

Inhoud

1 ^e Deel – Studiën	5
Hoger beroep Topics voor een efficiënt geschillenbeheer binnen het RIZIV, door S. STEVENS	6
2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	39
4 ^{de} trimester 2012	40
3 ^e Deel – Rechtspraak	61
I. Arbeidsrechtbank van Brussel, 14 maart 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 34, 2 en 73 Experimenteel karakter – medisch risico	62
II. Hof van Cassatie, 8 april 2013 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 191, 1e lid, 15° Financiering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Bijdragen op het omzetcijfer van de farmaceutische bedrijven – Berekening	67
III. Arbeidshof van Brussel, 19 januari 2012 Verordening van 17 maart 1999 – artikel 6, 7 en 8 Verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Begrip “gezin”	74
IV. Arbeidshof van Brussel, 11 januari 2013 Na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid moet de zelfstandige werknemer worden erkend als ongeschikt voor het uitoefenen van om het even welke beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd (rekening houdende met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding).	78
V. Arbeidsrechtbank van Brugge, 24 april 2013 Gerechtigd Wetboek, artikel 1022 Rechtsplegingsvergoeding – Vakbondsafgevaardigde	81

4 ^e Deel – Pva	83
I. Federaal Plan Armoedebestrijding Automatische toekenning van sociale rechten – Plannen en maatregelen om de toekenning van sociale rechten te vereenvoudigen	84
II. Evidence based medicine Follow-up en evaluatie van klinische studies – Farmaceutische industrie – Impact op het voorschrijven – Beleid inzake psychotropen – Gebruik bij kinderen	87
III. Eerste kankerplan Strategie – Maatregelen en proefprojecten – Financiering	89
IV. Biosimilaire geneesmiddelen Inspanningen om het gebruik te stimuleren – Financiële impact voor ziekenhuizen – Terugbetaling in categorie F van EPO-biosimulans	92
V. Observatorium voor chronische ziekten Samenstelling – Opdrachten	94
VI. Tabacologen Cijfers van beroepsmensen uit de gezondheidszorgsector die tabacoloog zijn – Spreiding per gewest	96
VII. Niet-geconventioneerde zorgverleners Erelonen - Getuigschriften voor verstrekte hulp aan patiënten - Inlichtingen die een arts op het doktersattest moet vermelden	97
5 ^e Deel – Richtlijnen	99
Artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – Hervatting van een aangepaste werkzaamheid – Opheffing van het voorafgaande karakter van de toelating van de adviserend geneesheer	100
6 ^e Deel – Basisgegevens	113
I. Herwaardering van uitkeringen - Aanpassing	114
II. Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB) – Corrigendum	118

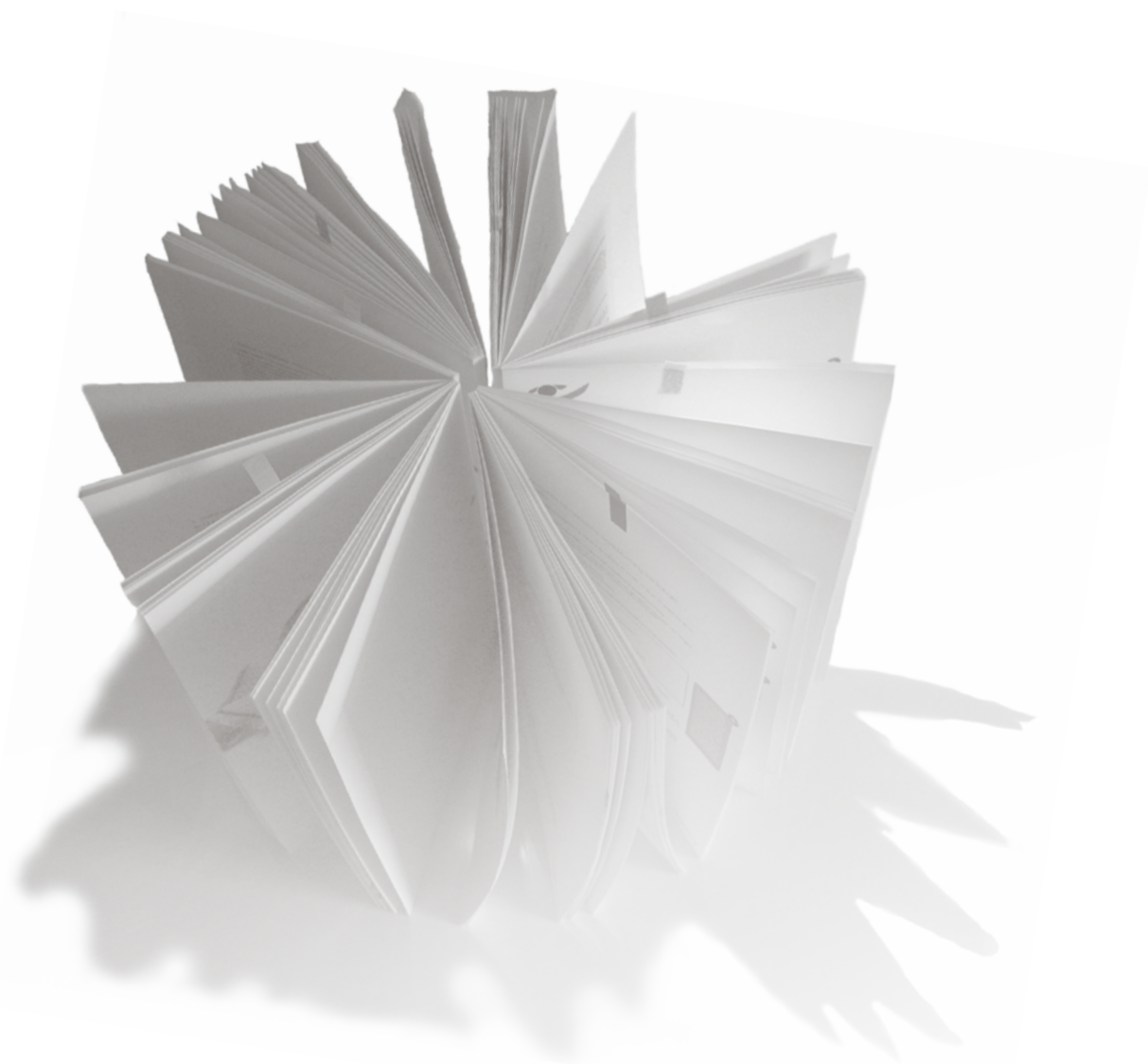
7^e Deel – Statistieken 121

Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige
verzorging – 2012 122

8^e Deel – Prijzen van de publicaties 143

Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 144

1^e Deel Studies



Hoger beroep

Topics voor een efficiënt geschillenbeheer binnen het RIZIV

Door S. Stevens, juriste, Directie juridische zaken en geschillen

1. Het hoger beroep: waarom?

Rechtsmiddelen balanceren op een slappe koord. Zonder enige twijfel dragen ze bij tot een kwaliteitsvolle justitie. Maar het gebruik ervan leidt onvermijdelijk tot verlenging van de procedures en werkt op die manier gerechtelijke achterstand in de hand, wat op zijn beurt afbreuk doet aan het broodnodige vertrouwen van de burger in justitie.¹

Eén van deze rechtsmiddelen is het hoger beroep. Een gewoon rechtsmiddel dat kan worden aangewend wanneer iemand het niet eens is met het standpunt van de rechter in eerste aanleg. Het laten beoordelen door een hogere rechterlijke instantie van een geschil dat in eerste aanleg is beslecht, heeft een aantal functies. Zeer algemeen wil het tegemoet komen aan het risico dat de eerste rechter zich heeft vergist. *Errare humanum est* !

Daarnaast kan het hoger beroep in veel gevallen beschouwd worden als een hervormingsberoep, waarbij de zaak in feite een nieuwe – weliswaar tweede – kans krijgt en dus kan worden overgedaan voor een “meer ervaren” appelrechter. Een beetje zoals de tweede zitting voor de studenten...

Tot slot draagt het hoger beroep uiteraard bij tot de eenheid in de rechtspraak.

De regels met betrekking tot het hoger beroep vinden we terug in het Gerechtelijk Wetboek en meer specifiek vanaf artikel 1050 tot en met artikel 1072*bis*. Toch is het een utopie om te denken dat het toepassen van deze wettelijke bepalingen telkenmale van een leien dakje loopt. Niets is minder waar !

Ook het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, hierna het RIZIV genoemd, ontspringt deze dans niet. Dag in dag uit wordt ons Instituut geconfronteerd met het hoger beroep, als appellant dan wel als geïntimeerde. In heel wat geschillen verloopt de beroepsprocedure zonder slag of stoot maar uiteraard verloopt het ook wel eens anders.

Het doel van deze bijdrage is een bondige uiteenzetting te geven van zowel de administratiefrechtelijke als de procedurele aspecten van het hoger beroep en meer specifiek een licht te werpen op de casuïstiek waarmee het RIZIV sedert haar ontstaan werd geconfronteerd.

Ik neem u graag mee naar een aantal belangrijke procedurestappen omtrent het hoger beroep. Op ons pad kruisen zowel de algemene wettelijke bepalingen als de procedurele en inhoudelijke pijnpunten waarmee ons Instituut in aanraking komt en die we in de toekomst moeten vermijden om de belangen van het RIZIV naar best behoren te verdedigen voor de hoven en rechtbanken.

1. B. DECONINCK, P. TAELEMAN, "Rechtsmiddelen moeten efficiënter", TPR 2012, 27.

Het volgende hoofdstuk legt zich toe op de ontvankelijkheidsvereiste van het hoger beroep. Deze procedure staat of valt immers met de ontvankelijkheid van de ingestelde vordering, meer specifiek in graad van hoger beroep.

Vervolgens gaan we dieper in op de beroepsakte die dient als middel om effectief hoger beroep in te stellen. Er is niet alleen oog voor de beroepsakte *in se* maar ook voor de beslissing en de vertegenwoordiging van het RIZIV om in rechte op te treden.

Nadien komt de beroepstermijn aan bod waar vooral gepoogd wordt om een concreet antwoord te geven op de vele vragen omtrent het vertrekpunt en de berekening van de termijn.

Ook de gevolgen van het hoger beroep worden niet vergeten. Het voorlaatste hoofdstuk legt zich toe op het opschortend, relatief en devolutief karakter van het hoger beroep.

Tot slot gaan we in de toekomst kijken. Kunnen bepaalde pijnpunten vermeden of verbeterd worden...?

Welnu, ik ga uw geduld niet langer op de proef stellen en wens u alvast veel leesgenot bij het doornemen van dit stevig staaltje hoger beroep !

“Le pire n’est jamais certain. L’aventure mérite d’être tentée.”

M. Magendie, premier président à la Cour d’Appel de Paris

2. Ontvankelijkheid van het hoger beroep

Zoals al eerder vermeld, is het hoger beroep een gerechtelijke procedure waarbij de na te leven regels bepaald worden door het Gerechtelijk Wetboek. Indien een partij niet berust in het vonnis van de rechter in eerste aanleg kan zij, indien gewenst, hoger beroep instellen bij de appelrechter. De appelrechter zal in eerste instantie, vooraleer zich te kunnen uitspreken over de zaak ten gronde, moeten nagaan of het ingestelde hoger beroep al dan niet ontvankelijk is. In het laatste geval is het ingestelde hoger beroep onontvankelijk met als gevolg dat de zaak wordt afgesloten zonder een uitspraak ten gronde.

Er kan dus wel gesteld worden dat de behandeling van een geschil in graad van hoger beroep staat of valt bij de ontvankelijkheid ervan. Van zodra de regels inzake ontvankelijkheid niet worden nageleefd, dient het hoger beroep onontvankelijk verklaard te worden. Daarnaast raken de regels inzake ontvankelijkheid van het hoger beroep de openbare orde zodat zij ambtshalve dienen opgeworpen te worden.²

Redenen genoeg om in dit hoofdstuk de nodige aandacht te besteden aan de specifieke vereisten die noodzakelijk zijn voor een rechtsgeldig en ontvankelijk hoger beroep. Dit hoofdstuk gaat dieper in op de berusting, de vonnissen die al dan niet vatbaar zijn voor hoger beroep en de partijen in het geding. De beroepsakte en de beroepstermijn – eveneens ontvankelijkheidsvereisten – zullen later in deze studie aan bod komen.

2. Cass., 13.12.1991, A. R. 7604, Arr. Cass. 1991, 346 en Pas. 1992, I, 301.

a. Berusting

PRINCIPE

Een partij verliest het vereiste belang om hoger beroep in te stellen wanneer zij berust in de beslissing van de eerste rechter. Berusting is de proceshandeling waarmee een procespartij afstand doet van het recht om rechtsmiddelen aan te wenden tegen een rechtelijke beslissing.

Artikel 1044, eerste lid Gerechtelijk Wetboek

Berusten in een beslissing is afstand doen van de rechtsmiddelen die een partij tegen alle of sommige punten van die beslissing kan aanwenden of reeds heeft aangewend.

Voorwaardelijke berusting heeft alleen dan gevolg, indien zij door de tegenpartij werd aanvaard.

Volgens auteur B. LAMBRECHT, is de berusting een daad van beschikking wat betekent dat diegene die de rechtshandeling stelt bekwaam moet zijn om daden van beschikking te stellen.³ Een gevolg hiervan is dat een volmachtdrager van de procespartij de proceshandeling "berusting" slechts kan stellen na hiertoe bijzonder gevolmachtigd te zijn.⁴ Voor wat betreft het RIZIV en de vertegenwoordiging ervan in rechte, wordt hieromtrent verwezen naar het hoofdstuk inzake het mandaat *ad litem* van de advocaten (zie *infra*).

Berusten is eveneens een eenzijdige proceshandeling, die dus niet de toestemming vereist van de andere procespartijen. De berusting is ook onherroepelijk.

Eveneens belangrijk om hierbij te vermelden is de vaststaande rechtspraak⁵ die berusting verbiedt in zaken die de openbare orde aanbelangen, dit zijn wetsbepalingen "die de essentiële belangen van de Staat of van de gemeenschap raken of die, in het privaatrecht, de juridische grondslagen vastleggen waarop de economische (politieke, sociale) of morele orde van de maatschappij rust".⁶ Toch moet dit standpunt volgens auteur S. MOSSELMANS genuanceerd worden. Op zich raakt het recht op hoger beroep de openbare orde niet: in beginsel mag de afstand ervan dus worden toegelaten. Maar die afstand is slechts toegelaten indien het materiële recht waarop het geschil betrekking heeft de openbare orde niet raakt.

WIJZEN VAN BERUSTING

Traditioneel zijn er een aantal wijzen van berusting bekend die chronologisch vóór de rechterlijke beslissing vallen, waarbij een partij dus op voorhand afstand doet van de rechtsmiddelen die ze tegen een beslissing zal kunnen aanwenden zoals bijvoorbeeld een akkoordvonnis (art. 1043 Ger. W.).⁷ Aangezien het RIZIV met deze wijze van berusting minder geconfronteerd wordt, zal ze niet verder toegelicht worden. Hierna zal enkel ingegaan worden op de wijzen van berusting na het tussenkomen van een gerechtelijke uitspraak zoals bepaald in artikel 1045 Gerechtelijk Wetboek.

3. B. LAMBRECHT, Commentaar bij art. 1044-1045 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2012, losbl., 63.

4. B. LAMBRECHT, *Ibidem*; Cass. 01.12.1983, RW 1984-1985, 835; Cass. 11.05.1979, Pas. 1979, I, 1071; Cass. 23.11.1981, Arr. Cass. 1981-1982, nr. 191, 400; Cass. 13.03.1978, Pas. 1978, I, 786; Arbh. Luik, 08.05.2000, JLMB 2002, 100.

5. Cass., 10.11.1977, Arr. Cass. 1978, 303; Cass., 07.04.1994, Arr. Cass. 1994, 349; Cass., 28.01.1999, Arr. Cass. 1999, 97; Cass. 06.12.1999, Arr. Cass. 1999, 1580; Cass. 27.11.2000, Arr. Cass. 2000, 645; Cass. 09.04.1975, Pas. 1975, I, 781, RW 1975-76, 95; Arbh. Antwerpen, 18.12.1984, RW 1985-1986, 2365; Arbh. Brussel, 03.12.1984, JTT 1985, 424; Arbh. Luik, 15.03.1987, JLMB 1987, 957; Arbh. Luik, 18.01.1991, JTT 1991, 471; Arbh. Luik, 20.02.1990, JTT 1991, 182; Arbh. Bergen, 17.04.1991, JLMB 1991, 1309; Arbh. Bergen, 02.04.1980, JTT 1980, 227.

6. S. MOSSELMANS, "Stilzwijgende berusting en de openbare orde", P&B 2002, 114.

7. B. LAMBRECHT, o.c., 66.

Uitdrukkelijke berusting

Artikel 1045, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek

De uitdrukkelijke berusting geschiedt bij eenvoudige akte, ondertekend door de partij of haar bijzonder gevolmachtigde. [...]

Indien een partij, wenst te berusten in een beslissing, moet dit gebeuren aan de hand van een door haar ondertekende schriftelijke verklaring, die in principe niet aan bijzondere formaliteiten is onderworpen.

Indien het RIZIV in een bepaald dossier zich uitdrukkelijk wenst neer te leggen bij de beslissing van de rechter dan zal zij haar raadsman hiervoor een bijzondere volmacht moeten geven ondanks zijn algemeen mandaat ter vertegenwoordiging van het RIZIV (zie infra).⁸

Stilzwijgende berusting

Artikel 1045, derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek

[...] De stilzwijgende berusting kan alleen worden afgeleid uit bepaalde en met elkaar overeenstemmende akten of feiten waaruit blijkt dat de partij het vaste voornemen heeft haar instemming te betuigen met de beslissing.

Het spreekt voor zich dat deze bepaling voor meer onduidelijkheid kan zorgen dan wanneer het gaat om een uitdrukkelijke berusting. Bij deze laatste bestaat er weinig twijfel omtrent de keuze om in de beslissing van de rechter te berusten. Gezien de formulering inzake de stilzwijgende berusting, is het niet altijd evident om met zekerheid vast te stellen dat het om een berusting gaat. Met betrekking tot de vraag wanneer er sprake is van een stilzwijgende berusting is er dan ook een uitgebreide casuïstiek ontstaan, waarvan het nuttig is een limitatief overzicht te geven.

- De betaling van de gerechtskosten maakt op zich geen stilzwijgende berusting uit⁹
- Wanneer een partij, die een deurwaarder had gelast met de betekening van het vonnis, en die betekening vindt niet plaats en hij wil later in hoger beroep gaan, is dit onontvankelijk wegens een vermoeden van berusting¹⁰
- Een partij die zich naar de wijsheid van de rechtbank gedraagt, kan niet beschouwd worden op voorhand te berusten in het vonnis dat nog zal worden uitgesproken¹¹
- Uit de doorhaling op de rol kan geen berusting worden afgeleid¹²
- De vrijwillige uitvoering van bepaalde beschikkingen van de rechterlijke beslissing impliceert nog geen berusting in de andere beschikkingen, die los staan van de eerste¹³
- De vrijwillige uitvoering van een van een bij voorraad uitvoerbaar vonnis neemt niet het belang weg om hoger beroep in te stellen.¹⁴

De stilzwijgende berusting waarvan sprake dient evenwel steeds restrictief geïnterpreteerd te worden. Is een andere interpretatie mogelijk, dan wordt de afstand niet aanvaard.¹⁵

8. Cass., 01.12.1983, RW, 1984-1985, 835; Cass., 11.05.1979, Pas. 1979, I, 1071; Cass., 23.11.1981, Arr. Cass., 1981-1982, nr. 191, 400; Cass., 13.03.1978, Pas. 1978, I, 786, Arbh. Luik, 08.05.2000, JLMB 2002, 100.

9. Cass. 15.01.1979, Pas. 1979, I, 550; Arbh. Brussel, 23.12.1974, AR 2016, Inf. RIZIV 1975, 295; Arbh. Gent, 16.01.1985, JTT 1985, 424.

10. Arbh. Luik, 31.01.1991, JLMB 1991, 168; Arbh. Luik, 22.07.1986, JTT 1988, 148.

11. Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587.

12. Cass. 10.11.1988, AR 8144, Pas. 1989, I, 259 en JT 1989, 275.

13. Cass. 07.12.1972, Pas. 1973, I, 330.

14. Cass. 24.10.1997, Arr. Cass. 1997, 1026, RW 1998-1999, 602, Cass. 27.06.1991, Arr. Cass. 1990-1991, 1068; Cass. 26.03.1984, RW 1984-85, 1090.

15. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>, met verwijzing naar Cass. 05.09.1997, Arr. Cass. 1997, 784; Cass. 19.12.1991, Arr. Cass. 1991-1992, 369.

b. Vonnissen vatbaar voor hoger beroep

ALGEMEEN PRINCIP: HOGER BEROEP IS ALTIJD MOGELIJK

Artikel 1050 van het Gerechtelijk Wetboek

In alle zaken kan hoger beroep worden ingesteld zodra het vonnis is uitgesproken, zelfs al is dit een beslissing alvorens recht te doen of een verstekvonnis. Tegen een beslissing inzake bevoegdheid kan slechts hoger beroep worden ingesteld samen met het hoger beroep tegen het eindvonnis.

In principe is hoger beroep altijd mogelijk van zodra een vonnis in eerste aanleg werd uitgesproken. Elk eindvonnis is in principe onmiddellijk vatbaar voor hoger beroep.

Hoger beroep is mogelijk tegen:

- eindvonnissen vanaf de uitspraak ervan
- vonnissen alvorens recht te doen vanaf de uitspraak ervan¹⁶
- verstekvonnissen. Tegen een verstekvonnis dient bijgevolg niet eerst verzet ingesteld te worden alvorens hoger beroep kan worden aangetekend.¹⁷

Kortom, uit de artikelen 1050 en 616 van het Gerechtelijk Wetboek volgt dat de dubbele aanleg de algemene regel is.¹⁸ Deze bepalingen werden in het Gerechtelijk Wetboek ingevoerd bij wet van 3 augustus 1992. Zij hadden onder meer tot doel dilatoire beroepen uit te sluiten door de partij te verplichten een eindbeslissing in de zaak af te wachten vooraleer hoger beroep in te stellen tegen het vonnis waarbij uitspraak wordt gedaan over een bevoegdheidsgechil.¹⁹

Het principe van de dubbele aanleg is evenwel geen algemeen rechtsbeginsel.²⁰ De artikelen 6, § 1 en 13 EVRM waarborgen trouwens geen recht op dubbele aanleg.²¹ De mogelijkheid om hoger beroep in te stellen, kan dus door de wetgever worden uitgesloten.

Wat voor het RIZIV belangrijk is bij de behandeling en het beheer van de geschillen is te weten wanneer het desbetreffende vonnis een eindvonnis en dus een definitief vonnis is dan wel een vonnis alvorens recht te doen. En wat met een gemengd vonnis?

Eindbeslissingen

Luidens artikel 19, eerste lid Gerechtelijk Wetboek is het vonnis een eindvonnis in zoverre daarmee de rechtsmacht van de rechter over een geschilpunt uitgeput is, behoudens de rechtsmiddelen bij wet bepaald. Wanneer de rechter over een geschilpunt zijn rechtsmacht heeft uitgeput kan hij later niet meer op dit punt terugkomen. Deze regel raakt de openbare orde.²² Doet hij dat toch dan maakt de rechter zich schuldig aan machtsoverschrijding.

16. Art. 1055 van het Gerechtelijk Wetboek.

17. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>; M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-Scientia, 2009, 623.

18. Ibidem.

19. P. VANLERSBERGHE, "Het hoger beroep tegen een vonnis van onbevoegdheid: het einde van een controverse", noot bij Cass. 13.02.2003, RABG 2003, 556.

20. Arbitragehof 13.07.2001, nr. 107/2001, Arr. Arb. 2001, 1493, RW 2002-2003, 92; Cass. 01.12.1987, Arr. Cass. 1987-1988, 469; Cass. 21.01.1983, RW 1982-1983, 2546.

21. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

22. Cass. 03.01.2008, RABG 2008, 326.

Wanneer de rechter bijvoorbeeld in een tussenvonnissen uitspraak doet over een bepaald geschilpunt dan is dit vonnis een eindvonnis voor wat betreft dit geschilpunt. Als achteraf zou blijken dat er hoger beroep wordt ingesteld tegen het eindvonnis en niet tegen het tussenvonnissen, dan kan de appelrechter geen uitspraak meer doen over dit geschilpunt, waarover de eerste rechter zijn eerste rechtsmacht volledig heeft uitgeoefend in het tussenvonnissen dat niet aangevochten wordt door middel van hoger beroep.²³

Vervolgens is het ook zo als er over een bepaald punt geen betwisting bestaat de uitspraak over dit punt dan ook geen eindbeslissing is in het licht van artikel 19 Gerechtelijk Wetboek²⁴. Als bijvoorbeeld de ontvankelijkheid van een vordering niet ter discussie staat en de vordering bij tussenvonnissen ontvankelijk werd verklaard, dan bevat dit tussenvonnissen geen eindbeslissing op dit punt.²⁵

Maar een vonnis waarbij de vordering ontvankelijk en gegrond wordt verklaard is een eindbeslissing overeenkomstig artikel 19 Gerechtelijk Wetboek en van zodra een eindbeslissing werd uitgesproken, kan hoger beroep worden ingesteld.

Beslissingen alvorens recht te doen

Overeenkomstig artikel 1050 eerste lid Gerechtelijk Wetboek is hoger beroep mogelijk tegen een vonnis alvorens recht te doen. Dit is een vonnis waarbij de rechter een voorafgaande maatregel beveelt om de vordering te onderzoeken of de toestand van de partijen voorlopig te regelen in afwachting van een latere uitspraak over de grond van het geschil (art. 19, 2^{de} lid Ger. W.).²⁶

Verder is nog van belang dat in artikel 1055 Gerechtelijk Wetboek sprake is van “vonnissen alvorens recht te doen” en niet van “tussenvonnissen”. Ieder vonnis alvorens recht te doen is een tussenvonnissen maar niet elk tussenvonnissen is een vonnis alvorens recht te doen. Vonnissen alvorens recht te doen zijn dus een subcategorie namelijk de tussenvonnissen waarbij de rechter over geen punt zijn rechtsmacht uitput.

Een treffend voorbeeld voor het RIZIV is de beslissing alvorens recht te doen waarbij een gerechtelijk deskundige wordt aangesteld. Van zodra een vonnis alvorens recht te doen werd uitgesproken, is het vatbaar voor hoger beroep. Voor wat betreft de toelaatbaarheid van het hoger beroep tegen een dergelijke beslissing alvorens recht te doen, dient het RIZIV te handelen zoals een hoofdberoep (art. 621 Ger. W.).²⁷ De vonnissen die een onderzoeksmaatregel uitspreken, zoals een gerechtelijk deskundigenonderzoek, zijn evenwel van rechtswege uitvoerbaar (art. 1496 Ger. W.). Andere voorbeelden van beslissingen alvorens recht te doen, zijn een vonnis waarbij de debatten worden heropend teneinde de partijen toe te laten over een tegenvordering te concluderen alsook de beslissing waarbij de overlegging van een stuk door een derde in toepassing van artikel 878 Gerechtelijk Wetboek wordt bevolen.²⁸

Op de regel dat hoger beroep mogelijk is van zodra een vonnis alvorens recht te doen uitgesproken is, bestaat één uitzondering, met name de beslissingen inzake bevoegdheid (art. 1050, 2^{de} lid Ger. W.) (zie infra).²⁹

23. Cass. 19.04.2001, Arr. Cass. 2001, 215; Cass. 13.10.2003, Arr. Cass. 2003, 493; Cass. 23.04.2004, Arr. Cass. 2004, 218; Cass. 11.04.2008, <http://www.cass.be>.

24. Cass. 08.10.2001 en Cass. 07.06.2007, <http://www.cass.be>.

25. M. CASTERMANS, Gerechtelijk Privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 62.

26. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

27. Arb. Brussel, 12.05.2011, AR 2010/AB/1118, RIZIV t./B. V. en V.I. – dit is een voorbeeld van een hoger beroep dat werd ingesteld tegen een tussenvonnissen teneinde de opdracht van de aangestelde deskundige gewijzigd te zien.

28. M. CASTERMANS, Gerechtelijk Privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 63, nr. 85.

29. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

Gemengde beslissingen

Een gemengd vonnis is een vonnis dat deels een eindbeslissing en deels een beslissing alvorens recht te doen inhoudt.

Een voorbeeld van een gemengd vonnis is een vonnis waarbij de vordering ontvankelijk werd verklaard doch waarbij een onderzoeksmaatregel werd bevolen voor zover de ontvankelijkheid werd betwist. Indien de ontvankelijkheid niet werd betwist, is dit vonnis enkel een beslissing alvorens recht te doen.

Van zodra een dergelijke beslissing wordt betekend, is hoger beroep mogelijk binnen de gewone beroepstermijn, althans voor wat betreft de aspecten waarover de rechter in dat vonnis zijn rechtsmacht uitput.³⁰

Beslissingen inzake bevoegdheid: artikel 1050, tweede lid Gerechtelijk Wetboek

Hoewel ingevolge artikel 1050, eerste lid Gerechtelijk Wetboek in alle zaken hoger beroep kan worden ingesteld zodra het vonnis is uitgesproken, zelfs al is dit een vonnis alvorens recht te doen of een verstekvonnis, bepaalt artikel 1050 tweede Gerechtelijk Wetboek dat tegen een beslissing inzake bevoegdheid enkel hoger beroep kan worden ingesteld samen met het hoger beroep tegen het eindvonnis.³¹ Deze bepaling werd ingevoerd bij artikel 42 van de Wet van 3 augustus 1992³².

Daarnaast bepaalt artikel 1055 Gerechtelijk Wetboek dat tegen ieder vonnis alvorens recht te doen of tegen ieder vonnis inzake bevoegdheid, zelfs al is het zonder voorbehoud ten uitvoer gelegd, hoger beroep kan worden ingesteld tegelijkertijd als tegen het eindvonnis. Algemeen wordt aangenomen dat de term alleen slaat op de eigenlijke “bevoegdheid” en niet op de “rechtsmacht”. Dit is de macht om recht te spreken en heeft betrekking op de uitoefening van de rechterlijke macht terwijl “bevoegdheid” betrekking heeft op de macht die de wetgever aan een bepaalde rechter toebedeelt om kennis te nemen van een bepaalde eis.

Gezien de geringe mate waarmee het RIZIV met deze soort beslissingen in aanraking komt, willen we niet nalaten het principe te vermelden maar zal dit punt niet verder worden toegelicht.

UITZONDERINGEN: HOGER BEROEP IS NIET MOGELIJK

Uit nader onderzoek is gebleken dat de wetgever om diverse redenen heel wat beslissingen heeft uitgesloten van het recht op hoger beroep. In het kader van deze studie, die zich voornamelijk toespitst op het RIZIV, lijkt het dan ook overbodig om hierna een eindeloze opsomming te geven van weinig relevante uitzonderingsgevallen voor het Instituut.

Hierna volgt een bondig overzicht van een aantal uitzonderingsgevallen die wel relevant kunnen zijn voor de geschillen omtrent de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hoger beroep is niet mogelijk tegen^{33 34}:

- beslissingen van inwendige orde (art. 1046 Ger. W.)
- akkoordvonnissen, tenzij de overeenkomst niet wettelijk tot stand is gekomen (art. 1043 Ger. W.)³⁵
- beschikkingen tot instaatstellingregeling (cf. art. 747, § 2, 4^{de} lid Ger. W.; art. 748 § 2, 5^{de} lid)
- de beslissing tot sluiting van de debatten (art. 769 Ger. W.)

30. Cass. 11.03.2004, P&B 2004, 20 met noot S. MOSSELMANS, Hoger beroep tegen een gemengd tussenvonnis na het eindvonnis.

31. E. BREWAEYS, “t Is maar een woord? Het eindvonnis van art. 1050 2^{de} lid Ger. W.”, RABG 2006, afl. 5, 364, noot bij Cass. 24.06.2005.

32. Wet van 03.08.1992 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek (B.S. 31.08.1992).

33. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-Scientia, 2009, 623 e.v.

34. Zie voor een uitgebreider overzicht: P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

35. Opgelet: men kan als partij niet verzaken aan de regels inzake hoger beroep aangezien deze regels de openbare orde raken.

- de beslissing tot aanvraag tot heropening van de debatten (art. 776 Ger. W.) *A contrario* is er wel hoger beroep mogelijk tegen de beslissingen waarbij de debatten ambtshalve heropend worden
- het vonnis waarbij de overlegging van de stukken bevolen is (art. 880, 2^{de} lid Ger. W.). Wanneer een vonnis niet enkel de overlegging van stukken beveelt maar ook de vordering ontvankelijk verklaart, terwijl de ontvankelijkheid van de vordering betwist werd, dan is dit vonnis vatbaar voor hoger beroep³⁶
- beschikkingen gewezen in kort geding bij verstek, indien zij worden bestreden door verzet (art. 1039 Ger. W.). Na de uitspraak op verzet kan wel hoger beroep aangetekend worden tegen deze uitspraak gewezen op het verzet.

Een andere uitzondering op het principe dat ieder vonnis vatbaar is voor hoger beroep is terug te vinden in artikel 617 Gerechtelijk Wetboek waarin de wetgever de mogelijkheid om hoger beroep aan te tekenen afhankelijk stelt van de waarde van het geschil.³⁷ Voor wat het RIZIV betreft, is artikel 617, eerste lid Gerechtelijk Wetboek praktisch niet toepasbaar aangezien deze bepaling niet geldt voor vonnissen van de arbeidsrechtbank. Deze vonnissen zijn steeds vatbaar voor hoger beroep.³⁸

c. Partijen die hoger beroep kunnen instellen

De wens van een partij om hoger beroep in te stellen tegen een vonnis van de eerste rechter is niet voldoende om verdere stappen hiervoor te kunnen ondernemen. De partij in kwestie moet over een aantal eigenschappen beschikken om als partij in het geding hoger beroep te kunnen instellen.

Artikel 17 van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de rechtsvordering slechts kan worden toegelaten voor zover de eiser hoedanigheid en belang heeft om ze in te stellen. Voor het instellen van hoger beroep gelden dezelfde voorwaarden. De appellant moet over de vereiste hoedanigheid en over het vereiste belang beschikken om hoger beroep in te stellen.³⁹ De rechter dient ambtshalve na te gaan of aan deze volwaarden is voldaan.⁴⁰

HOEDANIGHEID

Het RIZIV of een andere partij beschikt over de vereiste hoedanigheid wanneer zij partij in het geding in eerste aanleg was, hetzij als eisende partij, hetzij als verwerende partij of tussenkomen partij. Het is niet noodzakelijk dat deze partij, al dan niet vertegenwoordigd door haar raadsman, is verschenen of tegenspraak heeft gevoerd door middel van conclusies.⁴¹

Op dit principe bestaat echter één uitzondering die niet onbelangrijk is bij de geschillen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Artikel 1052 Gerechtelijk Wetboek bepaalt immers dat de procureur-generaal of de arbeidsauditeur hoger beroep kan aantekenen tegen beslissingen van de arbeidsrechtbank gewezen in aangelegenheden bepaald in artikelen 578, 7^o, 580, 581, 582, 1^o en 2^o en 583 Gerechtelijk Wetboek.

Indien het RIZIV geen partij was in het geding maar toch in haar rechten benadeeld werd door het vonnis in eerste aanleg kan geen hoger beroep ingesteld worden. In een dergelijke situatie staat alleen derdenverzet open zoals bepaald door de artikelen 1122 en volgende van het Gerechtelijk Wetboek. Daarnaast is het eveneens mogelijk dat, in geval het RIZIV geen partij was in het geding in eerste aanleg, één van de partijen bijvoorbeeld de verzekeringsinstelling, hoger beroep instelt en het RIZIV vrijwillig dan wel gedwongen kan tussenkomen in graad van hoger beroep (zie infra).

