesquelles la récupération est opérée restent assimilées à ces journées d'incapacité de travail. Cette assimilation a pour conséquence que le travailleur conserve certains droits, malgré l'activité non autorisée :
 - o il conserve sa qualité de titulaire pour le remboursement des soins de santé
 - o il ne doit pas procéder à une nouvelle déclaration d'incapacité de travail pour garantir ses droits aux indemnités après la période de repris du travail. Dès lors, il retrouve automatiquement ses droits aux indemnités.

En l'espèce, l'application des articles 101 et 102 de la loi coordonnée ne peut être envisagée pour deux raisons :

- a) La reprise d'activité doit cependant être immédiatement précédée d'une période d'incapacité de travail avec cessation complète d'activité : l'assuré n'est en droit de solliciter le bénéfice de l'article 101 que s'il est d'abord soumis au régime de l'article 100, § 1^{er}, (C.T. Mons, 19.01.2008, RG 20.924, juridat, F-20080119-8). Or, il est directement établi que M. R. a accompli des prestations de musicien au sein d'un restaurant à (...) (chez l'ami M.) et à la Taverne (...) de telle sorte qu'après la reconnaissance de son état d'incapacité de travail, M. R. n'a pas cessé complètement toute activité.
- b) En s'abstenant de contester la décision du 5 mars 2009 prise par le médecin-inspecteur de l'INAMI selon laquelle sa capacité de gain n'était pas réduite d'au moins 50 % sur le plan médical pendant la période litigieuse, M. R. a implicitement mais certainement renoncé au bénéfice lui offert par l'article 101, alinéa 1, limitant le remboursement des indemnités perçues indûment aux seuls jours ou périodes durant lesquels il a accompli ce travail non autorisé (et ce pour autant que sa capacité de travail soit restée réduite d'au moins 50 % ...). La décision prise par le médecin-inspecteur de l'INAMI est, ainsi, devenue définitive et ses conclusions ne sauraient plus être contestées par M. R.

Il ressort des développements qui précèdent que M. R. ne peut prétendre aux indemnités d'assurance maladie-invalidité qui lui ont été servies durant la période s'étendant du 6 juillet 2008 au 11 février 2009.

La demande de l'O.A. tendant au recouvrement de la somme de 11.587,96 EUR doit, dès lors, être déclarée fondée.

La requête d'appel de M. R. est non fondée.

...

I.2. Quant aux sanctions administratives prises par l'INAMI

Comme devant le premier juge, M. R. ne conteste pas la régularité de la procédure administrative mais les sanctions appliquées sans, toutefois, développer d'argumentation précise.

CONCERNANT L'ABSENCE D'AUTORISATION PRÉALABLE DU MÉDECIN-CONSEIL

L'article 2, 4^o de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose que le titulaire, bénéficiant d'indemnité d'incapacité de travail, qui a repris une activité sans y être autorisé par le médecin-conseil de son organisme assureur conformément à l'article 16 du règlement des indemnités du 16 avril 1997 est exclu à raison d'une indemnité journalière au moins et de 30 au plus du droit aux indemnités.

En vertu de l'article 16 du règlement des indemnités du 16 avril 1997, le titulaire peut être autorisé par le médecin-conseil de son organisme assureur à reprendre une activité compatible avec son état de santé.

La demande d'autorisation devait être introduite par le titulaire et l'autorisation accordée par le médecin-conseil *avant toute reprise d'activité*.

Quoiqu'il en soit, les activités constatées et avouées par M. R. constituent bien un travail non autorisé dès lors qu'il s'agit d'une activité ayant un caractère productif et qui est exercée dans le cadre des relations sociales.

In casu, il est incontestable que M. R. a repris (poursuivi) une activité rémunérée de musicien animateur en date des 6 juillet 2008 et 10 août 2008. Il est incontestable qu'il est en défaut d'avoir demandé et obtenu, préalablement, une autorisation.

C'est donc à juste titre que le fonctionnaire dirigeant a exclu M. R. du droit aux indemnités à raison, de **6 indemnités journalières**.

CONCERNANT L'ABSENCE D'INFORMATION D'UNE REPRISE SPONTANÉE D'ACTIVITÉ

L'article 2, 6^o, de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose qu'est exclu à raison d'une indemnité journalière au moins et de 75 ou plus, le titulaire qui, après une reprise spontanée du travail ou du chômage, n'en a pas informé son organisme assureur et a continué à percevoir des indemnités d'incapacité de travail.

Or, M. R. a bien reconnu avoir effectué en date des 6 juillet et 10 août 2008 une activité professionnelle rémunérée en violation totale avec l'article 100, § 2, de la loi coordonnée de 1994.

Il s'agit bien d'une occupation orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui.

Monsieur R. se devait donc légalement d'informer son organisme assureur de cette reprise d'activité.

À juste titre M. R. a été exclu du droit aux indemnités à concurrence de **15 indemnités journalières** en application de l'article 2, 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969.

CONCERNANT LE CUMUL DES SANCTIONS

Pour chaque manquement constaté est prévue une sanction spécifique. En application de l'article 9, § 1^{er}; de l'arrêté royal du 10 janvier 1969, les sanctions sont cumulées (C.T. Mons, 03.01.1997, RG 7771, inédit).

Le quantum des sanctions cumulées est en rapport avec la gravité et la durée des manquements constatés.

Le recours de M. R. contre la décision de l'INAMI du 16 septembre 2009 et contre la lettre recommandée du 24 septembre 2009 de l'O.A. annonçant l'exécution de la sanction administrative de l'INAMI est non fondé.

La requête de M. R. est non fondée.

...

V. Rechtbank van eerste aanleg te Brussel, 1 oktober 2012

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 35bis – terugbetaling van geneesmiddelen – herziening – geen schijn van recht

Er zijn geen wettelijke bepalingen voorhanden die aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) de plicht zouden opleggen om de herziening van de terugbetaling van een groep geneesmiddelen door te voeren via het kiwi-model.

Artikel 35bis, § 4, vierde en vijfde lid van de ZIV-wet bepaalt immers dat ingeval de groepsgewijze herziening enkel of hoofdzakelijk geschiedt wegens budgettaire overwegingen de CTG kan beslissen de herziening door te voeren via het kiwi-model. Nergens bepaalt de wet dat de CTG hiertoe verplicht zou zijn.

n.v. R. t./Belgische Staat – RIZIV
A.R. nr. 12/1073/C

...

1. Feiten en vorderingen

1.1. Huidig geschil is ontstaan naar aanleiding van een beslissing die de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft genomen in verband met de herziening van terugbetaling van geneesmiddelen ter bestrijding van anemie (of bloedarmoede).

De terugbetaling van geneesmiddelen kan door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid worden herzien, zowel “individueel” overeenkomstig artikel 35*bis*, § 4, eerste en tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna de ZIV-wet), als “groepsgewijs” overeenkomstig artikel 35*bis*, § 4, derde lid e.v. van de ZIV-wet.

Er zijn twee soorten groepsgewijze herzieningen.

Vooreerst kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) een “algemene” groepsgewijze herziening voorstellen op eigen initiatief of op vraag van de Minister, en dit ongeacht of de betrokken geneesmiddelen voor een individuele herziening in aanmerking komen.

Daarnaast heeft de wetgever sinds 1 januari 2008 een specifieke groepsgewijze herziening “wegens uitsluitend of hoofdzakelijk budgettaire redenen” ingevoerd (dit is de zogenaamde kiwi-procedure). In vergelijking met de algemene groepsgewijze herziening, is deze regeling beperkt ondermeer omdat ze enkel kan gebeuren voor geneesmiddelen waarvan het voornaamste actief bestanddeel niet (meer) beschermd wordt door een octrooi of een aanvullend beschermingscertificaat.

...

1.3. Bij brief die het RIZIV op 15 maart 2012 aan de NV R. richt, brengt het haar op de hoogte van het voornemen van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om een groepsgewijze herziening door te voeren voor de farmaceutische specialiteiten waartoe N. en M. behoren.

Bij de brief voegt het RIZIV een verslag dat de CTG opstelde en waaruit de NV R. kan afleiden dat er een algemene groepsgewijze herziening van de vergoedingsmodaliteiten van de groep van geneesmiddelen waartoe N. als M. behoren zou worden doorgevoerd en de herziening dus niet via de kiwi-procedure zou behandeld worden.

Bij aangetekende brief van 8 mei 2012 die de NV R. aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid richt, maakt ze haar bezwaren in verband met de geplande algemene groepsgewijze herziening waaraan haar geneesmiddelen N. en M. onderworpen zouden worden, kenbaar.

Bij brief die de Minister op 22 juni 2012 aan de NV R. richt, deelt ze haar mee dat ze beslist heeft een algemene groepsgewijze herziening door te voeren voor alle geneesmiddelen van de desbetreffende groep van geneesmiddelen, dus ook van N. en van M.

...

1.5. Bij Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 tot wijziging van de lijst als bijlage gevoegd bij het ZIV-KB, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 21 augustus 2012 en in werking getreden op 1 september 2012 wordt een groepsgewijze herziening van de desbetreffende groep van geneesmiddelen, met inbegrip van N. en M. doorgevoerd.

Zowel N. en M. maken vanaf 1 september 2012 deel uit van de vergoedingscategorie Fa die inhoudt dat de tussenkomst van de ziekteverzekering op een bepaald bedrag geplafonneerd wordt, onverminderd de aanrekening van remgeld aan de patiënt.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt vastgelegd op 0 % van de vergoedingsbasis die met ongeveer één derde verlaagd wordt in vergelijking met de regeling die tot 31 augustus 2012 gold vooraleer het Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 in werking trad.

...

2. In rechte

2.1. De bevoegdheid van de kort gedingrechter

De Belgische Staat en het RIZIV voeren aan dat de kort gedingrechter niet bevoegd is om van de vordering kennis te nemen omdat de vordering niet gericht zou zijn op de bescherming van de subjectieve rechten van de NV R.

Volgens beide strekt die vordering er in werkelijkheid toe de tenuitvoerlegging van een Ministerieel besluit te horen schorsen en een dergelijke vordering kan niet voor de gewone rechter gebracht worden, aldus de BELGISCHE STAAT en het RIZIV.

DE NV R. weerlegt de opgeworpen exceptie terecht door vooreerst te stellen dat de kort gedingrechter bevoegd is om van een vordering in kort geding kennis te nemen, telkens wanneer in de dagvaarding wordt aangegeven dat een vordering bij hoogdringendheid zou moeten worden behandeld omdat de eisende partij een zekere schade lijdt of dreigt te lijden die het horen bevelen van voorlopige maatregelen in kort geding noodzakelijk maakt teneinde ernstige ongemakken of het verergeren van de schade te voorkomen.

Aangezien de NV R. in de dagvaarding heeft aangegeven dat haar vordering een hoogdringend karakter heeft, is de kort gedingrechter bevoegd om van de vordering kennis te nemen.

Bovendien, zo stelt de NV R. terecht, is de vordering, zowel die opgenomen in de dagvaarding als die omschreven in haar syntheseconclusies, er wel op gericht een beweerd schending die zij uit een aantal artikelen van zowel de ZIV-wet als het ZIV-KB meent te putten, te verhinderen.

De opgeworpen exceptie is ongegrond.

2.2. Het RIZIV wordt niet buiten zake gesteld

Het RIZIV verzoekt buiten zake te worden gesteld omdat “de bestreden beslissing uitsluitend uitgaat van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid”.

De NV R. voert terecht aan dat aangezien het RIZIV belast is met het beheer van de geneeskundige verstrekkingen die door verplichte verzekering gedekt zijn en zij actief participeert in procedures van herziening van terugbetalingsmodaliteiten van geneesmiddelen, de maatregelen waarom ze via huidige procedure verzoekt, enkel een nuttig gevolg kunnen hebben, indien ze eveneens te aanzien van het RIZIV bevolen worden.

Er bestaat dus geen aanleiding toe in te gaan op het verzoek van het RIZIV.

2.3. De vordering is ontvankelijk

In het *petitum* van hun conclusies vragen de BELGISCHE STAAT en het RIZIV de vorderingen niet-ontvankelijk te verklaren maar in het motiverend deel leggen ze niet precies uit welk de basis van die niet-ontvankelijkheid zou zijn.

De opgeworpen exceptie is niet gegrond.

Er zijn geen ambtshalve aan te voeren niet-ontvankelijkheidsvoorwaarden.

De vorderingen zijn ontvankelijk.

2.4. Hoogdringendheid

Er is sprake van hoogdringendheid telkens een onmiddellijke beslissing wenselijk is om schade van een bepaalde omvang, dan wel ernstige ongemakken te vormen.

De NV R. wordt gevolgd waar ze stelt dat gezien van uit haar standpunt, haar vorderingen spoedeisend zijn omdat zij met het instellen ervan beoogt het financieel verlies dat zij lijdt wanneer het Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 wordt uitgevoerd, te beperken tot wanneer de bodemrechter uitspraak over het geschil tussen partijen heeft gedaan.

Zij maakt aannemelijk dat de uitvoering van het Ministerieel Besluit haar een schade van een aanzienlijke omvang doet lijden en de maatregelen die ze vraagt op te leggen, enkel efficiënt of adequaat zijn, indien ze in kort geding worden bevolen.

2.5. Geen schijn van recht

2.5.1. - De NV R. voert aan dat de beslissing die de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 22 juni 2012 genomen heeft en die vervat zit in het Ministerieel Besluit van 17 augustus 2012 een schending inhoudt van een aantal bepalingen van de ZIV-wet, meer bepaald van haar artikel 35bis, § 4, vijfde lid, van haar artikel 35bis, § 4 *juncto* haar artikel 34, eerste lid, 5^o, c), van haar artikel 37 en van artikel 78, § 1 van het ZIV-KB.

De aangehaalde artikelen zijn geschonden, zo voert de NV R. aan, omdat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid ervoor gekozen zou hebben om een algemene groepsgewijze herziening door te voeren, terwijl ze de kiwi-procedure had moeten volgen.

Volgens de NV R. voerde de Minister de herziening door wegens budgettaire redenen en in dat geval zou de ZIV-wet bepalen dat de kiwi-procedure diende gevolgd te worden.

Aangezien de kiwi-procedure een herziening mogelijk maakt alleen voor niet-octrooi beschermde producten, zou het geneesmiddel M. dat de NV R. in België commercialiseert, niet voor de herziening in aanmerking zijn gekomen en zou de financiële schade die de NV R. na de beslissing van groepsgewijze herziening lijdt, veel minder groot zijn.

De beslissing zou eveneens een schending inhouden van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en van de zorgvuldigheidsplicht en hoorplicht waartoe beide verwerende partijen gehouden zijn, aldus de NV R.

2.5.2. - De BELGISCHE STAAT en het RIZIV werpen terecht op dat er *prima facie* geen wettelijke bepalingen voorhanden zijn die aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de CTG de plicht zou opleggen om de herziening van de terugbetaling van de groep van geneesmiddelen waartoe N. en M. behoren, door te voeren via het kiwi-model.

Artikel 35bis, § 4 vierde en vijfde lid van de ZIV-wet bepaalt immers dat ingeval de groepsgewijze herziening enkel of hoofdzakelijk geschiedt wegens budgettaire overwegingen de CTG kan beslissen de herziening door te voeren via het kiwi-model.

Nergens bepaalt de wet dat de CTG hiertoe verplicht zou zijn.

De NV R. wordt dus niet gevolgd waar ze aanvoert dat aangezien de herziening niet gebeurde conform de kiwi-procedure, de beslissing die de Minister nam, *prima facie* een schending inhoudt van artikel 35bis, § 4 vierde en vijfde lid van de ZIV-wet.

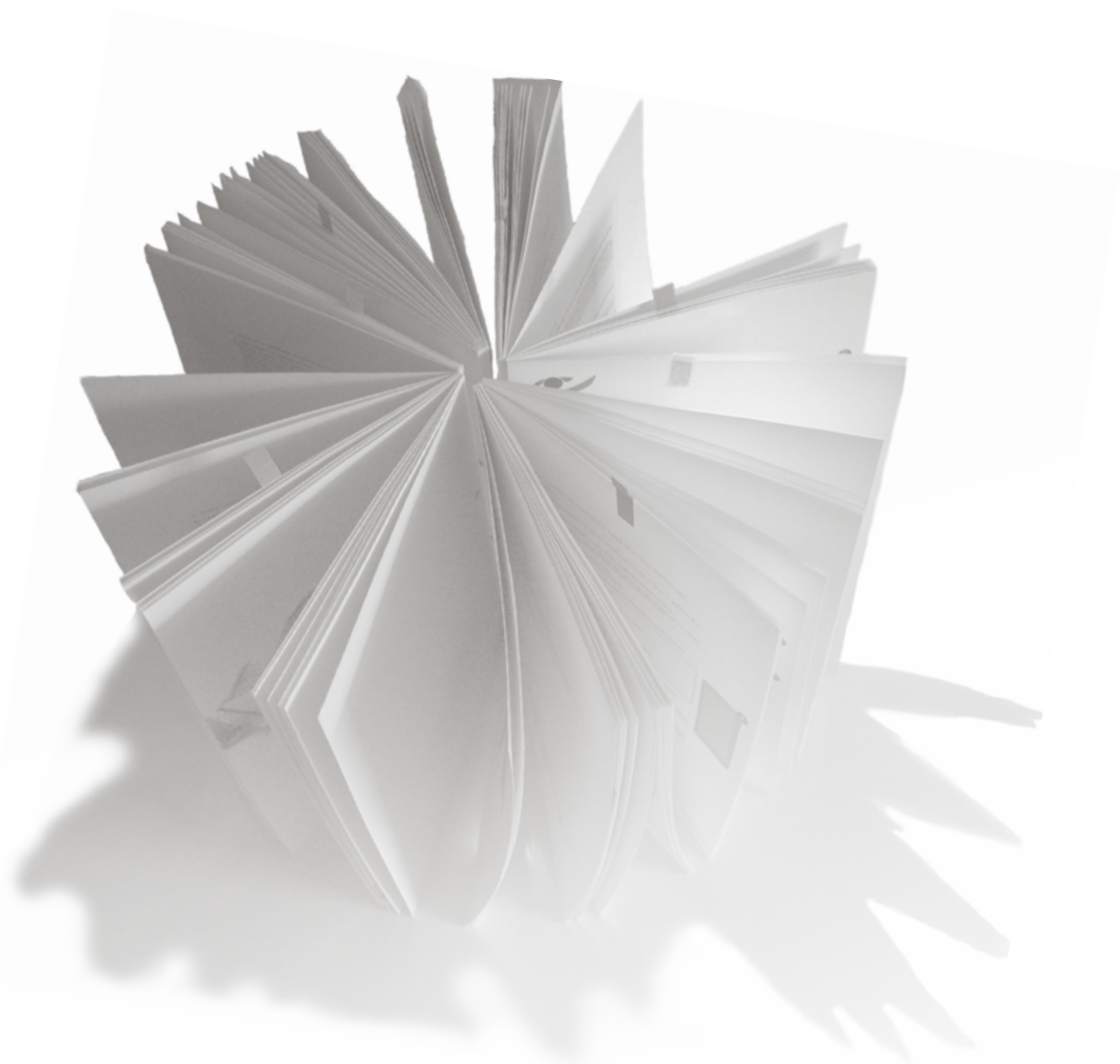
Aangezien de procedure van algemene groepsgewijze herziening voorzien in artikel 35*bis*, § 4, derde lid geen uitzonderingsregime inhoudt voor octrooi-beschermden producten, kan de Minister op het eerste gezicht niet worden verweten haar beslissing tot herziening ook te hebben genomen ten aanzien van het geneesmiddel M. dat de NV R. in België commercialiseert.

De genoemde bepalingen van de ZIV-wet en het ZIV-KB zijn bijgevolg *prima facie* niet geschonden.

...

De NV R. is er niet geslaagd de gegrondheid van haar vordering aan te tonen.

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. OMNIO-statuu

Aantal rechthebbenden

Vraag nr. 5-4197, gesteld op 23 december 2011 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer IDE, senator¹

Sinds 1 april 2007 werd het stelsel van de verhoogde verzekeringstegemoetkomingen onderworpen aan een grondige hervorming. Sindsdien is het OMNIO-statuu in werking, ter vervanging van het WIGW-statuu dat sinds 2002 in voege was.

In dit verband had ik van de geachte minister graag een antwoord gekregen op de volgende vragen. Graag had ik brute, niet-gestandaardiseerde cijfers gekregen. Dit is van belang om de evolutie in de tijd te kunnen volgen. Wanneer het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) zou gaan standaardiseren kan ik niet meer vergelijken met voorgaande jaren. Bij standaardisatie moet men trouwens ook opletten welke factoren er in rekening gebracht kunnen worden.

1. Hoeveel bedroegen de uitgaven voor het OMNIO-statuu 2008, 2009, 2010 en de eerste helft van 2011 ? Kan de geachte minister de cijfers opsplitsen per gewest (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) ?
2. Hoeveel sociaal verzekerden genoten van het OMNIO-statuu in 2008, 2009, 2010 en de eerste helft van 2011 ? Kan zij de cijfers opsplitsen per gewest (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) ?

Antwoord

1. INLEIDING

Op 1 april 2007 werd het OMNIO-statuu ingevoerd. Dit statuu komt niet in de plaats van het bestaande statuu van voorkeurregeling. Het OMNIO-statuu is complementair met het statuu van voorkeurregeling. Via het OMNIO-statuu kunnen gezinnen met een laag inkomen ook genieten van de voorkeurregeling, weliswaar op basis van andere criteria. Deze gezinnen konden geen aanspraak maken op de voorkeurregeling op basis van de bestaande criteria van het statuu van voorkeurregeling. Er is trouwens een wetgevend initiatief gaande waarbij de beide systemen geïntegreerd zullen worden.

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

2. AANTAL VERZEKERDEN

Het aantal verzekerden die het OMNIO-statuut verkregen hebben op basis van een getekende verklaring op erewoord in de jaren 2008 tot en met 2011 wordt voorgesteld in onderstaande tabel.

Geweest	Aantal OMNIO rechthebbenden op 30 juni			
	2008	2009	2010	2011
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	26 436	46 688	61 386	64 725
Vlaams Gewest	53 409	77 944	96 577	104 421
Waals Gewest	53 670	76 757	91 401	89 206
(blank)	294	410	408	571
Totaal	133 809	201 799	249 772	258 923

3. UITGAVEN

Bij de invoering van het OMNIO-statuut werd de klassieke gegevensstroom die de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) overmaken met betrekking tot de uitgaven niet fundamenteel gewijzigd, omdat de optie werd genomen om rechthebbenden op het OMNIO-statuut op dezelfde wijze te coderen bij de verzekeringsinstellingen als een rechthebbende op de voorkeurregeling (codering sis-kaart). Er zijn dus geen aparte gegevens beschikbaar met betrekking tot de uitgaven van OMNIO-rechthebbenden.

II. RIZIV

Integratiefonds voor medische ongevallen

Vraag nr. 5-6776 gesteld op 18 juli 2012 aan mevrouw de Vice-eersteminister en minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door mevrouw SLEURS, senator¹

Met de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg werd het Fonds voor medische ongevallen opgericht.

Artikel 6 van die wet bepaalt dat het Fonds een aparte openbare instelling met eigen rechtspersoonlijkheid wordt.

Niettemin werd ondertussen besloten om het Fonds te integreren in het RIZIV (als extra kerndienst).

Graag kreeg ik een antwoord op de volgende vragen:

- 1) Waarom wordt het Fonds uiteindelijk geen aparte instelling met een eigen rechtspersoonlijkheid ?
- 2) Waarom werd gekozen voor de integratie bij het RIZIV en niet bij de FOD Volksgezondheid ?

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Antwoord

Het Fonds voor de Medische Ongevallen is krachtens artikel 6 van de wet van 31 maart 2010 opgericht als instelling van openbaar nut van de categorie B. Diezelfde wet bepaalt in artikel 11 de aanleuning van het Fonds bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), evenals de financiering van het Fonds vanuit het budget voor de administratiekosten van het RIZIV.

Het was de bedoeling om het fonds vlotter en sneller van start te laten gaan, en het van de schaalvoordelen dankzij de steun van het RIZIV te laten profiteren.

Sinds de afkondiging van de wet bereidt een projectteam van RIZIV-ambtenaren de effectieve start van het fonds voor. Ondanks de lopende zaken kon de raad van bestuur op 23 september 2011 worden aangesteld. Hij werkt sindsdien nauw en positief met het projectteam en het RIZIV samen.

Na analyse en achteraf bekeken, maakt het verschil in statuut tussen het RIZIV – een openbare instelling van sociale zekerheid – en het Fonds – een instelling van openbaar nut van de categorie B – het moeilijker om het aanleuningsmechanisme toe te passen. Dat heeft bij het invoeren van de verschillende structuren van het Fonds een negatieve invloed op de verwachte schaalvoordelen en verhoopte soepelheid. De eigen rechtspersoonlijkheid van het Fonds brengt een reeks verplichtingen met zich mee inzake personeelsmanagement en financieel beheer (begroting, rekeningen, enz.) die de oprichting en het beheer van het Fonds aanzienlijk verzwaren. Terwijl dat eigenlijk niet nodig is om de opdrachten van het Fonds te verwezenlijken.

Op basis van die vaststellingen heeft de administrateur-generaal van het RIZIV mij kort na het aantreden van de huidige regering voorgesteld om het Fonds in het RIZIV te integreren, wat ik gezien de vastgestelde praktische problemen heb aanvaard.

Ik heb echter benadrukt dat de raad van bestuur van het Fonds, die één van de beheerscomités van het RIZIV zal worden, zijn onafhankelijkheid moet behouden en dat men ervoor moet zorgen dat het Fonds snel aan het werk kan gaan.

Ik ben in dat verband erg blij dat het Fonds vanaf aanstaande september zijn eerste dossiers zal kunnen beginnen behandelen.

Wat de integratie van het Fonds in het RIZIV aangaat, zal die vanaf 1 januari 2013 van kracht worden, onder voorbehoud van de goedkeuring van deze maatregel door het Parlement in het kader van het gezondheidswetsontwerp dat ik na de vakantie zal indienen.

III. Arbeidsongeschiktheid

Aangifte

Vraag nr. 125, gesteld op 16 mei 2012 aan de heer staatssecretaris van Sociale zaken, Gezinnen en personen met een handicap, belast met beroepsrisico's, toegevoegd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw Sminate, Volksvertegenwoordigster¹

Een verzekerde in de algemene regeling die arbeidsongeschikt wordt, is er toe gehouden een aangifte van zijn arbeidsongeschiktheid te doen bij zijn ziekenfonds. Dit gebeurt met het formulier "getuigschrift van arbeidsongeschiktheid" (Zie: model als bijlage 1 bij de Verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5° van de wet GVU).

1. Indien de verzekerde bij de intrede van de arbeidsongeschiktheid volledig werkloos is, wordt hij geacht de begindatum van de periode van werkloosheid te vermelden op het genoemde formulier.

Waarom moet de betrokkene de begindatum van de werkloosheid vermelden op het formulier getuigschrift van arbeidsongeschiktheid? Immers, het ziekenfonds zal alle informatie omtrent de werkloosheid ontvangen via het formulier "inlichtingsblad uitkeringen" (luik in te vullen door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen) dat als bijlage 3 bij de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 gaat.

2. Is deze vermelding op het formulier getuigschrift van arbeidsongeschiktheid de enige indicatie die een ziekenfonds heeft bij intrede van arbeidsongeschiktheid omtrent het al dan niet werkloos zijn van de verzekerde die arbeidsongeschikt wordt?
3. a) Welke actie onderneemt het ziekenfonds indien de verzekerde de vraag omtrent de begindatum van de periode van werkloosheid niet beantwoordt?
b) Bestaan hierover instructies van het RIZIV ten aanzien van de ziekenfondsen?
4. Kan u voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 meedelen hoeveel aangiften van arbeidsongeschiktheid uitgingen van uitkeringsgerechtigde werklozen?

Antwoord

Ik kan bevestigen dat een sociaal verzekerde die arbeidsongeschikt wordt en aanspraak wenst te maken op ziekte-uitkeringen in de algemene regeling, aangifte moet doen van arbeidsongeschiktheid bij de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds.