36. P. BOGAERTS, Overlegging van stukken, in Bestendig handboek burgerlijk procesrecht, Mechelen, Kluwer, losbl. VII.2-23.

37. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-Scientia, 2009, 625, nr. 963.

38. *Ibid.*, nr. 964.

39. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1050 Ger. W., in X., Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11547>.

40. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-scientia, 2009, 629, nr. 971.

41. M. CASTERMANS, o.c., nr. 972.

BELANG

Begrip

Opdat het RIZIV dan wel tegenpartij hoger beroep zou kunnen instellen, is niet alleen vereist dat zij beschikt over de vereiste hoedanigheid maar eveneens over het vereiste belang.⁴² In artikel 18 van het Gerechtelijk Wetboek preciseert de wetgever wat onder belang moet worden verstaan.

Het belang, waarvan sprake in artikel 17 van het Gerechtelijk Wetboek is een vereiste voor de toelaatbaarheid of ontvankelijkheid van een vordering. In artikel 17 Gerechtelijk Wetboek wordt als algemene regel gesteld dat iedere partij, die een rechtsvordering instelt, over een belang dient te beschikken. Artikel 17 Gerechtelijk Wetboek verwoordt dus het adagium "sans intérêt pas d'action".⁴³ Overeenkomstig artikel 18 Gerechtelijk Wetboek moet dit belang reeds verkregen en dadelijk zijn.

Het begrip belang wordt helaas niet gedefinieerd in het Gerechtelijk Wetboek.⁴⁴ Traditioneel wordt aangenomen dat de appellant enkel een belang om hoger beroep in te stellen kan doen gelden, indien al zijn vorderingen of een deel ervan zoals geformuleerd in de conclusies genomen voor de eerste rechter werden verworpen.⁴⁵ Het belang bestaat in het nadeel dat de appellant door het beschikkend gedeelte van de beslissing werd berokkend.⁴⁶ Dit nadeel dient *in concreto* te worden beoordeeld.⁴⁷ Hierbij is enkel het *dictum* van de beslissing relevant en dus niet de voorafgaande redenering die eventueel niet volledig met de opvattingen van de appellant zou overeenstemmen.⁴⁸

Het materieelrechtelijk belang is het belang van de appellant om het nadeel, dat het aangevochten vonnis berokkent aan zijn materieelrechtelijke toestand, door het hoger beroep ongedaan te maken.⁴⁹ De partij van wie de vordering geheel of gedeeltelijk werd afgewezen, heeft in die interpretatie een materieelrechtelijk belang bij het instellen van hoger beroep.⁵⁰

Voorwaarden

- **Het belang moet wettig zijn**

Dit betekent dat de eiser zich slechts kan beroepen op een juridisch beschermd belang.⁵¹ Het voordeel, dat men nastreeft door het instellen van hoger beroep, mag dus niet in strijd zijn met het recht.

- **Het belang moet concreet en positief zijn**

Dit belang is voorhanden zodra blijkt dat een persoon door het instellen van de vordering een voordeel kan bekomen of een verlies kan vermijden.⁵²

42. Arbh. Bergen, 11.09.2008, AR 17921, L. G. t./ V.I. en RIZIV, Inf. RIZIV, 2008/4, 586-587.

43. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-Scientia, 2009, 629, nr. 972.

44. P. VANLERSBERGHE, Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen, in M.L. STORME, P. TAELEMAN, Het proces in meervoud, Brussel, Kluwer, 1997, 53.

45. P. VANLERSBERGHE, "Belang vereist voor het instellen van een ontvankelijk hoger beroep", RABG 2006, afl. 18, 1383, noot bij Cass. 15.09.2006, Arr. Cass. 2006, afl. 9, 1747.

46. G. CLOSSET-MARCHAL, J.-F. VAN DROOGHENBROECK, S. UHLIG en A. DECROES, "Droit judiciaire privé. Les voies de recours. Examen de jurisprudence (1993-2005)", RJC 2006, nr. 159, p. 190-191.

47. S., BERNEMAN, "Het belang als toelaatbaarheidsvereiste in hoger beroep", RABG 2007, afl. 17, 1169, noot bij Cass. 09.03.2007.

48. Ibidem.

49. P. VANLERSBERGHE, "Belang vereist voor het instellen van een ontvankelijk hoger beroep", RABG 2006, afl. 18, 1383, noot bij Cass. 15.09.2006, Arr. Cass. 2006, afl. 9, 1747; K. BROECKX, Het recht op hoger beroep en het beginsel van de dubbele aanleg, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 1995, 65, nr. 115.

50. Arbh. Brussel, 16.12.2010, AR 2010/CB/3, JTT 2011, afl. 1102, 291.

51. P. VANLERSBERGHE, Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen, in M.L. STORME, P. TAELEMAN, Het proces in meervoud, Brussel, Kluwer, 1997, 53, met verwijzing naar J. VERLINDEN, "Het belang als ontvankelijkheidsvereiste van de rechtsvordering (art. 17 en 18 Ger. W.)", Jura Falc., 1987-1988, 20-21.

52. Ibid. met verwijzing naar Cass. 08.04.1983, Pas. 1983, I, 841; zie nochtans Cass., 11.05.1989, Pas. 1989, I, 956.

- **Het belang moet een reeds verkregen en dadelijk belang zijn**

Voor een verkregen en dadelijk belang volstaat het dat een partij door de eerste rechter werd veroordeeld om blijk te geven van een belang om hoger beroep in te stellen en dit ongeacht de houding die de appellatant in eerste aanleg heeft aangenomen.⁵³

Het aspect “reeds verkregen en dadelijk belang” heeft ondertussen gezorgd voor een uitgebreide casuïstiek binnen het RIZIV:

- de arbeidsrechtbank van Nijvel oordeelde in haar vonnis van 27 november 1978 dat het feit dat een derde, in dit geval het RIZIV, tussenbeide komt in een geschil tussen een verzekerde en haar ziekenfonds, alleen maar met het doel de vordering van die verzekerde voor roekeloos en tergend te horen verklaren, niet voldoende is om in hoofde van die derde een reeds verkregen en dadelijk belang als bedoeld in de artikelen 17 en 18 van het Gerechtelijk Wetboek te doen aanvaarden⁵⁴
- ook de dagvaarding in tussenkomst, die een verzekeringsinstelling aan het RIZIV betekent, is onontvankelijk bij gebrek aan reeds verkregen en dadelijk belang wanneer het geschil handelt tussen de verzekerde en zijn verzekeringsinstelling en betrekking heeft op een beslissing van een adviserend geneesheer.⁵⁵
- artikel 18, eerste lid, Gerechtelijk Wetboek maakt het bestaan van een reeds verkregen en dadelijk belang om in rechte op te treden niet ondergeschikt aan het niet-instellen van een vordering door een andere houder van het recht waarvan de miskenning wordt aangevoerd.⁵⁶

- **Het belang moet persoonlijk zijn**

Deze voorwaarde betekent dat de eiser ten slotte over een eigen belang moet beschikken.

Is de eiser een rechtspersoon, hetzij een privaatrechtelijke, hetzij een publiekrechtelijke zoals het RIZIV, dan moet dit belang het bestaan van de rechtspersoon, zijn materiële goederen en morele rechten, in het bijzonder zijn vermogen, eer en goede naam treffen.⁵⁷

De vereiste van het persoonlijk belang impliceert dat niemand in rechte kan optreden in het belang van een ander (behoudens in de hypothese van vertegenwoordiging), in het algemeen belang of ter verdediging van een collectief belang.⁵⁸

Beoordeling van het belang

Het belang wordt beoordeeld op het tijdstip van het instellen van de vordering. Vervolgens is de bedoeling dat het belang niet enkel aanwezig is bij het instellen van de vordering maar ook gedurende het ganse geding. Indien deze toelaatbaarheidsvereiste in de loop van het geding wegvalt, zal de rechter eventueel moeten vaststellen dat de vordering zonder voorwerp is geworden.⁵⁹

Een voorbeeld uit de rechtspraak: *“Het hoger beroep gericht tegen een partij die in eerste aanleg terecht buiten zake werd gesteld, is niet toelaatbaar, bij gebrek aan belang in hoofde van de appellatant en bij gebrek aan hoedanigheid in hoofde van de geïntimeerde partij die in eerste aanleg buiten zake werd gesteld”*.⁶⁰

53. G. CLOSSET-MARCHAL, J.-F. VAN DROOGHENBROECK, S. UHLIG en A. DECROES, “Droit judiciaire privé. Les voies de recours. Examen de jurisprudence (1993-2005)”, RJC 2006, nr. 159, p. 192.

54. Arbrb. Nijvel, 27.11.1978, AR 7675/N, V. t./V.I. in aanwezigheid van het RIZIV, Rechtspraakrepertorium, 9.3.1.1., nr. 1.

55. Arbrb. Namen, 28.04.1998, AR 93.801, C. J. t./V.I. en RIZIV, Rechtspraakrepertorium, 9.3.1.1., nr. 6.

56. Cass. 07.01.2013, arrest nr. S.11.0024.F, http://jure.juridat.just.fgov.be/pdfapp/download_blob?idpdf=N-20130107-5.

57. S. BEERNAERT, “Het belang als ontvankelijkheidsvereiste bij de gewone rechter, de Raad van State en het Arbitragehof”, P&B 2000, 161.

58. C. IDOMON, “Het persoonlijk belang van een rechtspersoon om een rechtsvordering voor de hoven en rechtbanken in te stellen”, P&B 2008, 227.

59. P. VANLERSBERGHE, Het belang als toelaatbaarheidsvereiste voor het instellen van tussenvorderingen, in M.L. STORME, P. TAELEMAN, Het proces in meervoud, Brussel, Kluwer, 1997, 55.

60. Arbh. Gent, 16.03.2006, AR 2004/335, L. L. t./V.I. en RIZIV, Inf. RIZIV 2006/2, 249.

d. Partijen tegen wie hoger beroep kan worden ingesteld

De meeste moeilijkheden in verband met de in het geding zijnde partijen doen zich voor in graad van hoger beroep. Van zodra een partij beslist om hoger beroep te stellen, stelt zich onmiddellijk de vraag tegen wie het hoger beroep wordt ingediend. Men kan immers als appellant niet tegen om het even welke partij hoger beroep aantekenen.

Enkel de appellant kan, overeenkomstig artikel 1057, 3^o van het Gerechtelijk Wetboek, de verwerende partij(en) aanduiden. Om te voldoen aan de hoedanigheid van verweerder moet een partij hetzij in persoon, hetzij vertegenwoordigd, in eerste aanleg tegen de appellant zijn opgetreden.

Opdat een partij een geldig hoger beroep zou indienen (principaal of incidenteel), is vereist dat er in eerste aanleg een rechtsband bestond tussen haar en de verwerende partij(en), het is te zeggen de appellant zal één of meerdere aanspraken moeten formuleren tegen elk van de verwerende partijen. De rechtsband waarvan sprake bestaat wanneer partijen tegen elkaar hebben geconcludeerd waardoor zij elkaars tegenpartij geworden zijn.⁶¹

In een arrest van 10 oktober 2002⁶² preciseerde het Hof van Cassatie wanneer partijen tegen elkaar hebben geconcludeerd. Dit is wanneer de gedaagde zich rechtstreeks in een conclusie richt tegen de eiser of zich aansluit bij een gevoerd verweer ter afwijzing van de aanspraken van de eiser op hoofdvordering die ook het voorwerp uitmaken van een vordering tot vrijwaring.⁶³ Naar aanleiding van dit arrest meent auteur B. ALLEMEERSCH dat mag worden aangenomen dat een rechtsband tussen partijen bestaat wanneer de ene partij de aanspraken van de andere partij betwist, hetzij door zelf rechtstreeks verweer te ontwikkelen, hetzij door zich aan te sluiten bij het verweer van een andere partij.⁶⁴

Tot slot werd ook door het Arbeidshof van Gent bepaald dat wanneer de verzekerde in eerste aanleg enkel de beslissing van de RSVZ aangevochten heeft, en het RIZIV niet bij de zaak werd betrokken, het hoger beroep gericht tegen deze partij onontvankelijk is.⁶⁵

e. Hoger beroep en de tussenkomende partij

Het RIZIV wordt vaak geconfronteerd met de problematiek over het al dan niet tussenkomen van de verzekeringsinstellingen in geschillen tussen een sociaal verzekerde en het RIZIV of omgekeerd over de tussenkomst van het RIZIV in geschillen tussen een sociaal verzekerde en de verzekeringsinstelling. Ook wordt het RIZIV geconfronteerd met geschillen waarin zij niet tussengekomen is terwijl zij eigenlijk partij had moeten geweest zijn.

Na een korte herhaling van de principes en bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek zal dit hoofdstuk zich verder toespitsen op specifieke problemen die zich kunnen voordoen bij de behandeling van het geschil in hoger beroep.

KORTE HERHALING VAN DE PRINCIPES EN BEPALINGEN VAN HET GERECHTELIJK WETBOEK

Luidens artikel 15 van het Gerechtelijk Wetboek is tussenkomst de “rechtspleging” (lees: vordering in tussenkomst) waarbij een derde, partij wordt in een hangend geding. Zij strekt ertoe, hetzij de belangen van de tussenkomende partij in het geding te beschermen, hetzij een veroordeling te doen uitspreken of vrijwaring te doen bevelen.

61. Ibid., met verwijzing naar P. TAELMAN, K. PITEUS, Dynamiek en evolutie van het geding in hoger beroep, in X., Goed procesrecht - Goed procederen 2002-2003, Mechelen, Kluwer, 2004, nr. 10.

62. Cass. 10.10.2002, arrest nr. C.990516.N, RW 2002-2003, 1258.

63. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-scientia, 2009, 631-632, nr. 976 met verwijzing naar Cass. 10.10.2002, RW 2002-2003, 1258 met noot B. ALLEMEERSCH.

64. Ibid., 632, nr. 976 met verwijzing naar B. ALLEMEERSCH, “Hoger beroep in meerpartijengeschillen: over het begrip “partij” en het vereiste van het bestaan van een rechtsband”, noot onder Cass. 10.10.2002, RW 2002-2003, 1259.

65. Arbh. Gent, 22.02.2011, AR 2010/AG/120.

De algemene toepasselijke bepalingen omtrent de tussenkomst van een partij worden geregeld in de artikelen 811 tot en met 814 van het Gerechtelijk Wetboek.

Zo bepaalt artikel 812, eerste lid Gerechtelijk Wetboek dat de tussenkomst kan geschieden voor alle gerechten, ongeacht de vorm van de rechtspleging, zonder dat reeds bevolen onderzoeksverrichtingen afbreuk mogen doen aan de rechten van de verdediging.

Daarnaast bepaalt artikel 811 Gerechtelijk Wetboek dat het initiatief in de regel niet kan uitgaan van de rechter.⁶⁶ De procesautonomie en meer bepaalt het recht van de partijen in burgerlijke zaken om de grenzen van het geschil zelf te bepalen, verbiedt de rechter ambtshalve uitspraak te doen over het feit dat een derde in het geding wordt betrokken.⁶⁷ Desalniettemin is er rechtspraak van het Hof van Cassatie die hieraan toevoegt dat dit niet verhindert dat de rechter inzake burgerlijke aansprakelijkheid wijst op de mogelijke betrokkenheid van derden en de heropening van de debatten beveelt om aan de partijen de mogelijkheid te geven om derden te betrekken in het geding.^{68 69}



Het doel van de tussenkomst van de nieuwe partij kan verschillend zijn, zoals:

- de belangen van die partij te beschermen
- de belangen van een reeds in het geding zijnde partij te beschermen
- een veroordeling te doen uitspreken
- een vrijwaring te doen bevelen.

In de eerste twee gevallen gaat het om een bewarende tussenkomst, die zelfs voor het eerst in hoger beroep kan worden uitgesproken.⁷⁰ In de laatste twee gevallen gaat het om een agressieve tussenkomst, die niet voor de eerste keer in hoger beroep kan plaatsvinden (art. 812, 2^{de} lid Ger. W.).⁷¹

Luidens artikel 16 Gerechtelijk Wetboek is de tussenkomst vrijwillig wanneer de derde opkomt om zijn belangen te verdedigen. Overeenkomstig artikel 813 Gerechtelijk Wetboek geschiedt deze tussenkomst bij verzoekschrift, dat, op straffe van nietigheid, de middelen en conclusies bevat. De tussenkomst kan echter ook gedwongen zijn, wanneer de derde in de loop van een rechtspleging gedagvaard wordt door een of meer partijen.

66. Arbh. Luik, 26.09.1986, Inf. RIZIV 1987/4, 264; Arbh. Luik, 24.10.1989, Inf. RIZIV 1990/1, 47; Arbh. Luik, 16.03.1990, Inf. RIZIV 1990/3, 371, Arbh. Luik, 23.03.1990, Inf. RIZIV 1990/3, 374; Arbh. Luik, 08.05.1992, Rechtspraakrepertorium RIZIV 9.3, nr. 9.

67. Cass. 18.05.1998, AR S. 97.0159.N, RIZIV t./V. D. en V.I., Inf. RIZIV 1998/4, 529, JTT 1998, 444 en RW 1998-1999 (verkort), 1262.

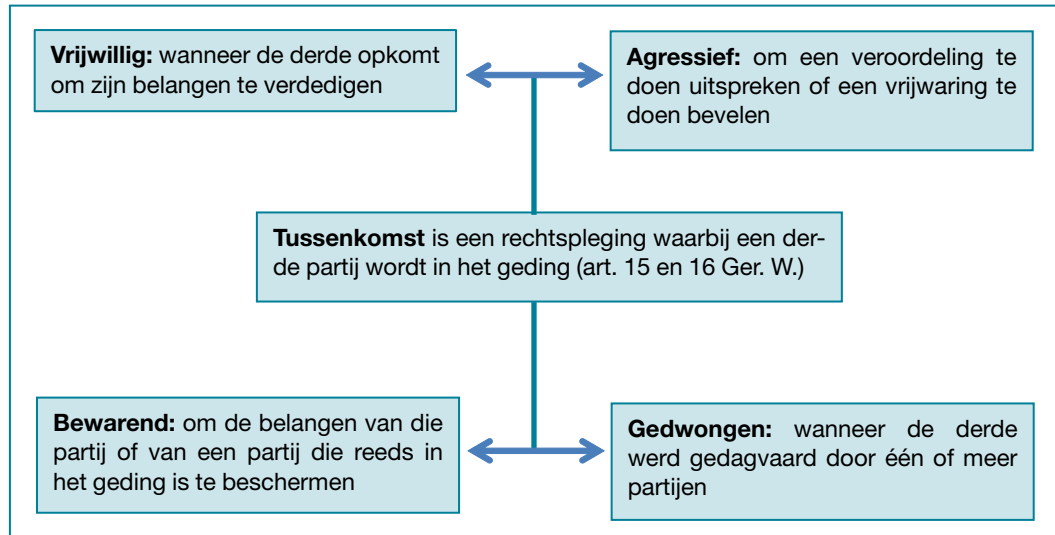
68. Cass. 03.04.2006, P&B 2007, 19.

69. S. MOSSELMANS, Tussenvorderingen in het civiele geding, Mechelen, Kluwer, 2007, 39-40.

70. Cass. 28.10.1994, AR C. 93.0069.N, Arr. Cass. 1994, 894: "Een partij kan in burgerlijke zaken voor de eerste maal in hoger beroep tussenkomen als zij zich alleen aansluit bij de stelling van een andere partij en haar tussenkomst niet strekt tot het verkrijgen van een veroordeling. (Art. 812 Ger. W.)".

71. Cass. 11.01.2001, AR C.99.0388.Fv, Arr. Cass. 2001, 60: "In burgerlijke zaken kan de gedwongen tussenkomst van een partij die voor de eerste maal in hoger beroep plaatsvindt, niet strekken tot het verkrijgen van haar veroordeling".

Tot slot bepaalt artikel 814 Gerechtelijk Wetboek dat de tussenkomst de berechting van de hoofdvordering niet mag vertragen.



ONTVANKELIJKHEIDVOORWAARDEN

Ontvankelijkheid van een vordering tot vrijwillige tussenkomst uitgaande van het RIZIV

Om ontvankelijk te zijn, moet een vordering tot vrijwillige tussenkomst gerechtvaardigd zijn door een legitiem, dadelijk en persoonlijk, materieel of moreel belang. De rechtspraak gedraagt zich zeer restrictief bij het beoordelen van dit belang. Het enkele feit dat een derde wenst tussen te komen in een geschil tussen een sociaal verzekerde en zijn mutualiteit enkel en alleen om de ingestelde vordering tergend en roekeloos te horen verklaren, is onvoldoende om in hoofde van deze derde te kunnen spreken over een actueel belang.⁷²

Men is het er over eens dat het RIZIV een moreel belang kan laten gelden aangezien het belast is met de administratie inzake de verzekering voor ziekte en invaliditeit en de administratieve controle van prestaties, die steunen op het respect van de wettelijke en reglementaire bepalingen.⁷³

Ontvankelijkheid van een vordering tot gedwongen tussenkomst in hoofde van het RIZIV

- **Gebrek aan belang**

De tegenpartij, wie ze ook mag zijn, moet een legitiem, dadelijk en persoonlijk, materieel of moreel belang aantonen wanneer zij het RIZIV gedwongen wil laten tussenkomen in het geschil. Ook hier hanteert de rechtspraak een zeer restrictieve beoordeling:

- aangezien het RIZIV geen enkele beslissing had genomen, maar enkel het standpunt van de verzekeringsinstelling had bevestigd, dewelke geen voorwerp uitmaakte van een vordering, moet de ingestelde vordering tegen het RIZIV onontvankelijk verklaard worden wegens een gebrek aan reeds verkregen en dadelijk belang⁷⁴

72. Arbrb. Nijvel, 27.11.1978, R.R. RIZIV (intranet), 9.3.1.1, nr. 1.

73. Cass. 01.03.1993, R.R. RIZIV (intranet), 9.3.3., nr. 2.

74. Arbh. Bergen, 19.04.1984, AR 6587, O.M. t./ L. F. en RIZIV, R.R. RIZIV (intranet), 3.2., nr. 13.

- het enkele feit dat de arbeidsongeschiktheid voorbijgaat aan de duur van de primaire ongeschiktheid, die het begin van de periode van invaliditeit met zich meebrengt, is onvoldoende om een belang te rechtvaardigen om het arrest gemeenschappelijk te horen verklaren voor zover het RIZIV niet in elke hypothese de eerste aanslag van de ongeschiktheid opnieuw ter discussie kan stellen door een beslissing die het begin van de invaliditeit retroactief zou weigeren.⁷⁵

- **Respect voor de rechten van de verdediging en verbod van agressieve tussenkomst in graad van hoger beroep**

Het verschil tussen een agressieve tussenkomst en een bewarende tussenkomst is essentieel bij het onderzoeken van de ontvankelijkheidsvoorwaarden van het verzoek om tussenkomst, aangezien een agressieve tussenkomst nooit kan plaats hebben in hoger beroep, terwijl een bewarende (in eerste aanleg en in hoger beroep) of agressieve tussenkomst (in eerste aanleg) ontvankelijk is voor zover de rechten van de verdediging gerespecteerd worden.

Het is niet omdat een verzoek gekwalificeerd wordt als bewarend dat dit ook effectief zo is. Men moet van zodra het verzoek werd ingeleid of tijdens de procedure nagaan of het verzoek correct werd gekwalificeerd en of ze beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 812 van het Gerechtelijk Wetboek. Hierna volgen alvast enkele voorbeelden uit de rechtspraak:

- een vordering tot vrijwaring maakt geen vordering tot bewarende tussenkomst uit die voor de eerste keer kan ingeleid worden in graad van hoger beroep, zelfs wanneer deze vordering tot vrijwaring berust op een feit of een handeling die de oorspronkelijke eiser in de dagvaarding heeft aangevoerd⁷⁶
- de vordering tot verbindverklaring van de gerechtelijke beslissing heeft enkel tot doel te beletten dat de verweerder in die vordering in een eventueel later geding met de eiser kan aanvoeren dat die beslissing hem niet kan worden tegengeworpen.⁷⁷

Het is dus essentieel om het voorwerp van de vordering na te gaan, aangezien enkel vorderingen die geen uitspraak van een veroordeling tot voorwerp hebben ontvankelijk zijn indien zij geformuleerd worden in graad van hoger beroep.

De onontvankelijkheid van een agressieve tussenkomst, weliswaar die het uitspreken van een veroordeling inhoudt, moet opgeworpen worden door de verwerende tussenkomende partij voor de rechter ten gronde. Het Hof van Cassatie bepaalt in haar arrest van 20 september 1995 dat artikel 812, tweede lid de openbare orde niet raakt, zodanig dat een middel dat voor de eerste keer in cassatie aanvoert dat de tussenkomst tot het verkrijgen van een veroordeling niet ontvankelijk is in hoger beroep, nieuw is en dus niet ontvankelijk.⁷⁸

Het artikel 812, eerste lid van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de tussenkomst kan geschieden voor alle gerechten, ongeacht de vorm van de rechtspleging, zonder dat echter reeds bevolen onderzoeksverrichtingen afbreuk mogen doen aan de rechten van de verdediging. In geval van een agressieve tussenkomst in eerste aanleg of een bewarende tussenkomst (in eerste aanleg of in hoger beroep), men moet steeds oog hebben voor het principe voor de rechten van de verdediging en het belang nagaan:

- een partij kan in burgerlijke zaken voor de eerste maal in hoger beroep tussenkomen als zij zich alleen aansluit bij de stelling van een andere partij en haar tussenkomst niet strekt tot het verkrijgen van een veroordeling⁷⁹

75. Arbh. Luik, 26.09.1986, Inf. RIZIV 1987/4, 264; Arbh. Luik, 24.10.1989, Inf. RIZIV 1990/1, 47; Arbh. Luik, 16.03.1990, Inf. RIZIV 1990/4, 371; Arbh. Luik, 23.03.1990, Inf. RIZIV 1990/4, 374; Arbh. Luik, 08.05.1992, R.R. RIZIV (intranet), 9.3.1.1., nr. 5.

76. Cass. 29.10.2004, AR C. 02.0406.N, W.A. t./ Naamloze Vennootschap der Graanmagazijnen van Antwerpen.

77. Cass. 09.11.1992, AR 9476, Pas., 1241.

78. Cass. 20.09.1995, AR P.95.0272.F, Arr. Cass. 1995, 802, Gemeenschappelijk Waarborgfonds t./ Lex.

79. Cass. 05.02.1998, AR C.94.0282.N, Arr. Cass. 1998, 71, Baeyens t./ Provincie Antwerpen.

- artikel 812 van het Gerechtelijk Wetboek staat toe diegene die wordt opgeroepen in tussenkomst het debat te weigeren wanneer de rechten van verdedigingen niet worden gewaarborgd, met name wanneer zijn verdediging zou geschaad zijn wegens een reeds verkregen beslissing⁸⁰
- artikel 812 van het Gerechtelijk Wetboek schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet, in die zin dat het de dagvaarding tot gedwongen tussenkomst tot gemeenverklaring mogelijk maakt, voor de eerste maal in hoger beroep, van een derde die een belang te vrijwaren heeft in een betwiste aangelegenheid waarover ter zake uitspraak moet worden gedaan⁸¹.

3. De akte van hoger beroep

Nadat een partij, die beschikt over de nodige hoedanigheid en het vereiste belang, beslist om hoger beroep in te stellen, komt de beroepsakte aan de beurt als instrument om deze beslissing effectief ter kennis te brengen aan de tegenpartij(en).

In dit hoofdstuk wordt u mee genomen naar de basisregels omtrent de beslissingsbevoegdheid van het RIZIV om in rechte op te treden en haar vertegenwoordiging. Ook de wijzen waarop hoger beroep kan worden ingesteld en ook de verplichte vermeldingen die een rechtsgeldige beroepsakte moet bevatten, worden hierna toegelicht.

a. De beslissing en de vertegenwoordiging in rechte van het RIZIV

Zowel in de rechtsleer als in de rechtspraak wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de bevoegde organen die de beslissing nemen om in rechte op te treden en anderzijds de vertegenwoordiging van het RIZIV vóór de rechtscolleges.

Overeenkomstig artikel 703, eerste lid Gerechtelijk Wetboek treden rechtspersonen op in rechte door tussenkomst van hun bevoegde organen. Bijgevolg is het bevoegde orgaan datgene dat binnen zijn bevoegdheid, de beslissingsbevoegdheid heeft om in rechte op te treden.

Luidens artikel 440, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek verschijnt de advocaat als gevolmachtigde van de partij zonder dat hij van enige volmacht moet doen blijken, behalve indien de wet een bijzondere lastgeving eist. Behalve in geval van een bijzondere lastgeving, wordt de advocaat die in een akte van rechtspleging verklaart op te treden in naam van een rechtspersoon, die genoegzaam is geïdentificeerd door de vermelding van zijn naam, zijn rechtskarakter en zijn maatschappelijke zetel, wettelijk vermoed daartoe een regelmatige lastgeving van een bevoegd orgaan van die rechtspersoon te hebben gekregen dat dan ook geacht wordt rechtsgeldig te hebben beslist om in rechte op te treden.

Het vermoeden van artikel 440, tweede lid is een weerlegbaar vermoeden. Dit betekent dat de advocaat zijn mandaat niet moet bewijzen, maar dat de bewijslast op de partij wordt gelegd die dit vermoeden wil ontkrachten.⁸²

Als de advocaat optreedt als gevolmachtigde van het RIZIV komen daarbij twee vragen aan bod. Enerzijds is er de vraag wie binnen het RIZIV bevoegd is om te beslissen om in rechte op te treden en anderzijds is er de vraag wie binnen het RIZIV aan de advocaat mandaat geeft om in haar naam in rechte te verschijnen en alle andere proceshandelingen te stellen. De eerste kwestie betreft het handelen van het RIZIV als publieke rechtspersoon, de andere kwestie betreft het handelen van de advocaat, namelijk het stellen van de nodige rechtshandelingen zoals het instellen van hoger beroep.

80. Cass. 04.01.1984, AR 3054, Arr. Cass. 1983-1984, 498-500.

81. GwH. 18.04.2001, arrest nr. 47/2001, AR 1881, <http://www.const-court.be/public/n/2001/2001-047n.pdf>.

82. Cass. 12.11.2008, JT 2009, 324-327.

Voor de toepassing van artikel 440 Gerechtelijk Wetboek maakt het Hof van Cassatie dit onderscheid evenwel niet.⁸³ Volgens constante rechtspraak van het Hof van Cassatie⁸⁴ wordt een advocaat die voor een rechtscollege van de rechterlijke orde een proceshandeling verricht en die in de akte van rechtspleging verklaart op te treden in naam van een rechtspersoon die behoorlijk is geïdentificeerd door de vermelding van zijn benaming, zijn rechtskarakter en zijn maatschappelijke zetel wettelijk vermoed daartoe lastgeving te hebben ontvangen die regelmatig is gegeven door het bevoegde orgaan.

In verscheidene Franstalige geschillendossiers met een gemeenschappelijk voorwerp inzake rusthuizen (betwisting van de beslissing inzake de wijziging van de afhankelijkheids categorie alsook de beslissing inzake de vermindering van het forfaitaire bedrag) hadden tegenpartijen geopperd dat het hoger beroep ingesteld door het RIZIV onontvankelijk diende te worden verklaard gezien de onbevoegdheid van de organen binnen het RIZIV die de beslissing hadden genomen om hoger beroep in te stellen.

Het Arbeidshof van Brussel heeft telkens het standpunt van het RIZIV bevestigd door in haar arresten te bepalen dat het hoger beroep van het RIZIV onvankelijk diende verklaard te worden rekening houdend met het feit dat haar advocaat beschikt over een mandaat *ad litem* en dat de geïntimeerden onvoldoende bewijzen konden aanbrengen om het wettelijk vermoeden voorzien in artikel 440, tweede lid Gerechtelijk Wetboek te weerleggen.⁸⁵

b. De wijze waarop hoger beroep kan worden ingesteld

Wie hoger beroep wenst in te stellen, dient eerst uit te maken welke vorm men daarvoor zal kunnen aanwenden.

Artikel 1056 van het Gerechtelijk Wetboek geeft een overzicht van de wijzen waarop hoger beroep kan worden ingesteld.

Deze bepaling voorziet vier wijzen, met name bij akte van de gerechtsdeurwaarder, bij verzoekschrift, bij een ter post aangetekende brief en bij conclusie.

AKTE VAN DE GERECHTSDEURWAARDER

Een eerste wijze om hoger beroep in te stellen, kan gebeuren bij akte van de gerechtsdeurwaarder die aan de tegenpartij wordt betekend. Indien het hoger beroep op deze wijze werd ingesteld, wordt het hoger beroep ingesteld op de dag van de betekening van het deurwaardersexploot, op voorwaarde dat de zaak op de rol wordt gesteld en mits betaling van het rolrecht.⁸⁶

VERZOEKSCHRIFT

Hoger beroep kan ook ingesteld worden bij verzoekschrift weliswaar tegensprekelijk. Het verzoekschrift wordt ter griffie neergelegd in zoveel exemplaren als er partijen zijn. De datum van neerlegging ter griffie geldt als datum waarop het hoger beroep werd aangetekend.

Artikel 1056, 2^o Gerechtelijk Wetboek bevat geen preciseringen voor wat betreft de wijze waarop het verzoekschrift tot hoger beroep moet worden ingediend ter griffie en dit laat natuurlijk ruimte voor interpretatie. Het is helemaal geen verplichting om het verzoekschrift persoonlijk ter griffie neer te leggen.

83. S. MOSSELMANS, "Het mandaat *ad litem* van rechtspersonen en de regelmatigheid van de beslissing van de rechtspersoon om in rechte op te treden", P&B 2007, 350.

84. Cass. 12.11.2008, JT 2009, 324-327.

85. Arbh. Brussel, 19.03.2009, AR 2007/AB/50087 (gepubliceerd); Arbh. Brussel, 02.09.2010, AR 2009/AB/51959; Arbh. Brussel, 15.10.2010, AR 2009/AB/51899; Arbh. Brussel, 30.06.2011, AR 2009/AB/52809 (+ verwijzing naar Cassatie).

86. M. CASTERMANS, Gerechtelijk Privaatrecht, Gent, Story-Scientia, 2009, 643, nr. 997.

Een verzoekschrift houdende hoger beroep is geen verzoekschrift in de zin van artikel 1034*bis* en volgende Gerechtelijk Wetboek zodat de in artikel 1034*ter* Gerechtelijk Wetboek op straffe van nietigheid voorgeschreven ondertekening geen toepassing vindt. Het Grondwettelijk Hof heeft in zijn arrest van 17 mei 2000⁸⁷ immers beslist dat artikel 1056, 2^o *juncto* artikel 1057 Gerechtelijk Wetboek, in die zin geïnterpreteerd dat artikel 1034*ter*, 6^o, van dat Wetboek, dat de verzoeker of zijn advocaat verplicht het verzoekschrift op straffe van nietigheid te ondertekenen, niet van toepassing is op verzoekschrift tot hoger beroep, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet schendt.

AANGETEKENDE BRIEF

Overeenkomstig artikel 1056, 3^o Gerechtelijk Wetboek kan hoger beroep ingesteld worden bij een per post aangetekende brief in zoverre de wet dit toelaat alsook in de zaken die behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank en die zijn bedoeld in de artikelen 579, 6^o, 580, 2^o, 3^o, 6^o, 7^o, 8^o, 9^o, 10^o en 11^o, 581, 2^o, 582, 1^o en 2^o en 583 Gerechtelijk Wetboek.

Indien hoger beroep wordt ingesteld bij een per post aangetekende brief die aan de griffie wordt toegezonden, is de datum van het hoger beroep, de datum van toezending van de brief en niet de datum van aanbidding of ontvangst van de brief. Het feit dat bij het instellen van hoger beroep conform artikel 1056, 3^o Gerechtelijk Wetboek de datum van verzending wordt aangemerkt als de dag waarop het hoger beroep wordt ingesteld terwijl niet deze datum doch wel de datum van ontvangst als datum waarop het hoger beroep wordt ingesteld conform artikel 1056, 2^o Gerechtelijk Wetboek, schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.⁸⁸

CONCLUSIE

De laatste wijze waarop hoger beroep kan worden ingesteld is bij conclusie. Het is immers een verkeerde opvatting te denken dat deze wijze enkel kan worden aangewend bij het instellen van incidenteel hoger beroep.