De betrokkene dient hiertoe een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid of het zogenaamde "vertrouwelijk" dat is ingevuld, gedateerd en ondertekend en dat de redenen van zijn ongeschiktheid vermeldt, te versturen naar de adviserend geneesheer (waarbij de poststempel bewijskracht heeft), of aan voormelde geneesheer te overhandigen tegen ontvangstbewijs.

1. Bulletin nr. 076, Kamer, gewone zitting 2011-2012, blz. 294.

1. Indien de verzekerde bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werkloos is, dient hij op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid te vermelden vanaf welke datum hij werkloos is.

De reden hiervoor is enerzijds de controle mogelijk te maken inzake het al dan niet tijdig karakter van de aangifte. De aangiftetermijn voor een werkloze verschilt namelijk van deze voor een gerechtigde die bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid verbonden is door een arbeidsovereenkomst voor een arbeider of bediende.

Een werkloze dient, overeenkomstig artikel 2 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 aangifte te doen van zijn arbeidsongeschiktheid uiterlijk de tweede kalenderdag nadat deze is aangevangen.

Voor een arbeider of bediende wordt voormelde termijn van twee kalenderdagen verlengd tot de veertiende, respectievelijk de achtentwintigste kalenderdag vanaf de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

Anderzijds zal de adviserend geneesheer ook sneller overgaan tot de controle van de arbeidsongeschiktheid van een werkloze gerechtigde, vermits deze reeds van bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid ten laste is van de uitkeringsverzekering, daar waar de gerechtigde die verbonden is door een arbeidsovereenkomst in principe nog gedurende een bepaalde periode aanspraak kan maken op gewaarborgd loon.

2. Naast de vermelding op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid, zal het ziekenfonds zich, voor wat de berekening van de ziekte-uitkeringen betreft, ook baseren op de informatie die wordt verstrekt op het inlichtingenblad uitkeringen. Indien de gerechtigde bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid werkloos is, zal het inlichtingenblad worden ingevuld door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen.

3. Indien de verzekerde de aanvangsdatum van de periode van werkloosheid niet vermeldt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid en achteraf blijkt dat het gaat om een werkloze gerechtigde kan het ziekenfonds in principe dit getuigschrift niet weigeren.

Dit zal bijvoorbeeld wel het geval zijn indien de behandelend geneesheer de reden van de ongeschiktheid niet vermeldt. Het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid of het zogenaamde "Vertrouwelijk" is namelijk in eerste instantie bestemd voor de adviserend geneesheer om hem toe te laten de arbeidsongeschiktheid van de sociaal verzekerde (al dan niet na een medisch onderzoek) te erkennen en om de duur ervan te kunnen bepalen. Dat is ook de reden waarom het absoluut noodzakelijk is dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid wordt vermeld op het getuigschrift.

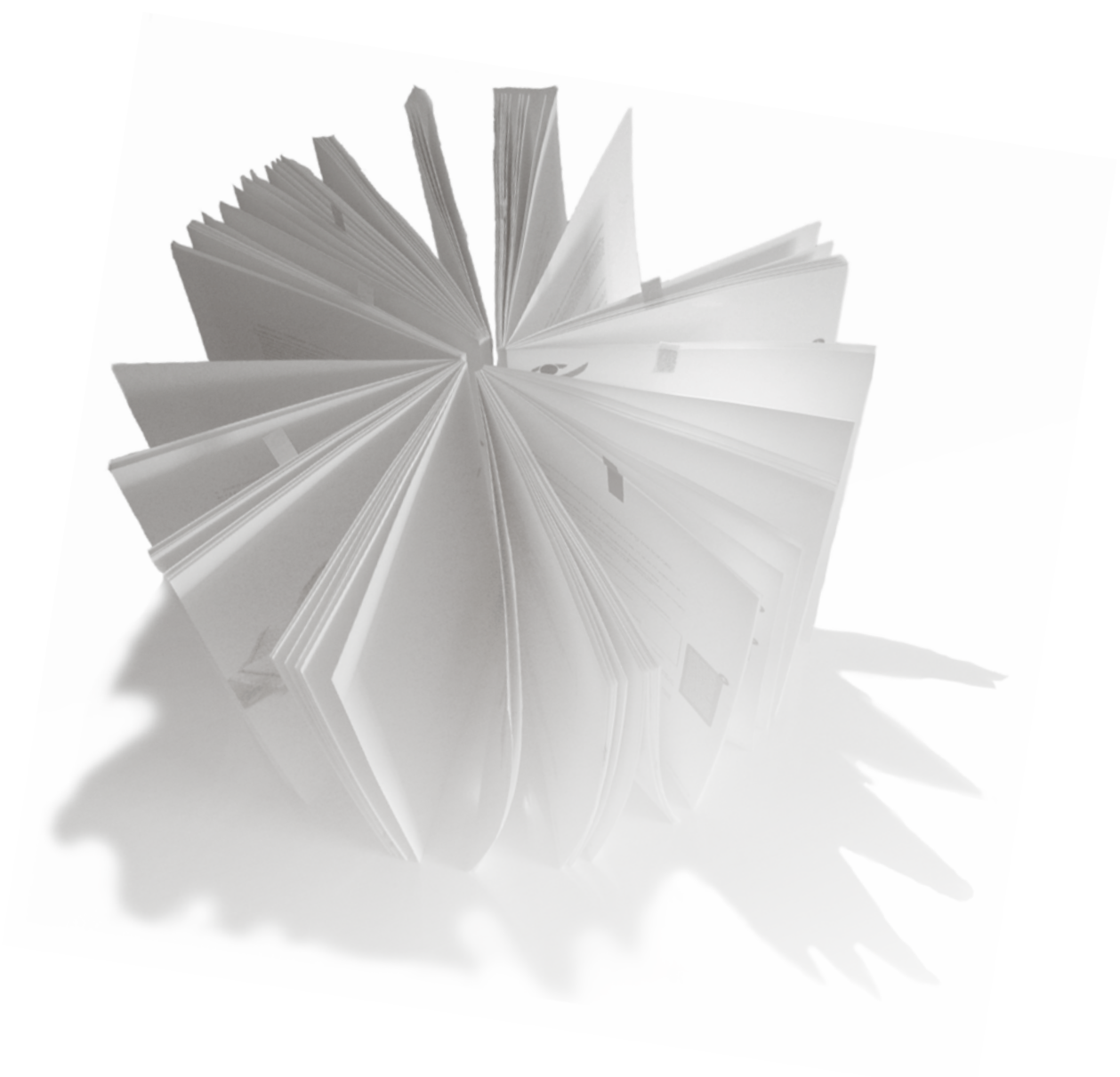
Het niet vermelden door een sociaal verzekerde dat hij werkloos is bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, is op zich geen relevant element voor de adviserend geneesheer om diens arbeidsongeschiktheid te beoordelen, zodat het ontbreken ervan geen aanleiding kan geven tot het weigeren van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer. Er bestaan hierover evenwel geen instructies van het RIZIV ten behoeve van de ziekenfondsen.

4. Het aantal aangiften van arbeidsongeschiktheid uitgaande van uitkeringsgerechtigde werklozen bedraagt:

- 77 367 in 2008
- 81 847 in 2009
- 81 776 in 2010
- 82 177 in 2011.

5^e Deel

Richtlijnen



I. Handvest van de sociaal verzekerde: gevolgen van het arrest gewezen door het Grondwettelijk Hof inzake artikel 174, derde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in de sector van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen - instructies voor de verzekeringsinstellingen¹

Met zijn op prejudiciële vraag gewezen arrest van 24 mei 2012 heeft het Grondwettelijk Hof het volgende voor recht gezegd: “artikel 174, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals het werd ingevoegd bij artikel 47 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het de verzekeringsinstellingen toestaat gedurende een jaar de invaliditeitsuitkeringen terug te vorderen die, door een aan hen toe te schrijven vergissing, ten onrechte aan hun aangeslotenen zijn uitbetaald, op voorwaarde dat de sociaal verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen of niet langer recht had op de uitgekeerde prestatie.”

Teneinde de bepalingen van de gecoördineerde wet in overeenstemming te brengen met het door het Grondwettelijk Hof gewezen arrest, zal binnenkort een wetsontwerp worden ingediend om artikel 174, derde lid van de voornoemde gecoördineerde wet op te heffen.

In afwachting van de opheffing van die bepaling is het RIZIV van mening dat, ondanks het feit dat het arrest van 24 mei 2012 dat het Grondwettelijk Hof op prejudiciële vraag heeft gewezen, geen *erga omnes* waarde heeft, de principes uit dat arrest voortaan moeten worden toegepast *in alle dossiers waarin het recht op de prestaties of het bedrag ervan is toegekend ten gevolge van een juridische of materiële vergissing van de instelling van sociale zekerheid die aanleiding geeft tot de toepassing van artikel 17, tweede lid van het Handvest van de Sociaal Verzekerde* en dat om nieuwe gerechtelijke procedures te vermijden, op grond waarvan ofwel het RIZIV ofwel de verzekeringsinstelling zou worden veroordeeld.

De volgende instructies hebben *enkel betrekking op de situaties beoogd in het arrest van het Grondwettelijk Hof van 24 mei 2012, wat betekent dat de drie volgende voorwaarden vervuld moeten zijn:*

- de beslissing is aangetast door een juridische of materiële vergissing, die te wijten is aan de instelling van sociale zekerheid
- het recht op de prestatie dat voortvloeit uit de nieuwe beslissing die uit eigen initiatief door de verzekeringsinstelling is genomen, moet kleiner zijn dan het aanvankelijk toegekende recht
- de verzekerde moet te goeder trouw zijn, wat wil zeggen dat hij niet weet of niet moest weten dat hij geen recht heeft of meer heeft op het hele bedrag van een prestatie.

1. Zie arrest Grondwettelijk Hof nr. 66/2012 van 24.05.2012 gepubliceerd blz. 352.

I. Nieuwe vaststellingen van onverschuldigde bedragen en kennisgevingen van onverschuldigde bedragen vanaf de datum van inwerkingtreding van de huidige instructies

Overeenkomstig de door het Grondwettelijk Hof uiteengezette principes worden de verzekeringsinstellingen verzocht om vanaf de datum van inwerkingtreding van deze instructies geen kennisgevingen meer te doen van beslissingen tot terugvordering van onverschuldigde bedragen, wanneer de foutieve betalingen beantwoorden aan de drie bovenvermelde voorwaarden. De verzekeringsinstellingen zullen dus geen kennis meer geven van een onverschuldigd bedrag wanneer de beslissing aangetast is door een juridische of materiële vergissing en als het recht op de prestaties dat voortvloeit uit de nieuwe beslissing kleiner is dan het aanvankelijk toegekende recht. Bovendien moet de verzekerde te goeder trouw zijn. Zo blijkt uit de voorbereidende werkzaamheden van de wet van 11 april 1995 dat “artikel 17, tweede lid niet van toepassing is indien de vergissing het gevolg is van bedrog, arglist, bedrieglijke handelingen of het niet afleggen door de verzekerde van een verklaring die is voorgeschreven door een wets- of reglementaire bepaling of die volgt uit een vroeger aangegane verbintenis.” (Doc. 907/1-96/97 Kamer van Volksvertegenwoordigers, gewone zitting 1996-1997 – 30.01.1997, memorie van toelichting, blz. 15).

In dat geval nemen de verzekeringsinstellingen op eigen initiatief en zo snel mogelijk een nieuwe beslissing in toepassing van artikel 17, eerste lid of artikel 18, 3^o van het Handvest. Die nieuwe beslissing heeft slechts uitwerking op de eerste dag van de maand na de kennisgeving ervan (het recht op de prestatie is kleiner dan het aanvankelijk toegekende recht). In dergelijke situaties mogen de bepalingen van artikel 174, derde lid van de gecoördineerde wet dus niet meer worden toegepast (terugvordering van de prestaties binnen een termijn van een jaar).

De verzekeringsinstellingen worden verzocht een procedure in te voeren om hun beslissingen te controleren teneinde de verkeerde beslissingen zo snel mogelijk recht te zetten. Krachtens artikel 18, 3^o van het Handvest kunnen de verzekeringsinstellingen hun beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen binnen de termijn voor het instellen van een voorziening bij het bevoegde rechtscollege of, indien de voorziening reeds is ingesteld, tot aan de sluiting van de debatten, wanneer vastgesteld wordt dat de administratieve beslissing aangetast is door een onregelmatigheid of een materiële vergissing. In dat geval heeft die nieuwe beslissing evenwel slechts uitwerking op de eerste dag van de maand na de kennisgeving ervan wanneer het recht op de prestatie kleiner is dan het aanvankelijk toegekende recht. (zie daarover het arrest van het Hof van Cassatie van 06.05.2002 (S.01.0119.N) dat heeft geoordeeld dat art. 18 van het Handvest geen termijn bepaalt vanaf welke de administratieve beslissing uitwerking heeft en dus niet afwijkt van de bepaling van art. 17, tweede lid).

Wanneer de verzekeringsinstelling buiten de voornoemde termijn van voorziening en bij afwezigheid van een voorziening vaststelt dat de beslissing is aangetast door een vergissing, dient zij ook zo snel mogelijk een nieuwe beslissing te nemen in toepassing van artikel 17, eerste lid van het Handvest waarin is bepaald dat de instelling van sociale zekerheid op eigen initiatief een nieuwe beslissing neemt die evenwel pas uitwerking heeft op de eerste dag van de maand na de kennisgeving ervan, als het recht op de prestatie kleiner is dan het aanvankelijk toegekende recht.

II. Kennisgeving van onverschuldigde bedragen vóór de inwerkingtreding van deze instructies

II.1. Gevallen waarin het onverschuldigde bedrag kan worden teruggevorderd in toepassing van artikel 1410, § 4 van het Gerechtelijk Wetboek (ambtshalve inhouding van 10 % op elke volgende prestatie gesteld dat de verzekerde de beslissing tot terugvordering van het onverschuldigde bedrag niet binnen de vereiste termijn heeft betwist)

In dat geval houden de verzekeringsinstellingen 10 % in of blijven ze 10 % inhouden op de toekomstige prestaties tot wanneer het onverschuldigde bedrag volledig is terugbetaald.

II.2. Gevallen waarin de betrokkene geen prestaties meer ontvangt (art. 1410, § 4 van het Gerechtelijk Wetboek is dus niet van toepassing, maar de verzekeringsinstelling beschikt over een uitvoerbare titel)

In dat geval vordert de verzekeringsinstelling het bedrag verder terug krachtens de uitvoerbare titel waarover zij beschikt.

II.3. Gevallen waarin de betrokkene beroep heeft aangetekend tegen de terugvorderingsbeslissing en die beslissing door de rechtbank/het Hof is bevestigd (geschil beëindigd)

De verzekeringsinstellingen voeren het definitieve vonnis/arrest uit dat kracht van gewijsde heeft en gaan over tot de terugvordering.

II.4. Gevallen waarin het onverschuldigde bedrag door de betrokkene wordt betwist voor de arbeidsrechtbank/het arbeidshof (lopend geschil)

De procedure loopt voort en het is aan de betrokkene of aan de rechter om het arrest van het Grondwettelijk Hof of de bepalingen van artikel 17, tweede lid van het Handvest van de Sociaal Verzekerde in te roepen. De verzekeringsinstelling voert het vonnis/arrest dat wordt gewezen, uit.

III. De aanvragen tot verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag die de verzekeringsinstellingen indienen voor hun sociaal verzekerden in het raam van artikel 22, § 2, a) van het Handvest van de Sociaal Verzekerde

Het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen of de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging kan zich uitspreken over de aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag als de schuld zeker is (en niet meer kan worden betwist).

De aanvraag tot verzaking moet worden ingediend binnen een bepaalde termijn na het einde van de beroepstermijn of de datum waarop de gerechtelijke beslissing in kracht van gewijsde is getreden.

Wanneer de beslissing tot terugvordering definitief is geworden, kan voor die dossiers dus een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag worden ingediend (bij het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen of bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige verzorging).

III.1 Aanvragen ingediend door de verzekerde betreffende kennisgevingen vóór de inwerkingtreding van deze instructies

In die gevallen is reeds kennis gegeven van de beslissing tot terugvordering aan de verzekerden. Als die beslissingen definitief zijn geworden (geen beroep aangetekend binnen de bovenbedoelde termijn of gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is getreden), worden de verzekeringsinstellingen verzocht ze uit te voeren. De aanvragen tot verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag worden voorgelegd aan het bevoegde orgaan en de beslissingen van dat orgaan worden uitgevoerd.

Indien de betrokkene binnen de wettelijke termijn tegen de beslissing over zijn aanvraag tot verzaking beroep aantekent, is het aan de betrokkene of aan de rechter om het door het Grondwettelijk Hof gewezen arrest in te roepen (toepassing van art. 17, tweede lid van het Handvest). De verzekeringsinstelling voert het gewezen vonnis/arrest uit.

III.2 Door de verzekerde ingediende aanvragen betreffende kennisgevingen die worden gedaan vanaf de inwerkingtreding van deze instructies.

De aanvragen betreffende de kennisgevingen van onverschuldigde bedragen vanaf de datum van inwerkingtreding van deze instructies vervallen.

De Dienst voor Uitkeringen en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging zullen elk voor wat hen betreft, een brief sturen naar de verzekeringsinstellingen waarin zij melden dat de dossiers niet aan het Beheerscomité of aan de leidend ambtenaar zullen worden voorgelegd ingevolge het door het Grondwettelijk Hof gewezen arrest, dat zij de betrokken verzekerden ervan op de hoogte moeten brengen dat hun aanvraag vervalt (geen onverschuldigd bedrag) en dat zij hun beslissing van terugvordering intrekken.

Als de verzekeringsinstellingen voor bijzondere gevallen vragen hebben over de toepassing van de bepalingen van artikel 17, tweede lid van het Handvest mogen zij die zenden naar :



Art17_CharteHandvest@inami.fgov.be

Deze instructies treden in werking op 1 september 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/352 – 06/1 van 29 augustus 2012.

II. Forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen

Facturatie van de preventiemodule in het kader van het beheer van het globaal medisch dossier - de zogenaamde GMD+ verstrekking - jaar 2012.

In haar vergadering van 14 juni 2012 heeft de Commissie belast met de toepassing van de reglementering betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen de regels voor de facturatie van het voormelde honorarium voor de medische huizen vastgesteld.

De invoering ervan in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werd immers bij het Koninklijk Besluit van 9 februari 2011 officieel bekrachtigd (B.S. van 03.03.2011).

In dit geval werd het volgende overeengekomen:

- de doelgroep zal bestaan uit rechthebbenden tussen 45 en 75 jaar op 1 april 2012 (1). Hij zal dus worden samengesteld uit de : gecontacteerde respondenten in 2011 (contact vernieuwen in 2012) + niet-respondenten van 2011 (te contacteren in 2012) + nieuwkomers (te contacteren in 2012) - vertrekkers
- tussen de 30e van de maand september en de 5e van de maand oktober zal er voor die doelgroep een facturatie van het honorarium tegen 70 % - pseudocodenummer 103272, waarde 7,20 EUR - kunnen worden verricht met betaling uiterlijk op 20 oktober, aangezien de andere regels op die van het "oorspronkelijke" GMD zijn gebaseerd
- de niet- respondenten van 2011 en de nieuwkomers zullen van hun medisch huis een oproep (2) krijgen, waarin zij ertoe worden aangespoord om een afspraak te maken voor een consult waar - meer bepaald - de preventie zal worden besproken volgens de thema's die zijn opgenomen in de modelchecklist die door het Verzekeringscomité is opgesteld
- de patiënten die niet hebben gereageerd, zullen een herinneringsoproep (3) krijgen
- de medische huizen zullen een opvolgingscontact organiseren met de gecontacteerde respondenten 2011 die nog ingeschreven zijn in het medisch huis (4)
- de medische huizen zullen uiterlijk op 30 juni 2013 de volgende gegevens aan het secretariaat van de commissie meedelen:
 - het totaal aantal ingeschrevenen op 1 april 2012
 - het aantal rechthebbenden van de doelgroep (1)
 - het aantal reacties op de eerste oproep (2)
 - het aantal verstuurd herinneringsoproepen (3)
 - het aantal reacties op die tweede oproep
 - het aantal opvolgingscontacten (4)
- er zal een individuele evaluatie van de teruggestuurde rapporten worden gemaakt en er zal een lijst van de medische huizen, waar meer dan 70 % van de doelgroep na 2 oproepen heeft gereageerd, aan de verzekeringsinstellingen worden meegedeeld
- die medische huizen zullen bovenop het honorarium tegen 30 % - pseudocodenummer 103294, waarde 3,09 EUR - kunnen factureren.

Van toepassing vanaf 1 april 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/347 – 395/373 van 23 augustus 2012.

III. Verordening van 14 december 2009 tot wijziging van de verordening van 22 mei 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde.

Verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging

Procedure en bewijsstukken

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2010/68 van 11 februari 2010.

1. Gevallen van verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging: algemeen

In het kader van bovenvermelde verordening kan, wanneer de verzekerde te goeder trouw is, worden afgezien van de terugvordering van het onverschuldigd bedrag in de volgende gevallen:

- 1) Over het algemeen op het vlak van de geneeskundige verzorging, als de verzekerde zich in een behartigenswaardige toestand bevindt (art. 2 van de verordening).

Voor het bepalen van een behartigenswaardige toestand wordt er rekening gehouden met het gezinsinkomen op het ogenblik waarop de sociaal verzekerde het verzoek tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag indient (art. 4 van de verordening).

Het gezin en de inkomens waarmee rekening wordt gehouden, zijn dezelfde als die voor de klassieke verhoogde tegemoetkoming (vermeld in de art. 20 tot 24 van het K.B. van 01.04.2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, §§ 1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, en tot invoering van het Omnio-statuut).

Als het inkomen lager is dan het bedrag dat is vastgesteld in artikel 17 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 wordt in ieder geval afgezien van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag. Als dat inkomen lager is dan 150 % van datzelfde bedrag, wordt de verzaking in ieder geval toegekend voor het gedeelte van het onverschuldigde bedrag dat de helft van het bedrag van het gezinsinkomen overschrijdt dat hoger is dan het voormelde bedrag.

- 2) In het kader van de maximumfactuur, de klassieke verhoogde tegemoetkoming of het Omnio-statuut bestaat, naast de bovenbeschreven algemene procedure, een mogelijkheid om af te zien van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag wanneer ten gevolge van een verhoging van het belastbaar bedrag van het gezinsinkomen door een retroactieve aanslag van de Algemene administratie van de fiscaliteit niet meer wordt voldaan aan de inkomensvoorwaarde (art. 6 van de verordening).

De verzakingsprocedures beschreven onder 1) en 2) zijn echter niet van toepassing op de onverschuldigde bedragen die lager zijn dan of gelijk aan 125 EUR ².

2. Verzakingen bedoeld in artikel 4 van de verordening

2.1. Algemeen

De verzekerde moet zijn verzoek tot verzaking indienen bij zijn verzekeringsinstelling met het formulier "verzoek tot verzaking". Het model van dit formulier gaat als bijlage 1.

Indien een verzoek door de verzekerde rechtstreeks werd opgestuurd naar de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of een andere dienst van het RIZIV, dan stuurt die dienst dat verzoek onverwijld door naar de betrokken verzekeringsinstelling en verwittigt ze de verzekerde hiervan.

Wanneer het dossier onvolledig is of niet correct werd ingevuld deelt de Dienst voor administratieve controle dit mee aan de verzekeringsinstelling. Deze heeft vervolgens 4 maanden om het dossier te vervolledigen. Indien er geen reactie komt in de loop van deze 4 maanden, wordt het dossier doorgegeven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De verzekeringsinstelling welke een verzoek ontvangt, zendt of overhandigt aan de sociaal verzekerde een ontvangstbevestiging. Een kopie van deze ontvangstbevestiging wordt in het dossier opgenomen.

Als datum van indiening van het verzoek wordt de datum in aanmerking genomen waarop het verzoek is toegekomen bij de verzekeringsinstelling.

2.2. Samenstelling van het administratief dossier

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot het verzoek om af te zien van de terugvordering.

Het administratief dossier moet bevatten:

1. Verzoek tot verzaking (bijlage 1)

Een kopie van het formulier moet worden bewaard in het ziekenfondsdossier.

2. Een synthesesnota (bijlage 2)

Deze synthesesnota moet steeds worden ingevuld door de verzekeringsinstelling.

2. Op basis van art. 326 § 4 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, worden de verzekeringsinstellingen vrijgesteld van het terugvorderen van prestaties kleiner dan 25 EUR die ten onrechte betaald werden aan de verzekerde. Deze bijdragen dienen dus niet teruggevorderd te worden. Bedragen onder of gelijk aan 125 EUR kunnen niet het voorwerp uitmaken van een verzakingsprocedure (art. 1 van de verordening), deze bedragen dienen dus wel teruggevorderd te worden. Voor bedragen tussen 25 EUR en 125 EUR is er geen verzakingsprocedure noch vrijstelling tot terugvorderen en speelt de terugvordering dus wel.

3. Bij te voegen stukken

Alle bewijsstukken die aan de verzekeringsinstelling werden bezorgd met betrekking tot het gezinsinkomen (dus ook het recentste aanslagbiljet van de personenbelasting).

Een kopie van de schuldbekentenis (waarin duidelijk erkend wordt een bepaalde schuld te hebben en waarin zo precies mogelijk omschreven wordt om welke onverschuldigde prestaties het gaat; de schuldbekentenis wordt ondertekend en gedateerd) of, bij ontstentenis hiervan, de beslissing tot terugvordering die niet werd betwist of een kopie van het vonnis of het arrest (het schuldbedrag moet definitief zijn) (zie art. 8 van de verordening).

Een kopie van de ontvangstbevestiging die naar de verzekerde werd gestuurd.

Alvorens het verzoek door te sturen naar de Dienst voor administratieve controle, moet de juistheid en de volledigheid van de bewijsstukken worden gecontroleerd door de verzekeringsinstelling.

De bewijsstukken die de betrokkene bij zijn verzoek heeft gevoegd en die hierboven niet specifiek zijn vermeld, worden in principe niet bezorgd aan de Dienst voor administratieve controle, tenzij ze relevant zijn.

2.3. Indiening van het dossier bij de Dienst voor administratieve controle

Het administratief dossier, samengesteld door de verzekeringsinstelling, moet worden gericht aan de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens van de Dienst voor administratieve controle, Tervurenlaan, 211, 1150 Brussel.

De verzekeringsinstelling doet dit zo snel mogelijk na de indiening van het verzoek tot verzaking door de rechthebbende, en ten laatste twee maand na de indiening ervan.

De Dienst voor administratieve controle meldt per gewone brief aan de betrokkene de ontvangst van zijn dossier, en dit ten laatste 14 dagen na ontvangst.

Kopie van deze brief wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

2.4. Dossierbehandeling en beslissing

De Dienst voor administratieve controle stelt een nota op waarop de opmerkingen en de redenen voor de weigering van de verzaking of voor de toekenning van een (gedeeltelijke) verzaking (waaronder de goede of kwade trouw van de rechthebbende) genoteerd worden.

De dossiers (bijlage 1 en bijlage 2, samen met de nota van de Dienst voor administratieve controle) en de bij te voegen stukken worden doorgestuurd naar de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze dienst legt de verzoeken voor aan de Werkgroep Verzekerbearheid.

De Werkgroep Verzekerbearheid formuleert een advies. De dossiers worden samen met het advies van de Werkgroep Verzekerbearheid voorgelegd aan de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Indien er niet of niet volledig kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering:

Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag volledig of gedeeltelijk te verwerpen, zal dit per aangetekend schrijven worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing. Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

Indien er kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering:

Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag te aanvaarden, zal dit per gewone brief worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14, 5° en 6° van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

3. Verzaking bedoeld in artikel 6 van de verordening (bijlage 3)

3.1. Algemeen

In afwijking op artikel 4 wordt er altijd afgezien van de terugvordering wanneer de prestaties betaald zijn in het kader van de klassieke verhoogde tegemoetkoming en/of het Omnio-statuut en/of de maximumfactuur, op voorwaarde evenwel dat het bedrag onverschuldigd is geworden doordat de Algemene administratie van de fiscaliteit het gezinsinkomen voor het betrokken jaar (d.i. het referentiejaar) in die mate retroactief heeft gewijzigd dat het gezinsinkomen het toegelaten grensbedrag overschrijdt.