Wanneer het hoger beroep bij wijze van conclusie wordt ingesteld, is de datum waarop de conclusie wordt neergelegd ter griffie de datum waarop het hoger beroep wordt ingesteld.⁸⁹

Indien bij het instellen van hoger beroep een onaangepaste vorm wordt aangewend, kan ter bepaling van de sanctie geen beroep worden gedaan op de artikelen 860 en volgende Gerechtelijk Wetboek. Deze bepalingen zijn immers enkel van toepassing ten aanzien van procesvormen die voorgeschreven zijn op straffe van nietigheid. De vorm van de beroepsakte is niet voorgeschreven op straffe van nietigheid.⁹⁰ Toch betekent dit niet dat iedere sanctie uitgesloten is. De rechtspraak biedt hiervoor een oplossing, naar analogie met de rechtspraak inzake de inleiding van een vordering, zodanig dat het gebruik van een verkeerde akte zal leiden tot de niet-toelaatbaarheid van het hoger beroep. Artikel 1056 Gerechtelijk Wetboek is namelijk een regel van rechterlijke organisatie die op straffe van niet-ontvankelijkheid moet worden in acht genomen.⁹¹

c. De vermeldingen in de beroepsakte

Wie hoger beroep wenst in te stellen, dient rekening te houden met een aantal verplichte vermeldingen bij het opstellen van de beroepsakte en dit op straffe van nietigheid.

Artikel 1057 van het Gerechtelijk Wetboek geeft een overzicht van de vermeldingen, op straffe van nietigheid, die een akte van hoger beroep moet bevatten. Deze bepaling is echter niet van toepassing als het hoger beroep wordt ingesteld bij conclusie.

87. GwH. 17.05.2000, arrest nr. 58/2000, AR 1669, <http://www.const-court.be/public/n/2000/2000-058n.pdf>.

88. GwH. 30.10.2001, B. S. 22.12.2001, p. 44.721.

89. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story-scientia, 644, nr. 1000.

90. P. VANLERSBERGHE, "De akte van hoger beroep, de fax en de handtekening", RABG 2005, afl. 18, 1697.

91. *Ibidem*.

De verplichte vermeldingen zijn:

- 1° de dag, de maand en het jaar: voor wat betreft de onregelmatigheid of het verzuim in de vermelding van de datum leidt overeenkomstig artikel 862, § 1, 3° Gerechtelijk Wetboek tot de absolute nietigheid wanneer die noodzakelijk is om de gevolgen van de akte te beoordelen⁹²
- 2° de naam, voornaam, het beroep en de woonplaats van de eiser in hoger beroep
- 3° de naam, voornaam, en de woonplaats of, bij gebreke aan een woonplaats, de verblijfplaats van de gedaagde in hoger beroep
- 4° de beslissing waartegen hoger beroep wordt aangetekend. Dit betekent dat de rechter die het vonnis heeft gewezen moet worden vermeld samen met de datum van het vonnis
- 5° de rechter in hoger beroep. Ook deze bepaling is voorgeschreven op straffe van absolute nietigheid overeenkomstig artikel 862, § 1, 4° Gerechtelijk Wetboek. Het volstaat immers wel om enkel het desbetreffende gerecht te vermelden
- 6° de plaats waar de gedaagde in hoger beroep akte moet laten nemen van zijn verklaring van verschijning
- 7° de uiteenzetting van de grieven (zie infra)
- 8° de plaats, de dag en het uur van verschijning, tenzij hoger beroep is ingesteld bij een per post aangetekend schrijven, in welk geval de griffier de partijen oproept om te verschijnen op de zitting die de rechter bepaalt.

Naast deze op straffe van nietigheid voorgeschreven verplichte vermeldingen mag niet uit het oog worden verloren dat de akte van hoger beroep steeds moet worden opgesteld in de taal van de rechtspleging.⁹³

Vreemd genoeg vermeldt artikel 1057 Gerechtelijk Wetboek niet dat het verzoekschrift in hoger beroep ondertekend moet worden. Evenmin kan de ondertekening afgeleid worden uit artikel 1034^{ter}, 6° Gerechtelijk Wetboek aangezien deze bepaling niet toepasselijk is op het verzoekschrift in hoger beroep (zie infra). Er kan hieruit afgeleid worden dat de ondertekening van het verzoekschrift in hoger beroep niet op straffe van nietigheid is voorgeschreven.⁹⁴

Een belangrijke toepassing omtrent dit artikel voor het RIZIV is beschreven in het arrest van 11 maart 2009 van het Grondwettelijk Hof.

Het Grondwettelijk Hof oordeelde in dit arrest dat de bepaling van artikel 1057 Gerechtelijk Wetboek in de mate dat deze ertoe kan leiden dat een hoger beroep, ingesteld door een sociaal verzekerde, onontvankelijk wordt verklaard wegens het niet voldoen aan artikel 1057 Gerechtelijk Wetboek, onevenredige gevolgen heeft. Artikel 704, § 2 Gerechtelijk Wetboek laat toe een hoger beroep in te stellen bij de arbeidsrechtbank door middel van een verzoekschrift dat niet onderworpen is aan artikel 1034^{bis} en volgende Gerechtelijk Wetboek (zie supra). Wanneer de sociaal verzekerde hoger beroep aantekent tegen een beslissing van de arbeidsrechtbank, wordt de sociaal verzekerde noch door artikel 792, derde lid Gerechtelijk Wetboek noch door enige andere bepaling van het Gerechtelijk Wetboek in kennis gesteld van de vormvoorwaarden waaraan de beroepsakte moet voldoen. Op die manier wordt de sociaal verzekerde zonder verantwoording op dezelfde manier behandeld als de persoon die vanaf aanvang van de procedure moest voldoen aan de vormvereisten van artikel 1034^{ter} Gerechtelijk Wetboek. In deze mate schendt artikel 1057 Gerechtelijk Wetboek de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.⁹⁵

92. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Gent, Story-Scientia, 2009, 646, nr. 1001.

93. Cass. 05.01.2012, AR C.10.0105.N, www.juridat.be.

94. Arbitragehof 17.05.2000, nr. 58/2000, B. S. 18.07.2000, p. 25.005 (prejudiciële vraag).

95. GwH. 11.03.2009, nr. 51/2009, B. S. 05.05.2009, p. 35159.

Dit arrest heeft toch wel enige invloed gehad op de werkwijze bij de griffies van de arbeidsrechtbanken die de beslissingen ter kennis brachten aan de partijen in het geding. Bij de kennisgeving van het vonnis werd vanaf toen systematisch een begeleidende brief meegestuurd met daarin een overzicht van de mogelijke rechtsmiddelen en hun specifieke vormvereisten. Het gebruik van deze begeleidende brief bestond al wel maar vanaf de gewezen uitspraak van het Grondwettelijk Hof heeft het pas echt een opmars gekend, zeker voor wat betreft het vermelden van de grieven.

d. De motivering van de beroepsakte: middelen en grieven

De uiteenzetting van de grieven werd vroeger niet altijd vereist.⁹⁶ Deze vereiste werd ingevoerd bij artikel 34 van de wet van 3 augustus 1992 om dilatoire hogere beroepen tegen te gaan.⁹⁷

Luidens artikel 1057, 7^o Gerechtelijk Wetboek dient de akte van hoger beroep een opgave te bevatten van de grieven.

Grieven kunnen gedefinieerd worden als de bezwaren van de appelland tegen de bestreden beslissing, de redenen waarom hij zich door het vonnis gegriefd acht, waarom het vonnis moet hervormd worden. Zij kunnen betrekking hebben op zowel de grond van de zaak als de procesvoering voor de eerste rechter.⁹⁸

Zij moeten klaar en duidelijk in de akte van hoger beroep vermeld worden teneinde de gedaagde in hoger beroep in staat te stellen zijn conclusie of verdediging voor te bereiden en om de appelrechter in staat te stellen de draagwijdte ervan na te gaan.⁹⁹ De verplichte uiteenzetting van de grieven heeft eveneens tot doel de appelland te doen nadenken over de rechtvaardiging van zijn beslissing om hoger beroep in te stellen.¹⁰⁰

Deze grieven moeten zodanig worden omschreven dat geïntimeerde met zekerheid weet om welke reden(en) appelland de gewezen beslissing aanvecht, zodat hij zijn verweer hiertegen kan voorbereiden en voordragen. De grieven zullen eveneens voor de appelrechter een aanduiding zijn waarop hij zijn onderzoek en zijn beslissing moet richten. Dit vereist dat de grieven voldoende specifiek, nauwkeurig en duidelijk zijn, zonder dat evenwel een gedetailleerde uiteenzetting nodig is.¹⁰¹

Algemene nietszeggende formules, zoals de stelling dat de eerste rechter de eis ten onrechte heeft verworpen, een algemene of beknopte verwijzing naar de beslissing van de eerste rechter of naar de in de gedinginleidende akte uiteengezette middelen voldoen evenwel niet aan de vereisten van de wet, zomin als een loutere verwijzing naar de in eerste aanleg genomen conclusie(s) of naar de later in hoger beroep aan te voeren middelen.¹⁰²

Grieven moeten evenwel onderscheiden worden van de middelen en argumenten die aangewend worden ter staving van de grieven.

Wanneer de appelland nalaat om de grieven te vermelden of om deze grieven voldoende duidelijk te formuleren, wordt deze nalatigheid gesanctioneerd met een relatieve, *in limite litis* op te werpen nietigheid van de beroepsakte.¹⁰³

96. Zie oud art. 1063 Ger. W. dat werd opgeheven.

97. J. PETIT, Sociaal procesrecht, Brugge, Die Keure, 2007, 641, nr. 633.

98. O.c., 648, nr. 1001.

99. B. MAES, Inleiding tot het burgerlijk procesrecht, Brugge, Die Keure, 2006, 251; Cass. 02.05.2005, RW 2006-2007, 547; Arbh. Bergen, 22.05.2008, AR 19117, C. M. t./RIZIV en V. I., Inf. RIZIV 2008/4, 585.

100. S. BERNEMAN, "Over nieuwe grieven, nieuwe middelen en nieuwe vorderingen in hoger beroep: what's in a name?", RABG 2008, afl. 11, 670-671, nr. 2.

101. Arbh. Antwerpen, 11.10.2007, AR 2060031, F. W. t./RIZIV, Inf. RIZIV 2008/1, 47; Arbh. Luik, 09.01.2007, AR 33909/06, A. S. en G. C. t./V. I., RIZIV en FOD Sociale Zekerheid, Inf. RIZIV 2007/1, 50.

102. Ibid., 671, nr. 3; B. MAES, Inleiding tot het burgerlijk procesrecht, Brugge, Die Keure, 2006, 252; J. LAENENS, K. BROECKX en D. SCHEERS, Handboek gerechtelijk recht, Antwerpen, Intersentia, 2004, 547, nr. 1176.

103. S. BERNEMAN, O.c., 672, randnr. 4; Arbh. Antwerpen, 12.12.2006, AR 2050721, K. F. t./V. I. en RIZIV, Inf. RIZIV 2007/1, 51.

Het al dan niet toepassen van deze nietigheid zal beoordeeld worden aan de hand van het criterium belangenschade (art. 861 Ger. W.). De geïntimeerde partij zal zijn belangenschade moeten aantonen. De hierboven omschreven nietigheid wordt uitgesproken indien drie voorwaarden vervuld zijn:

1. de geïntimeerde moet een werkelijk nadeel aantonen
2. de geïntimeerde moet aantonen dat het niet vermelden van de grieven hem een nadeel heeft berokkend
3. de nietigheid kan slechts *in limite litis*¹⁰⁴ opgeworpen worden (art. 864, eerste lid Ger. W.).

Dit is onder andere het geval indien de geïntimeerde zijn verdediging hierdoor niet kan voorbereiden.¹⁰⁵

In het verlengde hiervan moet ook een reflectie gemaakt worden naar het reeds besproken arrest van 11 maart 2009 van het Grondwettelijk Hof (zie supra) en de daarmee samenhangende problematiek inzake de grieven voor het RIZIV. Concreet voor wat betreft de uiteenzetting van de grieven bepaalt dit arrest dat een sociaal verzekerde, als appellant ten aanzien van het RIZIV, niet verplicht is zijn beroepsakte te motiveren. Wanneer het RIZIV deze beroepsakte ontvangt, is het des te moeilijker om niet te zeggen onmogelijk om een goed verweer op papier te zetten wat een efficiënt geschillenbeheer in de weg staat.

4. De termijn voor hoger beroep

Niet zozeer de duur van de termijn voor hoger beroep zorgt voor problemen maar wel het bepalen van het vertrek- en eindpunt. Het bepalen van het vertrekpunt en de verdere berekening van deze termijn vergt een doordachte oefening. Niet onbelangrijk natuurlijk als u weet dat het indienen van het hoger beroep binnen de gestelde termijn een toelaatbaarheidsvereiste is voor dit rechtsmiddel.¹⁰⁶

a. Duur van de termijn

Artikel 1051 van het Gerechtelijk Wetboek

De termijn om hoger beroep aan te tekenen is één maand, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of de kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid.

Deze termijn loopt eveneens vanaf de dag van die betekening ten aanzien van de partij die het vonnis heeft doen betekenen.

Heeft een van de partijen aan wie of op wier verzoek het vonnis is betekend, geen woon- of verblijfplaats of geen gekozen woonplaats in België, dan wordt de termijn van hoger beroep verlengd overeenkomstig artikel 55.

Het zelfde geldt wanneer één van de partijen aan wie het vonnis ter kennis is gebracht overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid geen woon- of verblijfplaats, of gekozen woonplaats in België heeft.

Het principe is zo dat van zodra een vonnis werd uitgesproken hoger beroep kan worden aangetekend (art. 1050, 1^{ste} lid Ger. W.). De wetgever heeft hiervoor een termijn voorzien die in de regel één maand bedraagt. Dit is een vervaltermijn.

104. Indien partijen reeds over de zaak hebben besloten, zonder dat dit punt werd opgeworpen, zal de nietigheid bijgevolg gedekt zijn.

105. De sanctie is de niet-ontvankelijkheid van het hoger beroep (Arbh. Antwerpen, 14.11.1997, Soc. Kron. 1998, 198).

106. A. VANDERHAEGHEN, "Aanvang beroepstermijn", NJW 2009, afl. 204, 505-506.

Deze termijn bedraagt in principe één maand, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis (regel) of de kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek (in de gevallen bij wet bepaald).

b. Vertrekpunt van de termijn

Behoudens in bijzondere gevallen geldt de wettelijke beroepstermijn van één maand. Het aanvangspunt is in de regel de betekening van de uitspraak (art. 1051, eerste lid Ger. W.)¹⁰⁷, uitzonderlijk de kennisgeving ervan (art. 792, 2^{de} en 3^{de} lid Ger. W.).^{108 109}

DE BETEKENING

In de regel neemt de termijn van één maand een aanvang vanaf de betekening. Met betekening wordt bedoeld “de afgifte van een origineel of een afschrift van de akten. Zij geschiedt bij gerechtshuurwaardersexploot of, in de gevallen die de wet bepaalt, in de vormen die zij voorschrijft” (art. 32, 1^{ste} lid, 1^o Ger. W.).

Artikel 1051 eerste lid Gerechtelijk Wetboek is eigenlijk een toepassing van artikel 57 Gerechtelijk Wetboek.¹¹⁰ Laatstgenoemd artikel stelt dat, tenzij de wet anders bepaalt, de termijn voor verzet, hoger beroep en een voorziening in cassatie begint bij de betekening van de beslissing aan de persoon of aan de woonplaats, of in voorkomend geval vanaf de afgifte of het achterlaten van het afschrift zoals is vastgesteld in artikels 37, 38 en 40 Gerechtelijk Wetboek.

Wanneer de betekening geschiedt door het achterlaten van een afschrift, dan wordt de partij aan wie werd betekend een aangetekend schrijven toegestuurd. Het verzenden van een aangetekende brief, voorzien bij artikel 38, § 1 Gerechtelijk Wetboek, is een loutere voorzorgsmaatregel die niet de gevolgen heeft van een betekening.¹¹¹ De betekening gebeurt dus op het tijdstip van het achterlaten van het afschrift.¹¹²

Om daadwerkelijk te kunnen spreken van een betekening in de zin van artikel 32 Gerechtelijk Wetboek moeten een paar vereisten vervuld zijn. Zo is onder andere vereist dat de akte van rechtspleging het voorwerp uitmaakt van het deurwaardersexploot. Er is geen sprake van een betekening in de zin van artikel 32 Gerechtelijk Wetboek wanneer een akte meegedeeld wordt naar aanleiding van de betekening van een andere akte.¹¹³ Ook moet de betekening rechtsgeldig gebeuren, dit wil zeggen dat de betekening moet uitgaan van een bestaande natuurlijke persoon of rechtspersoon. De betekening van een vonnis op verzoek van een niet bestaande natuurlijke persoon of rechtspersoon heeft geen rechtsgevolg, ook al is de betekening naar de vorm niet nietig.^{114 115}

Er moet ook rekening worden gehouden met een eventuele woonstkeuze. Wanneer de partij met zetel of woonplaats in België aan wie wordt betekend een woonplaats heeft gekozen, dan werd aanvaard dat het niet verplicht was om de betekening te doen aan de gekozen woonplaats.¹¹⁶ Het Hof van Cassatie heeft evenwel geoordeeld dat wanneer een partij kennis heeft van de woonstkeuze door een partij die in België haar zetel of woonplaats heeft, zij niet zonder miskennis van artikel 39 Gerechtelijk Wetboek deze gekozen woonplaats kan negeren.^{117 118}

107. Cass. 22.10.2004, Arr. Cass. 2004, 1658.

108. Arbitragehof 17.12.2003, nr. 2003/170, B. S. 01.03.2004.

109. A. VANDERHAEGEN, o.c., 506.

110. P. VAN RILLAER, Art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, I, deel IV, Boek III, Titel III, Hfst I, Ger. W. Art. 1051-1 – Ger. W. 1051-15, Mechelen, Kluwer, 1997, losbl.

111. Cass. 17.12.1998, Arr. Cass. 1998, 528.

112. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637.

113. Ibidem, 637.

114. Cass. 15.06.2000, Arr. Cass. 2000, 373.

115. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637.

116. Brussel 02.02.1999, <http://www.cass.be>.

117. Cass. 22.06.2007, RABG 2007, 17 met noot B. MAES.

118. M. CASTERMANS, Gerechtelijk privaatrecht, Gent, Story Publishers, 2009, 637-638.

Belangrijk is ook hier de link te leggen met het verbod op rechtsmisbruik. Wanneer betekend wordt aan een achterhaald adres, terwijl die partij die overgaat tot betekening het actuele adres kent, dan is er sprake van rechtsmisbruik en kan de termijn van een rechtsmiddel niet ingaan door deze betekening op het achterhaald adres.¹¹⁹

De termijn om hoger beroep aan te tekenen in een geschil tot terugvordering, krachtens artikel 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, neemt geen aanvang op het tijdstip van de kennisgeving van de betreden beslissing bij gerechtsbrief aan partijen, doch wel bij de betekening van deze beslissing.¹²⁰

DE KENNISGEVING

Volgens artikel 1051 eerste lid Gerechtelijk Wetboek doet de kennisgeving van het vonnis de beroepstermijn ingaan wanneer de kennisgeving gebeurt overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek (art. 1051, 1^{ste} lid Ger. W.).¹²¹

Artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek bepaalt uitdrukkelijk dat voor de zaken opgesomd in artikel 704 eerste lid, de griffier, binnen de acht dagen bij gerechtsbrief het vonnis ter kennis brengt van partijen. Uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 12 januari 1993¹²² waarbij die bepaling in het Gerechtelijk Wetboek werd ingevoegd, blijkt dat het de bedoeling was de betekening van gerechtelijke uitspraken in geschillen betreffende de sociale zekerheid te vereenvoudigen en een vlugge tenuitvoerlegging ervan mogelijk te maken.¹²³

De in artikel 704, eerste lid Gerechtelijk Wetboek bedoelde geschillen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat zij betrekking hebben op sociaal zekerheidszaken die bij verzoekschrift kunnen worden ingeleid bij de arbeidsrechtbank en waar de verzoekende partij hoger beroep instelt tegen een uitvoerbare administratieve beslissing. Dit impliceert dat in de aangelegenheden, bedoeld in de artikelen 508/16, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° en 11°, 581, 2°, 582, 1° en 2° en 583, de kennisgeving geldt als vertrekpunt van de termijn voor het instellen van hoger beroep.¹²⁴ Dit impliceert eveneens dat het RIZIV in de overgrote meerderheid van de geschillen op deze manier kennis krijgt van de uitspraak van de arbeidsrechtbank waardoor de termijn, om eventueel hoger beroep in te stellen, een aanvang neemt.

Overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid van het Gerechtelijk Wetboek dient deze kennisgeving te gebeuren door de griffier die het vonnis binnen de acht dagen na de uitspraak per gerechtsbrief ter kennis brengt aan de partijen.

In een arrest van 19 augustus 2010 was het Arbeidshof van Luik van mening dat de betwisting, waarbij een rusthuis en het RIZIV tegenover elkaar staan, niet ressorteert onder de toepassing van artikel 704, § 2 Gerechtelijk Wetboek, noch onder het artikel 52, § 3 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Hierdoor had het Hof beslist dat het hoger beroep ontvankelijk was *ratione temporis* aangezien artikel 792, §§ 2 en 3 Gerechtelijk Wetboek niet toepasselijk was en de betekening per gerechtsbrief buiten de wettelijk voorziene gevallen niet de aanvang van de beroepstermijn tot gevolg heeft.¹²⁵

119. Ibidem, 638.

120. Cass. 05.03.2007, AR S. 05.0102.N, Pas. 2007/3, 4569, SPRL D. t./ V.I.

121. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 1997, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11548>.

122. Wet van 12.01.1993 houdende een urgentieprogramma voor een meer solidaire samenleving, B. S., 04.02.1993.

123. Gedr. St. Kamer, buitengewone zitting 1991-1992 nr. 630/1, p. 7-13-39.

124. P. VANLERSBERGHE, "De kennisgeving in sociale zaken als vertrekpunt van de termijn voor het instellen van een rechtsmiddel", RABG 2005, afl. 9, 844, nr. 3.

125. Arbh. Luik, 19.08.2010, AR 008857/2009, V. L. t./ RIZIV, Inf. RIZIV, 2010/2-3, 282-283 met verwijzing naar het Cass. 12.01.2004 gepubliceerd in het Inf. RIZIV, 2004/2, 222; Cass. 28.02.2002, RW 2003-2004, col. 77.

Tegenstrijdige rechtspraak op het gebied van de kennisgeving

Over het effectieve vertrekpunt van de beroepstermijn, in geval de kennisgeving gebeurde per gerechtsbrief, is er lange tijd heel wat rechtsonzekerheid geweest als gevolg van tegenstrijdige rechtspraak van het Hof van Cassatie en van het Grondwettelijk Hof.

Volgens de destijds geldende rechtspraak van het Hof van Cassatie nam de termijn in geval van kennisgeving een aanvang op datum van toezending bij de postdiensten.¹²⁶

Er was toen ook rechtspraak die dit principe bevestigde in die zin dat de kennisgeving van een vonnis, die in toepassing van artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek, de beroepstermijn doet lopen, gebeurt op de datum van de verzending van de gerechtsbrief en niet op de datum van de aanbidding of de ontvangst ervan.¹²⁷

Het Grondwettelijk Hof daarentegen was van oordeel dat de termijn, in geval van kennisgeving, ten vroegste kan beginnen lopen vanaf het ogenblik waarop de bestemming kennis kon krijgen van de beslissing.¹²⁸ In haar arrest van 17 december 2003¹²⁹ heeft het Grondwettelijk Hof, toen nog Arbitragehof, voor recht gezegd: “in de interpretatie dat de voorzieningstermijnen tegen een beslissing waarvan bij gerechtsbrief kennis wordt gedaan, ingaan op de datum van verzending van de gerechtsbrief, schenden de artikelen 32, 2^o en 46, § 2 in samenhang gelezen met artikel 792, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. In de interpretatie dat de voorzieningstermijnen ingaan op de datum waarop de gerechtsbrief door de postdiensten ter hand is gesteld aan de geadresseerde in eigen persoon of aan diens woonplaats, schenden deze artikelen de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet”.

Ook deze rechtspraak werd meerdere keren bevestigd:

- De beroepstermijn neemt een aanvang, niet op de dag waarop de gerechtsbrief aan de postdiensten wordt aangeboden, maar de dag waarop de gerechtsbrief door de postdiensten aan de geadresseerde in eigen persoon wordt aangeboden of aan diens woonplaats¹³⁰
- De beroepstermijn begint te lopen de dag die volgt op deze waarop de bestemming een kopie heeft ontvangen van de beslissing van de arbeidsrechtbank.¹³¹

Door de invoering van de wetgever van artikel 53*bis* in het Gerechtelijk Wetboek werd uiteindelijk een einde gesteld aan de jarenlange rechtsonzekerheid en tegenstrijdige jurisprudentie tussen het Hof van Cassatie en het Grondwettelijk Hof. Deze bepaling regelt, met ingang van 31 december 2005¹³², het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving. Na de inwerkingtreding van deze nieuwe wetsbepaling herzag het Hof van Cassatie zijn rechtspraak en trad de zienswijze van het Grondwettelijk Hof bij.^{133 134}

126. Cass. 24.01.1974, Arr. Cass. 1974, 581; Cass. 24.12.1982, Arr. Cass. 1982-1983, 572, RW 1983-1984, 1024; Cass. 06.06.1991, Arr. Cass. 1990-1991, 995; Cass. 20.05.1996, Arr. Cass. 1996, 473; Cass. 09.12.1996, Arr. Cass. 1996, 1183; Cass. 17.03.1997, Arr. Cass. 1997, 359.

127. Arbh. Gent, 02.10.2000, AR 174/94; Arbh. Brussel, 22.02.2001, AR 30143; Arbh. Gent, 05.07.2001, AR 2000/114; Arbh. Antwerpen, 23.06.2000, AR 980265 (niet gepubliceerd); Arbh. Gent, 23.05.2002, AR 2001/418, V. G. t./ RIZIV (niet gepubliceerd); Arbh. Antwerpen, 04.12.2003, AR 2010396, H. L. t./ RIZIV (niet gepubliceerd).

128. P. VANLERSBERGHE, “Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving”, RABG 2009, afl. 17, 1167, nr. 1.

129. Arbitragehof 17.12.2003, nr. 170/2003, RW 2003-2004, 1145, met noot J. LAENENS “De kennisgeving van een rechtelijke beslissing als vertrekpunt van een vervaltermijn: een rechtspraakommekeer”, P&B 2004, 55 en JLMB 2004, 145, met noot E. BREWAEYS “Kennisgeving bij gerechtsbrief: een nieuwe benadering”; Arbitragehof 16.11.2005, arrest nr. 166/2005.

130. Arbh. Gent, 10.02.2004, AR 2003/331, A. J. t./ RIZIV (niet gepubliceerd).

131. Arbh. Antwerpen, 15.03.2004, AR 2030502, G. M. t./ RIZIV (niet gepubliceerd); Arbh. Antwerpen, 24.03.2004, AR 2000297, T. B. E. t./ RIZIV (niet gepubliceerd); Arbh. Brussel, 18.12.2006, AR 44.947, D. V. A. t./ V.I. en RIZIV, Inf. RIZIV, 2007/1, 47-48; Arbh. Brussel 15.01.2007, AR 45.466, W. G. t./ V.I. en RIZIV (niet gepubliceerd); Arbh. Antwerpen, 11.01.2011, AR 2010/AA/488, G. U. t./ RIZIV, Inf. RIZIV, 2010/4, 429-431.

132. De wet van 13.12.2005 (B. S. 21.12.2005) bepaalt geen datum van inwerkingtreding voor het hoofdstuk “Termijnen”. Bijgevolg treedt het nieuwe art. 53*bis* Ger. W. in werking de tiende dag na de bekendmaking in het B. S. (art. 4 van de wet van 31.05.1961, B. S. 21.06.1961).

133. P. VANLERSBERGHE, “Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving”, RABG 2009, afl. 17, 1167, nr. 1.


134. Cass. 23.06.2006, Pas. 2006, I, 1497, concl. Adv.-gen. A. Henkes en JT 2006, 675, concl. Adv.-gen. A. Henkes; Cass. 12.01.2007, RABG 2007, afl. 10, 659.

Artikel 53bis van het Gerechtelijk Wetboek

Overeenkomstig art. 53bis Gerechtelijk Wetboek zijn er twee hypothesen mogelijk: ofwel geschiedt de kennisgeving bij gerechtsbrief of bij een ter post aangetekende brief met ontvangstbewijs, ofwel geschiedt zij bij aangetekende brief of bij gewone brief. Omdat de definitie van een kennisgeving in artikel 32 Gerechtelijk Wetboek ongewijzigd bleef, geschiedt deze in de regel steeds langs de post.¹³⁵ Een kennisgeving per fax of per elektronische post komt momenteel nog niet in aanmerking.^{136 137}

Naar gelang van het gebruikte medium, dat door de wet wordt bepaald, zal de termijn op een verschillend ogenblik een aanvang nemen.¹³⁸

De eerste hypothese is deze waarin de kennisgeving gebeurt bij een gerechtsbrief of bij een aangetekend schrijven met ontvangstmelding. In dat geval bepaalt de wet dat de termijn wordt berekend van de eerste dag die volgt op die waarop de brief wordt aangeboden op de woonplaats, de verblijfplaats of de gekozen woonplaats van de geadresseerde (art. 53bis, 1^{ste} lid, 1^o Ger. W.).¹³⁹ De termijn begint in deze hypothese daags na de aanbieding te lopen. De termijn wordt dan gerekend vanaf het uur nul van de dag na de aanbieding van de brief door de postdiensten aan de geadresseerde (art. 52 Ger. W.) De eerste dag die volgt op de aanbieding, ongeacht of dat een zaterdag, zon- of feestdag is, is ook de eerste dag van de termijn.¹⁴⁰

 Wanneer een gerechtsbrief wordt toevertrouwd aan de post op maandag 4 maart 2013 en wordt aangeboden aan het RIZIV op dinsdag 5 maart 2013, zal de termijn beginnen lopen op woensdag 6 maart 2013, dus de dag na de aanbieding. Woensdag 6 maart 2013 is dan ook de eerste dag van de termijn. De beroepstermijn van één maand zal bijgevolg verstrijken op vrijdag 5 april 2013.

De tweede hypothese doet zich voor wanneer de kennisgeving gebeurt bij aangetekende brief zonder ontvangstmelding of bij gewone brief. In dat geval wordt de beroepstermijn gerekend van de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd (art. 53bis, 1^{ste} lid, 2^o Ger. W.). Anders gezegd, in deze hypothese begint de termijn te lopen op de derde werkdag volgend op de verzending.¹⁴¹ De termijn wordt dan gerekend vanaf het uur nul van de derde werkdag na de afgifte aan de postdiensten (art. 52 Ger. W.). Die derde werkdag is tegelijk de eerste dag van de termijn die de kennisgeving doet lopen.¹⁴² De datum van verzending blijkt alvast uit het afgiftebewijs van de aangetekende zending, bij een gewone brief is dat de poststempel op de briefomslag.

 Wanneer een gewone brief op maandag 4 maart 2013 aan de postdiensten wordt overhandigd, dan zal de beroepstermijn beginnen te lopen op de derde werkdag volgend op de dag van de verzending *in casu* maandag 4 maart 2013. De termijn zal dus een aanvang nemen op donderdag 7 maart 2013 en bijgevolg verstrijken op maandag 8 april 2013¹⁴³.

135. De kennisgeving bij aangetekende brief of bij gewone brief vereist altijd de overhandiging van de brief aan de postdiensten. Een beroep op een koerierdienst is uitgesloten.

136. Parl. St. Kamer, 2004-2005, DOC 51, nr. 1309/012, p. 36.

137. J. LAENENS, "Over termijnen en verzoekschriften in het civiele geding", RW 2005-2006, nr. 36, 1402, nr. 7.

138. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1167, nr. 2.

139. Arbh. Antwerpen, 11.01.2011, AR 2010/AA/488, G.U. t./ RIZIV, Inf. RIZIV 2010/4, 429-431.

140. P. VANLERSBERGHE, o.c., 1167, nr. 3.

141. Ibidem, nr. 4.

142. D. SCHEERS, "Termijn bij kennisgeving: een rechtzetting", Juristenkrant 08.02.2006, nr. 123, 5.

143. Zie art. 53 Ger. W.: De vervalddag is in de termijn begrepen. Is die dag echter een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag, dan wordt de vervalddag geplaatst op de eerstvolgende werkdag.

Op de vraag of de zaterdag al dan niet moet beschouwd worden als een werkdag, zijn de meningen in de rechtsleer nog steeds verdeeld. Onder invloed van de rechtspraak van het Hof van Cassatie meende auteur J. LAENENS dat de zaterdag als een werkdag in de zin van art. 53*bis* Gerechtelijk Wetboek moest aanzien worden.^{144 145} Tegen dat standpunt werd het argument ingebracht dat het Gerechtelijk Wetboek de zaterdag niet als een werkdag aanziet. Artikel 53 Gerechtelijk Wetboek, dat weliswaar enkel het eindpunt van de termijnen betreft, bepaalt uitdrukkelijk dat de vervalddag verschuift naar de eerstvolgende werkdag wanneer hij op een zaterdag valt.¹⁴⁶ Dit liet andere auteurs besluiten dat de zaterdag geen werkdag is zoals bedoeld in artikel 53*bis* Gerechtelijk Wetboek.

Veiligheidshalve moet het woord werkdag waarschijnlijk begrepen worden zoals in de gebruikelijke betekenis van het arbeidsrecht en slaat dus ook op zaterdagen.¹⁴⁷ Werkdagen zijn alle dagen, met uitzonderingen van de zon- en feestdagen.¹⁴⁸ Bijgevolg kan de zaterdag beschouwd worden als een werkdag wanneer het vertrekpunt van de beroepstermijn wordt bepaald.



Een gewone brief wordt gepost op een vrijdag, dan begint de termijn te lopen op de eerst volgende dinsdag.

Tot slot nog even aandacht voor een recent arrest van het Hof van Cassatie. Daarin bepaalt het Hof dat de aanvang van de termijn wordt berekend volgens de wijze waarop de kennisgeving daadwerkelijk is gebeurd, ongeacht de voorgeschreven wijze van kennisgeving. De vaststelling dat van een beslissing kennis is gegeven bij aangetekende brief met ontvangstbewijs, terwijl dit volgens de wet bij aangetekende brief moest gebeuren, wijkt hier niet van af.¹⁴⁹

c. Berekening van de termijn

De beroepstermijn wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 52 en volgende Gerechtelijk Wetboek. Hij wordt gerekend van middernacht tot middernacht. Hij wordt gerekend vanaf de dag na die van de akte of van de gebeurtenis welke hem doet ingaan, en omvat alle dagen, ook de zaterdag, de zondag en de wettelijke feestdagen (art. 52, 1^{ste} lid Ger. W.).¹⁵⁰

De vervalddag is in de termijn begrepen. Is die dag echter een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag, dan wordt de vervalddag verplaatst op de eerstvolgende werkdag (art. 53 Ger. W.).

Het artikel 50, tweede lid Gerechtelijk Wetboek voorziet in een verlenging van de termijn voor hoger beroep wanneer die binnen de gerechtelijke vakantie begint te lopen en ook verstrijkt. De termijn wordt in dat geval verlengd tot de vijftiende dag van het nieuw gerechtelijk jaar.