De goede trouw van de rechthebbende moet vaststaan (art. 2 van de verordening).

De artikelen 1 eerste lid, 4, 5 en 8 van de Verordening zijn niet van toepassing op deze procedure.

Het verzoek wordt ingediend door de verzekeringsinstelling. De verzekeringsinstelling verwittigt de verzekerde van het indienen van een verzoek.

3.2. Samenstelling van het administratief dossier

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot het verzoek om af te zien van de terugvordering.

Dit dossier moet bevatten:

Verzoek tot verzaking (bijlage 3)

3.3. Indiening van het dossier bij de Dienst voor administratieve controle

Het dossier, bestaande uit het verzoek dat werd ingevuld door de verzekeringsinstelling moet worden ingediend bij de Dienst voor administratieve controle.

Het dossier moet worden gericht aan de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens van de Dienst voor administratieve controle, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

Als datum van indiening van het verzoek wordt de datum in aanmerking genomen waarop het verzoek is toegekomen bij de Dienst voor administratieve controle.

Het verzoek moet worden ingediend binnen de 3 maanden nadat de verzekeringsinstelling op de hoogte gebracht werd van de retroactieve belastingsaanslag.

De Dienst voor administratieve controle zendt een ontvangstmelding naar de betrokken verzekeringsinstelling, en dit ten laatste 14 dagen na ontvangst van het dossier.

Wanneer het dossier onvolledig is of niet correct werd ingevuld deelt de Dienst voor administratieve controle dit mee aan de verzekeringsinstelling. Deze heeft vervolgens 4 maanden om het dossier te vervolledigen. Indien er geen reactie komt in de loop van deze 4 maanden, wordt het dossier doorgegeven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

3.4. Dossierbehandeling en beslissing

De Dienst voor administratieve controle stelt een nota op waarop de opmerkingen en de redenen voor de weigering van de verzaking of voor de toekenning van een verzaking (waaronder de goede of kwade trouw van de rechthebbende) genoteerd worden.

De dossiers worden doorgestuurd naar de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze dienst legt de verzoeken voor aan de Werkgroep Verzekerbearheid.

De Werkgroep Verzekerbearheid formuleert een advies. De verzoeken worden samen met het advies van de Werkgroep Verzekerbearheid voorgelegd aan de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Indien er niet kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering:

Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbearheid beslist de aanvraag te verwerpen, zal dit per aangetekend schrijven worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

Indien er kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering:

Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbearheid beslist de aanvraag te aanvaarden, zal dit per gewone brief worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14, 5^e en 6^e van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

4. Schorsing van de terugvordering

Overeenkomstig artikel 326, § 3, b) van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt de termijn waarin het onverschuldigd bedrag door de verzekeringsinstelling moet worden teruggevorderd, geschorst vanaf de datum waarop het verzoek om af te zien van de terugvordering werd ingediend tot aan de datum van de beslissing van de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

5. Inwerkingtreding

De dossiers MAF en VT die nog niet verjaard zijn kunnen ingediend worden op basis van de procedure “artikel 4”. De termijn van drie maanden voorzien in artikel 1 van de verordening begint voor deze dossiers pas te lopen vanaf de datum van publicatie van deze omzendbrief.

Van toepassing vanaf 2 oktober 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/428 – 3999/3 van 30 oktober 2012.

IV. Beroepsherscholing in het kader van de uitkeringsverzekering: praktische vragen

Sinds 1 juli 2009 is de bevoegdheid inzake de beroepsherscholing overgedragen van het College van Geneesheren-Directeurs (Dienst Geneeskundige Verzorging) naar de Geneeskundige raad voor invaliditeit (Dienst Uitkeringen), overeenkomstig Hoofdstuk III, Afdeling 4 van de wet van 13 juli 2006, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 1 september 2006. De gecoördineerde wet van 14 juli 1994 werd in die zin aangepast.

Hierna vindt u een reeks vragen en antwoorden in verband met de praktische toepassing van de reglementering inzake beroepsherscholing.

Alle details van de reglementering kan u terugvinden in het Koninklijk besluit van 30 maart 2009, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 2 juni 2009 en in de omzendbrief V.I. nr. 2010/1 van 7 januari 2010 “Beroepsherscholing in het kader van de uitkeringsverzekering voor loontrekken-den”.

Praktische vragen

1. Welke zijn de centra die beroepsoriënteringsonderzoeken uitvoeren? Aan welke is een arts verbonden?

Op basis van de aanvragen die tot nu toe zijn ingediend, is een lijst opgesteld van de operatoren die beroepsoriënteringsonderzoeken uitvoeren. Die lijst zal aan de leden van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit worden bezorgd en regelmatig worden bijgewerkt.

De bestaande of toekomstige overeenkomsten (VDAB, Forem, ACTIRIS, ADG) voorzien in geïntegreerde trajecten waaronder de beroepsoriëntering.

We herinneren er ten slotte aan dat op basis van de bestaande reglementering de aanwezigheid van een arts in het team dat het beroepsoriënteringsonderzoek uitvoert geen voorwaarde is voor de terugbetaling van dit onderzoek.

2. Kan de adviserend geneesheer met terugwerkende kracht een aanvraag tot beroepsherscholing bij het RIZIV indienen, zelfs als de verzekerde al een module heeft afgerond en een tweede heeft aangevat?

Een aanvraag tot beroepsherscholing kan op elk moment tijdens het traject worden ingediend. Vanaf het beëindigen van het traject (d.i. het stopzetten of succesvol beëindigen) kan een aanvraag tot beroepsherscholing niet meer worden ingediend.

De adviserend geneesheer moet de verzekerde erover inlichten dat alleen voor de beroepsherscholingstrajecten die door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI) zijn goedgekeurd, de onkosten ten laste worden genomen. De gerechtigde die kosten aangaat door een beroepsherscholingstraject te volgen waarvoor geen toestemming is verleend, loopt het risico dat de kosten van de beroepsherscholing niet ten laste worden genomen in geval de HCGRI een negatieve beslissing neemt.

Bovendien behouden de arbeidsongeschikte verzekerden tijdens de periode waarin zij een beroepsherscholingsprogramma volgen slechts de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid voor zover dat programma door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI) is goedgekeurd (art. 239, § 2, van het K.B. van 03.07.1996 en art. 22, 1^o, van het K.B. van 20.07.1971).

Als de betrokkene een beroepsherscholingsprogramma aanvat dat later niet wordt goedgekeurd door de HCGRI, moet hij een beroep doen op de regularisatieprocedure voor een niet toegelaten werkhervatting (art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 23^{ter} van het K.B. van 20.07.1971), wanneer dat programma een praktisch luik omvat dat als een beroepsactiviteit kan worden beschouwd (stage of opleiding in een onderneming). Voor een uitsluitend theoretisch herscholingsprogramma moet een dergelijke regularisatie niet aangevraagd worden.

Het is dus altijd beter om de goedkeuring van de HCGRI te vragen vóór het aanvangen van het beroepsherscholingsprogramma.

3. Kan een verzekerde die niet slaagt het jaar overdoen of een nieuwe opleiding kiezen? Onder welke voorwaarden? Welke rubrieken van het aanvraagdocument moeten met het oog hierop worden ingevuld?

Er bestaat geen algemene regel voor de verzekerden die een herscholingstraject niet met succes afleggen. De Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI) beslist geval per geval. Aanvragen voor een herkansing en om het traject over te doen, kunnen het voorwerp uitmaken van een aanvraag aan de HCGRI onder de vorm van een verlenging, met vermelding van de resultaten van de voorgaande periode.

Een ander opleidingstraject, tengevolge van een mislukte poging, kan het voorwerp uitmaken van een aanvraag aan de HCGRI onder de vorm van een gewijzigde aanvraag MET het advies van de medische directie en van de adviserend geneesheer.

De aanvragen moeten altijd goed gedocumenteerd en gemotiveerd zijn zodat de leden van de HCGRI een duidelijk zicht hebben op de reeds ondernomen stappen, hun resultaten evenals de meerwaarde van de voorgestelde wijziging met het oog op een terugkeer naar de arbeidsmarkt.

4. Wat met de commissies die worden toegekend tijdens de stages in het kader van een beroepsherscholingstraject?

Wanneer men een stage, die beschouwd wordt als een beroepsactiviteit, uitoefent in het kader van een beroepsherscholingsprogramma dat is goedgekeurd door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI), dan wordt die activiteit gelijkgesteld met een door de adviserend geneesheer toegestane beroepsactiviteit. De commissies, vergoedingen, bezoldiging en andere of de voordelen verworven tijdens de stages uitgeoefend in het kader van een door de HCGRI goedgekeurd beroepsherscholingstraject, moeten worden beschouwd als een beroepsinkomen en zijn onderworpen aan de bepalingen van artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, indien het om een werknemer gaat of van artikel 28, 2e lid, van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971, indien het om een zelfstandige gaat. De erkenning van de arbeidsongeschiktheid wordt hierdoor niet beïnvloed.

Antwoord van de FOD Financiën

Wat de berekening van de belasting van de natuurlijke personen betreft, zijn dergelijke vergoedingen belastbaar volgens een progressief belastingtarief, maar hier is de belastingvermindering voor pensioenen en vervangingsinkomsten van toepassing, zoals wordt vermeld in de artikelen.

De voordelen die worden toegekend door de instellingen die verantwoordelijk zijn voor de sociale en professionele reclassering van personen met een handicap (of door de contracterende ondernemingen of openbare instellingen) worden echter niet in aanmerking genomen om de arbeidsongeschiktheidsuitkering te verminderen (bv.: de opleidingsvergoedingen toegekend door het AWIPH krachtens art. 18 van het besluit van de Waalse regering van 29.11.2007 tot bevordering van de gelijkheid van kansen voor de gehandicapte personen op de arbeidsmarkt of de productiviteitspremies toegekend door de VDAB krachtens art. 3, § 5-7 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15.02.2008). Om het bedrag van die opleidingsvergoedingen te bepalen, wordt immers al rekening gehouden met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

5. Wat is het fiscaal statuut van de premie van 5 EUR en de forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR?

Antwoord van de FOD Financiën

De premie van 5 EUR en de forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR, zoals bepaald in artikel 215sexies van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, moeten worden beschouwd als belastbare vergoedingen verkregen tot volledig of gedeeltelijk herstel van een tijdelijke derving van bezoldigingen in de zin van artikel 31, 2e lid, 4°, van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen 1992 (WIB 92).

Wat de berekening van de belasting van de natuurlijke personen betreft, zijn dergelijke vergoedingen belastbaar volgens een progressief belastingtarief, maar hier is de belastingvermindering voor pensioenen en vervangingsinkomsten van toepassing, zoals wordt vermeld in de artikelen 146 en volgende van het WIB 92 en overeenkomstig de toepassingsvoorwaarden die in die artikelen worden bepaald.

Samengevat:

De premie van 5 EUR en de forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR worden beschouwd als belastbare inkomsten.

6. Kan een grensarbeider of een buitenlandse verzekerde aanspraak maken op een beroepsherscholing? Zo ja, kan hij die herscholing dan ook in Frankrijk, Nederland, Duitsland, enz. volgen?

Elke verzekerde die inkomsten geniet waarop in België sociale zekerheidsbijdragen worden ingehouden en die beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 100 van de *wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de werknemers en van de artikelen 19 en 20 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten*, kan aanspraak maken op een tenlasteneming van een beroepsherscholingstraject, na goedkeuring door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI).

De opleiding mag in een ander land worden gevolgd indien blijkt dat er geen vergelijkbare opleiding, aangepast aan de behoeften van de verzekerde en in dezelfde mate toegankelijk (geografisch, logistiek, enz.), in België wordt georganiseerd. De eindbeslissing met betrekking tot de kosten verbonden aan het beroepsherscholingstraject valt in elk geval onder de bevoegdheid van de HCGRI.

7. Welke zijn de termijnen om beroep aan te tekenen tegen een beslissing betreffende een aanvraag tot beroepsherscholing?

De termijn waarbinnen beroep kan worden aangetekend tegen een beslissing betreffende een aanvraag tot beroepsherscholing, bedraagt 3 maanden vanaf de kennisgeving van die beslissing aan de gerechtigde (art. 23 van het Handvest van de sociaal verzekerde).

8. Welke zijn de noodzakelijke bewijsstukken voor de uitbetaling van de premie van 5 EUR?

Momenteel volstaat het inschrijvingsbewijs en/of het aanwezigheidsattest dat wordt afgeleverd door de instelling waar de opleiding wordt gevolgd, samen met een verklaring op erewoord van de sociaal verzekerde.

9. Wordt er rekening gehouden met de premie van 5 EUR om het bedrag van de integratietegemoetkoming of de inkomensvervangende tegemoetkoming die door de FOD Sociale Zekerheid wordt uitbetaald, te bepalen?

Antwoord FOD Sociale Zekerheid

Bij de berekening van het recht op een inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming wordt daadwerkelijk rekening gehouden met de belastbare inkomsten van de persoon met een handicap en van de persoon waarmee hij of zij een gezin vormt.

In artikel 8, § 2, van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming wordt evenwel bepaald dat er geen rekening wordt gehouden met de uitkeringen en het aanvullend loon die de persoon met een handicap ontvangt wanneer hij een beroepsopleiding, omscholing of herscholing volgt die ten laste is van de overheid, een openbare dienst of een socialezekerheidsinstelling. In de uiteengezette situatie wordt alleen het belastbare bedrag van de uitkering in aanmerking genomen.

10. Wat is het statuut van een aanvraag voor een Contrat d'Adaptation Professionnelle (CAP) of voor een Gespecialiseerde Individuele Beroepsopleiding (GIBO), die wordt ingediend na afloop van het beroepsherscholingstraject? Moet de CAP- of GIBO-aanvraag worden beschouwd als een opleiding of als een activiteit in het kader van de integratieperiode (periode van 6 maanden die volgt op het einde van de opleiding)? Als men rekening houdt met de 2e veronderstelling, moet de periode dan door artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of door artikel 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 worden gedekt?

- CAP wordt afgesloten tussen AWIPH, de betrokkene en een vormingsbedrijf in om het even welke sector, na akkoord van het AWIPH.