Artikel 1051, derde lid Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de termijn voor hoger beroep verlengd wordt overeenkomstig artikel 55 Gerechtelijk Wetboek wanneer een van de partijen aan wie of op wier verzoek het vonnis is betekend, geen woon- of verblijfplaats of geen gekozen woonplaats in België heeft.

d. Sanctie bij niet-naleving van de beroepstermijn

De termijnen om een rechtsmiddel aan te wenden zijn op straffe van verval voorgeschreven. Het verval wegens laattijdigheid van het hoger beroep moet door de rechter ambtshalve worden uitgesproken (art. 860, 2^{de} lid Ger. W. en art. 1051 Ger. W.).

144. Cass. 27.02.1995, Arr. Cass. 1995, 221, RW 1995-1996, 183; Cass. 15.01.1980, Pas. 1980, I, 555.

145. P. VANLERSBERGHE, "Het vertrekpunt van de termijn in geval van kennisgeving", RABG 2009, afl. 17, 1168, nr. 4.

146. *Ibidem*.

147. J. LAENENS, "Over termijnen en verzoekschriften in het civiele geding", RW 2005-2006, nr. 36, 1405, nr. 22.

148. *Ibidem*.

149. Cass. 19.03.2012, AR D.11.0003.F, JLMB 2012, nr. 41, 1947-1955.

150. P. VAN RILLAER, Commentaar bij art. 1051 Ger. W., in X. Gerechtelijk recht. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2002, losbl., <http://www.jura.be/secure/documentview.aspx?id=dn11548>.

De termijn om een vordering in te stellen, zijnde hoger beroep, is voorgeschreven op straffe van verval. Deze sanctie is van openbare orde, wat veronderstelt dat de rechter ambtshalve moet nagaan of het hoger beroep binnen de termijn werd ingesteld en ambtshalve de sanctie moet opleggen zonder dat het bewijs van een grief moet worden aangetoond.¹⁵¹

Al kan de rechter een termijn voorgeschreven op straffe van verval niet verlengen, het is hem niettemin toegelaten te oordelen of de partij die de opheffing van het verval vraagt, binnen de vervaltermijn, in de absolute onmogelijkheid verkeerde zonder dat er sprake was van een fout van harentwege. Met andere woorden, de appelland die zich kan beroepen op overmacht, kan de sanctie, verbonden aan de niet-naleving van de termijn vermijden. Overmacht, die een verlenging van de termijn van hoger beroep tegen een beslissing in burgerlijke zaken mogelijk maakt, kan enkel voortvloeien uit een gebeurtenis buiten de wil van de betrokkene, die door deze niet kon worden voorzien, noch vermeden.¹⁵²

e. Geheugensteuntje bij het berekenen van de termijnen

Tabel 1: berekenen van de termijnen				
Bekendmaking van de uitspraak	Vorm	Termijn	Vertretpunt van de termijn	Eindpunt
Betekening	- afgifte van het origineel van de akte of de afgifte van een afschrift van de akte.	1 maand, inclusief: - Zaterdagen - Zondagen - Wettelijke feestdagen.	- dag waarop de betekening plaatsvindt = eerste dag van de termijn.	- de vervaldag is in de termijn begrepen - indien de vervaldag een zaterdag, zondag of wettelijke feestdag is, dan wordt de termijn verlengd naar de eerstkomende werkdag.
Kennisgeving o.b.v. art. 792, tweede en derde lid Ger. W.	1. gerechtsbrief of aangetekende zending met ontvangstbewijs;	1 maand, inclusief: - Zaterdagen - Zondagen - Wettelijke feestdagen	- de eerste dag die volgt op de dag waarop de brief werd aangeboden op de woonplaats, verblijfplaats of gekozen woonplaats van de geadresseerde (art. 53bis, eerste lid, 1 ^o Ger. W.)	- de vervaldag is in de termijn begrepen - indien de vervaldag een zaterdag, zondag of wettelijke feestdag is, dan wordt de termijn verlengd naar de eerstkomende werkdag.
	2. aangetekende zending zonder ontvangstbewijs of gewone brief	1 maand, inclusief: - Zaterdagen - Zondagen - Wettelijke feestdagen.	- de derde werkdag die volgt op de dag waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd (art. 53bis, eerste lid, 2 ^o Ger. W.) Opgelet: zaterdag wordt beschouwd als een werkdag!	- <i>idem supra</i>

151. Arbh. Bergen, 10.01.2007, AR 20354, C. E. t./ RIZIV.

152. *Ibidem*.

5. De gevolgen van het hoger beroep

a. De schorsende werking

Het hoger beroep wordt als gewoon rechtsmiddel gekenmerkt door zijn schorsende werking. Dit wil zeggen dat het hoger beroep tot gevolg heeft dat de tenuitvoerlegging van het eerste vonnis wordt geschorst (art. 1397 Ger. W.) met uitzondering van het geval van een door de rechter toegestane voorlopige tenuitvoerlegging (art. 1398 Ger. W.) en van de gevallen waarin de wet bepaalt dat de beslissing van rechtswege uitvoerbaar is.

Kortom, enkel een in kracht van gewijsde getreden vonnis is uitvoerbaar, wat uiteraard kan bijdragen tot het misbruik van hoger beroep.¹⁵³ Ongetwijfeld wordt ook het RIZIV hiermee geconfronteerd.

De schorsende werking van het hoger beroep wordt door velen immers gezien als een gevolg dat besloten ligt in het recht op hoger beroep. Het hoeft dan ook weinig uitleg om vast te stellen dat velen het recht op hoger beroep “misbruiken” net omwille van de schorsende werking die eraan verbonden is. Helaas heeft dit principe in ons land nog steeds het statuut van “heilige koe”.¹⁵⁴ Hierdoor worden onze appelrechters belast met een te hoge instroom van zaken waardoor zij in aanvaring komen met een moeilijk beheersbare achterstand, met een verlies aan kwaliteit van de rechtspraak tot gevolg.

De laatste jaren gaan er meer en meer stemmen op om in dat verband het roer om te gooien met als doel de eerste lijnsrechtspraak te herwaarderen.¹⁵⁵ Het proces in eerste aanleg mag immers niet worden gereduceerd tot een oefenronde waar de pleiters zich kunnen warmlopen voor het proces in tweede aanleg.¹⁵⁶ Het proces voor de eerste rechter moet een volwaardige rechtsgang zijn, terwijl het hoger beroep beperkt moet blijven tot het onderzoek van de grieven tegen het vonnis *a quo* die de appellant in de beroepsakte heeft uiteengezet.¹⁵⁷

Meer en meer is er rechtsleer terug te vinden waarin een pleidooi wordt gehouden voor het afschaffen van de schorsende werking van het hoger beroep en dus het invoeren van het principe van de uitvoerbaarheid bij voorraad. Momenteel is dat laatste enkel mogelijk in de gevallen die de wet voorziet of indien de rechter het beveelt. Voor wat betreft het RIZIV dient dit voorstel evenwel genuanceerd te worden. Niet in alle gevallen zal het principe van de uitvoerbaarheid bij voorraad soelaas bieden. Wat hiermee wordt bedoeld, zal duidelijk worden aan de hand van de onderstaande tabel gebaseerd op een voorbeeld.

Laten we ervan uitgaan dat een sociaal verzekerde x beroep heeft ingesteld tegen een beslissing van het Bijzonder Solidariteitsfonds waarin werd beslist dat x geen recht heeft op een tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel Soliris.

153. P. VAN ORSHOVEN (ed.), *Het hoger beroep*, in X., *Gerechtelijk Recht. Stand van zaken en actuele ontwikkelingen op het stuk van*, Brugge, Die Keure, 2006, 71.

154. E. DIRIX, “Dient de schorsende werking van het hoger beroep niet te worden afgeschaft?”, *RW* 2002-2003, afl. 12, 477.

155. B. MAES, *Inleiding tot het burgerlijk procesrecht*, Brugge, Die Keure, 2004, 241.

156. E. DIRIX, o.c., 477

157. *Ibidem*.

Tabel 2: voorbeeld	
Vonnis eerste aanleg 1. Gegrond Gevolg: het RIZIV (BSF) zal de toegekende tegemoetkoming betalen aan x.	RIZIV stelt hoger beroep in 1. Het hoger beroep is ongegrond Gevolg: positief, de tegemoetkoming werd reeds betaald en er zijn dus geen intresten verschuldigd.
	2. Het hoger beroep is gegrond Gevolg: regularisatie, het RIZIV (BSF) zal de reeds betaalde tegemoetkoming moeten terugvorderen van x.
Vonnis eerste aanleg 2. Ongegrond Gevolg: het RIZIV (BSF) moet geen tegemoetkoming betalen aan x.	x stelt hoger beroep in 1. Het hoger beroep is ongegrond Gevolg: de beslissing in eerste aanleg wordt bevestigd. Het RIZIV (BSF) hoeft niets te betalen.
	2. Het hoger beroep is gegrond Gevolg: het RIZIV (BSF) zal de toegekende tegemoetkoming moeten betalen aan x.

Uit deze tabel blijkt dat het algemeen principe van de uitvoerbaarheid bij voorraad toch voor complicaties zou kunnen zorgen bij bepaalde geschillen binnen het RIZIV. In de situatie, zoals aangeduid in kleur, betekent dit dat het RIZIV telkenmale gelden moet terugvorderen van de sociaal verzekerde, die ze nota bene voordien zelf heeft gestort. Om nog maar te zwijgen over het geval waarin tegenpartij een farmaceutische firma is die, in de loop van het proces, failliet werd verklaard. In dat geval wordt het terugvorderen van gelden allesbehalve een makkelijke klus...

b. De relatieve werking

De relatieve werking van het hoger beroep betekent dat het hoger beroep alleen de appellatant iets kan bijbrengen, in twee opzichten. Enerzijds kunnen partijen die het bestreden vonnis niet zelf bestrijden, hetzij omdat zij dat niet mogen, hetzij omdat zij dat niet willen, niet van het hoger beroep profiteren. Anderzijds kan de rechter in hoger beroep, bij gebreke aan incidenteel beroep, het vonnis niet hervormen ten nadele van de appellatant.¹⁵⁸

In het arrest van 28 september 2009¹⁵⁹ zegt het Hof van Cassatie dat in geval van een beperkt hoger beroep, het niet aan de rechter in hoger beroep is om terug te komen op een betwisting waarover de eerste rechter reeds uitspraak heeft gedaan en waartegen, op het tijdstip van de uitspraak van het appelgerecht, geen enkel hoofdberoep of incidenteel beroep is ingesteld. Vervolgens stelt het Hof dat het de partijen zelf zijn die, door hun hoofdberoep of incidenteel beroep, de grenzen bepalen waarbinnen de rechter in hoger beroep uitspraak moet doen over de betwistingen die bij de eerste rechter aanhangig zijn gemaakt.

c. De devolutieve werking

Hoger beroep zou geen tweede aanleg zijn, mocht er geen devolutieve werking van uitgaan, dat wil zeggen dat het in eerste aanleg beslechte geschil opnieuw aan de rechter ter beslechting wordt voorgelegd. Het ingestelde hoger beroep heeft dus tot gevolg dat de zaak definitief wordt onttrokken aan de rechter in eerste aanleg en aanhangig wordt gemaakt voor de rechter in hoger beroep. Dit gevolg is de zogenaamde devolutieve werking van het hoger beroep.

Als er gesproken wordt over de devolutieve werking van het hoger beroep dan kan er evenwel een onderscheid gemaakt worden tussen de gewone devolutieve werking en de uitgebreide devolutieve werking.

158. Arbh. Gent, 13.01.2012, AR 2011/AR/10, Inf. RIZIV, 2011/4, 483, J. H. t./ RIZIV en V.I.

159. Cass. 28.09.2009, AR S. 09.0012.F, Inf. RIZIV, 2010/1, 86 concl. Adv. Gen. J.M. Genicot, V.I. t./ P.M.-Y.

DE GEWONE DEVOLUTIEVE WERKING

De gewone devolutive werking doet zich voor wanneer er hoger beroep wordt ingesteld tegen een eindvonnis. In dat geval bepaalt artikel 1068 Gerechtelijk Wetboek dat het geschil, met alle feitelijke en rechtsvragen, zelf aanhangig gemaakt wordt voor de rechter in hoger beroep. Om te kunnen spreken van de gewone devolutive werking is het vereist dat de eerste rechter zich reeds ten gronde heeft uitgesproken over alle geschilpunten die aan zijn oordeel werden onderworpen. Dus indien er hoger beroep wordt aangetekend tegen een dergelijke uitspraak van de eerste rechter, reikt de taak van de appelrechter in principe niet verder dan een controle op die reeds in eerste aanleg onderzochte en beslechte geschilpunten.¹⁶⁰

Deze devolutive werking doet echter geen afbreuk aan het beschikkingsbeginsel. Op grond van dit beginsel bepalen partijen zelf de grenzen van het geschil. De partijen bepalen door het hoofdberoep of het incidenteel beroep (in hun beroepsakte en conclusies) de grenzen waarbinnen de rechter in hoger beroep uitspraak moet doen over de aan de eerste rechter voorgelegde betwistingen.¹⁶¹ Op die manier kan de gewone devolutive werking van het hoger beroep begrensd worden.



In een vonnis werd uitspraak gedaan over verschillende punten. Enkele werden beslecht ten nadele van A, andere ten nadele van B. Alleen A stelt hoger beroep in. De uitspraak kan alleen hervormd worden met betrekking tot de ten nadele van A beslechte punten (onder voorbehoud van de mogelijkheid van B om incidenteel beroep in te stellen).

Opdat er sprake zou zijn van de devolutive werking als gevolg van het ingestelde hoger beroep is het uiteraard noodzakelijk dat het hoger beroep geldig is. Dit is immers logisch aangezien een ontoelaatbaar, nietig of laattijdig hoger beroep het geschil zelf niet kan aanhangig maken bij de appelrechter.

DE VERRUIMDE DEVOLUTIEVE WERKING

De verruimde devolutive werking doet zich voor wanneer hoger beroep wordt ingesteld tegen een vonnis alvorens recht te doen of tegen een eindvonnis op tussengeschied. Ook in deze gevallen wordt het geschil aanhangig gemaakt bij de rechter in hoger beroep.

Hierdoor is de rechter in hoger beroep verplicht om uitspraak te doen over de geschilpunten waarover de eerste rechter nog geen uitspraak had gedaan. Dit is de zogenaamde verruimde devolutive werking.¹⁶²

Een nadeel van deze verruimde devolutive werking is dat zeer veel betwistingen in enige aanleg, zij het, formeel gezien, “in hoger beroep”, door de appelrechter beslecht worden wat het belang van het hoger beroep nogal relativeert.¹⁶³

Op het principe van de verruimde devolutive werking is echter een uitzondering voorzien die terug te vinden is in artikel 1068, tweede lid Gerechtelijk Wetboek. Dit artikel bepaalt dat, wanneer de rechter in hoger beroep een onderzoeksmaatregel bevestigt, de zaak dan terug wordt verwezen naar de eerste rechter.

De appelrechter is verplicht om de zaak terug naar de eerste rechter te verwijzen wanneer hij een in het bestreden vonnis bevolen onderzoeksmaatregel, zelfs gedeeltelijk bevestigt.¹⁶⁴


160. P. Taelman, K. Piteus, Dynamiek en evolutie van het geding in hoger beroep, in X., Goed procesrecht – Goed procederen 2002-2003, Mechelen, Kluwer, 2004, 397-398.

161. Ibidem.

162. M. Castermans, Gerechtelijk privaatrecht, Brugge, Die Keure, 2009, 660, nr. 1029.

163. B. Allemeersch, P. Vanorschove, Devolutive werking en andere gevolgen van het hoger beroep herbekeken, in P. Taelman (ed.), Het hoger beroep opnieuw bekeken, Brugge, Die Keure, 2012, 3.

164. Artikel 1068, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek.

 In een geschil tussen een sociaal verzekerde en het RIZIV wordt door de rechter in eerste aanleg een deskundigenonderzoek bevolen. De sociaal verzekerde meent redenen voor handen te hebben om niet akkoord te gaan met de bevolen onderzoeksmaatregel en tekent hiertegen hoger beroep aan. Naar aanleiding van de verruimde devolutieve werking wordt het geschil in al zijn facetten aanhangig bij de rechter in hoger beroep. Indien deze laatstgenoemde de aanstelling van de deskundige, zelfs maar gedeeltelijk, bevestigt, wordt de zaak teruggezonden naar de rechter in eerste aanleg.

De terugverwijzing naar de eerste rechter veronderstelt dus twee cumulatieve voorwaarden. Vooreerst moet de rechter in eerste aanleg een onderzoeksmaatregel bevolen hebben. Om te weten over welke onderzoeksmaatregelen het precies gaat, dient beroep te worden gedaan op de artikelen 870 en volgende *Gerechtelijk Wetboek*. Daarnaast is vereist dat de bevolen onderzoeksmaatregel, al is het maar gedeeltelijk, wordt bevestigd.

De beslissing tot heropening van de debatten is geen onderzoeksmaatregel in de zin van artikel 1068, tweede lid *Gerechtelijk Wetboek*.¹⁶⁵

Vervolgens geldt de terugverwijzing niet alleen voor wat betreft de uitvoering van de onderzoeksmaatregel maar eveneens voor de volledige verdere afhandeling van het geschil.¹⁶⁶

GEHEUGENSTEUNTJE: TOEPASSING VAN DE DEVOLUTIEVE WERKING OP DE TE ONDSCHIEDEN SOORTEN VONNISSEN

Eindvonnis

Indien tegen het eindvonnis, dat werd uitgesproken door de rechter in eerste aanleg, hoger beroep wordt aangetekend, dan wordt de zaak volledig onttrokken aan die rechter.

De rechter in hoger beroep is wel beperkt door de grenzen die werden vastgelegd door de partijen.

Indien het eindvonnis slechts uitspraak doet over een geschilpunt en er nog geen uitspraak werd gedaan over de andere twistpunten, dan zal het hoger beroep een verruimde devolutieve werking hebben en zal het gehele geschil voor de rechter in hoger beroep worden gebracht.¹⁶⁷

Vonnis alvorens recht te doen

Indien hoger beroep wordt aangetekend tegen een vonnis alvorens recht te doen, dan wordt het geschil in zijn totaliteit overgeheveld naar de rechter in hoger beroep. Enkel wanneer de in het bestreden vonnis bevolen onderzoeksmaatregel geheel of gedeeltelijk bevestigd wordt, moet de zaak terug naar de eerste rechter verwezen worden.

Gemengd vonnis

Een gemengd vonnis doet zich voor wanneer het deels een eindvonnis uitmaakt en deels een vonnis alvorens recht te doen. In dit specifieke geval moet de rechter in hoger beroep uitspraak doen over het deel van het vonnis dat een eindvonnis uitmaakt. Voor wat betreft het deel van het bestreden vonnis dat een vonnis alvorens recht te doen uitmaakt, zal de rechter in hoger beroep indien hij de bevolen onderzoeksmaatregel bevestigt, het geschil terug naar de eerste rechter verwijzen.

165. *Arbh. Antwerpen*, 08.06.2004, AR 2000438, D. E. t./ RIZIV en LCM, R.R. RIZIV, 9.3.1.5., 2007/101.; *Arbh. Bergen*, 13.04.2011, AR 2009/AM/21687 (niet gepubliceerd).

166. *Cass.* 09.11.1995, AJT 1996-1997, 125, met noot P. Taelman, Devolutieve werking van het hoger beroep.

167. M. CASTERMANS, *Gerechtelijk privaatrecht*, Brugge, Die Keure, 2009, 664, nr. 1034.

PRO'S EN CONTRA'S VAN DE DEVOLUTIEVE WERKING VOOR HET RIZIV

Het principe van de devolutive werking draagt sowieso bij tot de kwaliteit van de rechtspleging. Het vonnis van de eerste rechter kan het RIZIV als partij inspireren om de zaak van een andere kant te bekijken en haar nieuwe conclusie kan de appelrechter nieuwe inzichten bijbrengen wat haar slaagkansen in hoger beroep wellicht zal verhogen.

De devolutive werking zal eveneens een positief effect hebben op de duur van het proces. Zowel bij de gewone devolutive werking als bij zijn verruimde variant is er sprake van een proceseconomisch nut. Door het feit dat de appelrechter de zaak volledig opnieuw beoordeelt, en dus in beginsel niet terugverwijst, draagt dit bij tot de versnelling van het geding. Voor het RIZIV betekent dit dat dergelijke betwistingen in hoger beroep sneller afgehandeld kunnen worden waardoor de advocaten, die de desbetreffende belangen van ons Instituut verdedigen, sneller hun tussenkomst kunnen beëindigen met als gevolg een positiever saldo qua kosten en erelonen.

Vervolgens kent de devolutive werking van het hoger beroep ook enkele nadelen. Het moet immers gezegd zijn dat de devolutive werking, en dan vooral het principe van de terugverwijzing zoals bepaald door artikel 1068, tweede lid Gerechtelijk Wetboek, toch wel voor de nodige complexiteit zorgt. Het principe van de terugverwijzing is te ingewikkeld geregeld.¹⁶⁸ Bovendien is er een gevaar van opsplitsing van de zaak over beide instanties, want het is mogelijk dat de appelrechter over een aantal geschilpunten zelf uitspraak moet doen terwijl hij andere punten, samen met de bevestigde onderzoeksmaatregel moet terugverwijzen naar de eerste rechter.¹⁶⁹ Dit bemoeilijkt uiteraard de aanpak van het RIZIV als partij in een dergelijk gesplitst geschil.

Tot slot wordt het RIZIV ongetwijfeld geconfronteerd met tegenpartijen die lichtzinnig gebruik maken van het hoger beroep. Zij veroorloven zich om de procedure in eerste aanleg omzeggens te verwaarlozen omdat zij weten dat ze dankzij het hoger beroep een tweede kans krijgen aangezien de appelrechter de zaak opnieuw ten gronde zal beoordelen. Het komt vaak voor dat de tegenpartij in hoger beroep niet méér te vertellen heeft dan wat er ten aanzien van de eerste rechter werd uiteengezet maar toch koestert zij nog een kleine hoop dat de appelrechter een andere kijk op de zaak zal hebben...

6. Het hoger beroep in de toekomst...

Als er een ding met zekerheid vaststaat, dan is het wel dat het hoger beroep lééft binnen het RIZIV. In het ene geschil als appelland, in het andere als geïntimeerde.

In beide gevallen moeten de algemene wettelijke bepalingen, zoals voorzien in de artikelen 1050 tot en met 1072*bis* van het Gerechtelijk Wetboek nageleefd worden. Ondanks deze bepalingen blijkt uit de casuïstiek dat de gerechtelijke procedure inzake hoger beroep niet altijd zonder slag of stoot verloopt. Vanaf haar bestaan werd het RIZIV geconfronteerd met allerlei problemen zowel administratiefrechtelijk als procedureel van aard. Het hoger beroep zorgt vaak voor frustratie in de zin van "te traag, te duur, te complex". Maar wat met de toekomst...?

Zou het RIZIV baat kunnen hebben bij het afschaffen van het hoger beroep als rechtsmiddel? Het systeem van de dubbele aanleg wordt in ons recht niet beschouwd als een grondrecht of als een algemeen rechtsbeginsel zodat het invraagstellen ervan geen kwaad kan.

168. B. ALLEMEERSCH, P. VANORSHOVE, Devolutive werking en andere gevolgen van het hoger beroep herbekeken, in P. Taelman (ed.), *Het hoger beroep opnieuw bekeken*, Brugge, Die Keure, 2012, 5, met verwijzing naar P. Taelman, *De devolutive werking van het hoger beroep*, in Vlaamse Conferentie bij de Balie te Antwerpen (ed.), *Meester van het proces. Topics gerechtelijk recht*, Brussel, Larcier, 2010, 231 e.v.

169. *Ibidem*.

Reflectie over de afschaffing van de tweede aanleg vereist een onderzoek naar de (on)weerlegbaarheid van de voornaamste argumenten die voor het behoud ervan doorgaans worden aangehaald: zonder het bestaan van het hoger beroep is het immers niet mogelijk om juridische onjuistheden of onregelmatigheden begaan door de rechter in eerste aanleg of eigen tekortkomingen te herstellen. Daarnaast wordt de dubbele aanleg in de rechtsleer geprezen als bron van rechtseenheid en draagt het bij tot het vertrouwen in het gerecht. Redenen genoeg dus om de “heilige koe” van de tweede aanleg te behouden.

Dit behoud betekent evenwel niet dat bepaalde frustraties binnen het Instituut moeten stilgezwegen worden. Het kan geen kwaad om de wetgever positieve input te geven en suggesties aan te reiken die ervoor kunnen zorgen dat de beroepsprocedure een heel stuk efficiënter wordt, en dit niet alleen voor de partijen maar ook voor de magistraten.

Een punt van kritiek zou kunnen zijn dat partijen het procederen in eerste aanleg minder *au serieux* nemen aangezien er steeds – behoudens enkele uitzonderingen – een mogelijkheid tot herkansing is. Niet alleen de partijen gaan hierbij soms in de fout, ook bij de magistraten zit er steeds meer vaart bij het uitspreken van hun vonnissen. Dat is best jammer want een kwalitatief hoogstaande behandeling in eerste aanleg vormt de beste preventiemaatregel tegen een onnodige of overbodige aanwending van het hoger beroep. Ter preventie van het nodeloos aanwenden van dit rechtsmiddel zou kunnen gedacht worden aan een bredere correctiemogelijkheid in hoofde van de eerste rechter. Het instellen van hoger beroep zou in veel gevallen kunnen vermeden worden wanneer de rechter in eerste aanleg manifeste fouten, onduidelijkheden of vergissingen in de gewezen beslissing zelf nog zou kunnen rechtzetten.

Een heropening van de debatten – na het concluderen van de partijen – zou op dit punt soelaas kunnen bieden. Op die manier krijgen partijen de mogelijkheid om misverstanden uit te klaren en eventueel hun standpunt – in de mate dat dit nodig zou zijn – bij te schaven. Ook de rechter kan hierdoor zijn visie op het geschil bijsturen en uiteindelijk zijn vonnis beter afstemmen op de in het geding zijnde discussiepunten. Er wordt gestreefd naar een afdoende en juiste oplossing voor het geschil. Dit is beslist sneller en efficiënter dan het doorlopen van een procedure in hoger beroep die uiteindelijk hetzelfde resultaat beoogt.

Indien het instellen van hoger beroep dan toch niet te vermijden is, kunnen een aantal minpunten in de toekomst vermeden worden.

Voor wat betreft de motivering van de beroepsakte in de geschillen overeenkomstig artikel 704, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek kan de sociaal verzekerde - *in casu* de appellant - zonder enig probleem een verzoekschrift ter griffie neerleggen zonder een uiteenzetting van de grieven. Helaas kan het RIZIV in een dergelijk geval onmogelijk een accurate verdediging op papier zetten. Op de koop toe wordt uiteindelijk een conclusiekalender opgesteld waarbij – uiteraard – het RIZIV als verwerende partij als eerste aan de beurt komt. Waarom iets gemakkelijk maken als het ook moeilijk kan. Welkom omgekeerde conclusiekalender...

Ook de magistraten en de advocaten slaan de bal af en toe eens mis. Het RIZIV wordt geregeld geconfronteerd met de redenering dat het niet instellen van hoger beroep automatisch betekent dat het Instituut akkoord gaat met de gewezen beslissing. Niets is minder waar. Het al dan niet instellen van hoger beroep blijft een weloverwogen keuze van het RIZIV waarbij telkens een grondige afweging wordt gemaakt tussen verschillende factoren waaruit de opportuniteit moet blijken. Soms weegt de beroepsintentie niet op tegen het kostenplaatje dat ermee gepaard gaat. Hoe dan ook moet het RIZIV keuzes maken. Het is allermindst de bedoeling van het RIZIV om een imago te creëren dat zij als openbare instelling het zich kan veroorloven om tegen elke ongunstige beslissing hoger beroep in te stellen. Het is dan ook niet correct dat het RIZIV in bepaalde gevallen wordt gedwongen hoger beroep in te stellen, niet uit opportuniteit wel om foute gevolgtrekkingen in de toekomst uit de wereld te helpen. Helaas...

Welnu, het zou een utopie zijn om te denken dat een gerechtelijke procedure – zoals het hoger beroep – altijd vlekkeloos verloopt. En eigenlijk is dat maar goed ook. Het geeft velen onder ons de kans om relevante problemen onder de loep te nemen en op zoek te gaan naar concrete oplossingen tijdens het verloop van één van de meest gekende rechtsmiddelen in ons land. Hoe dan ook, het kan nooit kwaad om pijnpunten kenbaar te maken in de hoop dat ze in de toekomst kunnen verholpen worden. Het is de taak van het RIZIV om de wetgever aan te moedigen om probleempunten, die een efficiënt en correct geschillenbeheer verhinderen, in de toekomst aan te pakken. Laat deze bijdrage een stap in de goede richting zijn...

2^e Deel

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



4^{de} trimester 2012

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Budgettaire maatregelen

a. Moduleerbare prijsdaling

Op 1 april 2013 worden de prijzen en de vergoedingsbases van bepaalde farmaceutische specialiteiten verminderd volgens de hierna volgende modaliteiten:¹

- de vermindering moet per aanvrager een besparing opleveren van minstens 1,95 % van het omzetcijfer van 2011 van de geneesmiddelen dat is verwezenlijkt op de Belgische markt. Deze geneesmiddelen moeten zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten op 1 januari 2013 en de prijsdalingen mogen door het farmaceutisch bedrijf binnen zijn geneesmiddelenportefeuille worden gemoduleerd
- om tot de “goedkoopste” geneesmiddelen te behoren, mag de vergoedingsbasis per gebruikseenheid van een specialiteit niet meer dan 5 % hoger zijn dan de laagste vergoedingsbasis per gebruikseenheid binnen de groepering of, indien deze vork geen 3 specialiteiten bevat, moet de specialiteit één van de 3 specialiteiten zijn met de laagste vergoedingsbasis per gebruikseenheid
Na de toepassing van de moduleerbare prijsdaling door een specialiteit kan in sommige gevallen een bijkomende vrijwillige daling van andere specialiteiten van dezelfde cluster noodzakelijk zijn om binnen de “goedkoopste” geneesmiddelen te kunnen blijven. De daling voor de specialiteiten in de referentierugbetaling mag daarom opnieuw niet meer dan 20 % bedragen om te vermijden dat de marktconcurrentie de verwachte besparingen zouden kunnen doen verloren gaan
- om dezelfde reden wordt een bijkomende begrenzing voorzien voor de specialiteiten opgenomen in het referentierugbetalingssysteem, die reeds de bijkomende vermindering na 4 jaar ondergaan hebben na de komst van de generiek. De voorgestelde vermindering mag daar maximum 6 % bedragen per specialiteit. Voor niet-injecteerbare specialiteiten die behoren tot de antibiotica of antimycotica mag de voorgestelde vermindering maximum 1,95 % bedragen per specialiteit, omdat voor deze 2 klassen een substitutie door de apotheker geldt met een verplichte aflevering van één van de “goedkoopste” geneesmiddelen
- voor ATC klassen C08, C09A, C09B en N06A is er vanaf 1 mei 2013 een van rechtswege daling met 1,95 % omwille van een afzonderlijke GH vergoedingsbasis
- tot slot: indien een bedrijf voor een gemoduleerde prijsdaling kiest, moet deze prijsdaling dezelfde zijn binnen het gamma van één specialiteit.

1. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 2.

b. Europese prijsvergelijking

De farmaceutische bedrijven moeten voor hun farmaceutische specialiteiten onder octrooi, die meer dan 5 jaar en minder dan 12 jaar vergoedbaar zijn, ten laatste op 15 juli 2012 de prijzen van toepassing in 2011 in 6 landen (Duitsland, Frankrijk, Nederland, Ierland, Finland en Oostenrijk) meedelen aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV. Op basis van deze informatie kunnen de prijzen in België aangepast worden met het oog op de beheersing van de uitgaven.

Voor elk van de 6 landen, per vorm en per sterkte van het werkzaam bestanddeel (of combinatie van werkzame bestanddelen), wordt de laagste buiten bedrijf prijs per eenheid op 1 januari 2011 vergeleken met de buiten bedrijf prijs per eenheid op 1 januari 2012 en wordt een dalingspercentage bepaald.

Per vorm en per sterkte van het werkzaam bestanddeel (of combinatie van werkzame bestanddelen), wordt een gemiddelde bepaald van de aldus berekende percentages voor de voornoemde landen waarin deze vorm en deze sterkte van het werkzaam bestanddeel (of combinatie van werkzame bestanddelen) gecommmercialiseerd wordt. Op 1 april 2013 moet de prijs van de specialiteiten waarvoor een daling bestond in een of meerdere van de 6 landen ook in België dalen, tenzij alternatieve prijsdalingen voorgesteld worden.²

c. Heffingen op de omzet

De heffing op het zakencijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die sinds 2006 voorzien is, wordt verdergezet in 2013, met een percentage van 6,73 %.³

De verderzetting van deze heffing in 2013 laat toe een continuïteit te handhaven op budgettair niveau in vergelijking met het in vorige jaren gevoerde beleid.

De bijdrageheffing van 1 %, voorzien om de farmaceutische bedrijven te laten bijdragen aan het behoud van de budgettaire situatie, wordt eveneens verdergezet.⁴

d. Vermindering van heffingen voor investeringen

De maatregel van vermindering van de heffingen voor grote en middelgrote ondernemingen die in België investeringen doen op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en innovatie wordt verlengd tot 2016.⁵

e. Bijdrage op marketing

Voor 2013 voert de programmawet een overgangsregel in die een nieuwe bijdrage invoert in afwachting van een maatregel waarbij een bijdrage zal worden geheven op de marketinguitgaven en die zal worden genomen in 2014.⁶

De bijdrage beoogt het negatieve effect te compenseren van promotie op de vermeerdering van het voorschrijfvolume van vergoedbare geneesmiddelen. De publicaties inzake farmaceutische marketing vermelden dat de marketinguitgaven ongeveer 15 tot 30 % van de omzet vertegenwoordigen. Het bijdragepercentage van 0,13 % volgt uit deze gegevens.

2. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art.3.

3. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 4.

4. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 5.

5. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 6-8.

6. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 9-10.

f. Prijsblokkering

In 2013 mogen de prijzen van geneesmiddelen en implantaten niet worden verhoogd met het oog op de uitvoering van de maatregelen die door de regering zijn beslist in het kader van de beheersing van de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de vergoeding van farmaceutische specialiteiten en medische hulpmiddelen.⁷

Enkel in uitzonderlijke gevallen en voor zover bijzondere redenen met betrekking tot de rentabiliteit de commercialisatie van het geneesmiddel of implantaat en daarmee de beschikbaarheid van een behandeling voor de patiënten in het gedrang brengen, wordt een afwijking op deze blokkering voorzien.

g. Contrastmiddelen

De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor contrastmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisapotheek wordt verminderd met 10 %.⁸

De ziekenhuizen kunnen via het gebruik van de gunningsprocedures voor overheidsopdrachten evenwel belangrijke besparingen realiseren bij de aankoop van contrastmiddelen. Door de verzekeringstegemoetkoming voor de contrastmiddelen te verminderen komt een deel van deze besparingen ten goede aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

h. Medische zuurstof

Medische zuurstof is uitgesloten van de verplichte prijsdaling die normaal gesproken plaatsvindt na 12 en 15 jaar vergoedbaarheid.⁹ Immers, op het ogenblik dat zuurstofpreparaten ingeschreven werden op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, waren zij al meer dan 12 jaar vergoedbaar.

2. Organen ingesteld bij het RIZIV

a. Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Om de procedure tot samenstelling van de commissie te vereenvoudigen, wordt vanaf 22 december 2012 enkel nog de ondervoorzitter aangesteld door de Minister.¹⁰

b. Geneeskundige raad voor invaliditeit

HOGE COMMISSIE

De Hoge Commissie van de geneeskundige raad voor invaliditeit is samengesteld uit artsen, vertegenwoordigers van de Dienst voor uitkeringen, van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en van de verzekeringsinstellingen. Door het grote aantal te behandelen dossiers is vanaf 1 september 2011 het aantal geneesheren van de Dienst voor uitkeringen die als plaatsvervangend lid zetelen, verdubbeld, meer bepaald van 2 naar 4 leden.¹¹

7. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 11.

8. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 12-13.

9. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 17.

10. K.B. van 10.11.2012 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, voor wat de Commissie Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen betreft, B.S. van 12.12.2012, p. 79668.

11. K.B. van 08.10.2012 tot wijziging, wat de samenstelling betreft van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit ingesteld bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 17.10.2012, p. 63345.

GEWESTELIJKE COMMISSIES

De gewestelijke commissies hebben onder andere als opdracht om, op verzoek van de Hoge Commissie of van één van haar leden, sociaal verzekerden lichamelijk te onderzoeken. Deze commissies bestaan uit doctors in de geneeskunde die de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle vertegenwoordigen en uit doctors in de geneeskunde die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen. Ook bij de gewestelijke commissies stelt men vast dat het aantal sociaal verzekerden dat zich aan een lichamelijk onderzoek moet onderwerpen, stijgt. Om dit op te vangen kan in geval een geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle verhinderd is, de Hoge Commissie voortaan één van haar leden, doctor in de geneeskunde of arts, die de Dienst voor uitkeringen vertegenwoordigt, uitnodigen om zitting te hebben in de vergadering van de desbetreffende gewestelijke commissie of in een afdeling ervan.¹²

3. Experimentele financiering

a. Acute pijn bij kinderen

Om de problematiek van acute pijn bij kinderen aan te pakken en ten laste te nemen, is in 2007 een project gelanceerd in het kader van artikel 56 van de wet voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze bepaling creëerde een context, waarbinnen de Belgische vereniging voor kindergeneeskunde overeenkomsten met ziekenhuizen kon sluiten om te onderzoeken welke veranderingen in de structuur of in de praktijk nodig zijn om de preventie en de tenlasteneming van acute pijn bij kinderen te verbeteren.

De voorwaarden waaronder tussenkomst mag worden verleend wijzigen:¹³

- de maximale looptijd van de overeenkomst bedraagt thans 5 jaar in plaats van 3 jaar
- de maximale tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedraagt maximaal 500.000 EUR voor het jaar 2011.

b. Alternatieve zorgvormen

Via artikel 56 van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kan het Verzekeringscomité overeenkomsten sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. Deze reglementering krijgt 2 aanpassingen:¹⁴

- de periode van rechtstreekse financiering van de projecten door het RIZIV wordt uitgebreid, wat een uitstel betekent van de transfer van de financiering van het RIZIV aan de verzekeringsinstelling
- er wordt een bepaling ingevoegd die de mogelijkheid uitsluit dat een patiënt tegelijkertijd door 2 projecten voor alternatieve zorg wordt ten laste genomen.

12. K.B. van 08.10.2012 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV, B.S. van 17.10.2012, p. 63344.

13. K.B. van 30.09.2012 tot wijziging van het K.B. van 07.04.2005 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen, B.S. van 15.10.2012, p. 63010.

14. K.B. van 04.12.2012 tot wijziging van het K.B. van 02.07.2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet GVV, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen, B.S. van 18.12.2012 (Ed. 2), p. 82686.

c. Palliatieve dagverzorging

Tussen het Verzekeringscomité en de gemeenschappen (de Vlaamse, Franse en Duitstalige) kan een overeenkomst worden gesloten waarbij verstrekkingen worden gefinancierd, vanaf 1 januari 2006, verleend in het kader van projecten voor palliatieve verzorging overdag¹⁵. Deze overeenkomsten kunnen hun werking voortzetten tot 31 december 2012.¹⁶

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Niet begeleide minderjarige vreemdelingen

Een niet begeleide minderjarige vreemdeling is rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor zover hij gedurende tenminste 3 opeenvolgende maanden onderwijs heeft gevolgd van het basisniveau of 2^{de} niveau in een erkende onderwijsinstelling. Een Koninklijk besluit zal bepalen welke periodes voor deze leerplichtige kinderen, kunnen gelijkgeschakeld worden met onderwijs.¹⁷ Het gaat dan bijvoorbeeld om periodes van verblijf in aangepaste centra voor observatie en oriëntatie.

b. Maximumfactuur geneesmiddelen

De wet inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg brengt 3 wijzigingen aan die betrekking hebben op de kosten van geneesmiddelen voor de verzekerde.¹⁸

- In de maximumfactuur zit het persoonlijk aandeel van geneesmiddelen dat wordt gedragen door de verzekerde. De wetgeving voorziet dat het persoonlijk aandeel van de geneesmiddelen van categorie A, B en C in aanmerking worden genomen voor de toepassing van de maximumfactuur. Vanaf 1 maart 2012 komen daar ook de nieuwe vergoedingscategorieën Fa en Fb bij, die zijn gecreëerd met de wet van 17 februari 2012¹⁹
- Wanneer het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf of andere instellingen die de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken zal worden vastgesteld, zal dit ook in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur. Dit is al het geval voor het forfaitair persoonlijk aandeel van gehospitaliseerde rechthebbenden en voor het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen

15. K.B. van 08.12.2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten in verband met palliatieve dagverzorging, B.S. van 20.12.2006 (Ed. 2), p. 73296.

16. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van het K.B. van 08.12.2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging, B.S. van 03.10.2012 (Ed. 2), p. 60882.

17. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 2.

18. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 13-15.

19. Wet van 17.02.2012 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid, B.S. van 17.02.2012 (Ed. 3), p. 11600.

- Het artikel dat bepaalt in welke gevallen de tegemoetkoming van de verplichte verzekering ongewijzigd blijft, ook als het referentiebedrag van de door de rechthebbende ten laste genomen persoonlijke aandelen is bereikt, wijzigt om ook de terugbetaling van bovenstaande categorieën (van persoonlijke aandelen die in aanmerking komen voor de maximumfactuur) mogelijk te maken.

c. Statuut chronische aandoening

De wettelijke basis werd voorzien voor het statuut van personen met een chronische aandoening. Dit statuut moet toelaten dat die personen automatisch van bepaalde rechten genieten.²⁰ Het identificeren van deze categorie van rechthebbenden gebeurt aan de hand van een of meer van de volgende 3 criteria, die nog worden uitgewerkt via Koninklijk besluit.

- Een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging over een bepaalde tijds-spanne, om de chronische aard van de ziekte aan te tonen. Concreet zou het gaan om een minimumbedrag van 300 EUR per trimester gedurende een periode van 2 jaar
- Het genot van het forfait chronisch zieke
- Lijden aan een zeldzame ziekte of een weesziekte.

d. Derdebetaler

De derdebetalersregeling, die de verzekerde toelaat de kosten voor geneeskundige verzorging die worden ten laste genomen door de verplichte verzekering niet te moeten voorschieten, draagt bij tot de financiële toegankelijkheid van de terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. Momenteel hebben zorgverleners in principe de vrije keuze om de derdebetalersregeling al dan niet toe te passen. Enkel in een aantal welbepaalde gevallen bestaat er een verplichting. Deze wordt vanaf 1 januari 2015 uitgebreid naar de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, en dit voor de geneeskundige verstrekkingen die door de Koning worden bepaald.²¹

2. Zorgverleners

a. Nationaal akkoord

Vanaf 1 januari 2013 bestaat er een regeling voor de situatie van geneesheren en tandheekundigen in de periode tussen het verstrijken van een nationaal akkoord en het afsluiten van een nieuw nationaal akkoord.²² Hierdoor wordt de onzekerheid over de tarieven gedurende deze periode opgevangen.

Een arts of tandheekkundige behoudt hetzelfde statuut van conventionering dat hij had voor het verstrijken van het akkoord tot de dag waarop hij kennis geeft van zijn weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of tot de dag waarop hij wordt geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord.

20. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 16-17.

21. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 18.

22. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art.14-16.

b. Artsen

LOKALE KWALITEITSGROEPEN

Vanaf het werkingsjaar 2011 is het mogelijk een tegemoetkoming te krijgen voor de werkingskosten van lokale kwaliteitsgroepen (LOK).²³ De tegemoetkoming is vastgelegd op 200 EUR per vergadering per LOK, met een maximum van 4 vergoedbare vergaderingen per kalenderjaar en is afhankelijk van volgende 3 voorwaarden:

- Per kalenderjaar 4 volwaardige LOK-vergaderingen hebben georganiseerd
- De datum, het onderwerp en de deelnames aan deze vergaderingen binnen de vastgestelde termijn aan de DGV meedelen
- Geen tegemoetkoming ontvangen vanwege de farmaceutische industrie of enige andere sponsor die een belangenconflict zou kunnen veroorzaken.

TELEMATICAPREMIE HUISARTSGENEESKUNDE

Artsen krijgen een tegemoetkoming voor het gebruik van software voor het elektronisch beheer van medische dossiers. In 2012 bedraagt deze premie net als in 2011, 806,12 EUR.²⁴

SOCIALE VOORDELEN

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt 4.324,69 EUR voor het jaar 2012. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2.127,03 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend:

- voor wat betreft de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer voor maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens drie vierden van het totaal van de praktijk
- voor wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) voor maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen voor de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2012 vastgelegd op 5.307,07 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4.422,68 EUR.²⁵

23. K.B. van 12.12.2012 tot instelling van een financiering voor lokale kwaliteitsgroepen, B.S. van 27.12.2012 (Ed. 2), p. 87933.

24. K.B. van 10.11.2012 tot wijziging van het K.B. van 06.02.2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, B.S. van 03.12.2012, p. 76919.

25. K.B. van 30.09.2012 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2012 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het K.B. van 06.03.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, B.S. van 31.10.2012, p. 66217.

c. Tandheekkundigen

SOCIALE VOORDELEN

De jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor tandheekkundigen bedraagt 2.149,29 EUR voor het jaar 2012.²⁶

d. Kinesitherapeuten

De jaarlijkse bijdrage voor de regeling van de sociale voordelen voor kinesitherapeuten bedraagt 1.423,07 EUR voor het jaar 2011.²⁷

e. Apothekers

SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd waardoor het voor 2011 op 2.636,20 EUR wordt vastgesteld.²⁸ Het bedrag wordt verminderd tot:

- 1.977,15 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1.318,1 EUR Indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

f. Rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging

NIEUWE CATEGORIE “D”

Vanaf 1 juli 2012 bestaat er in de ROB's een nieuwe categorie “D”. Vanaf 1 juli 2013 wordt deze categorie ook in de RVT's ingevoerd.²⁹ De categorie “D” bevat rechthebbenden waarvoor de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd. Concreet worden er 200 nieuwe VTE's in de sector gecreëerd wat moet leiden tot een betere omkadering van dementie. De nieuwe reglementering bevat volgende bepalingen:

- definitie van de categorie rechthebbenden en het onderscheid met andere categorieën zoals de categorie Cd die de fysiek afhankelijke gedesoriënteerde personen bevat
- de te volgen procedure bij de aanvraag tot tegemoetkoming bij de verzekeringsinstelling voor een rechthebbende die in categorie D is ondergebracht

26. K.B. van 30.09.2012 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2012, voorzien bij het K.B. van 17.08.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheekkundigen, B.S. van 31.10.2012, p. 66218.

27. K.B. van 04.10.2012 tot wijziging van het K.B. van 23.01.2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 31.10.2012, p. 66220.

28. K.B. van 01.10.2012 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 31.10.2012, p. 66219.

29. K.B. van 05.12.2012 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 17.12.2012 (Ed. 2), p. 80477 en M.B. van 05.12.2012 tot wijziging van het M.B. van 06.11.2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, B.S. van 17.12.2012 (Ed. 2), p. 80479.

- met het oog op financiering van de bijkomende personeelsleden wordt de lijst van kwalificaties waarover deze moeten beschikken geactualiseerd
- het percentage en de berekeningswijze van de onregelmatige en de ongemakkelijke prestaties van de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en van de leden van het personeel voor reactivering wijzigt
- invoering van regels volgens dewelke het aantal VTE's dat in de instelling voor vergoeding in aanmerking kan komen, wordt berekend. Omgekeerd wordt ook de lijst geactualiseerd van de VTE's die niet in aanmerking komen voor vergoeding via het forfait
- de prestaties van de gekwalificeerde, zelfstandige, loontrekkende of statutaire directeurs, die in geval van een tekort in aanmerking kunnen worden genomen, worden gepreciseerd
- de regels betreffende flexibiliteit wijzigen: in een instelling die minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerkstelt, kan tot 30 % van de norm van het verpleegkundig personeel worden overgenomen door personeel voor reactivering en/of door verzorgingspersoneel
- de regels voor de berekening van de anciënniteit worden bepaald
- de formule voor het berekenen van de tegemoetkoming voor verzorgingsmateriaal wordt vastgelegd
- de regelgeving betreffende de voorwaarden die moeten worden vervuld om de financiering van een referentiepersoon voor dementie te verkrijgen krijgt verschillende preciseringen en vereenvoudigt
- de financieringsregels en hun inwerkingtreding worden vastgelegd. Voor de ROB's is er een tussentijdse financiering voorzien. Voor de RVT's is de financiering van de nieuwe norm nog nader te bepalen
- voor de berekening van de voorwaarden inzake zorgcontinuïteit worden op meerdere plaatsen de patiënten uit de categorie D toegevoegd, wat een uitbreiding van de norm is, zonder bijkomende financiering
- alle berekeningen (formules) gaan uit van het aantal patiënten en dus niet meer van het aantal rechthebbenden.

De aanvraagformulieren voor tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven voor de ROB's en RVT's wijzigt, alsook de katzschaal die daarbij hoort.³⁰ Daarnaast wijzigen ook de individuele kostennota, het aanvraagformulier voor tegemoetkoming, de kennisgeving en betalingsverbintenis en komen er 2 nieuwe formulieren: een attest van de behandelend arts voor de CDV's en een correctiekostennota voor de ROB/RVT/CDV's.³¹ De nieuwe formulieren zijn vanaf 1 januari 2013 in gebruik.

SOCIALE AKKOORDEN RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN

In de begroting van 2011 is een bedrag voorzien met het oog op de creatie van tewerkstelling en met het oog op de uitbreiding van de financieringsregel voor de ongemakkelijke prestaties.³²

30. Verordening van 22.10.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 23.11.2012 (Ed. 3), p. 71502.

31. Verordening van 17.12.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 31.12.2012, p. 88541.

32. K.B. van 12.12.2012 tot wijziging van het K.B. van 17.08.2007 tot uitvoering van de art. 57 en 59 van de programmawet van 02.01.2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinstellingen betreft, B.S. van 18.12.2012 (Ed. 2), p. 82687.

- In de bedragen die aan de instellingen worden betaald, wordt de financiering opgenomen van de vergoeding van de ongemakkelijke prestaties voor het personeel voor reactivering en voor het logistiek en administratief personeel
- De aanwending van middelen die voor een creatie van tewerkstelling (165 voltijdse eenheden) zorgen gebeurt op volgende manier:
 - De privésector verkrijgt financiering voor 105 VTE's
 - De openbare sector 60 VTE's.
- De instellingen die voldoen aan de criteria voor financiering worden opgenomen op een lijst. Wanneer RVT's of ROB die zijn opgenomen op de lijst verzaken aan de nieuwe tewerkstelling kan de financiering ervan ten goede komen aan andere instellingen op deze lijst. De lijst zal dan ook jaarlijks worden aangepast.

FINANCIERING VAN DE CENTRA VOOR DAGVERZORGING

Het Ministerieel besluit dat de financiering van de centra voor dagverzorging regelt krijgt enkele technische aanpassingen die de reglementering duidelijker leesbaar maakt.³³

g. Referentiebedragen ziekenhuizen

Het referentiebedrag is de norm waarmee ziekenhuizen worden vergeleken en is bedoeld om onverantwoorde verschillen in de praktijkvoering weg te werken. Dit is vooral het geval voor medische aandoeningen die relatief courant en weinig ernstig zijn en waarvan een bepaalde graad van standaardisering of harmonisering van de praktijkvoering kan worden ontwikkeld en bereikt. De toepassing van het systeem van referentiebedragen breidt uit naar alle verblijven, de klassieke ziekenhuisopname en de daghospitalisatie. Per chirurgische diagnosegroep wordt een carenstijd in acht genomen en bijgevolg worden verstrekkingen mee in rekening genomen die zijn uitgevoerd binnen de 30 dagen die aan het ziekenhuisverblijf voorafgaan.

Deze 2 nieuwe bepalingen gelden voor opnames die na 31 december 2012 worden beëindigd.³⁴

3. Verstrekkingen

a. Artsen

REANIMATIENOMENCLATUUR

De nomenclatuur van artikel 13 wijzigt grondig vanaf 1 december 2012.³⁵

33. M.B. van 13.12.2012 tot wijziging van het M.B. van 22.06.2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVV, in de centra voor dagverzorging, B.S. van 21.12.2012 (Ed. 2), p. 87048.

34. K.B. van 18.12.2012 tot uitvoering van het art. 56ter, § 1, en § 11, 2^o, eerste lid, van de wet GVV, voor wat de referentiebedragen per opname betreft, B.S. van 28.12.2012 (Ed. 3), p. 88468.

35. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van de art. 3, § 1, A, I, 11, 12, § 3, 2^o, d), 13, 17, § 1, 12^o, 17bis, § 1, 5, 17ter, A, 9^o, 20, § 1, a), d), e), f), 25, § 2, a), 2^o en 26, § 4, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.10.2012, p. 63465 en het erratum, B.S. van 30.11.2012 (Ed. 3), p. 76763.

Artikel 13, § 1 krijgt 3 subrubrieken:

- de verstrekkingen van subrubriek A zijn toegankelijk voor alle geneesheer-specialisten die de oude verstrekkingen van artikel 13 kunnen aanrekenen én voor de nieuwe specialismen urgentiegeneskunde, acute geneeskunde, medische oncologie en geriatrie
- de verstrekkingen van subrubriek B zijn voorbehouden aan de geneesheer-specialisten houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg. Bovendien zijn ze alleen aanrekenbaar indien ze worden uitgevoerd in de lokalen van een erkende functie Intensieve Zorg
- de verstrekkingen van subrubriek C zijn toegankelijk voor de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de neonatologie, en zijn enkel aanrekenbaar indien ze worden uitgevoerd in de lokalen van een erkende dienst neonatale Intensieve Zorg (NIC), tenzij anders bepaald.

De omschrijvingen van verscheidene verstrekkingen en toepassingsregels van artikel 13 worden aangevuld, gewijzigd of geschrapt. Nieuwe verstrekkingen die aansluiten op de huidige technische evolutie worden in de nomenclatuur ingevoerd.

Een aantal verstrekkingen worden verplaatst. Ook worden verstrekkingen uit andere artikels aangepast waar nodig.

Een nieuwe paragraaf, artikel 13, § 3, wordt toegevoegd waarin toepassingsregels zijn opgenomen. Hierin wordt nader gespecificeerd wanneer verstrekkingen zoals “continu toezicht op de vitale en niet-vitale functies” mogen worden aangerekend, alsook overgangsmatregelen om het huidige tekort aan geneesheer-specialisten met bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg op te vangen.

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 december 2012 wijzigt de nomenclatuur van artikel 17^{quater}, § 3: de echografieën.³⁶ Elke echografieverstrekking wordt aan een bepaald specialisme toegewezen. Door deze selectieve toewijzing wordt een belangrijke besparing gerealiseerd.

TRANSPLANTATIE BLOEDSTAMCELLEN

De nomenclatuur inwendige geneeskundige verstrekkingen wijzigt voor wat betreft de transplantatie bloedstamcellen.³⁷ De wijzigingen treden in werking vanaf 1 februari 2013.

- De waarde van de terugbetaling wijzigt voor de “coördinatie van de transplantatie van allogene hematopoïetische bloedstamcellen ingeval van een niet-verwante donor”
- Aangezien het EBMT (European Bone Marrow Transplantation Society) geen accreditaties meer geeft wordt de EBMT accreditatie in de nomenclatuur vervangen door een ander criterium: de JACIE-accreditatie (Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT))
- De verstrekkingen uitgevoerd op de donor en de hospitalisatiekosten worden aangerekend aan de ontvanger, met dien verstande dat aangemerkt wordt dat ze betrekking hebben op de donor. De bedoeling is om slechts kosten terug te betalen in geval er een reële ontvanger is en dus de transplantatie effectief plaats heeft gehad. Dit wordt in de tekst verduidelijkt.
- Tevens wordt verduidelijkt dat de transportkosten van bloedstalen (confirmatory typing) inbegrepen zijn in het coördinatieforfait.

36. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van het art. 17^{quater}, § 3, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.10.2012 (Ed. 4), p. 63949.

37. K.B. van 06.12.2012 tot wijziging van het art. 20, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.12.2012 (Ed. 2), p. 87046.

HARTCATHETERISATIE

In artikel 20, § 1, e) van de nomenclatuur wordt een fout rechtgezet inzake hartcatheterisatie: “langs veneuze weg met transseptale punctie” in plaats van “langs arteriële weg”.³⁸ Deze rechtzetting vindt ingang vanaf 1 januari 2012.

GENETISCHE ONDERZOEKEN

Vanaf 1 januari 2013 vernieuwt de nomenclatuur van artikel 33, die betrekking heeft op de pathologische anatomie en het genetisch onderzoek.³⁹ De verstrekkingen zijn onderverdeeld in 5 categorieën: cytogenetische onderzoeken, prenatale onderzoeken, kweek, moleculaire onderzoeken en dosering.

De hervorming van de nomenclatuur heeft als doel:

- Een grotere transparantie in de activiteiten inzake genetica tot stand brengen
- De omschrijvingen van de gebruikte methode (soort test) en van de klinische indicaties duidelijker te maken
- De uitgaven van de sector beter te controleren
- Aangepast te zijn aan de huidige kwaliteitseisen.

PERCUTANE INTERVENTIONELE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 januari 2013 wijzigt artikel 34 van de nomenclatuur voor wat betreft de PCI-verstrekking: percutaneous coronary intervention met of zonder stenting van de kransslagaders.⁴⁰

NEUROPSYCHIATRIE (DEMENTIE)

Op 1 april 2011 treden 2 interpretatieregels in werking met betrekking tot het honorarium voor het dementiebilan.⁴¹

- Het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie is enkel aanrekenbaar door een geneesheer-specialist mits een gemotiveerde schriftelijke verwijzing door de behandelend huisarts of geneesheer-specialist. De voorschrijver moet verschillend zijn van de verstrekker.
- De neuropsycholoog die als gespecialiseerde collega van de neuroloog, geriater of psychiater de opdracht krijgt het neuropsychologisch onderzoek uit te voeren, wordt betaald van het honorarium dat deze arts (“opdrachtgever”) ontvangt bij de aanrekening van de verstrekking.

38. K.B. van 20.09.2012 tot wijziging van het art. 20, § 1, e), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 08.10.2012, p. 61219 en de rechtzetting, B.S. van 18.10.2012, p. 63475.

39. K.B. van 10.11.2012 tot wijziging van het art. 33 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2012 (Ed. 2), p. 76062.

40. K.B. van 18.10.2012 tot wijziging van het art. 34, § 1, a), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 13.11.2012, p. 67717.

41. Interpretatieregels van 01.10.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 22.10.2012, p. 64198.

PNEUMOLOGIE

Vanaf 22 oktober treedt een interpretatieregel in werking die expliciet de (ongeschreven) regel bevestigt dat wanneer er een specifieke verstrekking in de nomenclatuur beschreven wordt deze moet aangerekend worden en niet een gelijkaardige verstrekking die in meer algemene termen is geformuleerd.

Het gaat met name over de bronchoscopie bij geïntubeerde patiënten zonder biopsie die enkel bij deze specifieke indicaties mag aangerekend worden.⁴²

OFTALMOLOGIE

Omdat de gewijzigde toepassingsregel voor verstrekking “consult op vraag van de toezichhoudende arts” in tegenspraak kwam met de bestaande interpretatieregel, dient deze laatste afgeschaft te worden. De opheffing van de interpretatieregel vindt ingang vanaf de wijziging van de toepassingsregel, op 1 mei 2003.⁴³

b. Tandheelkundigen

Het comité van de verzekering voor de geneeskundige verzorging heeft op 24 september 2012 3 nieuwe interpretatieregels aangenomen inzake tandverzorging.⁴⁴

- voor de orthodontische behandelingen wijzigt vanaf 1 mei 2009 een interpretatieregel: het betreft een aanpassing aan de inmiddels gewijzigde nomenclaturnummers
- inzake de conserverende verzorging verduidelijkt de interpretatieregel dat men het bijkomend honorarium voor adhesieve techniek niet kan aanrekenen voor het aanbrengen van zilveramalgaam vullingen. Deze regel gaat in vanaf 1 juni 2007
- voor wat betreft de radiografieën stelt een interpretatieregel dat 3D beeldvorming genomen door middel van een Conebeam CT-toestel niet geattesteerd kan worden onder artikel 5 van de nomenclatuur. Deze regel heeft uitwerking vanaf 1 mei 2009, datum waarop de nomenclatuur van de radiografieën gewijzigd zijn.

c. Logopedisten

Logopedische behandelingen van ten minste 60 minuten komen vanaf 1 januari 2013 niet langer in aanmerking voor terugbetaling voor patiënten jonger dan 10 jaar, ongeacht om welke logopedische verstrekkingen het gaat.⁴⁵ Zittingen van 60 minuten zullen in de praktijk vervangen worden door zittingen van 30 minuten.

d. Opticiens

De tekst van de nomenclatuur van de opticiens is volledig herschreven: de bepalingen van artikel 30, 30bis en 30ter zijn samengevoegd.

42. Interpretatieregels van 01.10.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 22.10.2012, p. 64198.

43. Interpretatieregels van 01.10.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 22.10.2012, p. 64197.

44. Interpretatieregels van 24.09.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 06.11.2012, p. 66652.

45. K.B. van 10.11.2012 tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23.11.2012 (Ed. 3), p. 71513.

De wijzigingen vinden ingang vanaf 1 december 2012 en de voornaamste elementen ervan, zijn als volgt weer te geven:⁴⁶

- de hernieuwingstermijn van brilglazen met hoge sterkte (> 8 dioptrie) verlaagt voor rechthebbenden jonger dan 18 jaar
- de verzekering voor geneeskundige verzorging komt tegemoet in de bifocale en multifocale brilglazen met een sterkte lager dan 8.25 dioptrie voor personen jonger dan 18 jaar
- naast de terugbetaling van minerale brilglazen hebben de rechthebbenden vanaf de 65^{ste} verjaardag ook recht op de terugbetaling van de bifocale en multifocale organische brilglazen
- de voorhangsystemen en overzetbrillen met medische filter met vaste tint komen voor vergoeding in aanmerking
- specifieke contactlenzen voor onregelmatigheden van de cornea komen voor vergoeding in aanmerking
- de hernieuwingstermijn voor contactlenzen verlaagt. Voor de vormstabiele lenzen en de optische sclerale lenzen gaat de termijn van 5 naar 3 jaar, voor de soepele lenzen van 3 naar 1 jaar.
- de rechthebbende heeft elk jaar recht op een forfait voor onderhoud van een oogprothese
- de occluder met microporiën kan voortaan maximaal 3 maal hernieuwd worden voor de rechthebbende tot de 18^{de} verjaardag in plaats van 1 maal
- personen met een diplopie én een oogafwijking lager dan 8.25 dioptrie hebben recht op een forfait voor een optische prisma ingeslepen in een brillenglas.

Het model van voorschrift voor de verstrekkingen van artikel 30 is bepaald vanaf 1 december 2012.⁴⁷ Tot 1 februari 2013 mogen oftalmologen ook nog hun eigen formulier gebruiken.⁴⁸

e. Audiciens

Vanaf 1 december 2012 wijzigt de nomenclatuur van de gehoorprothesisten.⁴⁹

- De terugbetaling van hoorapparaten verbetert door een uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden naar bepaalde groepen van mensen met een gehoorverlies lager dan 40 dB. Het gaat om kinderen met taal- en/of spraakproblemen en volwassenen met een atypisch audiogram.
- De terugbetaling voor contralaterale toerusting breidt uit
- De rechthebbenden die om medische redenen moeten overschakelen van een toerusting met luchtgeleiding naar een toerusting met beengeleiding of omgekeerd kunnen hun hoorapparaten hernieuwen voor het verstrijken van de hernieuwingstermijn
- De administratieve procedures krijgen verduidelijking
- Er wordt een gestandaardiseerde vragenlijst (COSI) ingevoerd om de tevredenheid van de patiënt te verbeteren.

46. K.B. van 30.09.2012 tot wijziging van art. 30, 30bis en 30ter van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 15.10.2012, p. 63011.

47. Verordening van 22.10.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 19.11.2012, p. 68826.

48. Verordening van 17.12.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 21.12.2012 (Ed. 3), p. 87228.

49. K.B. van 22.10.2012 tot wijziging van art. 31 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 29.10.2012, p. 65939.

Het remgeld dat ten laste van de patiënt valt, krijgt een aanpassing volgens de veranderde nomenclatuur. Het Koninklijk besluit dat het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens vaststelt, wijzigt.⁵⁰

De formulieren vernieuwen overeenkomstig de nieuwe nomenclatuur.⁵¹

f. Bandagisten

De formulieren die worden gebruikt in het kader van de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen werden geëvalueerd en herzien. Vanaf 1 januari 2013 gelden de nieuwe formulieren.⁵² De formulieren die al waren opgesteld voor deze datum, blijven gelden tot het einde van de aanvraagperiode.

g. Orthopedisten

De nomenclatuur betreffende de drukkleedij krijgt verduidelijking via 4 interpretatieregels met ingang van 1 maart 2012.⁵³ Volgende kwesties krijgen een duidelijk antwoord:

- welke geneesheer-specialisten drukkleedij mogen voorschrijven voor verschillende indicaties
- hoe het woord “brandwonden” in § 18, E., dient gelezen te worden
- bijkomende centimeters voor een basispelotte tellen niet mee voor het maximum aantal bijkomende silicone verstrekkingen
- vastleggen van het aantal vergoedbare stukken waarop een patiënt recht heeft wanneer hij tijdens zijn behandeling 18 jaar wordt.

h. Implantaten

HAARPROTHESEN

De wettelijke basis van de terugbetaling van haarprothesen bevindt zich thans niet meer onder de medische hulpmiddelen maar onder de lijst van de verstrekkingen van artikel 35 van de gecoördineerde wet.⁵⁴

Via Koninklijk besluit kan de terugbetaling van de haarprothesen onderworpen worden aan de machtiging van de adviserend geneesheer. Deze kan ook de nodige controle uitoefenen over het al dan niet correct voorschrijven en afleveren van de verstrekking.

50. K.B. van 19.11.2012 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens, B.S. van 28.11.2012 (Ed. 2), p. 76071.

51. Verordening van 12.11.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 28.11.2012 (Ed. 2), p. 76075.

52. Verordening van 22.10.2012 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 19.11.2012, p. 68785.

53. Interpretatieregels van 22.10.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 12.11.2012, p. 67609.

54. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 4-6.

ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

Vanaf 1 februari 2013 wijzigt de nomenclatuur voor wat betreft de discusprothese en de osteosyntheseschroef.⁵⁵

- toevoeging van een nieuwe verstrekking voor de insert of kern, in polyethyleen, van een totale discusprothese
- uitbreiding van de exclusiecriteria met de patiënt waarbij meerdere discusprothesen worden geplaatst tijdens dezelfde ingreep
- aanpassing van de omschrijving van de osteosyntheseschroef: voortaan wordt de term “schroef” vervangen door de term “schroef of peg”.

Een interpretatiereguleer betreffende de nomenclatuur “artrosopische verstrekkingen” wijzigt vanaf 1 augustus 2012.⁵⁶ Deze wijziging actualiseert de oude tekst waardoor de interpretatiereguleer ook effect heeft op recente wijzigingen aan de nomenclatuur.

Met ingang van 1 december 2012 wijzigt de terugbetaling voor de heupprothesen met kop/cupula in metaal/metaal of in keramiek/keramiek.⁵⁷ Voorheen was een kop in metaal en een cupula in polyethyleen frequent, maar door de technologische ontwikkeling zijn de prothesen metaal/metaal of keramiek/keramiek sterk verbeterd. Om de kost van deze nieuwe techniek ten laste van de patiënten te beperken, wordt de terugbetaling verhoogd.

UROLOGIE EN NEFROLOGIE

Vanaf 1 december 2012 komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet in de kosten van opvulmateriaal voor de behandeling van vesico-ureterale reflux.⁵⁸

HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Met ingang van 1 december 2012 kan een nieuwe verstrekking worden aangerekend uit artikel 35*bis* van de nomenclatuur.⁵⁹ Het gaat om de mechanische extractie van endoveneuze elektroden.

BLOEDVATENHEELKUNDE

Vanaf 1 januari 2013 wijzigt de verstrekking die de tegemoetkoming omschrijft voor het materiaal voor multivessel.⁶⁰ De wijziging zet een incoherentie recht tussen een toepassingsregel van het materiaal die stelt dat deze kan vergoed worden per opname en de medische akte die geattesteerd kan worden per operatiezitting.

55. K.B. van 25.10.2012 tot wijziging van het art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 11.12.2012, p. 79408.

56. Interpretatieregels van 22.10.2012 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 11.12.2012, p. 79534

57. K.B. van 04.10.2012 tot wijziging van het art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19.10.2012 (Ed. 4), p. 63951.

58. K.B. van 04.10.2012 tot wijziging van het art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 17.10.2012, p. 63343 en het erratum, B.S. van 07.03.2013, p. 13855.

59. K.B. van 04.10.2012 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 18.10.2012, p. 63474.

60. K.B. van 18.10.2012 tot wijziging van het art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 13.11.2012, p. 67716.

i. Farmaceutische verstrekkingen

GOEDKOOPSTE GENEESMIDDELEN

In het geval van een voorschrift op stofnaam levert de apotheker vanaf 1 april 2012 verplicht een farmaceutische specialiteit af die behoort tot de groep van de “goedkoopste” geneesmiddelen. Vanaf 20 november 2012 brengt een Koninklijk besluit een aantal preciseringen aan in de bepalingen die deze groep van geneesmiddelen identificeren en bekend maken.⁶¹

Onbeschikbaarheid

In het geval farmaceutische specialiteiten die aangeduid werden als de goedkoopste geneesmiddelen, niet beschikbaar zijn in de handel, mag de apotheker een ander beschikbaar (zo goedkoop mogelijk en terugbetaalbaar) geneesmiddel buiten de groep van “de goedkoopste geneesmiddelen” afleveren. Dit moet worden aangeduid en bovendien moet op het voorschrift worden vermeld dat het een onbeschikbaarheid betreft.

Statuut van goedkoopste

De voorlopige versie van de tabel met de aanduiding of een farmaceutische specialiteit al dan niet tot de groep van de “goedkoopste geneesmiddelen” behoort, wordt 6 weken op voorhand bekend gemaakt door de Dienst Geneeskundige Verzorging. Deze voorlopige versie geeft, per groepering, de hoogste waarde voor de vergoedingsbasis aan die nog toelaat om tot de groep van de “goedkoopste geneesmiddelen” te behoren. De bedrijven wordt de mogelijkheid geboden om via een versnelde procedure nog tot de laatste werkdag van de maand vrijwillige prijsdalingen in te dienen om toch nog tot de groep van de “goedkoopste” te behoren.

TABAKSONTWENNING

De verzekering voor geneeskundige verzorging komt tegemoet voor de hulp bij de tabaksontwenning. Of er een tegemoetkoming komt voor de farmaceutische hulp bij tabaksontwenning zal bij Koninklijk besluit worden bepaald.⁶² Dit aspect van tabaksontwenning is thans facultatief.

RADIO-ISOTOPEN

De terugbetalingsprocedure voor radio-isotopen wijzigt en kent thans veel gelijkenissen met de procedure terugbetaling geneesmiddelen.⁶³

Concreet betekent dit dat radio-isotopen worden ingeschreven op een lijst van terugbetaalbare specialiteiten na evaluatie van een aanvraagdossier door de Technische Raad Radio-isotopen, binnen een vastgestelde termijn.