Het gaat om een opleiding in de praktijk, onder de verantwoordelijkheid van het vormingsbedrijf. Er wordt een individueel opleidingsprogramma opgesteld in nauwe samenwerking met de stagiair, het vormingsbedrijf en het AWIPH.

De tijdens de CAP opgedane ervaring is van die aard om de aanwerving van de stagiair met een arbeidsovereenkomst in het vormingsbedrijf of in een andere onderneming mogelijk te maken.

- De Gespecialiseerde Individuele Beroepsopleiding (GIBO) is een opleidingsovereenkomst in een onderneming, VZW of administratieve overheid. De verzekerde wordt opgeleid en begeleid op de werkvloer. Aansluitend wordt hem een contract van onbepaalde duur aangeboden. Aan het contract van onbepaalde duur mag slechts een einde worden gesteld (behoudens dringende redenen) ten vroegste na een termijn die overeenstemt met de duur van de opleiding.

Een CAP en een GIBO (allebei in principe gevolgd door een tewerkstelling) kunnen in dit geval niet meer als een 'opleiding' worden beschouwd. De verzekerde heeft immers met succes een beroepsherscholingsprogramma beëindigd. De CAP en de GIBO zijn een middel om de nieuw verworven beroepscompetenties te ontwikkelen en te verfijnen. Zij vormen in zekere zin een bijkomende stap in de richting van werkhervatting.

Aangezien het om een vorm van tewerkstelling gaat, moet de betrokkene de toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds (overeenkomstig art. 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 23 van het K.B. van 20.07.1971).

Wanneer de verzekerde in het kader van een CAP of een GIBO respectievelijk een opleidingsvergoeding of productiviteitspremie ontvangt, wordt deze niet in aanmerking genomen voor de berekening van de uitkeringen in toepassing van artikel 230, § 1, 8e lid, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 en artikel 28, 2de lid van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971.

11. Beroepsherscholingsprogramma en vermoeden van arbeidsongeschiktheid

Het vermoeden van arbeidsongeschiktheid is slechts geldig voor de duur van het door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit goedgekeurde programma van beroepsherscholing en dus niet tijdens de integratieperiode van maximum zes maanden na afloop van het voornoemde beroepsherscholingsprogramma (cf. art. 215^{septies} en art. 239, § 2 van het K.B. van 03.07.1996 en art. 22, 1^o van het K.B. van 20.07.1971).

12. Beroepsherscholing en kosten voor buitenschoolse opvang

Hier voorziet de reglementering in een tegemoetkoming voor de kosten voor buitenschoolse opvang van de kinderen van de verzekerde tijdens de herscholingsperiode?

In artikel 215^{quater} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden de *tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing*, zoals bedoeld in artikel 109^{bis}, 2e lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, gedefinieerd.

Worden beschouwd als tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing, alle voorzieningen of diensten -opleiding of scholing-, die deel uitmaken van een programma dat erop gericht is geheel of gedeeltelijk de resterende arbeidsgeschiktheid van de gerechtigde te herstellen of te valoriseren, met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving.

A) VERPLAATSINGSONKOSTEN EN VOORAFGAANDE ONDERZOEKEN

Op basis van die definitie wordt in omzendbrief V.I. nr. 2010/1 van 7 januari 2010 gepreciseerd wat de uitkeringsverzekering ten laste neemt:

I) Verplaatsingskosten

De verplaatsingskosten die verbonden zijn met de beroepsherscholing worden vergoed volgens de criteria die door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit zijn vastgesteld. De terugbetaling wordt berekend op basis van het goedkoopste tarief van het openbaar vervoer.

In concreto kunnen er zich drie mogelijkheden voordoen:

- De gerechtigde gebruikt het openbaar vervoer (basisregel):
Een maandelijkse vergoeding op basis van het goedkoopste tarief van een maandabonnement van het openbaar vervoer (voor een voltijdse opleiding) of op basis van het goedkoopste tarief per traject (heen-terug) van het openbaar vervoer (voor een deeltijdse opleiding). In dit laatste geval mag de totale maandelijkse kost nooit hoger zijn dan de prijs van een maandabonnement.
- De gerechtigde gebruikt een eigen vervoermiddel:
Als hij het openbaar vervoer niet kan gebruiken om een andere dan een medische reden en gebruik maakt van een eigen vervoermiddel (bijvoorbeeld een wagen), dan kan hij de tegenwaarde van de verplaatsing per openbaar vervoer terugbetaald krijgen a rato van 0,15 EUR per kilometer, na mededeling van die reden aan de HCGRI.
- De gerechtigde gebruikt zijn eigen wagen wegens medische redenen:
Indien hij zich om medische redenen enkel in een personenwagen kan verplaatsen, kan hij in dit geval na expliciet akkoord van HCGRI een kilometervergoeding van 0,25 EUR per kilometer voor het gebruik van een personenwagen verkrijgen.

II) Voorafgaande onderzoeken

Worden ook beschouwd als tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing: de onderzoeken die vooraf zijn uitgevoerd, zoals de beroepsoriënteringsonderzoeken die tot doel hebben na te gaan in welke mate een beroepsherscholingsprogramma mogelijk, misschien nuttig is en slaagkansen heeft.

B) KOSTEN VOOR DE BUITENSCHOOLSE OPVANG

Op basis van de definitie in artikel 215quater van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, kunnen de kosten voor de buitenschoolse opvang niet door de uitkeringsverzekering ten laste worden genomen omdat die uitgaven niet rechtstreeks verbonden zijn met de opleiding.

13. Beroepsherscholing en deeltijdse werkhervatting

Mag de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI) goedkeuring verlenen voor de tenlasteneming van een beroepsherscholing die in een deeltijdse werkhervatting zal uitmonden?

Een deeltijdse werkhervatting kan worden beschouwd als een normale werkhervatting (volledige re-integratie in een arbeidsomgeving) voor verzekerden die vóór hun arbeidsongeschiktheid reeds deeltijds werkten of die om gezondheidsredenen geen voltijdse werkhervatting aankunnen.

De HCGRI mag in dit geval dus goedkeuring verlenen voor de tenlasteneming van een herscholing die enkel zal uitmonden in een deeltijdse betrekking.

14. Arbeidsongeschiktheid – opleiding voor werkzoekenden

Mag een arbeidsongeschikte verzekerde die een voor werkzoekenden bestemde opleiding wil volgen, zich inschrijven als "vrije" werkzoekende en zijn statuut van arbeidsongeschikte verzekerde behouden of zijn die twee statuten ("vrije" werkzoekende en arbeidsongeschikte verzekerde) onverenigbaar?

Moet voor die opleiding, een aanvraag worden ingediend bij de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI)?

De verzekeringsinstellingen beëindigen de erkenning van de arbeidsongeschiktheid en de betaling van de eraan verbonden uitkeringen voor hun leden wanneer zij een getuigschrift van (normale) werkhervatting van hun werkgever ontvangen of een attest van hervatting van de gecontroleerde werkloosheid van de instelling die hun werkloosheidsuitkeringen uitbetaalt.

De arbeidsongeschikte verzekerde die een opleiding voor werkzoekenden wenst te volgen, kan zich daadwerkelijk als vrije werkzoekende inschrijven om in aanmerking te komen voor de opleidingen van de instellingen die de beroepsopleiding organiseren (FOREM, VDAB, ADG, Bruxelles Formation, enz). Die arbeidsongeschikte verzekerde zal niet als een volledig gecontroleerde werkloze worden beschouwd en de uitbetalingsinstelling voor de werkloosheidsuitkeringen zal geen attest van hervatting van de gecontroleerde werkloosheid afleveren.

We raden arbeidsongeschikte erkende personen die een opleiding willen volgen aan om wanneer de opleiding een praktisch luik omvat dat als een beroepsactiviteit kan worden beschouwd (stage of opleiding op de werkvloer), daarvoor de toestemming te vragen aan de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds en voornoemde opleiding niet aan te vatten alvorens in het bezit te zijn van de schriftelijke toelating van voornoemde adviserend geneesheer of om via de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds een aanvraag bij de HCGRI in te dienen in het kader van een beroepsherscholingsprogramma. Als het om een uitsluitend theoretische opleiding gaat is een dergelijke aanvraag niet nodig.

In het eerste geval (opleiding met een praktisch luik en met toestemming van de adviserend geneesheer) blijft de gerechtigde erkend in het kader van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voor werknemers of in het kader van artikel 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 tot instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, voor zover hij aan de voorwaarden voldoet.

In het tweede geval (opleiding in het kader van een door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit goedgekeurd beroepsherscholingsprogramma) kan de verzekerde zich beroepen op het vermoeden van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 239, § 2, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 en van artikel 22, 1^o van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971.

15. Indiening van een aanvraag tot beroepsherscholing met ongunstig advies van de adviserend geneesheer

Is de adviserend geneesheer, wanneer een arbeidsongeschikt erkend verzekerde (primaire ongeschiktheid of invaliditeit) hem uitdrukkelijk vraagt om een aanvraag tot beroepsherscholing in te dienen, verplicht dat te doen, zelfs indien hij meent dat de verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden (prognose gezondheid en diploma's) om in aanmerking te komen voor een beroepsherscholing die door het RIZIV ten laste wordt genomen?

Wanneer een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde aan de adviserend geneesheer vraagt om een aanvraag tot beroepsherscholing in te dienen kan de adviserend geneesheer dit niet weigeren, zelfs indien de adviserend geneesheer meent dat de verzekerde niet voldoet aan de vereiste voorwaarden om in aanmerking te komen voor een beroepsherscholing die door het RIZIV ten laste wordt genomen.

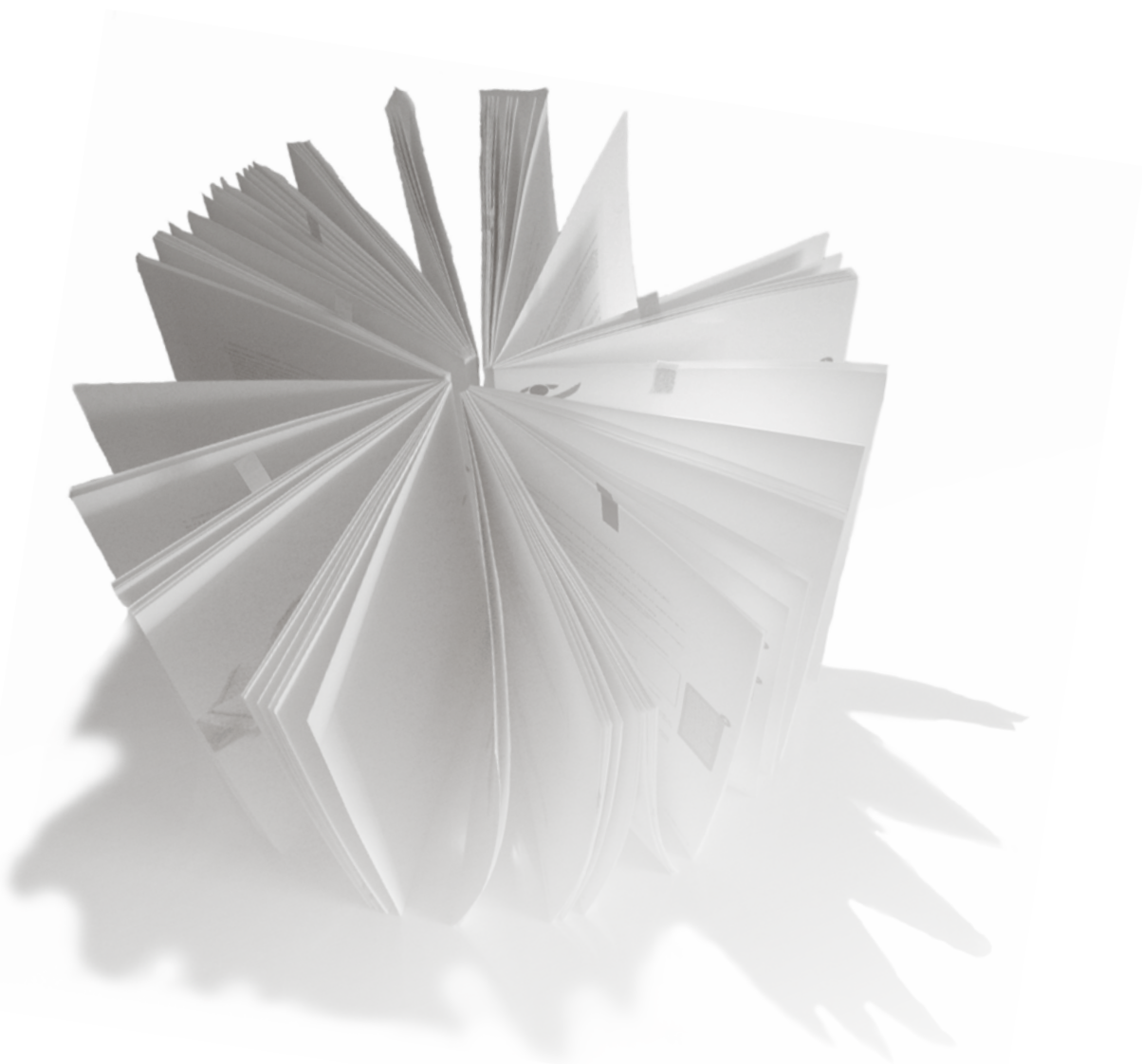
Wettelijk gezien is alleen de HCGRI bevoegd om al dan niet een akkoord te verlenen voor een beroepsherscholingstraject. De adviserend geneesheer is dus verplicht om de aanvraag voor beroepsherscholing in te dienen bij de HCGRI die de eindbeslissing zal nemen.

Van toepassing vanaf 1 november 2012.



Omzendbrief V.I. nr. 2012/423 – 407/3 van 29 oktober 2012.