- De oude procedure uit artikel 35, § 2^{ter} vereenvoudigt: de lijst met nomenclatuurvoorstellen moet niet meer worden doorgestuurd door het Verzekeringscomité. Om een vlotte aanpassing van de lijst mogelijk te maken kan deze, op voorstel van de Technische Raad Radio-isotopen, aangepast worden door de minister zonder passage bij het Verzekeringscomité
- Er is geen verplicht advies meer van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
- De lijst moet trimestrieel worden overgemaakt aan de commissie voor begrotingscontrole

61. K.B. van 05.11.2012 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 20.11.2012 (Ed. 2), p. 68946.

62. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 3.

63. Wet van 27.12.2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, B.S. van 31.12.2012, art. 7-12.

- Radioactieve producten of producten die radioactief gemaakt worden en die behoren tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen kunnen via Koninklijk besluit aan vergoedbare radio-isotopen worden gelijkgesteld
- De firma die terugbetaling aanvraagt van een radiofarmaceutisch product is verplicht tot het bevoorraden van de markt. Uit deze verplichting vloeit voor de leveranciers tevens een informatieplicht voort. Het gevolg wanneer de markt niet bevoorrad kan worden is een van rechtswege schrapping van de lijst van vergoedbare producten.

INDICATOREN

Op 5 november 2012 publiceert het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen indicatoren voor de statines en de protonpompremmers.⁶⁴ Op basis van deze indicatoren zal het voorschrijfprofiel van de artsen onderzocht worden inzake de naleving van de aanbevelingen.⁶⁵

De indicatoren moeten peilen naar doelmatig voorschrijfgedrag.

III. Uitkeringen

1. Hoedanigheid van werknemer met persoon ten laste

De inkomensdrempel 'met gezinslast' die de persoon, die de gezinslast kan doen ontstaan, en met de arbeidsongeschikte gerechtigde samenwoont, niet mag overschrijden opdat deze gerechtigde aanspraak kan maken op een uitkering voor een gerechtigde met gezinslast, is geherwaardeerd op 1 september 2011.⁶⁶

Vanaf dezelfde datum is evenwel ook het bedrag van de minimumuitkering regelmatig werknemer-samenwonende met 2 % gestegen.

Hierdoor ligt het bedrag van de minimumuitkering regelmatig werknemer-samenwonende hoger dan het inkomensgrensbedrag 'met gezinslast' dat op die datum van kracht is.

Om dat negatief effect weg te werken, wordt geen rekening gehouden met deze verhoging van de minimumuitkering regelmatig werknemer-samenwonende bij de toekenning van de hoedanigheid van werknemer met gezinslast.⁶⁷ De herwaarderings van 1 september 2011 worden dus ten opzichte van elkaar geneutraliseerd.

64. Indicatoren voor de beoordeling van het voorschrijven van geneesmiddelen onderworpen aan een a posteriori controle, B.S. van 05.11.2012 (Ed. 2), p. 66487.

65. Zie I.B. 2010/4, p. 423, Aanbevelingen over het gebruik van protonpompinhibitoren, B.S. van 20.08.2010, p. 54469 en Aanbevelingen over het gebruik en het voorschrijven van statines, B.S. van 20.08.2012, p. 54472.

66. Zie I.B. 2011/4, p. 451 - K.B. van 06.07.2011 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 28.07.2011, p. 43622.

67. K.B. van 15.10.2012 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 24.10.2012 (Ed. 2), p. 65333.

2. Berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering van de gecontroleerde werkloze

In de werkloosheidsreglementering worden vanaf 1 november 2012 ingrijpende wijzigingen aangebracht die een versterkte degressiviteit van het bedrag van de werkloosheidsuitkering veroorzaken. Deze nieuwe maatregelen hebben gevolgen voor de berekening van het gederfd loon van de gerechtigde die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid gecontroleerd volledig werkloze is. In een eerste stadium wordt de berekeningswijze van de arbeidsongeschiktheidsuitkering als er een loon ontbreekt, gewijzigd op twee vlakken ⁶⁸:

- voor de gecontroleerde volledig werkloze gerechtigde met gezinslast wiens werkloosheidsuitkering op basis van het tijdens een tewerkstelling verdiende loon werd berekend of zou zijn berekend als aan hem niet de minimumuitkering zou zijn toegekend, houdt de wijziging meer concreet in dat er verder wordt rekening gehouden met het bedrag van de anciënniteitstoeslag waarop hij aanspraak kan maken (aanpassing vereist om ook bij de gerechtigde die zich in de fases 2.1 tot en met 2.4 van de tweede vergoedingsperiode bevindt, het (niet forfaitair vastgestelde) bedrag van de anciënniteitstoeslag in aanmerking te kunnen nemen)
- voor de gecontroleerde volledig werkloze gerechtigde die op het ogenblik van het risico als samenwonende werknemer in de derde vergoedingsperiode een forfaitaire werkloosheidsuitkering geniet, is het gederfde loon gelijk aan het minimumloon dat op de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid door het ANPC is vastgesteld voor een bediende van categorie I met negen jaren beroepservaring.

3. Uitkering voor begrafeniskosten

Vanaf 1 januari 2013 wordt de forfaitaire uitkering voor begrafeniskosten van 148,74 EUR niet meer toegekend voor de overlijdens die plaatsgrijpen vanaf deze datum.⁶⁹ Deze uitkering werd betaald op voorwaarde dat de overledene, hetzij de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering voor werknemers had, hetzij een werknemer was die recht had op een rustpensioen, hetzij een rechthebbende op een rust- of invaliditeitspensioen als mijnwerker was. Voor de gerechtigde op een rustpensioen gold als bijkomende voorwaarde dat hij op de dag van het overlijden in de hoedanigheid van gerechtigde aanspraak kon maken op geneeskundige verstrekkingen.

Deze uitkering werd toegekend aan de personen die de begrafeniskosten werkelijk hebben gedragen. De begrafenisondernemers (behalve als zij de echtgenoot of een bloed- of aanverwant tot de derde graad van de overledene waren) en de privaatrechtelijke rechtspersonen die in uitvoering van een verzekeringscontract de begrafeniskosten geheel of gedeeltelijk hadden gedragen, werden nooit als dergelijke personen beschouwd.

68. Verordening van 21.11.2012 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e, van de wet G.V.U., B.S. van 20.12.2012 (Ed. 4), p. 86429.

69. Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), p. 88860.

4. Aanpassing buiten index

Vanaf 1 september 2012 wordt het dagbedrag van de invaliditeitsuitkeringen geherwaardeerd voor de categorie werknemers waarvan de arbeidsongeschiktheid is aangevangen vanaf 1 januari 2003 tot 31 december 2004.⁷⁰

IV. Administratieve controle

1. Terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties

Wanneer uitkeringen of gezondheidszorgen ten onrechte betaald werden moeten de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) de onverschuldigde bedragen terugvorderen overeenkomstig artikel 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, binnen de termijn van artikel 326, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996. Ofwel bekomt de verzekeringsinstelling (ziekenfonds) de terugvordering, ofwel niet.

Artikel 327, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de bedragen van de ten onrechte betaalde prestaties, die nog niet zijn teruggevorderd binnen drie maanden na het aflopen van de terugvorderingstermijnen bepaald in artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, afgeschreven worden door ze als administratiekosten te boeken.

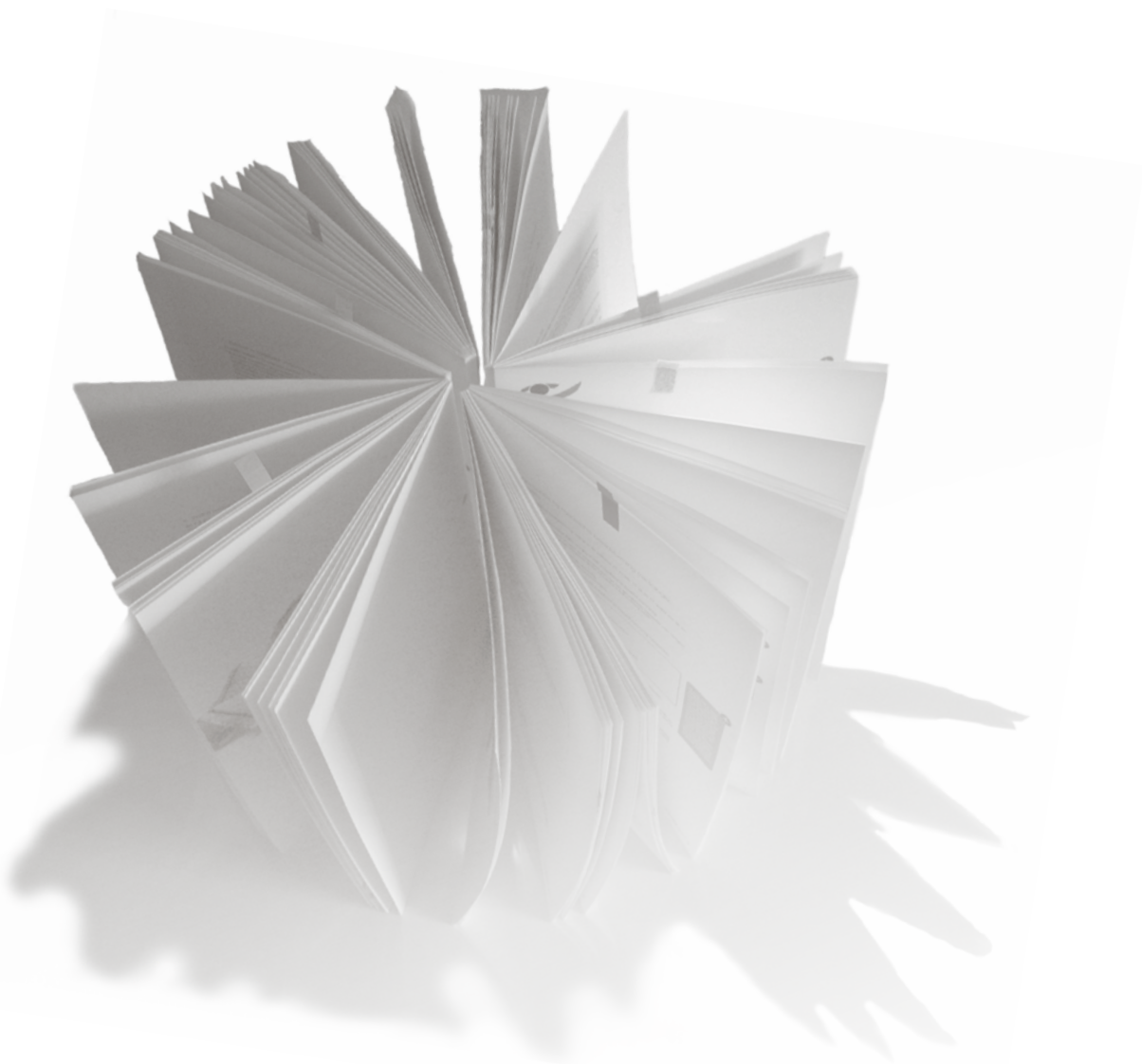
Als de verzekeringsinstelling de terugvordering niet bekomen heeft, maar de terugvorderingsprocedure gevoerd werd als een goede huisvader, dit wil zeggen de nodige middelen werden aangewend, dan kan de vrijstelling boeking administratiekosten toegekend worden door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle, overeenkomstig artikel 327, § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het Koninklijk besluit van 30 september 2012 heeft drie belangrijke wijzigingen doorgevoerd:

- het begrip ‘verlenging’ werd afgeschaft en de redenen voor opschorting van de terugvorderingstermijn van 2 jaar werden geactualiseerd en meer coherent gemaakt
- de termijn waarbinnen de ziekenfondsen een aanvraag kunnen indienen bij de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle van het RIZIV na afloop van de terugvorderingstermijn werd verlengd van 3 tot 6 maanden
- de drempel om een aanvraag in te dienen bij de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle werd verhoogd van 300 EUR tot 600 EUR.

70. Aanpassing buiten index op 01.09.2012 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 22.10.2012, p. 64196.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Arbeidsrechtbank van Brussel, 14 maart 2013

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 34, 2 en 73 Experimenteel karakter – medisch risico

Het experimentele karakter van een medische handeling mag niet worden verward met een medisch risico.

Het experimentele karakter van een behandeling hangt samen met het nieuwe en vernieuwende karakter maar ook met de onzekerheid aangaande de precieze effecten van de toediening ervan. Het houdt verband met de te verwachten resultaten.

Het medische risico bij de toediening van een behandeling bestaat erin dat het verwachte resultaat niet wordt bereikt. De praktiserende arts heeft geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de patiënt.

Als men een behandeling die reeds beproefd en erkend is in het kader van de aanpak van een bepaalde pathologie wil toepassen op een andere pathologie, kan dat enkel als een experiment worden opgevat. Bij ontstentenis van een gelijkaardig geval dat voorheen langs dezelfde weg is behandeld, kan het vernieuwende karakter van de toepaste methode niet worden ontkend. Krachtens artikel 34, 2e lid, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dient de sociale zekerheid derhalve de uit dergelijke experimenten voortvloeiende kosten niet ten laste te nemen.

A.R. nr. 10/882/A

J.I.C.G. t./verzekeringsinstelling en RIZIV

...

III. La décision contestée – L'objet du recours

Par lettre du 6 octobre 2009, le collège des médecins-directeurs de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (ci-après, le "Le Collège" ou "l'INAMI") a refusé la prise en charge du placement d'un implant cochléaire, telle que sollicitée par la demande du 31 août 2009.

Cette décision est motivée, entre autres, par les éléments suivants :

- la demande de remboursement est fondée sur un nombre d'hypothèses
- il n'existe pas de garantie quant à un éventuel bénéfice qu'apporterait la pose de l'implant
- une intervention est envisagée en cas d'échec
- il s'agit d'un essai, pour étudier les résultats et le réglage d'un implant cochléaire dans ce style de lésion anatomique
- il s'agit néanmoins d'un cas digne d'intérêt
- les hôpitaux disposent de budgets spéciaux pour effectuer ce type d'études
- l'assurance soins de santé ne peut intervenir dans le cadre d'essais cliniques
- il s'agit d'une prestation particulièrement onéreuse à charge du régime des soins de santé.

À l'instar de Monsieur D., Monsieur C. G. estime répondre aux conditions de la nomenclature.

Il sollicite, en ordre subsidiaire, qu'un médecin expert soit désigné.

...

VII. Discussion

A. Les principes

L'article 34, alinéa 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 énonce que l'assurance soins de santé n'intervient pas en principe dans les prestations accomplies dans un but esthétique et dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance.

L'article 73 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que :

Le médecin et le praticien de l'art dentaire apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.

Ils s'abstiennent de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les dispensateurs de soins autres que ceux visés à l'alinéa 1^{er} s'abstiennent également d'exécuter ou de faire exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

(...)

§ 2. Le caractère inutilement onéreux ou superflu de ces prestations s'évalue selon la procédure prévue à l'article 146 bis, § 1^{er}, sur base d'un ou de plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le Conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale.

(...)

§ 4. À défaut d'indicateurs de déviation manifeste visés au § 2, la pratique est comparée selon la procédure prévue à l'article 146 bis, § 2, avec la pratique de dispensateurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires. Il est tenu compte entre autres d'informations scientifiques, acceptées par des associations et/ou institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale.

L'article 35, § 8 de la nomenclature (en vigueur à la date de la demande) dispose que :

A. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683690-683701 peut être approuvée par le Collège des médecins-directeurs sur la base d'un rapport médical signé et introduit par le médecin implanteur, et qui mentionnera les données suivantes :

1. L'existence d'une perte auditive à la meilleure oreille, pour laquelle il est satisfait à toutes les conditions suivantes :
 - le seuil moyen mesuré en audiométrie tonale au casque pour les fréquences de 500, 1000 et 2000 Hz s'élève à au moins 85 dB HL (hearing level). En cas d'absence d'audition pour une ou plusieurs fréquences, un seuil de 120 dB HL doit être utilisé pour le calcul
 - le seuil du pic V au BERA (brainstem evoked response audiometry) est supérieur ou égal à 90 dB Nhl (normal hearing level)
 - des "aides auditives, amplificatrices des sons, adéquates, ne permettent pas une audition fonctionnelle chez des sujets sourds post linguaux.
En cas d'audition non fonctionnelle, un score de reconnaissance des phonèmes présentés à 70 dB SPL (sound pressure level) doit être évalué, par une audiométrie vocale en champ libre sur base de listes monosyllabiques (de type CVC (consonant vowel consonant), et aussi bien pour les néerlandophones, francophones et germanophones), comme étant inférieur ou égal à 30 %.

Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.

2. Les résultats d'une audiométrie vocale, avec et sans appareil auditif. Au cas où cet examen ne serait pas réalisable, par exemple suite au jeune âge de l'enfant ou à un retard mental (qui ne constitue pas en soi une contre-indication à l'implantation d'un implant cochléaire), la raison doit en être clairement mentionnée.

Les résultats de l'essai d'amplification auditive peuvent ne pas être joints si un facteur rend l'implantation urgente, à savoir risque de fibrose ou ossification de la cochlée après méningite ou d'autres causes à motiver.

En cas de retard mental, de problèmes psychologiques ou psychiatriques, aussi bien chez les enfants que les adultes, un avis psychologique doit être joint à la demande, dans lequel doivent être spécifiquement évalués le contexte familial, ainsi que la possibilité de rééducation du bénéficiaire.

Le Collège des médecins directeurs peut toujours demander des rapports complémentaires.

3. L'état général du patient ne peut pas constituer de contre-indication, ni pour l'implantation, ni pour un usage efficace de l'appareil.

4. Une proposition de programme de rééducation pour le patient avec mention du centre.

Une prise en charge logopédique de longue durée (qu'il s'agisse d'une logopédie multi-disciplinaire ou non) doit au moins avoir lieu après l'implantation pour développer un codage auditif efficace. Le responsable de la rééducation doit être mentionné nominativement. En ce qui concerne les enfants avec implant, la prise en charge doit être supervisée jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire par un centre d'implantation disposant d'un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie ou un centre de réadaptation fonctionnelle ouïe et parole disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein.

- B. 1. La demande avec pose d'indication doit émaner d'un médecin implanteur qui peut baser sa pose d'indication sur les données d'un centre avec un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein.

2. L'implantation doit être réalisée dans un établissement hospitalier comprenant un service d'oto-rhino-laryngologie spécialisé en cette matière, disposant d'une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein lié à ce centre et qui effectue l'implantation.

3. Le réglage et le suivi de l'implant doivent être réalisés dans un centre d'implantation et/ou un centre disposant d'une équipe multidisciplinaire composée d'au moins un logopède à temps plein, un audicien-audiologue à temps plein et un médecin ORL à temps plein. Les services mentionnés sous 1, 2 et 3 doivent pouvoir garantir une assistance continue.

- C. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683690 - 683701 est transmise, avec le rapport médical et la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Une procédure exceptionnelle de demande urgente d'intervention de l'assurance avant implantation est permise en cas de constatation d'une fibrose démontrable de la cochlée après méningite, comme précurseur d'une ossification, ou d'autres affections exceptionnelles à motiver.

Dans ce cas, la demande d'intervention de l'assurance est envoyée directement, accompagnée du rapport médical et de la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs, avec copie à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les produits repris sur la liste relative à la prestation 683690-683701 couvre tous les éléments constitutifs de l'implant.

La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

- D. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683211- 683222 est transmise, avec la mention du type d'appareil (code d'identification), au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire de l'organisme assureur du bénéficiaire.

La prestation 683211-683222 ne peut être accordée que dix ans après la prestation 683690-683701 et ne peut être portée en compte qu'une fois par période de dix ans.

Une autorisation exceptionnelle pour le remplacement anticipé des éléments implantés peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé.

La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

- E. L'intervention pour la prestation 683712-683723 ne peut être accordée que trois ans après la date d'implantation d'un appareil répondant à la prestation 683690-683701.

L'intervention s'élève à maximum 400 Eur par an et ne vaut que pour la réparation ou le remplacement de pièces, à l'exception des piles.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit être informé de la demande de cette intervention de l'assurance par la transmission de la facture.

En cas d'implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

- F. La demande d'intervention de l'assurance pour la prestation 683233-683244 doit être approuvée par le médecin-conseil de l'organisme assureur sur base d'un rapport motivé.

Le remboursement de la prestation 683233-683244 ne peut être accordé que :

- minimum cinq ans après la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 chez les bénéficiaires à partir de leur douzième anniversaire
- minimum trois ans après la prestation 683690-683701 ou 683233-683244 chez les bénéficiaires de moins de douze ans.

Une autorisation exceptionnelle pour le remplacement anticipé du processeur vocal peut être accordée, pour raison impérieuse, par le Collège des médecins-directeurs sur base d'un rapport médical motivé. La décision du Collège est communiquée en même temps à l'organisme assureur, au pharmacien hospitalier et au médecin implanteur.

En cas d'implantation bilatérale, les règles valent par oreille.

- G. Le Conseil technique des implants peut établir un modèle de demande.

Ce document est approuvé par le comité de l'assurance soins de santé après avis du Collège des médecins-directeurs.

- H. Les centres d'implantation s'engagent à présenter leurs résultats sur demande du Collège des médecins-directeurs.

La nature des résultats à présenter est déterminée par le Collège des médecins-directeurs, après avis du Conseil technique des implants.

...

C. Le caractère expérimental de la pose d'un implant cochléaire dans le cas de Monsieur C. G.

Le caractère expérimental d'un acte médical ne peut être confondu avec l'aléa thérapeutique.

Aux termes de ce dernier, le médecin praticien ne noue pas d'obligation de résultat vis-à-vis du patient.

Le caractère expérimental d'un traitement tient à son caractère de nouveauté et d'innovation, mais également à l'incertitude quant aux effets précis de son administration.

L'aléa thérapeutique dans l'administration d'un traitement tient en ce que le résultat escompté n'est pas atteint.

Tel n'est pas le cas lorsque le résultat à atteindre est inconnu ou incertain.

En l'espèce, le tribunal constate que le Docteur D. ignorait quels seraient les effets de la pose d'un implant cochléaire dans le cas de Monsieur C. G.

Si le Docteur D. estimait, par comparaison avec les résultats obtenus lors de la pose d'un tel implant en cas de neuropathie auditive, que la situation auditive de Monsieur C. G. pourrait s'améliorer, avec le Collège, il faut constater que ce résultat dépendait de plusieurs variables et, à ce titre, présentait un caractère aléatoire, distinct de l'aléa thérapeutique évoqué ci-avant.

Ainsi, le Docteur D. faisait l'hypothèse que l'information fournie par l'implant (serait) simplifiée et qu'en donnant une information simplifiée et ralentie, la transmission pourrait être plus efficace au niveau des tissus abîmés au niveau mésencéphalique parce qu'elle pouvait imaginer que la synchronisation des réponses ne se passe pas bien dans ce tissu à l'instar de ce qui se passe en cas de neuropathie auditive en telle sorte qu'il se (pouvait) qu'une information ralentie et simplifiée, demandant moins de synchronisation, passe mieux et (puisse) être traitée au niveau des centres supérieurs auditifs du langage.

Le traitement vise à sortir (Monsieur C. G.) du silence et du manque de communication orale qui le bloque dans ses relations sociales et dans ses possibilités de réhabilitation professionnelle.

Il n'est donc pas certain que l'information ralentie et simplifiée pourra adéquatement être traitée par les centres supérieurs auditifs et du langage qui sont demeurés intacts.

Il est insuffisant de retenir que la pathologie de Monsieur C. G., avec ses particularités propres, s'apparente à une neuropathie auditive et de s'appuyer sur les résultats obtenus par le traitement de cette pathologie par implant cochléaire, pour que le traitement préconise perde son caractère expérimental.

Au contraire, la volonté de transposer un traitement éprouvé et avéré dans l'appréhension d'une certaine pathologie, en vue de soigner une autre pathologie, ne peut relever que de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'excès clinique.

Il ne s'agit pas uniquement de sémantique ou de syntaxe.

En l'absence de cas similaire traité antérieurement par ce moyen, le caractère innovateur de la démarche ne peut être nié.

Il est évident que ce n'est pas volonté d'apporter un remède à la situation de Monsieur C. G., qui doit être censurée, mais uniquement la volonté de faire supporter ces frais par la collectivité.

Et s'il est exact que tout traitement doit bien connaître un premier cas et un premier essai, il n'appartient pas au régime de sécurité sociale de supporter les coûts liés à de telles expérimentations.

Tel n'aurait peut-être pas été le cas si le Docteur D. avait déjà pratiqué cette intervention à plusieurs reprises, sur des patients présentant un tableau clinique identique.

La perte (totale) de la fonction cochléaire à la fin de l'année 2009 n'est pas de nature à remettre en cause ce qui précède, en ce sens que la pose projetée de l'implant n'en acquerrait pas davantage un caractère de certitude.

Le caractère de test et d'essai clinique n'était pas gommé par cette modification de la situation, puisque la simulation de la cochlée et la synchronisation des informations reçues, demeureraient une hypothèse formulée par analogie et sans qu'aucune similitude entre les pathologies comparées n'ait encore été réellement attestée.

Dans les circonstances décrites ci-avant, la demande n'est pas fondée, qu'elle vise l'annulation de la décision du 23 septembre 2009 ou celle du 1^{er} octobre 2012 : le caractère expérimental de la démarche n'est pas lié à la génération ou au type d'implant cochléaire utilisé, mais bien aux résultats qui peuvent être espérés.

...

II. Hof van Cassatie, 8 april 2013

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 191, 1^e lid, 15^o
Financiering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
en uitkeringen – Bijdragen op het omzetcijfer van de farmaceutische
bedrijven – Berekening

*De bijdragen worden berekend op het op de Belgische markt verwezenlijkte omzetcijfer van de geneesmiddelen die gedurende het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten ingeschreven zijn.
Het is dus niet vereist dat de specialiteit nog terugbetaalbaar is gedurende het jaar waarvoor de heffing verschuldigd is.*

NV - P. t./RIZIV
Arrest nr. S. 11.0092.F

...

III. La décision de la Cour

Sur le moyen :

Quant à la première branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15^o, alinéas 1^{er} et 2, 15^oquater, 15^oquinquies, 15^osexies et 15^osepties de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable aux faits, les ressources de l'assurance soins de santé sont constituées par le produit de différentes cotisations calculées à charge des demandeurs qui ont réalisé un chiffre d'affaires sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables durant l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due.

Il en résulte que ces cotisations sont calculées sur la base du chiffre d'affaires réalisé pour les produits remboursables au cours de l'année qui précède.

Le moyen qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Quant à la deuxième branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er} 15°, alinéa 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérée par la loi du 10 juin 2006, pour l'application de l'exclusion des spécialités pharmaceutiques qui ont été classées uniquement sous une catégorie de remboursement déterminée, du chiffre d'affaires sur la base duquel la cotisation est calculée, le statut des médicaments en cause est pris en considération au premier janvier de l'année pour laquelle la cotisation est due.

Contrairement à ce que soutient le moyen, en cette branche, il n'en résulte pas qu'en dehors de l'application de cette exclusion, il faille tenir compte, en règle générale, du statut de la spécialité pharmaceutique au premier janvier de l'année pour laquelle elle est due mais au contraire de son statut au cours de l'année qui précède celle pour laquelle la cotisation est due.

Le moyen qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Quant à la troisième branche :

En vertu de l'article 35*bis*, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable aux faits, le Roi confirme la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2002, à partir du 1^{er} janvier 2002, cette liste peut être modifiée par le ministre sur la proposition de la commission de remboursement des médicaments et les modifications de la liste peuvent consister en l'inscription et la suppression de spécialités pharmaceutiques ainsi qu'en la modification des modalités de l'inscription sur la liste.

Suivant l'article 101 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, avant sa suppression par l'arrêté royal du 15 février 2007, tous les demandeurs dont une ou plusieurs spécialités sont admises ou qui ont introduit une demande d'admission avant le 1^{er} janvier 2002, doivent signer l'engagement mentionné à l'article 9, alinéa 2, avant le 31 mars 2002 et toute spécialité admise, pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'aura signé d'engagement, sera, de plein droit et sans procédure, supprimée de la liste.

Il suit de ces dispositions que la suppression de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables d'une spécialité pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'a signé l'engagement prévu à l'article 9, alinéa 2, de l'arrêté royal précité n'entre en vigueur qu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel modifiant la liste qui formalise cette suppression.

Le moyen qui, en cette branche, repose tout entier sur le soutènement contraire, manque en droit.

Quant à la quatrième branche :

En vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, celui qui réalise un chiffre d'affaires par la commercialisation sur le marché belge d'une spécialité inscrite sur la liste des spécialités remboursables est tenu au paiement d'une cotisation représentant un certain pourcentage du chiffre d'affaires réalisé durant l'année précédant celle pour laquelle cette cotisation est due.

Il résulte de la réponse à la troisième branche du moyen que celui-ci critique vainement la décision de l'arrêt que "la suppression [des spécialités H., M. et T.-M., de la liste des spécialités remboursables] n'a été effective qu'à la date du 1^{er} janvier 2005".

L'arrêt, qui considère que " les cotisations [dues en vertu de l'article 191, alinéa 1^{er}, 15°, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994], sont dues dès lors que [la demanderesse] a réalisé en 2003 et 2004 un chiffre d'affaires par la vente [de ces spécialités] qui, à ce moment, se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables ", ne viole pas ces dispositions légales.

Le moyen, en cette branche, ne peut être accueilli.

Par ces motifs,

La Cour

Rejette le pourvoi ;

...

Arbeidshof van Brussel, 27 april 2011

...

A.R. nr. 2010/AB/39
RIZIV t./S.A.P. en Belgische staat

A. Le cadre juridique

8. L'article 191 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités détermine les différentes sources de financement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Différentes recettes et cotisations spécifiques viennent s'ajouter aux moyens provenant de la gestion globale de la sécurité sociale (régime des salariés et régime des indépendants).

Parmi les nombreuses recettes complémentaires, sont prévues à charge des entreprises pharmaceutiques, des redevances¹ et des cotisations² calculées sur le chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

La Cour constitutionnelle a été fréquemment interrogée à propos de ces redevances et cotisations.

Elle a, de manière répétée, décidé que le législateur a pu, sans méconnaître les articles 10 et 11 de la Constitution, estimer que les exigences de l'intérêt général justifiaient l'établissement et la prolongation d'une mesure, pratiquée depuis 1990, indispensable à l'équilibre budgétaire de l'assurance soins de santé³.

1. Art. 191, 14°, de la loi coordonnée le 14.07.1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2. Art. 191, 15° à 16°bis de la loi coordonnée le 14.07.1994.

3. Voy., notamment, les arrêts n°s 9/99 (B.5.1 à B.5.9) du 28.01.1999, 36/99 (B.3.1 à B.3.4) du 17.03.1999, 97/99 (B.44 à B.46) du 15.09.1999, 103/2000 (B.8) du 11.10.2000, 159/2001 (B.25) du 19.12.2001, 40/2003 (B.19) du 09.04.2003, 73/2004 du 05.05.2004 (B.7.3).

9. Pour 2005, cinq cotisations étaient prévues à charge des entreprises pharmaceutiques :

une cotisation sur le chiffre d'affaires (art. 191, 15^o),
une cotisation spéciale exercice 2005 (art. 191, 15^{sexies}),
une cotisation supplémentaire 2005 (art. 191, 15^{quinquies}),
une cotisation complémentaire 2005 (art. 191, 15^{quater}),
une cotisation exceptionnelle 2005 (art. 191, 15^{septies}).

La cotisation sur le chiffre d'affaires est fonction du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments inscrits dans la liste des spécialisés pharmaceutiques remboursables. Elle est calculée sur le chiffre d'affaires réalisé durant l'année " précédant celle pour laquelle la cotisation est due" (voir art. 191, 15^o, al. 2, tel que modifié par l'art. 70 de la loi du 27.12.2004).

Pour la perception de cette cotisation, l'article 191, 15^o, alinéas 7 et suivants, précise :

" Chaque année, le chiffre d'affaires annuel total de l'année précédentes, (...), fait l'objet d'une déclaration (...).

Les déclarations susvisées doivent être datées, signées, certifiées sincères et exactes et doivent être introduites, par pli recommandé à la poste, (...).

Pour les années 1995, (...), 2005, elles doivent être introduites respectivement avant le 1^{er} février 1996, (...) et 1^{er} mai 2005.

Le Service des soins de santé peut procéder à la fixation d'office du chiffre d'affaires total sur base des données provenant de la collecte des données visées à l'article 165, dans l'hypothèse où le demandeur a omis de faire une déclaration conformément aux dispositions de l'alinéa 8. Le demandeur concerné est mis au courant de la fixation d'office du chiffre d'affaires par lettre recommandée à la poste.

Pour les années 1995, (...), et 2005, la cotisation doit être versée respectivement avant le 1^{er} mars 1996, (...), et le 1^{er} juin 2005.

Le Service susvisé assure la perception de la cotisation susvisée ainsi que le contrôle.

Le débiteur qui ne verse pas la cotisation susvisée dans le délai fixé à l'alinéa 10 est redevable d'une majoration égale à 10 % de cette cotisation, ainsi que d'un intérêt de retard sur ladite cotisation, calculé au taux d'intérêt légal.

Le Conseil général peut accorder au débiteur visé à l'alinéa 2 l'exonération ou la réduction dans la majoration de la redevance ou de l'intérêt de retard (...)"

Selon l'article 191, 15^oquinquies, la cotisation supplémentaire était égale à 1,5 % du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge durant l'année 2004 par les médicaments inscrits dans la liste des spécialistes pharmaceutiques remboursables. Cette cotisation devait être versée avant le 1^{er} novembre 2005.

Selon l'article 191, 15^osexies, la cotisation spéciale exercice 2005 était égale à 1,5 % du chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge durant l'année 2003 par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cette cotisation devait être versée avant le 1^{er} juillet 2005.

Selon l'article 191, 15^osepties, une cotisation exceptionnelle 2005 était égale à 1,5 p.c. du chiffre d'affaires réalisé durant l'année 2004. Elle devait être calculée et perçue selon les mêmes modalités que la cotisation sur le chiffre d'affaires.
Elle devait être versée avant le 20 décembre 2005.

Selon l'article 191, 15^oquater, une cotisation complémentaire 2005 était due en cas de dépassement du budget des remboursements de médicaments en 2004. Elle devait être calculée sur le chiffre d'affaires réalisé en 2004. Elle devait être calculée et perçue selon les mêmes modalités que la cotisation sur le chiffre d'affaires. Elle devait faire l'objet d'une avance pour le 15 novembre 2005.

10. Il apparaît ainsi que les différentes cotisations étaient dues en fonction du chiffre d'affaires réalisé par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en 2004, à l'exclusion de la cotisation spéciale exercice 2005 qui était due sur base du chiffre d'affaires réalisé par les médicaments inscrits dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en 2003.

...

C. Position de la Cour

En ce qui concerne le fait générateur de l'obligation de verser une cotisation

12. Selon l'article 191, 15°, de la loi coordonnée, *la "cotisation est à charge des demandeurs qui ont réalisé (un) chiffre d'affaires durant l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due"*.

Ce texte est clair.

Le débiteur de la cotisation sur le chiffre d'affaires est celui qui grâce à une spécialité remboursable, a réalisé un chiffre d'affaires au cours de l'année précédant celle dont la cotisation porte le millésime (et au cours de laquelle doit intervenir le paiement).

L'alinéa 3 confirme cette interprétation en indiquant que la cotisation d'une année correspond à un certain pourcentage du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année précédente.

Il n'est donc pas requis que la spécialité soit encore remboursable pendant l'année au cours de laquelle doit intervenir le paiement.

Ainsi, c'est à tort que le tribunal a considéré que "la référence à l'année qui précède ne concerne en fait que la base de calcul des cotisations due" alors que le chiffre d'affaires réalisé au cours de cette année précédente constitue non seulement l'assiette de la cotisation mais aussi le fait générateur de l'obligation de la payer.