6^e Deel
Statistieken



Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 1^{ste} semester 2012

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartseneeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheelkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Rustoorden voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Einde loopbaan	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatieven van beschermt wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.146
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	0
45. Sociaal akkoord	0	0	0	0	0
46. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.743.071	11.365.173	16.928.056	22.823.459	24.249.164

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Speciale verstrekkingen	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Heelkunde	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynaecologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Toezicht	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180	3.180	9.076	10.617	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.547	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	6.908	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.912	
Totaal geneesheren	1.715.378	3.464.709	5.141.826	6.955.943	7.110.317
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.287	13.198
Totaal tandheelkundigen	198.161	388.851	579.468	775.562	810.470
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.268.530	2.572.585	3.877.351	5.195.106	5.334.146
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	94.125	188.558	288.423	391.476	396.291

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Dagverzorgingscentra	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Syndicale premie	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	277	
Totaal	604.424	1.169.916	1.766.594	2.366.241	2.367.070
17. Einde loopbaan	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590	1.260	1.919	2.575	2.634
Totaal	32.792	66.084	101.953	137.069	150.205
19. Revalidatie en herscholing	115.340	243.652	363.792	499.945	561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397	535	526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Therapeutische projecten	134	263	407	521	1.335
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	380	735	1.098	1.424	2.686
32. Geïnterneerden	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Tabaksontwenning	224	430	629	837	2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	50.000

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Diversen	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0	0	0	0	1.148.607
Algemeen totaal	5.993.230	11.922.699	17.837.635	24.077.384	25.869.336

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076	648.505			
b) Medische beeldvorming	302.888	613.368			
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768	962.333			
d) Speciale verstrekkingen	322.204	646.968			
e) Heelkunde	290.323	577.730			
f) Gynaecologie	23.615	47.444			
g) Toezicht	100.801	201.122			
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514	11.148			
i) Forfait medisch dossier	0	0			
j) Forfait Telematica	22	6.239			
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0			
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226	28.408			
m) Impulsfonds	1.424	1.612			
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432	637			
Totaal geneesheren	1.886.293	3.745.514	0	0	7.304.023
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	204.028	402.097			807.888
b) Forfait accreditering	15	26			14.148
Totaal tandheelkundigen	204.043	402.123	0	0	822.036
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948	2.254.430			4.304.383
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368	590.632			1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255	12.079			20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660	320.101			624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.531	129.706			284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805	317.848			651.979
10. Verzorging door opticiens	6.599	12.694			31.809
11. Verzorging door audiciens	11.282	23.094			56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973	8.013			16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657	2.565.405			5.300.578
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763	119.917			237.051
Vervoer	0	0			238
Totaal	1.330.420	2.685.322	0	0	5.537.867
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472	2.560			7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132	76.126			154.741
b) Forfait nierdialyse	35.417	71.041			143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722	53.892			119.345
d) Nachtdialyse	0	0			0
Totaal dialyse	100.271	201.059	0	0	417.311

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786	620.074			
b) Rustoorden voor bejaarden	222.329	441.974			
c) Dagverzorgingscentra	4.624	9.212			
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048	155.878			
e) Syndicale premie	2.388	2.503			
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	0			
g) Palliatieve dagcentra	0	0			
Totaal	625.175	1.229.641	0	0	2.516.463
17. Einde loopbaan	37.577	61.467			113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391	45.943			107.044
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534	20.767			42.898
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688	1.419			2.955
Totaal	34.613	68.129	0	0	152.897
19. Revalidatie en herscholing	127.460	266.005			602.074
20. Bijzonder Fonds	1.041	2.446			19.640
21. Logopedie	20.417	41.241			76.914
22. Medisch-pediatische centra	0	0			0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895	15.031			31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826	-58.944			-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124	148.496			390.694
b) Fiscale MAF	0	0			0
Totale Maximumfactuur	111.124	148.496	0	0	390.694
26. Chronische zieken	20.662	37.980			105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925	8.181			12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625	6.980			19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613	3.162			6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171	339			551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108	191			462
b) COMA	134	262			594
c) Therapeutische projecten	105	201			4.698
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	347	654	0	0	5.754
32. Geïnterneerden	4.001	17.602			33.595
33. Tabaksontwenning	234	459			2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59	120			0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0			0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000			3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0			0
38. Medische huizen	22.018	45.212			98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654	3.703			8.850
40. Chronische zieken extra	0	0			8.696
41. Zorgtrajecten	0	0			0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0			0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0			12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0			3.053
45. Sociaal akkoord	0	65			18.199
46. Diversen	1.539	2.035			32.678
- Bevrozing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
Totaal	0	0	0	0	145.443
Algemeen totaal	6.360.244	12.608.179			25.627.379

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in %				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-7,4	-4,1	-1,0	1,4
b) Medische beeldvorming	-0,7	0,7	3,1	5,1
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Speciale verstrekkingen	0,8	2,1	2,8	2,8
e) Heelkunde	4,3	5,2	4,3	3,9
f) Gynaecologie	2,9	3,2	4,1	3,4
g) Toezicht	0,3	3,4	3,5	3,2
h) Forfait accreditering geneesheren	11,3	11,2	4,3	-24,6
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	2,7
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Impulsfonds	-31,4	-14,3	7,9	-9,8
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	33,5
Totaal geneesheren	0,3	2,5	3,2	4,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accreditering	0,0	-14,3	13,3	13,2
Totaal tandheelkundigen	3,9	2,0	2,3	2,5
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Verzorging door opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Verzorging door audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Verpleegdagprijzen	8,4	8,8	8,4	7,6
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	10,1	10,4	9,3
Vervoer	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	8,4	8,9	8,4	7,6
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait nierdialyse	2,5	4,0	7,0	6,4
c) Thuis, in een centrum	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1 2010.1	2011.2 2010.2	2011.3 2010.3	2011.4 2010.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Rustoordelen voor bejaarden	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Dagverzorgingscentra	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Syndicale premie	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	-100,0	-48,9
Totaal	5,6	6,7	7,4	7,4
17. Einde loopbaan	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatieven van beschermt wonen	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	16,1	14,4	14,6
Totaal	3,4	7,9	9,8	9,1
19. Revalidatie en herscholing	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Bijzonder Fonds	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopedie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Medisch-pediatrie centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,2	17,7	16,1	9,6
24. Regularisaties + Herfacturatie	-18,7	-15,3	-15,9	-20,4
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	3,7	-7,3	0,1	1,0
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	3,7	-7,3	0,1	1,0
26. Chronische ziekten	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Palliatieve zorgen	3,4	6,9	6,6	9,5
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	2,5	2,1	3,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Therapeutische projecten	15,5	22,3	5,7	-5,8
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	12,6	6,8	1,5

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
32. Geïnterneerden	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Tabaksontwenning	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0,0	-25,4	-10,0	-9,2
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	11,4	14,2	17,1	18,9
39. MS/ALS/Huntington	29,8	33,1	29,4	25,7
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	0,0	0,0	0,0	0,0
46. Diversen	215,2	-20,6	20,2	-13,8
Algemeen totaal	4,4	4,9	5,4	5,5

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in %				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	13,4	12,1		
b) Medische beeldvorming	13,9	11,9		
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,1	4,4		
d) Speciale verstrekkingen	9,1	8,0		
e) Heelkunde	8,6	7,0		
f) Gynaecologie	3,3	3,7		
g) Toezicht	10,4	8,8		
h) Forfait accreditering geneesheren	104,8	250,6		
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0		
j) Forfait Telematica	-52,2	0,9		
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0		
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	249,8	-16,0		
m) Impulsfonds	57,2	-46,3		
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,5	17,5		
Totaal geneesheren	10,0	8,1		
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,0	3,4		
b) Forfait accreditering	114,3	116,7		
Totaal tandheelkundigen	3,0	3,4		
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,9	2,8		
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,7	9,2		
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,5	25,4		
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,9	1,1		
7. Verzorging door bandagisten	6,2	5,4		
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	16,3	16,4		
10. Verzorging door opticiens	0,2	2,4		
11. Verzorging door audiciens	-5,7	-4,0		
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,3	6,3		
13. Verpleegdagprijs	4,5	4,1		
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	13,1	11,8		
Vervoer				
Totaal	4,9	4,4		

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg

Omschrijving	2012.1 2011.1	2012.2 2011.2	2012.3 2011.3	2012.4 2011.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-79,3	-50,8		
15. Dialyse				
a) Geneesheren	7,0	6,6		
b) Forfait nierdialyse	8,3	8,2		
c) Thuis, in een centrum	3,6	4,8		
d) Nachtdialyse	0,0	0,0		
Totaal dialyse	6,5	6,6		
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,6	6,7		
b) Rustoordelen voor bejaarden	0,7	3,5		
c) Dagverzorgingscentra	22,6	20,0		
d) Loonharmonisering personeel RVT	8,9	7,9		
e) Syndicale premie	2,0	6,9		
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	0,0		
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0		
Totaal	3,4	5,1		
17. Einde loopbaan	9,0	10,4		
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,0	-1,1		
b) Initiatieven van beschut wonen	13,7	13,2		
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,6	12,6		
Totaal	5,6	3,1		
19. Revalidatie en herscholing	10,5	9,2		
20. Bijzonder Fonds	-80,6	-71,2		
21. Logopedie	4,2	4,3		
22. Medisch-pediatrie centra	0,0	0,0		
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,9	4,9		
24. Regularisaties + Herfacturatie	-16,1	-10,2		
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-11,4	-7,6		
b) Fiscale MAF	0,0	0,0		
Totale Maximumfactuur	-11,4	-7,6		
26. Chronische zieken	-0,5	6,5		
27. Palliatieve zorgen	10,0	6,7		

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,4	10,0		
29. Menselijk lichaamsmateriaal	33,6	22,4		
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	41,3	44,3		
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-15,0	-15,1		
b) COMA	12,6	6,1		
c) Therapeutische projecten	-21,6	-23,6		
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-8,7	-11,0		
32. Geïnterneerden	-38,5	163,2		
33. Tabaksontwenning	4,5	6,7		
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,7	-90,4		
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0		
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,9	10,2		
39. MS/ALS/Huntington	17,5	14,3		
40. Chronische ziekten extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
46. Diversen	17,9	36,8		
Algemeen totaal	6,1	5,7		

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
Totaal geneesheren	25,8	51,3		
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,3	49,8		
b) Forfait accreditering	0,1	0,2		
Totaal tandheelkundigen	24,8	48,9		
3. Farmaceutische verstrekkingen	26,3	52,4		
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,0	49,2		
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	49,2	57,9		
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,5	51,2		
7. Verzorging door bandagisten	22,0	45,6		
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	24,5	48,8		
10. Verzorging door opticiens	20,7	39,9		
11. Verzorging door audiciens	20,0	41,0		
12. Verlossingen door vroedvrouwen	23,7	47,9		
13. Verpleegdagprijs	24,0	48,4		
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,8	50,6		
Vervoer	0,0	0,0		
Totaal	24,0	48,5		

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	6,0	32,3		
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,2		
b) Forfait nierdialyse	24,7	49,6		
c) Thuis, in een centrum	22,4	45,2		
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	24,0	48,2		
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoorden voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	24,8	48,9		
17. Einde loopbaan	33,2	54,3		
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,9	42,9		
b) Initiatieven van beschut wonen	24,6	48,4		
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	23,3	48,0		
Totaal	22,6	44,6		
19. Revalidatie en herscholing	21,2	44,2		
20. Bijzonder Fonds	5,3	12,5		
21. Logopedie	26,5	53,6		
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,4	48,3		
24. Regularisaties + Herfacturatie	45,6	79,4		
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	28,4	38,0		
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	28,4	38,0		
26. Chronische zieken	19,5	35,9		
27. Palliatieve zorgen	31,4	65,5		
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,4	35,5		
29. Menselijk lichaamsmateriaal	24,4	47,8		

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	31,0	61,5		
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	23,4	41,3		
b) COMA	22,6	44,1		
c) Therapeutische projecten	2,2	4,3		
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	6,0	11,4		
32. Geïnterneerden	11,9	52,4		
33. Tabaksontwenning	9,1	17,8		
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0		
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	22,4	45,9		
39. MS/ALS/Huntington	18,7	41,8		
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0		
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0		
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0		
45. Sociaal akkoord	0,0	0,4		
46. Diversen	4,7	6,2		
Algemeen totaal	24,8	49,2		

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	September 2011 (1)	December 2011 (2)	Maart 2011 (3)	Juni 2012 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-4,33	1,39	6,73	9,72
b) Medische beeldvorming	1,58	5,06	8,70	10,74
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	0,88	5,21	4,83	4,87
d) Speciale verstrekkingen	2,94	2,75	4,84	5,73
e) Heelkunde	4,19	3,92	5,04	4,89
f) Gynaecologie	3,83	3,43	3,52	3,67
g) Toezicht	3,57	3,21	5,80	5,95
h) Forfait accreditering geneesheren	3,07	-24,55	-3,08	29,13
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	2,78	2,75	1,76	3,38
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	78,06	114,90	262,64	33,03
m) Impulsfonds	16,15	-9,78	2,54	-22,91
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	13,63	33,49	39,73	45,35
Totaal geneesheren	1,53	4,35	6,83	7,22
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	1,46	2,36	2,12	3,11
b) Forfait accreditering	13,60	13,24	13,31	13,38
Totaal tandheekkundigen	1,65	2,53	2,29	3,27
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,12	3,47	3,41	2,80
4. Honoraria van verpleegkundigen	5,79	5,72	6,57	8,62
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,35	5,72	6,97	16,56
6. Verzorging door kinesitherapeuten	4,43	4,60	3,93	2,50
7. Verzorging door bandagisten	7,56	7,45	8,98	8,54
8. Verzorging door orthopedisten	3,25	5,11	3,02	2,58
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	6,57	6,74	9,18	11,43
10. Verzorging door opticiens	0,65	2,68	0,64	2,54
11. Verzorging door audiciens	8,29	7,53	4,71	0,18
12. Verlossingen door vroedvrouwen	8,05	7,52	5,32	6,57
13. Verpleegdagprijs	8,09	7,55	6,58	5,18
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,70	9,29	10,37	10,21
Vervoer				
Totaal	8,12	7,62	6,74	5,39
(1) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				
(2) December 2011 = (12 maanden 2011) / 12 maanden 2010				
(3) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(4) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