13. En ce qui concerne la cotisation spéciale exercice 2005, l'article 191, 15°*sexies* précise dans le même sens que "cette cotisation est à charge des demandeurs qui ont réalisé ce chiffre d'affaires au cours de l'année 2003".

En ce qui concerne les cotisations complémentaire, supplémentaire et exceptionnelle, les articles 191, 15°*quater*, *quinquies* et *septies* se réfèrent aux conditions et modalités de l'article 191, 15° : elles sont donc dues par les sociétés ayant réalisé un chiffre d'affaires en 2004.

14. C'est à tort qu'en page 16 de ces conclusions de synthèse, la société propose d'interpréter les dispositions en vigueur jusqu'en 2005 à la lumière de la loi du 27 décembre 2006.

De ce qu'à propos de certaines exclusions, cette loi précise que pour l'application de ces exclusions, le statut du médicament doit être pris en considération "au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle la cotisation sur le chiffre d'affaires est due", il ne découle pas qu'en règle générale, la cotisation dépend de la remboursabilité pendant l'année au cours de laquelle la cotisation est due et doit faire l'objet d'un paiement.

Il apparaît au contraire que si la loi a apporté la précision susvisée, c'est parce qu'elle s'écartere de la règle normalement d'application selon laquelle le fait générateur de la cotisation est la remboursabilité au cours de l'année précédant celle au cours de laquelle elle doit faire l'objet d'un paiement.

En ce qui concerne la présence sur la liste des spécialités remboursables en 2003 et 2004.

15. Selon l'article 35*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, "le Roi confirme la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} janvier 2002 ; selon la même disposition, cette liste peut, à partir du 1^{er} janvier 2002, être modifiée par le Ministre sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments".

La suppression volontaire d'un médicament sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables est réglée par l'article 72*bis* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans sa version applicable aux faits, - soit dans la version en vigueur après sa modification par l'article 15 de la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de sante et avant sa modification par la loi du 27 avril 2005 -, l'article 72*bis*, § 2, précisait en son alinéa 1 :

" Lorsqu'une firme qui commercialise une spécialité pharmaceutique sur le marché belge souhaite faire annuler définitivement la remboursabilité de cette spécialité pharmaceutique ou d'un ou de plusieurs de ses conditionnements, et continue à commercialiser la spécialité pharmaceutique ou le (les) conditionnement(s), elle doit introduire une demande de suppression. La suppression de la liste entre alors en vigueur un an après la réception de la demande. Le ministre peut, après avis de la Commission de remboursement des médicaments, et compte tenu de critères économiques, sociaux et thérapeutiques, fixer une date d'entrée en vigueur anticipée, sur la base d'une demande motivée de suppression à plus court terme, envoyée simultanément au ministre et à la Commission de remboursement des médicaments. Le demandeur est tenu d'offrir la spécialité pharmaceutique dans les conditionnements existants remboursables jusqu'à la date d'entrée en vigueur de retrait de la spécialité pharmaceutique de la liste ".

16. Les articles 58 et suivants de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, précisent a propos du retrait :

" Article 58

La demande motivée de suppression d'une spécialité de la liste, alors que la spécialité pharmaceutique ou les conditionnements continue(nt) d'être commercialise(e)(s), est adressée par le demandeur au secrétariat de la Commission au moyen d'un envoi recommandé à la poste, avec accusé de réception mentionnant clairement l'identification de la spécialité. Le demandeur est informé de la date de réception de la demande.

Article 59

La demande de suppression d'une spécialité de la liste est transmise à la Commission. Elle entre en vigueur un an après la réception de la demande.

Article 60

Dans le cas d'une demande motivée de suppression à plus court terme qui est adressée à la fois à la Commission et au Ministre, la Commission rend un avis à propos d'une suppression à plus court terme, compte tenu des critères économiques, sociaux et thérapeutiques. La Commission rend son avis dans un délai de 60 jours à compter de la réception de la demande.

Article 61

Après prise de connaissance de l'avis de la Commission, le Ministre prend et notifie une décision motivée au sujet de la suppression à court terme de la spécialité pharmaceutique ou des conditionnements dans un délai n'excédant pas 80 jours à compter de la date de réception de la demande. Une copie de la décision du Ministre est transmise au Secréariat de la Commission.

À défaut d'un avis de la Commission dans un délai de 60 jours à compter de la date de réception de la demande, le fonctionnaire délégué en informe immédiatement le Ministre. Le Ministre prend et notifie une décision motivée dans un délai n'excédant pas 80 jours à compter de la date de réception de la demande.

À défaut de décision notifiée dans les 80 jours à compter de la date de réception de la demande, la demande de suppression à plus court terme est réputée acceptée. Le fonctionnaire délégué en informe immédiatement le demandeur. ”

L'arrêté royal du 21 décembre 2001 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

17. Il n'est pas contesté qu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, les spécialités H., M. et T.-M. figuraient sur la liste des spécialités remboursables et que la société n'a, après cette date, introduit aucune demande de retrait auprès du secrétariat de la Commission visée à l'article 58 de l'arrêté royal.

Ainsi, la suppression n'a été effective qu'à la date du 1^{er} janvier 2005 lorsqu'est entré en vigueur l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004.

18. C'est à tort que la société se réfère à l'article 101 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 qui avant sa suppression par l'article 61 de l'arrêté royal du 15 février 2007, précisait que :

“ Tous les demandeurs dont une ou plusieurs spécialités sont admises ou qui ont introduit une demande d'admission avant le 1^{er} janvier 2002, doivent signer l'engagement tel que mentionné à l'article 9, deuxième alinéa, avant le 31 mars 2002.

Cet engagement doit être introduit conformément au modèle figurant dans l'annexe III dans la liste. Cet engagement doit être assorti d'une liste où figurent toutes les spécialités pour lesquelles le demandeur est responsable au 31 mars 2002.

Toute spécialité admise, pour laquelle, au 31 mars 2002, aucun demandeur n'aura signé d'engagement, sera, de plein droit et sans procédure, supprimée de la liste ”.

Cet article 101 doit être interprété d'une manière qui le rend compatible avec l'article 72bis, § 2, de la loi coordonnée qui prévoit que la firme pharmaceutique doit introduire une demande de suppression et qui ne donne pas au Roi le pouvoir de déroger à cette obligation, fut-ce dans le cadre d'une mesure transitoire.

Il n'y a donc pas lieu d'interpréter l'article 101 comme ayant eu, de manière transitoire, pour seul objet de dispenser la firme pharmaceutique de s'adresser à la Commission de remboursement des médicaments en suivant la procédure prévue aux articles 58 et suivants de l'arrêté royal, et de l'autoriser à s'adresser directement au Ministre.

Cet article 101 ne peut pas être interprété comme dispensant la firme pharmaceutique d'introduire une demande de suppression de la liste.

19. Par ailleurs, la liste des spécialités remboursables est source de droits pour les assurés sociaux et source d'obligations pour l'INAMI et les organismes assureurs. Elle doit nécessairement être publiée.

Selon l'article 190 de la Constitution, auquel se réfère à juste titre l'État belge, *“aucune loi, aucun arrêté ou règlement d'administration générale, provinciale ou communale, n'est obligatoire qu'après avoir été publié dans la forme déterminée par la loi”* : la modification de la liste des spécialités remboursables ne pouvait donc pas entrer en vigueur avant la publication de l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004 actant cette modification.

Dès lors que la société ne démontre pas la date de l'introduction d'une demande de retrait, c'est vainement qu'elle reproche au Ministre d'avoir publié tardivement la modification de la liste (et de l'avoir soumise à une “condition purement protestative”).

Enfin, la société est également malvenue de se prévaloir de l'article 101 de l'arrêté royal dès lors qu'il n'est pas contesté que les spécialités H., M. et T.-M. ont été remboursées jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté ministériel du 23 novembre 2004, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2005, et que cette remboursabilité a été mentionnée sur les boîtes mises sur le marché par la société, jusqu'à cette date.

20. Enfin, en supposant même que ce soit par erreur, voire en méconnaissance de l'article 101 de l'arrêté royal, que les spécialités H., M. et T.-M. se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables en 2003 et 2004 et ont donné lieu à remboursement entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 décembre 2004, il n'en résulterait pas que les cotisations ne sont pas dues.

En effet, dès lors que les articles 191, 15°, 15°*quater*, 15°*quinquies*, 15°*quinquies*, 15°*sexies* et 15°*septies* de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, visent toutes les sociétés pharmaceutiques ayant généré un chiffre d'affaires grâce à une spécialité remboursable, il n'y a pas lieu de distinguer selon que c'est à juste titre ou indûment que cette remboursabilité a été maintenue.

Conséquences

21. En résumé, les cotisations litigieuses sont dues dès lors que la société a réalisé en 2003 et 2004 un chiffre d'affaires par la vente des spécialités H., M. et T.-M. qui, à ce moment, se trouvaient encore sur la liste des spécialités remboursables.

...

III. Arbeidshof van Brussel, 19 januari 2012

Verordening van 17 maart 1999 – Artikel 6, 7 en 8

Verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Begrip "gezin"

De voorwaarden waaronder een verzaking aan de terugvordering van het verschuldigde bedrag kan worden toegestaan, zijn vastgesteld in de Verordening van 17 maart 1999. Overeenkomstig artikel 6 wordt het behartigenswaardige karakter bepaald op grond van de gezinsinkomsten van de gerechtigde.

De gezinsinkomsten worden geraamd op jaarbasis en op de datum van indiening van de aanvraag, die overeenstemt met de datum waarop de aanvraag tot verzaking naar het ziekenfonds is verzonden.

Het feit dat de dochter van betrokkene tijdens hetzelfde jaar op een ander adres heeft verbleven, verandert niets.

A.R. nr. 2009/AB/52221

V.N. t./RIZIV

....

II. Les faits

Attendu que les faits de la cause ont été exposés comme suit par le Tribunal :

“1. Par une lettre du 20 février 2007, en vertu de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'organisme assureur de Madame V. informe cette dernière qu'elle a perçu indûment des indemnités, pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 31 janvier 2007.

En effet, Madame N. V. ne pouvait plus être considérée comme titulaire avec personne à charge depuis le 1^{er} octobre 2006. Madame N.V. doit ainsi rembourser une somme de 1.046,85 EUR.

Par sa lettre du 20 février 2007, l'organisme assureur indique également à Madame N. V. qu'elle peut introduire une demande de renonciation et ce, selon les précisions reprises dans cette lettre.

Madame N. V. introduit cette demande de renonciation le 8 mars 2007.

2. Le 17 octobre 2007, l'INAMI prend la décision suivante :

“ [...] En application de l'article 8 du règlement, il est tenu compte de votre capacité de remboursement et celle de votre famille. À cet effet, on fixe la partie de vos revenus qui peut être consacrée au remboursement de l'indu.

De quelle manière votre capacité de remboursement est-elle calculée ?

Vos revenus annuels et ceux de votre famille (24.151,20 EUR) sont diminués du montant de 16.125,74 EUR (à savoir le plafond annuel des revenus pour donner le droit à vous-même et à votre famille à l'intervention majorée en matière d'assurance soins de santé). Le résultat est divisé par deux et le montant ainsi obtenu est celui que vous pouvez consacrer au remboursement de l'indu.

Le montant de l'indu (1 046,85 EUR) est diminué du montant de votre capacité de remboursement, ce qui donne comme résultat le montant auquel il peut être renoncé. Le calcul s'effectue comme suit :

$$1.046,85 \text{ Eur} - ((24.151,20 \text{ EUR} - 16.125,74 \text{ EUR})/2) = 0,00 \text{ EUR}$$

Étant donné que votre capacité de remboursement est plus élevée que le montant de l'indu (1.046,85 Eur), il ne peut être renoncé à la récupération de celui-ci. Vous devez donc rembourser le montant de 1.046,85 EUR à votre mutualité ”.

(Jugement a quo, feuillet 2).

...

IV. Position de la cour

Attendu que la Cour considère ce qui suit :

1. Principes

- Les conditions dans lesquelles une renonciation à la récupération de l'indu peut être consentie, ont été fixées par le Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI dans le Règlement du 17 mars 1999, approuvé par l'arrêté ministériel du 20 avril 1999.

- L'article 6 de ce Règlement dispose que :

"Le caractère digne d'intérêt est déterminé sur base des revenus du ménage du titulaire. Par revenus du ménage, il faut entendre l'ensemble des revenus bruts imposables tels qu'ils sont fixés avant tout abattement ou toute déduction, de chacune des personnes qui font partie du ménage du titulaire.

Le montant des revenus bruts imposables est toutefois diminué du montant des charges professionnelles, fiscalement déductibles, et du montant des cotisations de sécurité sociale payées dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants."

- L'article 7 de ce Règlement du 17 mars 1999 dispose, quant à lui, que :

"Lorsque les revenus du ménage sont inférieurs au seuil annuel correspondant au montant visé à l'article 17, al. 1^{er} et à l'article 19 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OM-NIO, il est renoncé à la récupération de l'intégralité de l'indu.

Lorsque les revenus du ménage dépassent le seuil supérieur égal à 150 % du montant visé à l'alinéa précédent, aucune renonciation n'est accordée.

Pour la détermination des seuils, il y a lieu de tenir compte du montant visé audit article 17, al. 1^{er} pour une personne à charge, pour chacune des personnes autres que le titulaire qui font partie du même ménage."

- Enfin, l'article 8 de ce même Règlement dispose que :

" Lorsque les revenus du ménage sont compris entre les deux montants ou seuils visés à l'article 7, la renonciation peut être accordée pour la partie de l'indu qui dépasserait la moitié du montant des revenus du ménage diminués de la valeur du seuil inférieur ".

2. Application

- La Cour ne peut suivre le raisonnement de Madame N. V. lorsque celle-ci soutient qu'il ne faut tenir compte des revenus de sa fille que pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2007 et le 30 septembre 2007, soit durant une période de 7 mois.
- L'affirmation selon laquelle il ne conviendrait de tenir compte de la présence de la fille de Madame N. V. que depuis le 1^{er} avril 2007, au motif que l'accusé de réception de la demande de renonciation date du 30 mars 2007, n'est étayée par aucun texte.

Bien au contraire, dès lors que les textes mentionnés ci-avant établissent une comparaison entre les revenus du ménage et des seuils " annuels " (voir l'art. 7), il est évident que les revenus du ménage doivent être évalués sur cette même base.

- La notion de revenus imposables et de charges fiscalement déductibles - notions qui se fondent sur une assiette annuelle - vient encore conforter ce raisonnement (voir le jugement *a quo* sur ce point, 5^{ème} feuillet).

- La Cour considère que c'est avec raison que l'INAMI fait observer ce qui suit :

" Madame V. semble en effet vouloir tenir compte des revenus perçus par sa fille en 2007, uniquement jusqu'à son déménagement le 11 octobre 2007. Il n'en demeure pas moins que la fille de Madame V. demeurait chez cette dernière et a perçu un revenu du mois de février 2007 au mois d'octobre 2007, soit pendant 9 mois.

En effet cette dernière travaillait très probablement aussi au mois de janvier 2007 puisqu'il ressort de la demande de renonciation elle-même que la fille de l'appelante a travaillé d'abord comme intérimaire et a été définitivement engagée par l'employeur le 1^{er} février 2007. (voir pièce 2)

Par ailleurs, la considération selon laquelle les revenus ne peuvent être pris en compte qu'à partir du mois d'avril 2007 n'est pas pertinente puisqu'il s'agit de chiffrer les revenus annuels du ménage." (concl. de synthèse de l'INAMI, p. 4).

- Avec pertinence, l'INAMI fait observer que si l'on ne tenait compte des revenus de la fille de Madame N. V. que pendant 9 mois, c'est-à-dire jusqu'en septembre 2007 compris, le revenu annuel du ménage serait alors de 20.414,44 EUR (soit 9.204,00 pour Madame N. V. et 11.210,40 EUR pour sa fille), en sorte que cette somme diminuée de 16.125,74 EUR, et ensuite divisée par deux (2.144,35 EUR) serait toujours supérieure au montant pour lequel la renonciation est demandée (1.046,85 EUR).
- Il résulte par ailleurs des débats que la procédure en règlement collectif de dettes relative à Madame N. V., qui ne visait pas sa dette à l'égard de l'INAMI, est aujourd'hui terminée (voir la lettre du CAFA, Centre d'accompagnement et de formation pour adultes, adressée le 29.07.2011 au conseil de Madame N. V.).
- À l'audience du 24 novembre 2011, le conseil de Madame N. V. a demandé à la Cour, à titre subsidiaire, que sa cliente puisse bénéficier de termes et délais pour apurer sa dette.
- Compte tenu de la situation financière actuelle de Madame N. V., il convient de faire application de l'article 1244, alinéa 2 du Code civil et de lui permettre d'apurer sa dette par des versements mensuels de cinquante EUR.
- Il s'ensuit que l'appel n'est que très partiellement fondé.

...

IV. Arbeidshof van Brussel, 11 januari 2013

Na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid moet de zelfstandige werknemer worden erkend als ongeschikt voor het uitoefenen van om het even welke beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd (rekening houdende met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding).

De gerechtigde oefende een zelfstandige activiteit uit als aannemer in de bouwsector.

Het is zeker dat activiteiten waarbij belastend werk moet worden uitgevoerd, voortaan uitgesloten zijn voor de gerechtigde.

Gezien zijn leeftijd en ervaring als aannemer zou de gerechtigde echter in de bouwsector of meer waarschijnlijk buiten deze sector een lichter uitvallende beroepsactiviteit kunnen uitoefenen.

De getuigschriften van de behandelende artsen zijn niet relevant genoeg en volstaan niet om de conclusies van het expertiseverslag ter discussie te stellen, omdat men zich daarin beperkt tot de ongeschiktheid om een activiteit als aannemer uit te oefenen. In tegenstelling tot wat in artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli wordt opgelegd, is niet onderzocht of andere lichtere activiteiten kunnen worden uitgeoefend (zoals werftoezicht, verkoop, verlenen van advies, ...).

A.R. n° 2012/895

Sociale zekerheid van de werknemers t./RIZIV

...

I. Les antécédents du litige

1. ... est né le 18 avril 1964. Il exerçait en tant qu'indépendant, une activité d'entrepreneur en bâtiment.

À la suite d'un accident, il a été en incapacité de travail à partir du 15 août 2007. Il a bénéficié d'indemnités à charge de sa mutuelle. Il a été opéré le 23 septembre 2008.

Le 8 avril 2010, le Conseil médical de l'invalidité a décidé qu'à partir du 15 avril 2010, l'incapacité de travail ne serait plus reconnue.

2. ... a contesté cette décision par une requête déposée devant le tribunal du travail de Bruxelles, le 5 juillet 2010.

Le tribunal a, par jugement du 22 décembre 2010, désigné le Docteur J. en qualité d'expert.

L'expert a déposé, le 27 septembre 2011, un rapport concluant qu'à la date du 15 avril 2010 et postérieurement, ... ne répondait pas aux critères de l'incapacité de travail, fixés par les articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Par jugement du 24 juillet 2012, le tribunal a entériné le rapport d'expertise et a, par conséquent, débouté ... de sa demande.

3. ... a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du travail, en temps utile, le 7 septembre 2012.

II. Objet de l'appel

4. ... demande à la Cour du travail de réformer le jugement et de désigner un nouvel expert ou de charger le Docteur J. d'une mission d'expertise complémentaire.

L'INAMI demande la confirmation du jugement.

III. Discussion

Objet de la discussion

5. Il résulte de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités en faveur des travailleurs indépendants, que pendant la première année d'incapacité de travail, les indemnités sont dues, pour autant :

- que l'indépendant ait, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail
- qu'il n'exerce aucune autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité.

Au-delà de la première année d'incapacité de travail, il faut en outre, en vertu de l'article 20 de l'arrêté royal, que l'indépendant soit reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement (tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle).

6. A la date de la décision du 8 avril 2010, la première année d'incapacité de travail était échue.

Les possibilités de reprise de travail devaient donc être appréciées non seulement sur la base des tâches habituelles de mais aussi en fonction de toutes les activités professionnelles dont il pourrait être chargé équitablement.

7. En première instance, ... faisait grief au rapport d'expertise de ne pas avoir tenu compte des répercussions psychologiques de son affection.

Le tribunal a considéré que les troubles psychologiques ne sont pas établis à suffisance, bien que ... ait été invité par l'expert à déposer un rapport psychiatrique circonstancié.

En appel, ... réitère ses critiques.

Il considère aussi que l'expert a sous-estimé l'incapacité de travail en ce qui concerne les séquelles de la luxation récidivante de l'épaule gauche.

De même ... conteste l'évaluation des répercussions de la gonalgie bilatérale.

En ce qui concerne les répercussions psychologiques, il dépose une prescription du Docteur CH., une lettre du Docteur CH., une lettre du Docteur B. au Docteur CH. Et une attestation du Docteur CH. du 6 juin 2011 (voir pièces 7 à 13 de son dossier).

Discussion du rapport d'expertise et des documents produits par ...

8. L'expert a procédé à un examen clinique approfondi et à une analyse minutieuse des documents qui lui ont été soumis. Il reconnaît l'importance des difficultés d'ordre physique que rencontre ... mais estime que ces difficultés ne l'empêchent pas d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement.

À cet égard, il est certain que toute activité impliquant un port de charges n'est plus accessible à...

Mais en fonction de son âge et de l'expérience acquise en tant qu'entrepreneur, ... pourrait exercer une activité professionnelle impliquant des travaux plus légers, dans le secteur de la construction, ou plus probablement en-dehors de ce secteur.

9. En ce qui concerne les aspects psychologiques, il est certain que ... subit un trouble de l'humeur résultant, comme l'a relevé l'expert, de l'arrêt de ses activités professionnelles, d'une part, et de soucis financiers, d'autres part.

Il ne résulte pas toutefois des documents produits par ... qu'un suivi aurait été mis en place et que la prescription d'antidépresseurs aurait été autre que temporaire.

C'est ainsi que le Docteur CH. a été consulté, semble-t-il de manière occasionnelle, le 6 juin 2011 et que le Docteur CH. a indiqué ne pas être en mesure d'établir un rapport détaillé.

Les documents produits par ... ne permettent pas d'identifier une réelle réduction de capacité de gain liée à des troubles d'ordre psychologique.

Il était dès lors justifié que l'expert ait considéré que les répercussions professionnelles des difficultés psychologiques restent assez limitées.

10. À la lecture des certificats des médecins-traitants (en ce compris ceux qui sont postérieurs à l'expertise), il apparaît que ces médecins n'ont envisagé que l'incapacité à exercer une activité d'entrepreneur : ils n'ont pas, comme le requiert l'article 20 de l'arrêté royal, envisagé la possibilité d'exercer d'autres activités plus légères (comme le suivi de chantier, la vente, une activité de conseil ...).

Ces certificats manquent donc de pertinence.

...

V.Arbeidsrechtbank Brugge, 24 april 2013

Gerechtelijk Wetboek, artikel 1022 Rechtsplegingsvergoeding – Vakbondsafgevaardigde

De eisende partij die juridisch wordt bijgestaan door een vakbondsafgevaardigde is bijgevolg niet gerechtigd op een rechtsplegingsvergoeding ex artikel 1022 Gerechtelijk Wetboek. Het arrest van het Grondwettelijk Hof van 18 december 2008 (nr. 182/2008) heeft de diverse beroepen tot vernietiging van de wet van 21 april 2007 verworpen, zodat de uitsluiting van vakbondsafgevaardigden uit het toepassingsgebied van de wet geen schending uitmaakt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang met de artikelen 23 en 27 van de Grondwet, met de artikelen 6.1, 11 en 13 van het EVRM en met de algemene beginselen van het recht op daadwerkelijke toegang tot de rechter en van de wapengelijkheid. Bij arrest van 5 mei 2009 (nr. 73/2009) herhaalde het Grondwettelijk Hof haar standpunt terzake.

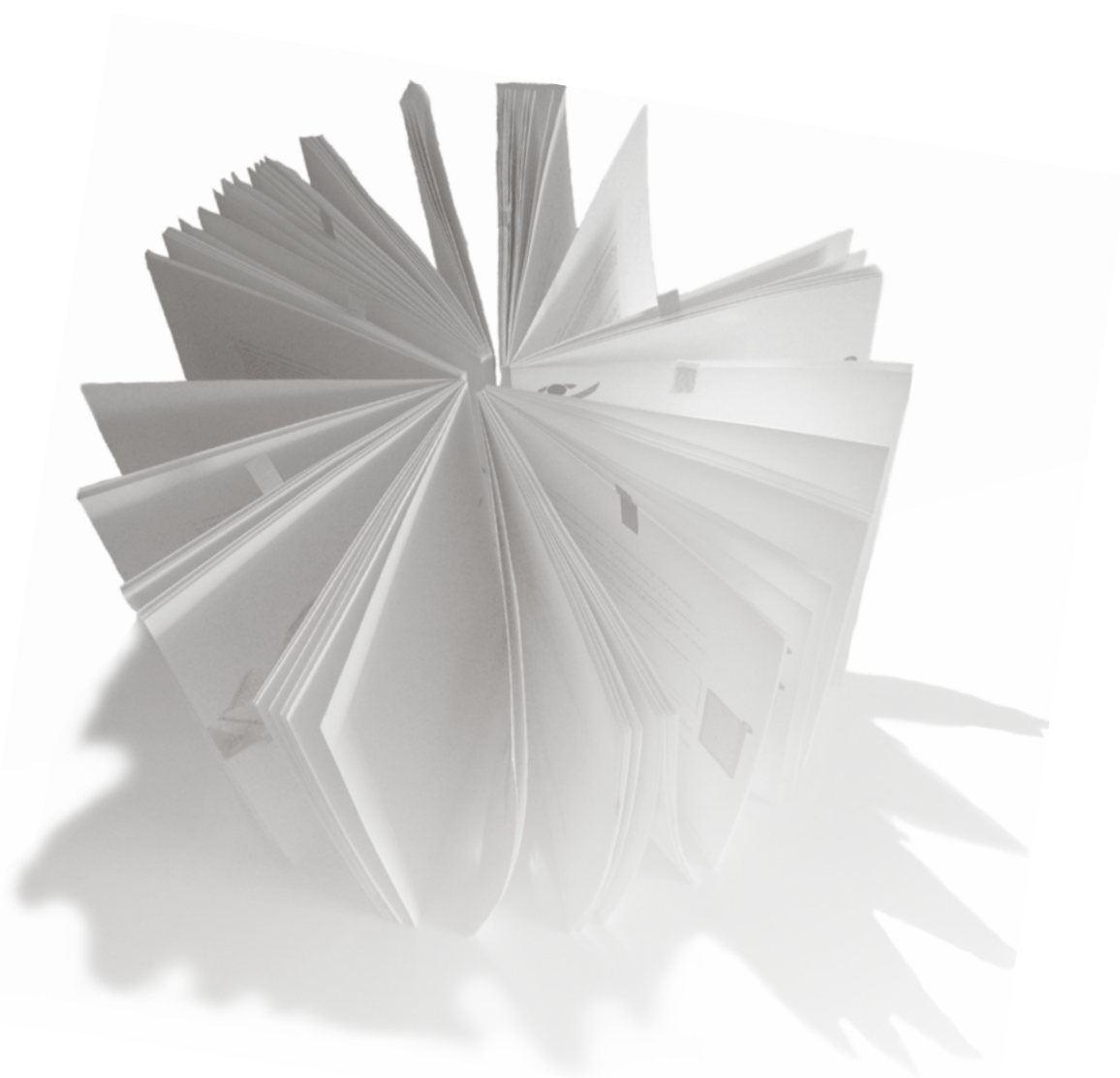
A.R. nr. 12.102/A
V.S. t./RIZIV en LCM

...

Eisende partij wordt juridisch bijgestaan door zijn vakbondsafgevaardigde en is bijgevolg niet gerechtigd op een rechtsplegingsvergoeding ex artikel 1022 Gerechtelijk Wetboek. Het arrest van het Grondwettelijk Hof van 18 december 2008 (nr. 182/2008) heeft de diverse beroepen tot vernietiging van de wet van 21 april 2007 verworpen, zodat de uitsluiting van de vakbondsafgevaardigde uit het toepassingsgebied van de wet geen schending uitmaakt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang met de artikelen 23 en 27 van de Grondwet, met de artikelen 6.1, 11 en 13 van het EVRM en met de algemene beginselen van het recht op daadwerkelijke toegang tot een rechter en van de wapengelijkheid. Bij arrest van 5 mei 2009 (nr. 73/2009) herhaalde het Grondwettelijk Hof haar standpunt terzake.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Federaal Plan Armoedebestrijding

Automatische toekenning van sociale rechten – Plannen en maatregelen om de toekenning van sociale rechten te vereenvoudigen

Vraag nr. 5-4560, 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 ANCIAUX, senator¹

De automatische toekenning van sociale rechten was en is één van de prioriteiten in het kader van armoedebestrijding. Heel wat beleidsmaatregelen veroorzaken matthéuseffecten. Een maatregel kan nog zo goed bedoeld zijn, door een gebrek aan informatie of allerhande drempels bij het aanvragen of opnemen van de maatregelen komen ze niet steeds terecht bij de mensen die ze het meest nodig hebben. Daarnaast blijkt dat ze voor bij uitstek mensen in armoede soms een averechts gevolg sorteren en daardoor de achterstelling vergroten.

Hierover de volgende vragen:

1. Welke resultaten boekte de geachte minister bij de automatische toekenning van sociale rechten? Concretiseerde men binnen de federale overheid de opmaak van een inventaris van sociale rechten waarvan een “automatisering” wenselijk en mogelijk zou zijn? Zo ja, kan zij een stand van zaken geven en mij deze lijst bezorgen? Zo neen, bestaan er plannen in deze richting en wanneer kan ik de eerste resultaten verwachten?
2. Beschikt zij hieromtrent over financiële ramingen? Kan zij mij deze bezorgen?
3. Wat zijn de voornaamste hindernissen die een automatische toekenning van sociale rechten bemoeilijken? Wat ondernam zij om deze euvels weg te werken?
4. Bestaat er hierover binnen de federale overheid een overleg tussen de verschillende beleidsdepartementen? Op welke wijze wordt dit georganiseerd en met welke resultaten?
5. Bestaat er hierover een overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten? Op welke wijze wordt dit georganiseerd en met welke resultaten?
6. Bestaan er binnen de federale overheid plannen om bijkomende rechten aan het omnio-statuut te koppelen? Zo ja, over welke rechten gaat het hier en voor wanneer wordt dit verwacht?
7. Welke stappen ondernam de geachte minister om binnen de eigen bevoegdheden tot een automatische toekenning van sociale rechten te komen? Concretiseerde men binnen haar bevoegdheidsdomeinen de opmaak van een inventaris van sociale rechten waarvan een “automatisering” wenselijk en mogelijk zou zijn? Zo ja, kan zij een stand van zaken geven en mij deze lijst bezorgen? Zo neen, bestaan er plannen in deze richting en wanneer kan ik de eerste resultaten verwachten?

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Antwoord

Sociaal verzekerden doen soms geen beroep op bepaalde prestaties waarop ze eigenlijk aanspraak kunnen maken. Dit kan het gevolg zijn van een complexe aanvraagprocedure omdat de gerechtigde zijn rechten onvoldoende kent, of omdat de te ondernemen stappen als stigmatiserend worden ervaren. Het is evident dat het automatisch toekennen van socialezekerheidsuitkeringen een antwoord kan bieden op deze problematiek, en ertoe leidt dat rechten hun volledige doelpubliek bereiken en dus ook mensen in een socio-economische precaire situatie.

Het principe van de ambtshalve toekenning van socialezekerheidsuitkeringen ligt vervat in de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaalverzekerde (art. 8). De ambtshalve toekenning dient te gebeuren wanneer dat materieel mogelijk is.

Zo werden in verschillende takken reeds maatregelen genomen waardoor socialezekerheidsuitkeringen automatisch worden toegekend. Hierbij verwijfs ik naar de volgende voorbeelden inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging, die onder mijn bevoegdheid valt:

- De maximumfactuur wordt automatisch toegepast. De ziekenfondsen houden de medische kosten van de sociaal verzekerde bij. Wanneer die kosten het toepasselijke maximumbedrag van dat jaar overschrijden, betaalt het ziekenfonds ze automatisch terug.
- De verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt in bepaalde gevallen automatisch toegekend. Wanneer aanspraak kan gemaakt worden op de verhoogde tegemoetkoming op grond van een bepaald sociaal voordeel dat toegekend wordt na een inkomenstoets (bv. Leefloon, tegemoetkoming voor personen met een handicap en inkomensgarantie voor ouderen), wordt de verhoogde tegemoetkoming toegekend zonder opnieuw een inkomensonderzoek uit te voeren. Daarenboven wordt bij de voorbereiding van de geplande hervorming van de verhoogde tegemoetkoming in het bijzonder aandacht geschonken aan de administratieve vereenvoudiging voor de toekenning van het recht.

Het is jammer genoeg niet altijd evident om een automatische toekenning in de praktijk te realiseren. Hierbij kunnen technische, organisatorische en juridische moeilijkheden optreden.

Ik wil ook wijzen op de inspanningen die binnen verschillende socialezekerheidstakken werden geleverd om de toekenningsprocedures op administratief vlak te vereenvoudigen voor de sociaal verzekerden. Wanneer blijkt dat een automatische toekenning van prestaties om technische of praktische redenen niet mogelijk is, wordt administratieve vereenvoudiging nagestreefd. Op deze wijze kunnen de verschillende doelgroepen hun rechten gemakkelijker laten gelden. Hierbij speelt tevens het optimaliseren van de begeleiding van de sociaal verzekerde door de socialezekerheidsinstelling een belangrijke rol.

Ik verwijfs hiervoor in het bijzonder naar het tweede Federaal Plan Armoedebestrijding dat op 14 september 2012 werd goedgekeurd door de ministerraad. In dit plan zijn doelstellingen opgenomen die een betere toegankelijkheid tot voordelen en dienstverlening voor de meest kwetsbare personen bewerkstelligen. Wat mijn beleidsdomein betreft verwijfs ik naar volgende acties:

- de inspanning voor de ontwikkeling van een terugbetalingsmechanisme voor medische kosten in het kader van de medische hulpverlening zullen worden voortgezet
- de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering zal eenvoudiger en sneller worden gemaakt voor alle personen die ze mogelijk genieten
- de derdebetalersregeling zal worden verplicht gemaakt voor de meest kwetsbare groepen en de toekenningsprocedure ervan zal worden vereenvoudigd

- de ziekenfondsen zullen worden aangespoord om gebruik te maken van de gegevens waarover ze beschikken zodat ze sneller kunnen reageren en eventuele stappen van de sociaal verzekerden vereenvoudigen
- de Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie zal worden aangemoedigd om zijn werk verder te zetten dat als doel heeft de Openbare Centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW's) en de ziekenhuizen toegang te geven tot MyCareNet en zo de administratieve rompslomp te verminderen
- de regering zal doorgaan met de administratieve vereenvoudiging van de toegang tot de gezondheidszorg ten voordele van de begunstigden en de OCMW's. Meer bepaald door het project te steunen dat de beslissing voor de tenlasteneming van de kosten voor gezondheidszorg informatiseert.

Door een vereenvoudiging van administratieve stappen, zowel voor de patiënt als voor de professionals uit de gezondheidszorg, zal de toegang tot de gezondheidszorg voor de meest kwetsbare burger eenvoudiger worden.

Ik verwijs tevens naar de werkzaamheden van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid. De administratieve vereenvoudiging is één van de kernopdrachten van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid. Een van de basistechnieken van de administratieve vereenvoudiging bestaat uit de eenmalige gegevensinzameling die een beveiligde uitwisseling van persoonsgegevens tussen de sociale zekerheids- of andere belanghebbende instellingen veronderstelt. Hierdoor werden al veel formulieren overbodig. De uitbouw van dit netwerk is een voortdurend proces, waarbij steeds wordt nagegaan op welke wijze de toekenning van socialezekerheidsprestaties gerealiseerd kan worden met een minimum aan administratieve last voor de sociaal verzekerde. Ook bij de toekenning van aanvullende rechten geldt het principe van eenmalige gegevensinzameling (art. 11*bis* van de wet van 15.01.1990 houdende de oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid). Op grond van deze bepaling kunnen de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en de instanties die aanvullende rechten toekennen de wijze waarop aanvullende rechten toegekend worden, vereenvoudigen of automatiseren.