Omschrijving	September 2011 (1)	December 2011 (2)	Maart 2011 (3)	Juni 2012 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	18,36	42,19	1,33	-30,40
15. Dialyse				
a) Geneesheren	6,86	5,33	6,22	5,89
b) Forfait nierdialyse	6,83	6,44	7,88	8,46
c) Thuis, in een centrum	8,90	4,81	5,14	4,89
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	7,40	5,57	6,50	6,51
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	12,40	13,51	12,09	10,74
b) Rustoorden voor bejaarden	2,58	1,76	1,23	2,38
c) Dagverzorgingscentra	11,87	18,43	21,80	21,70
d) Loonharmonisering personeel RVT	1,75	0,81	5,84	6,83
e) Syndicale premie	87,06	87,06	85,39	90,30
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	13,23	3,55	-52,85	-69,38
g) Palliatieve dagcentra	-100,00	-48,89	-48,89	-48,89
Totaal	7,28	7,40	6,79	6,55
17. Einde loopbaan	7,12	6,60	10,47	10,94
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	10,00	10,45	9,40	4,27
b) Initiatieven van beschut wonen	1,88	5,72	9,81	12,22
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	14,54	14,60	16,88	12,88
Totaal	7,71	9,15	9,65	6,65
19. Revalidatie en herscholing	5,37	5,33	7,38	7,52
20. Bijzonder Fonds	27,65	-36,20	-61,69	-68,42
21. Logopedie	6,89	6,39	5,31	4,86
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	17,07	9,63	5,04	3,81
24. Regularisaties + Herfacturatie	-15,03	-20,43	-19,66	-18,07
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-1,29	1,02	-4,66	1,18
b) Fiscale MAF	-100,00			
Totale Maximumfactuur	-1,23	1,02	-4,66	1,18

(1) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)

(2) December 2011 = (12 maanden 2011) / 12 maanden 2010

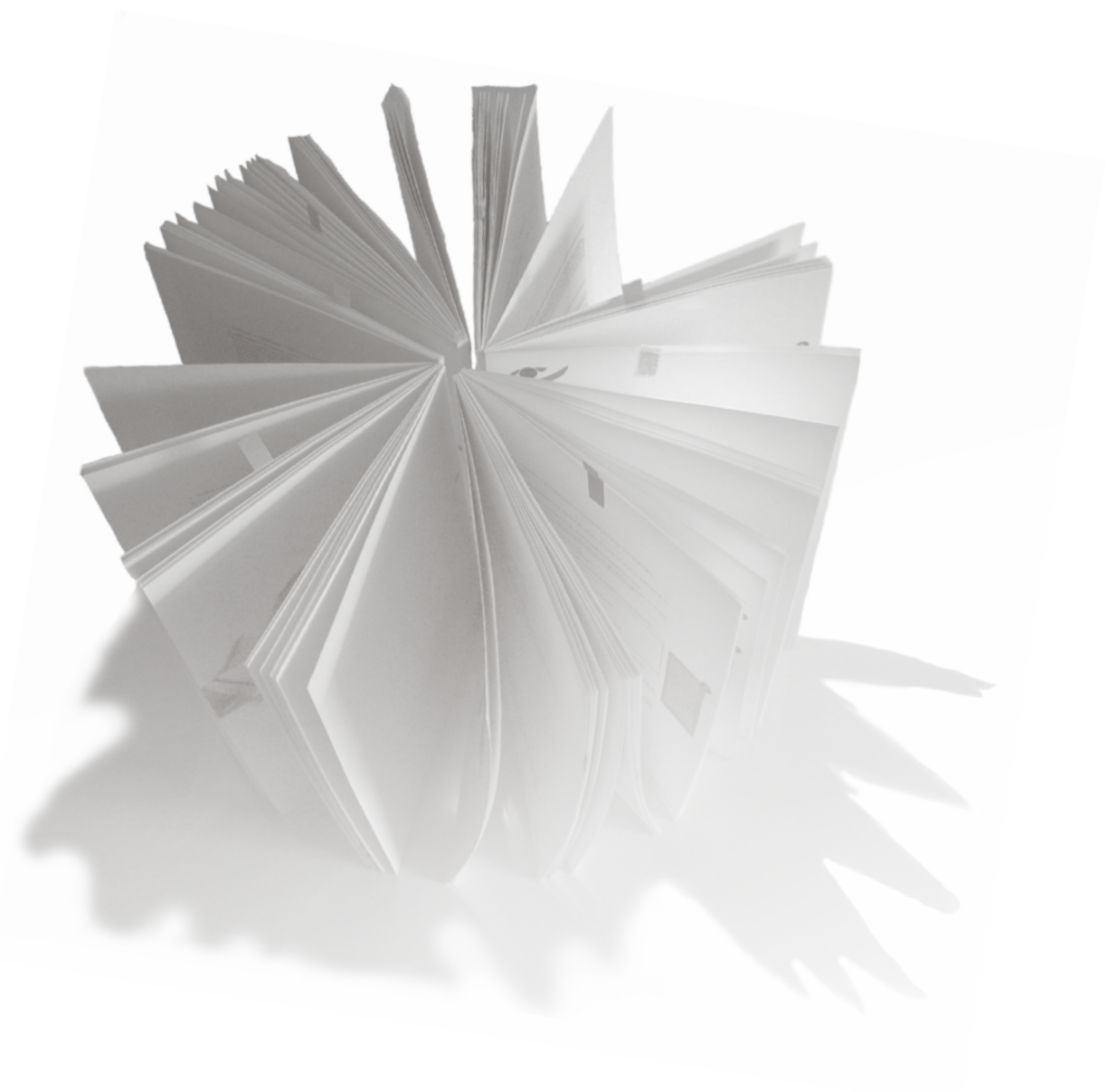
(3) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)

(4) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

Omschrijving	September 2011 (1)	December 2011 (2)	Maart 2011 (3)	Juni 2012 (4)
26. Chronische zieken	2,58	0,62	0,30	3,23
27. Palliatieve zorgen	3,30	9,50	11,67	9,24
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2,13	3,08	4,93	6,92
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-17,95	-0,98	10,79	11,26
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	0,19	3,28	14,48	25,05
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	15,08	10,41	-5,65	-7,75
b) COMA	-3,76	3,09	5,97	6,40
c) Therapeutische projecten	-4,80	-5,79	-13,84	-23,63
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	0,41	1,50	-4,99	-9,56
32. Geïnterneerden	5,49	-15,16	-16,63	42,44
33. Tabaksontwenning	71,16	36,99	18,13	12,91
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-10,14	-9,21	-11,78	-57,75
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	-12,84	0,00	-34,34	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	16,27	18,94	19,13	16,50
39. MS/ALS/Huntington	32,93	25,70	22,76	16,43
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	43,49	-13,77	-18,77	-4,42
Algemeen totaal	4,83	5,49	5,94	5,91
(1) September 2011 = (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010) / (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009)				
(2) December 2011 = (12 maanden 2011) / 12 maanden 2010)				
(3) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(4) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				

7^e Deel
Bibliografie



I. Synopsis van het Belgische arbeidsrecht¹

Auteurs: Ria Janvier, Johan Peeters, Wilfried Rauws, Kim Van den Langenberghe en Anne Van Regenmortel

Met deze vijfde editie blijft de Synopsis van het Belgische arbeidsrecht de meest overzichtelijke leidraad bij het in ons land geldende arbeidsrecht. De nadruk wordt vooral gelegd op vaak voorkomende problemen: deeltijdse arbeid, ontslag, zwangerschap, educatief verlof, vakbonden, loonnormen, herstructurering, enz.

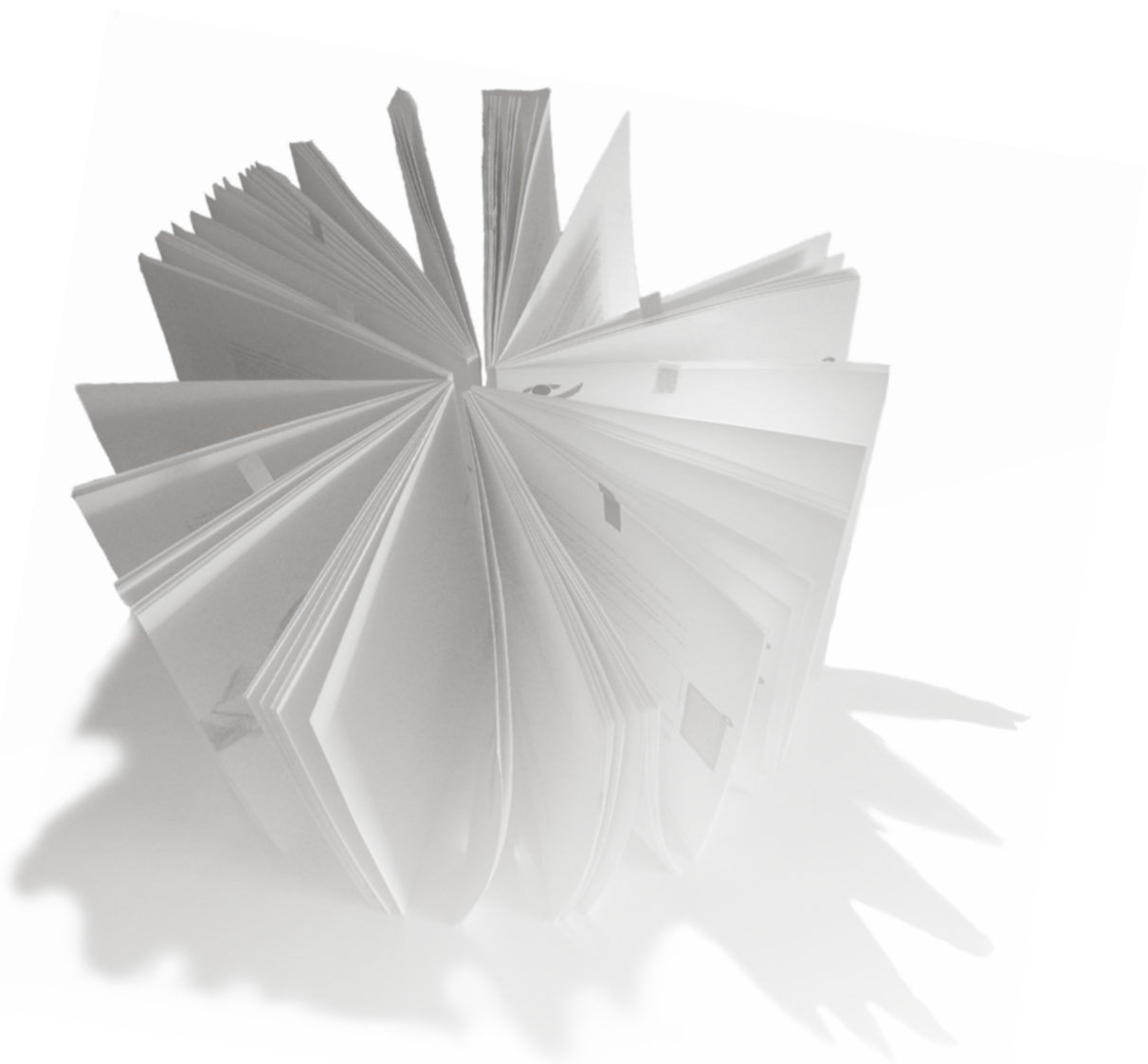
Alle belangrijke aspecten van het individuele en het collectieve arbeidsrecht komen op een overzichtelijke en duidelijk gestructureerde wijze aan bod. Het boek is dan ook de ideale basisdocumentatie voor wie geïnteresseerd is in het arbeidsrecht. Het bevat geen uitweidingen over zeer specifieke juridische problemen, maar geeft een overzichtelijke blauwdruk van de rechtstak.

Ook het aantal voetnoten werd bewust beperkt. De beknopte bibliografieën die op verschillende plaatsen in het boek werden opgenomen, zijn echter een perfecte uitvalsbasis voor verder onderzoekswerk. Tevens werd een lijst opgenomen van nuttige internetadressen.

De overzichtelijke indeling maakt dit boek tot een uiterst handig en gewaardeerd werkinstrument. Een uitgave over arbeidsrecht is vaak al verouderd bij het verschijnen ervan. Bij de Synopsis ligt het echter anders: de lezer van het werk kan immers tot de publicatie van een volgende editie steeds het actualiseringskatern consulteren op de website van Intersentia (www.intersentia.be).

1. Intersentia, Groenstraat 31, 2640 Mortsel (Antwerpen), België – Tel. +32 (0) 3 680 15 50 – Fax. +32 (0) 3 658 71 21 – E-mail : mail@intersentia.be – Website : www.intersentia.be – ISBN nr. 978 – 94 – 000 – 0344 - 6

8^e Deel
Publicatieprijzen



Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 (in EUR)

1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



Het informatieblad is ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 5,00
Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 5,00

a. Gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Brochure 27,00
Bijwerkingen 2013 25,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 17,00
Bijwerkingen 2013 5,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 2,00
Bijwerkingen 2013 12,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 12,00
Bijwerkingen 2013 6,00
Basistekst¹ + bijwerkingen 2013 Losbladig 18,00

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure	45,00
Bijwerkingen 2013	13,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig
	58,00

f. Diverse Koninklijke besluiten (o.a. uitkeringen zelfstandigen, controle, betwiste zaken)

Brochure	6,00
Bijwerkingen 2013	6,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013.....	Losbladig
	12,00

g. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (a tot en met f)

Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig	168,00
Bijwerkingen 2013		52,00

h. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (c tot en met e)

Basisteksten ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig	87,00
Bijwerkingen 2013		28,00



Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF-formaat met name:

- gecöördineerde wet van 14 juli 1994
- koninklijk besluit van 3 juli 1996
- verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003 en uitvoeringsbesluiten
- verordening uitkeringen van 16 april 1997 en uitvoeringsbesluiten.

3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013.....	Losbladig	68,00
Bijwerkingen 2013		45,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig	49,00
Bijwerkingen 2013		8,00



De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, toegang vanaf de home page.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

Omsendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt.

Per blad	0,12
Abonnement ²	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012	CD-Rom 6,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GUV

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig 56,00
Bijwerkingen 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV, enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure	gratis
----------------	--------

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder	gratis
--------------	--------

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder	gratis
--------------	--------

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GUV)

Vanaf 2013 enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten

gratis


g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Boek door J. Engels (449 blz.)	12,50
--------------------------------------	-------




De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

 Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 76 70, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be

 De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. IBAN: BE 84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Nancy De Marneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Sarah Stevens
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cédric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR
B.E. 84 6790 2621 5359
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponible en français

ISSN 0046-9726