Ik wil er op wijzen dat de deelgebieden bij heel dat vereenvoudigingsproces via de automatische toekenning van rechten zijn betrokken. De federale instellingen reageren positief op de toegangsaanvragen door de instellingen van de gewesten en de gemeenschappen.

Tenslotte vermeld ik het project met betrekking tot de automatische toekenning van rechten dat binnen het Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting loopt. Die dienst inventariseert momenteel de rechten die al geautomatiseerd zijn of waarvan het wenselijk zou zijn dat dit gebeurt. Daarna wordt de haalbaarheid van de automatisering voor elk recht bekeken. Hiervoor wordt een beroep gedaan op de expertises van de betrokken besturen. De dienst werd ermee belast om tegen volgend jaar een nota hieromtrent te publiceren. De conclusies daaruit kunnen een goede basis vormen waarop ook binnen de sociale zekerheid maatregelen kunnen worden genomen om de toekenning van rechten te vereenvoudigen of te automatiseren.

Zoals u bij het lezen van mijn algemene beleidsnota 2013 kon vaststellen, vormt de automatische toekenning van socialezekerheidsrechten één van mijn prioriteiten op het gebied van bestuurlijke vereenvoudiging en armoedebestrijding.

II. Evidence based medicine

Follow-up en evaluatie van klinische studies –
Farmaceutische industrie – Impact op het voorschrijven –
Beleid inzake psychotropen – Gebruik bij kinderen

Vraag nr. 5-5776, gesteld op 2 maart 2012 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer ANCIAUX, senator¹

In een recent interview (De Morgen, 25.02) velt de bekende psychiater en expert in de psychofarmacologie David Healy, een hard verdict over het door vele wetenschappers gekoesterde concept van de evidence based medicine. Dit concept klinkt helder en solide in zijn eenvoud: de geneeskundige praktijk dient te zijn gebaseerd op de bewijzen die empirisch worden afgeleid uit de systematische en wetenschappelijke verzameling, studie, analyse en interpretatie van feiten. Healy stelt vast dat vele artsen inderdaad hun voorschrijfgedrag blijven legitimeren door de studies die hun omtrent medicatie, inzonderheid psychofarmaca, worden voorgeschoteld, maar dat juist deze studies fundamenteel moeten worden betwijfeld. Enerzijds blijken deze studies bijna altijd geïnitieerd, betaald en geregistreerd door de farmaceutische industrie – weliswaar met inzet van wetenschappers. Dit schept minstens een vermoeden van tegelijkertijd rechter en partij te zijn, waarbij de grote financiële belangen van de farma-industrie zwaarder zouden wegen dan de wetenschappelijke deontologie. Anderzijds stelt David Healy vast dat de data die aan deze studies ten grondslag liggen, nooit publiek worden gemaakt. Dit betekent dat men wel de wetenschappelijk verpakte conclusies kan lezen, maar niet de onderzoeksdata die deze conclusies zouden bewijzen. Daarmee vervalt ook het belangrijke wetenschappelijke criterium van de verifieerbaarheid, laat staan van de falsifieerbaarheid.

1. Deelt de minister de kritische analyse van psychiater en psychofarmacoloog David Healy, die stelt dat de evidence based medicine met heel wat terughoudendheid moet worden benaderd omdat de bewijslast wordt verzameld en geïnterpreteerd door aan de farmaceutische industrie gelieerde actoren en omdat de onderzoeksdata niet beschikbaar worden gesteld?
2. Hoe apprecieert zij de kritiek van David Healy dat deze euvels vooral spelen bij de wetenschappelijke basis voor het voorschrijven van antidepressiva en antipsychotica?
3. Hoe kan onze volksgezondheid zich wapenen tegen deze bedreiging, zeker in het licht van de onrustbarende stijging van het gebruik van deze medicatie, bij volwassenen maar specifiek ook bij jonge mensen? Welke maatregelen, strategieën en instrumenten kan de minister hier aanwenden?

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

Antwoord

Evidence based medicine en bedreigingen

Evidence based medicine is een methode om de beste medische behandeling te selecteren op basis van de beschikbare wetenschappelijke gegevens. De kwaliteit van de conclusie hangt af van de beschikbare gegevens. Bij de toepassing van Evidence based medicine wordt hiermee rekening gehouden, aangezien men een onderscheid maakt tussen de verschillende niveaus van evidentie, afhankelijk van de aard van de studies waarop de conclusie is gebaseerd.

Anderzijds valt het niet te ontkennen dat de meeste klinische studies door de farmaceutische industrie betaald worden. Op zichzelf moet dat niet noodzakelijk een probleem zijn, voor zover er geen monopolie op het onderzoek is door een partner die grote belangen bij de resultaten heeft. Die kwestie hangt samen met de ruimere problematiek van het belangenconflict. Het klopt ook dat de besluiten van studies met negatieve uitkomst meestal niet gepubliceerd worden, wat de kwaliteit van een analyse op basis van gepubliceerde gegevens beïnvloedt.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) pakt die problematiek op verschillende vlakken aan:

- het FAGG heeft een belangrijke rol bij de follow-up van klinische studies. Voor de klinische studies in België wordt, naast het ethisch comité, een evaluatie uitgevoerd door het FAGG. Het FAGG ziet ook toe op het naleven van de Goede Klinische Praktijken (GCP) voor, tijdens en na de studies. Daarnaast wordt ook samengewerkt met andere Europese lidstaten om gemeenschappelijke standaarden te stellen voor klinische studies en informatie over studies uit te wisselen. Op Europees niveau werden ook initiatieven genomen om de kwaliteit te garanderen van studies die buiten de Europese gemeenschap werden uitgevoerd maar gebruikt worden om een vergunning te bekomen om het geneesmiddel in Europa in de handel te brengen. Het FAGG werkt ook aan de opvolging van een geneesmiddel tijdens zijn volledige ontwikkelings- en levenscyclus zodat de resultaten van studies met een negatief resultaat ook bij latere evaluaties in rekening kunnen gebracht worden
- bij de aanvraag van een firma om een vergunning voor het in de handel brengen van een nieuw geneesmiddel is de evaluatie door het FAGG gebaseerd op de resultaten van de klinische studie en niet alleen op wat hierover gepubliceerd werd
- het FAGG zal een externe academische expert enkel inschakelen bij de beoordeling van wetenschappelijke gegevens indien vooraf gecontroleerd werd dat deze expert geen belangenconflicten heeft met het dossier
- het FAGG draagt ook bij door het leveren van objectieve wetenschappelijke informatie aan de gezondheidsbeoefenaar en patiënt. Voor elk geneesmiddel wordt een Samenvatting van Kenmerken van het Product (SKP), vroeger wetenschappelijk bijsluiters genoemd, goedgekeurd welke de gezondheidsbeoefenaar objectieve informatie geeft over de indicaties, dosering, contra-indicaties, bijzondere waarschuwingen, enz. Voor de patiënt wordt een bijsluiters in verstaanbare terminologie opgesteld. Deze documenten worden gepubliceerd op de website van het FAGG
- het Belgisch centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en vzw Farmaka worden bovendien gesubsidieerd. Het BCFI publiceert onder meer het gecommuniceerde geneesmiddelenrepertorium, de Folia Pharmacotherapeutica en de transparantiefiches en geeft objectieve wetenschappelijke informatie via zijn website. Farmaka heeft als doel bij te dragen tot het rationeel gebruik van geneesmiddelen en gezondheidszorgvoorzieningen, via studiewerk en projecten, en om deze kennis ten dienste te stellen van de beroepsbeoefenaars, de consumenten en de overheden. Het bezorgt objectieve wetenschappelijke informatie aan de artsen via onafhankelijke artsenbezoekers
- specifieke situatie antidepressiva en antipsychotica.

Het is correct dat er specifiek voor antidepressiva een grote bezorgdheid is rond de betrouwbaarheid van de gepubliceerde onderzoeksresultaten. Dit werd eerder besproken in twee van de meest prestigieuze medische tijdschriften, namelijk in de New England Journal of Medicine (2008) en de British Medical Journal (2003).

Gelet op de verschillende adviezen rond psychotropen, heb ik in 2012 een wetenschappelijk platform "Psychotropen" opgericht, naar analogie met de stuurgroep BAPCOC voor antibiotica. Het comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL), het FAGG, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en ook door experts, met een sterke vertegenwoordiging van de huisartsen. Het comité heeft de opdracht om het beleid inzake psychotropen te coördineren en concrete acties uit te werken met het oog op een daling en efficiënter gebruik van deze geneesmiddelen. Het gebruik van antipsychotica, onder andere bij jongeren, is een van de elementen die het Comité zal behandelen. Het opstellen van medische richtlijnen behoort eveneens tot de mogelijke acties die het Comité kan ondernemen.

Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica bij kinderen is een bijzonder aandachtspunt. De extrapolatie van resultaten van klinische studies op volwassenen naar kinderen is vaak niet gerechtvaardigd, onder meer omdat weinig gekend is over de farmacokinetiek van deze producten bij kinderen, de drempels voor bijwerkingen anders kunnen zijn en rekening moet worden gehouden met de invloed op de ontwikkelende hersenen.

Daarom begon het FAGG met een herevaluatie van de bijsluiters van de bestaande antipsychotica, met speciale aandacht voor het gebruik bij kinderen.

III. Eerste kankerplan

Strategie – Maatregelen en proefprojecten – Financiering

Vraag nr. 5-6663, gesteld op 3 juli 2012 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

In het eerste Kankerplan waren naast een aantal meer structurele veranderingen ook een aantal projecten opgenomen die afhankelijk van de resultaten ervan eventueel ook op een meer structurele financiering zouden kunnen rekenen.

Om meer inzicht te krijgen in deze projecten en op hun toekomst had ik van u graag het volgende geweten.

- Hoeveel projecten kregen een financiering in het kader van het eerste Kankerplan?
- Hoeveel projecten daarvan krijgen op 1 juli 2012 nog subsidies?

Voor de nog gesubsidieerde projecten had ik graag volgende bijkomende informatie geweten.

- De indiener(s) van het project
- De doelstellingen van het project
- Tot wanneer krijgen ze nog subsidies?

1. Senaat, gewone zitting 2011-2012.

- De motivering om het betrokken project te blijven subsidiëren.

Van de projecten die niet langer gesubsidieerd worden had ik ook graag het volgende geweten.

- De indiener(s) van het project
- De doelstellingen van het project
- Werd de subsidiëring stopgezet of werd ze omgezet naar een structurele financiering?
- De motivering om het betrokken project ofwel niet langer te subsidiëren ofwel om het een structurele financiering toe te kennen.

Antwoord

Kanker is voor de volksgezondheid een echte uitdaging, waarbij een globale bestrijdingsstrategie absoluut noodzakelijk is. Een goed doordachte strategie moet op de eerste plaats komen:

- als we de incidentie, het ziektecijfer en het sterftecijfer van kanker willen terugdringen, en
- de medische behandeling, het onderzoek en ook de levenskwaliteit van de patiënten willen verbeteren.

In dat verband werd in maart 2008 het Kankerplan gelanceerd, op basis van een breed overleg met vele bij kanker betrokken deskundigen uit het veld en patiënten. Alle 32 initiatieven van het Kankerplan, verdeeld over 3 grote assen – preventie en screening, behandeling en onderzoek – vertrokken allemaal van de behoeften op het terrein.

Aanvankelijk was een dergelijk meerjarenplan voor de periode 2008-2010 gepland; het werd daarna verlengd (er bestaat dus maar één kankerplan) en tevens met extra maatregelen aangevuld en bij zijn uitvoering bijgestuurd. Ondanks de begrotingsperikelen die ons land vandaag kent, werden alle middelen van het Kankerplan voor initiatieven, steun en onderzoek gevrijwaard. De meeste maatregelen van het Kankerplan zijn structurele maatregelen. Dat betekent dat ze, eenmaal ingevoerd, ook doorlopen. Het gaat bijvoorbeeld om de multidisciplinaire tenlasteneming via het multidisciplinaire oncologische consult (MOC), de versterking van de teams in de oncologische diensten in het kader van de oncologische zorgprogramma's. De in het Kankerplan begonnen "proefprojectinitiatieven" worden eveneens voortgezet. Het gaat om concrete initiatieven die de deskundigen op het terrein voorstellen, en die ervoor zorgen dat men op relatief korte termijn voor de patiënten zeer concrete resultaten behaalt. Die resultaten worden immers geëvalueerd door wetenschappelijke teams die opgericht werden om die proefprojecten te begeleiden en te volgen. Zoals u weet, heb ik de stand van zaken van het Kankerplan voor 2012 op 27 november 2012 in het parlement voorgesteld. Het rapport is op mijn website beschikbaar.

Wat de proefprojecten betreft, gaat het om de financiering van de projecten in het kader van de initiatieven 21/22 (psychosociale steun), 24 (onco-geriatrie) en 29 (translationeel onderzoek) en extra maatregelen betreffende cachexie.

- Op het vlak van de psychosociale steun (initiatief 21/22) wilden we de patiënt en zijn gezin die met kanker te maken krijgen in het ziekenhuis beter begeleiden. In het kader van het Kankerplan werden tussen 2009 en 2011 verschillende proefprojecten gesteund die met de psychosociale steun voor de patiënt en zijn naasten te maken hadden

- Na de nieuwe projectenoproep van begin dit jaar werden er voor 2012 tot 2015 65 projecten uitgekozen (en op 01.07.2012 gestart): ze richten zich op verschillende doelgroepen, zoals kankerpatiënten (volwassenen of kinderen) en hun naasten (kinderen, ouders, partners). Het gaat bijvoorbeeld om kinderruimtes, praatgroepen, of vernieuwende projecten zoals een consultatie om bij de “echtelijke en seksuele aanpassing” te helpen, de organisatie van de welzijnssteun, het uitwerken van nieuwe contactvormen tussen de patiënten, naasten en verzorgers, de uitbouw van expressieworkshops, enz.
- Op het vlak van de oudere patiënten werden tevens initiatieven (initiatief 24) rond klinische onco-geriatrie voortgezet om de opvang van ouderen te verbeteren, en dit via het opzetten van een onco-geriatisch organisatiemodel waarin de samenwerking tussen het oncologisch zorgprogramma en het geriatisch zorgprogramma een heel belangrijke plaats inneemt
- Tussen 2009 en 2011 werden heel wat proefprojecten rond onco-geriatrie ondersteund. Met het oog op de uitwerking van de 2^{de} fase van dat initiatief werden er op 1 juli 2012 nieuwe projectoproepen gelanceerd. Voor 2012-2015 werden er 17 projecten onco-geriatrie uitgekozen (en op 01.07.2012 gestart): ze betreffen bijvoorbeeld kwantitatieve onderzoeken naar het gebruik van screenings- of evaluatie-instrumenten, kwalitatieve onderzoeken naar de beleving van de patiënten, kwantitatieve onderzoeken naar de functionele zelfredzaamheid van de patiënt, en een proefproject rond de multidisciplinaire aanpak. Er werden heel wat projecten gesteund die de samenwerking tussen ziekenhuizen aantoonde
- Op het vlak van de voedingsondersteuning wilden we ook innoverende en ambitieuze proefprojecten ondersteunen om de preventie, de diagnose en de behandeling van oncologische patiënten die een risico op cachexie lopen of er aan lijden te verbeteren. Cachexie is een frequent verschijnsel bij de oncologische patiënt, en eveneens bij verschillende andere chronische ziekten. Het is een van de meest uitputtende en ergste symptomen van kanker die de patiënt letterlijk van zijn energie berooft. Deze ernstige aandoening beïnvloedt zowel de levenskwaliteit als de levensverwachtingen van de patiënt
- Eind januari 2011 werd er bij de voor oncologische zorgprogramma's erkende ziekenhuizen een projectenoproep gelanceerd. Sinds 1 juli 2011 worden dus 11 projecten gedurende 2 jaar gefinancierd
- Op het vlak van het translationeel onderzoek (initiatief 29) is dat onderzoek belangrijk omdat het ertoe bijdraagt om de patiënten te helpen, hen de omslachtige procedures uit te leggen en om hun kansen op genezing te vergroten.

Ik wilde in het kader van het Kankerplan het translationeel onderzoek verder financieel ondersteunen. Er werden al proefprojecten voor de periode 2009-2011 opgezet. Op basis van de ervaring en de expertise die deze onderzoeksprojecten in die drie jaar hebben opgeleverd, werden op 1 juli 2012 nieuwe projectoproepen gedaan. Er werden voor 2012-2015 31 projecten rond translationeel onderzoek geselecteerd die meer doelgerichte therapieën beogen en nieuwe therapeutische en diagnostische doelen zoeken. Het gaat bijvoorbeeld om projecten in verband met genetische eigenschappen, het identificeren en/of valideren van biomarkers en het gebruik van functionele beeldvormingstechnieken. Die studieprojecten kunnen betrekking hebben op verschillende soorten kankers, zoals borstkanker, leukemie, longkanker, neuroblastoom, baarmoederhalskanker, prostaatcancer, eierstokkanker, colorectale kanker of kanker tijdens de zwangerschap.



Meer inlichtingen over de personen die een project indienden, de doelstellingen van de projectoproepen en de goedgekeurde (lopende en afgesloten) proefprojecten vindt u via de volgende website: <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/riskanddiseases/Healthrisks/Cancer/NationalCancerPlan/index.htm?fodnlang=nl>. De tabellen geven een overzicht van de personen die een project hebben ingediend en van de onderzoeksthema's van het proefproject.

IV. Biosimilaire geneesmiddelen

Inspanningen om het gebruik te stimuleren - Financiële impact voor ziekenhuizen - Terugbetaling in categorie F van EPO-biosimulans

Vraag nr. 5-7940, gesteld op 23 januari 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw SLEURS, senatrice¹

Het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen, goedkopere equivalenten voor originele, biologische geneesmiddelen, ligt in ons land veel lager dan in andere Europese landen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg kwam na een studie hierover tot 3 knelpunten die aan de basis van het lagere gebruik liggen. Zo worden er kortingen gegeven op de originele producten, waardoor het concurrentievoordeel van de biosimilaire geneesmiddelen verdwijnt. Verder bieden de firma's van die originele producten ook nog tal van andere diensten aan, onder andere een betere begeleiding van de artsen die deze producten voorschrijven.

Een derde oorzaak die het Kenniscentrum identificeerde, is echter dat er ook twijfel en terughoudendheid bestaat bij artsen om ze voor te schrijven. Ze zijn onvoldoende geïnformeerd, niet genoeg vertrouwd met de producten en niet overtuigd van de kwaliteit ervan. Nochtans zou een hoger verbruik van deze geneesmiddelen een serieuze besparing vormen.

Er werden reeds inspanningen gedaan doordat de biosimilaire geneesmiddelen sinds 1 juli 2012 werden opgenomen in het forfait van de geneesmiddelen van het ziekenhuis. Ook werd een inspanning geleverd om het verbruik in daghospitelen en het verbruik buiten het ziekenhuis (via aflevering in de officina-apotheek) te stimuleren.

Graag had ik een antwoord op de volgende vragen.

1. Zult u het voorschrijven van deze biosimilaire geneesmiddelen door artsen stimuleren? Zo ja, hoe?
2. De biosimilaire geneesmiddelen zitten nu wel in het forfait van het geneesmiddelenbudget van de ziekenhuizen, maar gezien de andere voordelen van de originele biologische geneesmiddelen, zal dit wellicht geen oplossing bieden om meer biosimilaire geneesmiddelen voor te schrijven. Denkt u eraan om ook een verplicht quotum goedkope geneesmiddelen op te leggen in de ziekenhuizen?
3. Denkt u voor de toekomst aan een verplichting van prijsdaling met een bepaald percentage voor de biosimilaire geneesmiddelen?

1. Senaat, gewone zitting 2012-2013.

Antwoord

Ik ben inderdaad van plan om het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen aan te moedigen.

Ik heb daartoe, zoals u zich zult herinneren, trouwens al enkele maatregelen getroffen.

Voor de ambulant voorgeschreven geneesmiddelen heb ik een algemene maatregel genomen: ik heb de biosimilaire geneesmiddelen toegevoegd aan de voorschrijfquota van de goedkoopste geneesmiddelen voor de artsen.

Na de komst van de eerste EPO-biosimulans heb ik bovendien specifieke maatregelen genomen voor deze klasse.

Die maatregelen vielen niet gemakkelijk uit te voeren. Ik heb ondermeer protestbrieven ontvangen van de bedrijven, die de originele EPO's verkochten, met soms zeer veel argumenten. Deze argumenten hebben mij niet kunnen overtuigen en maken volgens mij de vaststelling niet ongedaan dat de EPO's evenwaardig moeten worden terugbetaald. Ik heb dan ook, enerzijds, voor alle EPO's een terugbetaling in categorie F toegepast en ik heb ze, anderzijds, aan het forfait voor de gehospitaliseerde patiënten toegevoegd. Door die maatregelen heb ik op jaarbasis 15 miljoen EUR kunnen besparen. Had ik louter een lineaire maatregel toegepast, zoals dat bij de generische geneesmiddelen het geval is, dan was de besparing zeer zwak of zelfs niets geweest.

Ik denk niet dat de algemene maatregelen zoals quota voor de goedkoopste of biosimilaire geneesmiddelen op het vlak van de ziekenhuizen nu erg doeltreffend zouden zijn. Zoals u het ook beklemtoont, moeten we in de eerste plaats de artsen ervan overtuigen dat ze die geneesmiddelen in alle vertrouwen kunnen voorschrijven. Men moet ook rekening houden met de financiële impact die de keuze voor een biosimilair geneesmiddel op een ziekenhuis kan hebben. In dat verband heb ik het genoeg om u aan te kondigen dat de door u goedgekeurde regel, waardoor geneesmiddelen waarvan de prijs onder de forfaitaire terugbetalingsbasis voor een behandeling zou liggen evenveel als de andere geneesmiddelen worden terugbetaald, voor de EPO's vanaf 1 februari van kracht zal worden. De biosimilaire EPO's zullen dus 20 % meer dan hun aankoop prijs door het ziekenhuis worden terugbetaald. Ik hoop dat dit de ziekenhuizen er toe zal aanzetten om ze eindelijk aan te kopen!

Een verplichte prijsdaling voor de biosimilaire geneesmiddelen zou evenmin een besparing opleveren en zou zelfs de komst van nieuwe biosimilaire geneesmiddelen kunnen verhinderen.

Die geneesmiddelen zijn nog beperkt in aantal, en zowel de productie als de positionering in het therapeutisch arsenaal, voornamelijk wegens de enigszins omzichtig te maken overstap tussen de verschillende farmaceutische specialiteiten, verlopen ingewikkeld. Daarom nemen we nu het best verder specifieke maatregelen.

V. Observatorium voor chronische ziekten

Samenstelling – Opdrachten

Vraag nr. 5-7958, gesteld op 23 januari 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw SLEURS, senatrice¹

Op woensdag 2 mei kondigde u de start aan van het Observatorium voor Chronische Ziekten. Doel van dit Observatorium is het beleid inzake chronische ziekten op te volgen en zo nodig bij te sturen. Binnen dit Observatorium vinden we een wetenschappelijke afdeling en een raadgevende afdeling. Van bij de start werd onmiddellijk gewaarschuwd dat er tijd nodig zou zijn om een “ritme van overleg” tussen beide afdelingen te vinden en ook voor het Observatorium om op gang te komen. Gezien het feit dat oorspronkelijk de oprichting van een Observatorium voor Chronische Ziekten al in 2008 door u werd voorgesteld en dus pas 4 jaar later effectief van start kon gaan, mag men toch wel het één en ander verwachten.

Geachte Minister, graag had ik een antwoord op de volgende vragen:

1. Welke resultaten kan het Observatorium voor Chronische Ziekten nu acht maanden na de start al voorleggen?
2. Hoe worden de door u voorgestelde doelstellingen van het Observatorium praktisch omgezet op korte termijn? Welke taken heeft het observatorium zich voor de komende weken en maanden opgelegd?
3. Hoe gebeurt de coördinatie tussen de wetenschappelijke en raadgevende afdeling?

Antwoord:

Zoals u weet is het Observatorium voor de chronische ziekten samengesteld uit twee afdelingen: enkel de raadgevende afdeling is volledig nieuw, de wetenschappelijke afdeling zet de werkzaamheden voort van het vroegere Comité voor advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen.

1. De eerste maanden werden besteed aan het vastleggen van het werkterrein, de precisering van de opdrachten van het Observatorium en van elke afdeling, het uitwerken van de werkingsregels, een werkmethodologie en de organisatie van de werkzaamheden. De raadgevende afdeling heeft tijdens de drie vergaderingen die hebben plaatsgevonden na de officiële opening van het Observatorium de prioritaire thema's bepaald die haar leden wensen te behandelen; ze onderzoekt momenteel de meest efficiënte manier om elk van die thema's te onderzoeken, ten einde voor elk onderwerp een weloverwogen en genuanceerd advies te kunnen geven. Ze heeft bovendien een advies gegeven betreffende de maximumfactuur voor chronische ziekten.

De wetenschappelijke afdeling is drie maal samengekomen sinds de oprichting van het Observatorium.

1. Senaat, gewone zitting 2012-2013.

De wetenschappelijke afdeling heeft:

- het rapport goedgekeurd van de WG “medisch voorschrift dermatologie voor chronische aandoeningen”
- een definitie van chronische ziekte en chronische zieke opgesteld die weldra zal worden gevalideerd
- een nieuwe specifieke werkgroep opgericht: Werkgroep “Chronisch zieke kinderen”.

De Werkgroepen “Obesitas”, “Diabetes”, “Multiple sclerose”, “Psychotherapie” hebben bovendien hun werkzaamheden voortgezet of hervat. Concreet, heeft het eerste verslag van de Werkgroep “Obesitas” geleid tot een project e-learning over tenlasteneming van patiënten met overgewicht, bestemd voor de eerstelijnszorg; dit project werd op 14 januari 2013 aanvaard door het Verzekeringscomité.

Het Observatorium voor de chronische ziekten, dat de twee afdelingen verenigt, werd ook geraadpleegd (advies) door het Federaal Kenniscentrum over de inhoud van de “Position Paper: Organisation of Care for Chronic Patients in Belgium”.

2. De raadgevende afdeling gaat starten met het onderzoek van de prioritair aangehaalde thema's: herintegratie op de arbeidsmarkt, administratieve vereenvoudiging, kosten niet-dringend vervoer en paramedische zorgen.

Ik heb bovendien aan het Observatorium de volgende vier opdrachten toevertrouwd:

Het plan “Prioriteit aan chronisch zieken” evalueren: een werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van de twee afdelingen zal weldra die werkzaamheden aanvangen.

Wat betreft diabetes heb ik gevraagd:

- aan de wetenschappelijke afdeling, om de problemen te identificeren: groep die onvoldoende ten laste wordt genomen. Kwaliteit van de tenlasteneming, vroegtijdige diagnose van diabetes onder de bevolking
- om een position paper op te stellen die beoogt de tenlasteneming van diabetespatiënten door de eerste lijn (huisartsen) te verbeteren, met inbegrip van de vroegtijdige diagnose van diabetes, met de eventuele ontwikkeling van werktuigen ter ondersteuning van de tenlasteneming door de eerste lijn, met gebruik van de middelen van het lokaal multidisciplinair netwerk
- om de te bereiken doelstellingen vast te leggen op het vlak van de tenlasteneming van diabetespatiënten zowel op macroniveau (bevolking) als op individueel niveau, het voorstellen van indicatoren en een evaluatiemethode, monitoring van de doeltreffendheid van de tenlasteneming in ruime zin, in samenwerking met het WIV. Deze monitoring moet toelaten epidemiologische gegevens te verkrijgen en gegevens over de kwaliteit van de zorgen, over de resultaten van de zorgen
- om zich uit te spreken over de verschillende modaliteiten die bestaan inzake de tenlasteneming van diabetespatiënten (overeenkomsten, zorgtrajecten, enz.), met inbegrip van diverse experimentele initiatieven die al dan niet worden gefinancierd door de ziekteverzekering.
- de raadgevende afdeling zou de noden en problemen moeten onderzoeken waarmee diabetespatiënten worden geconfronteerd en het aspect “verbetering van self empowerment” ontwikkelen.

Voor wat betreft de zeldzame ziekten heb ik gevraagd om:

- de behoeften van patiënten in termen van zorg en van tenlasteneming te inventariseren
- concrete voorstellen uit te werken om de tenlasteneming van patiënten die lijden aan een zeldzame ziekte te verbeteren
- de nood aan referentiecentra voor sommige zeldzame ziekten te onderzoeken
- de prioriteiten vast te stellen in verband met die noden

- op het moment dat het statuut chronisch zieke een bepaalde tijd zal bestaan, te evalueren in welke mate patiënten die lijden aan een zeldzame ziekte daarvan genieten en vervolgens de voorwaarden voor de toekenning van het statuut aan die patiënten te preciseren
- de behoeften inzake de tenlasteneming van chronisch zieke kinderen te onderzoeken, een concreet voorstel tot verbetering uitwerken op basis van die analyse en een conceptnota ontwikkeld door de dienst geneeskundige verzorging.

3. Het secretariaat van het Observatorium voor de chronische ziekten wordt verzekerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat waakt over de samenwerking en de verdeling van de taken tussen de twee afdelingen; met datzelfde doel hebben regelmatig contacten plaats tussen de voorzitters van de twee afdelingen en de secretariaten.

VI. Tabacologen

Cijfers van beroepsmensen uit de gezondheidszorgsector die tabacoloog zijn – Spreiding per gewest

Vraag nr. 5-8258, gesteld op 20 februari 2013 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

Deze vraag herneemt schriftelijke vraag 5-4194 omtrent tabacologen. Om de evolutie op te volgen, had ik graag meer recente cijfers gekregen.

Graag kreeg ik van de geachte minister een antwoord op de volgende vragen:

1. Hoeveel tabacologen zijn er nu erkend in België, Vlaanderen, Wallonië en Brussel?
2. Hoeveel huisartsen zijn tabacoloog in België, Vlaanderen, Wallonië, Brussel?
3. Hoeveel klinisch psychologen (masters) zijn tabacoloog in België, Vlaanderen, Wallonië, Brussel?
4. Zijn er nog andere type zorgverstrekkers die tabacoloog zijn? Zo ja, de welke en hoe verdeelt zich dit in België, Vlaanderen, Brussel en Wallonië?

Antwoord

1. Er zijn 420 erkende tabacologen in België. De spreiding per gewest is als volgt: 133 in Vlaanderen, 227 in Wallonië en 60 in Brussel. Vijf in België opgeleide professionals werken in het buitenland.
2. Onder deze tabacologen telt men 113 artsen voor het ganse land: 21 artsen, waaronder 8 pneumologen in Vlaanderen en 92 artsen, waaronder 52 specialisten in Wallonië en Brussel.
3. Onder deze tabacologen telt men 145 psychologen voor het ganse land: 61 in Vlaanderen en 84 in Wallonië en Brussel.

1. Senaat, gewone zitting 2012-2013.

4) Er zijn inderdaad ook tabacologen die een andere medische opleiding dan arts of psycholoog hebben. Voor het ganse land zijn dat er 154, waarvan 52 in Vlaanderen: 36 verpleegkundigen, 5 kinesitherapeuten, een tandarts, 2 apothekers en 7 diëtisten en 102 in Wallonië en Brussel: 55 verpleegkundigen, 26 vroedvrouwen, 7 kinesitherapeuten, 4 tandartsen, 3 apothekers, 2 ergotherapeuten.

Daarnaast zijn er 13 personen die geen beroepsmensen uit de gezondheidszorgsector zijn die de opleiding tabacologie hebben gevolgd voor 2008 en voor de invoering van het terugbetalingssysteem van de rookstopsessies. Hun eventuele prestaties worden uiteraard niet terugbetaald door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

VII. Niet-geconventioneerde zorgverleners

Erelonen – Getuigschriften voor verstrekte hulp aan patiënten – Inlichtingen die een arts op het doktersattest moet vermelden

Vraag nr. 879, gesteld op 26 februari 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, door mevrouw VIENNE, volksvertegenwoordigster¹

Na zorgverlening die recht geeft op een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen moet de zorgverlener de patiënt een getuigschrift voor verstrekte hulp overhandigen. Dat document bevat ondermeer de volgende gegevens: de naam en voornaam van de verzekerde aan wie de zorgen werden verstrekt, de datum van het consult, de nomenclatuurnummers van de verstrekte verzorging, enzovoort. Het document bevat ook een vakje voor het bedrag van het betaalde honorarium.

Het gebeurt echter zelden dat een zorgverlener in dat vakje het door de patiënt betaalde bedrag noteert. Doorgaans wordt in dat vak “ja” of “neen” ingevuld, afhankelijk van de conventiestatus van de arts. De niet-geconventioneerde zorgverleners kunnen hun honorarium zelf vrijelijk bepalen, op voorwaarde dat ze de patiënt behoorlijk informeren en dat die instemt met het honorarium.

Voor de patiënt kan de niet-vermelding van het daadwerkelijk gevraagde en betaalde honorarium echter tot administratieve moeilijkheden leiden en financieel nadeel meebrengen.

Sommige aanvullende verzekeringen keren immers niet alleen een vergoeding uit wanneer de verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen, maar vergoeden ook de consulten voor en na de ziekenhuisopname. Om het door de verzekering verschuldigde bedrag te ontvangen, moet de patiënt een document van het ziekenfonds voorleggen met het werkelijk aangerekende en aan de arts betaalde ereloon en het bedrag van de tegemoetkoming door het ziekenfonds. Indien de arts het toegepaste tarief niet heeft vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp, dan beschikt het ziekenfonds niet over enige mogelijkheid om dat bedrag te kennen. De verzekering zal haar vergoeding in dat geval bepalen op grond van de bedragen van de honoraria van de geconventioneerde artsen.

1. Bulletin nr. 105, Kamer, gewone zitting 2012-2013, blz. 118.

Om toch vergoed te worden op basis van de werkelijk betaalde bedragen zal de patiënt moeten terugkeren naar zijn arts en hem een factuur vragen met het precieze bedrag van alle consulten in kwestie. Indien de patiënt die onregelmatigheid niet opmerkt, zal hij van zijn verzekering niet het bedrag uitgekeerd krijgen waarop hij eigenlijk recht heeft.

Volgens mij is er hier sprake van een totaal gebrek aan transparantie.

1. Bent u het daarmee eens?
2. Om welke redenen zijn de zorgverleners niet verplicht de verschuldigde en ontvangen bedragen te vermelden op de getuigschriften voor verstrekte hulp die ze aan hun patiënten uitreiken?
3. Lijkt het u niet normaal en in het voordeel van de patiënt dat de arts zou worden verplicht het effectief betaalde bedrag op het getuigschrift voor verstrekte hulp te vermelden?
4. Kan de bestaande wetgeving op dat punt worden gewijzigd?

Antwoord

Met betrekking tot de inlichtingen die een arts op het doktersattest moet vermelden, moet men een onderscheid maken tussen enerzijds de vermelding die men in het daarvoor bedoelde vakje op het attest moet invullen, en anderzijds de fiscale strook van dat attest (dat onder de bevoegdheid van de minister van Financiën valt).

Artikel 3 van het Koninklijk besluit van 15 juli 2002 bepaalt dat de zorgverlener in het daartoe vermelde vakje van het getuigschrift van verstrekte hulp het volgende moet aangeven:

- hetzij het bedrag van de betaalde honoraria
- hetzij het woord “ja” indien de rechthebbende het volledige bedrag van het reglementair persoonlijk aandeel heeft betaald, of het woord “neen” indien de rechthebbende geen persoonlijk aandeel heeft betaald.

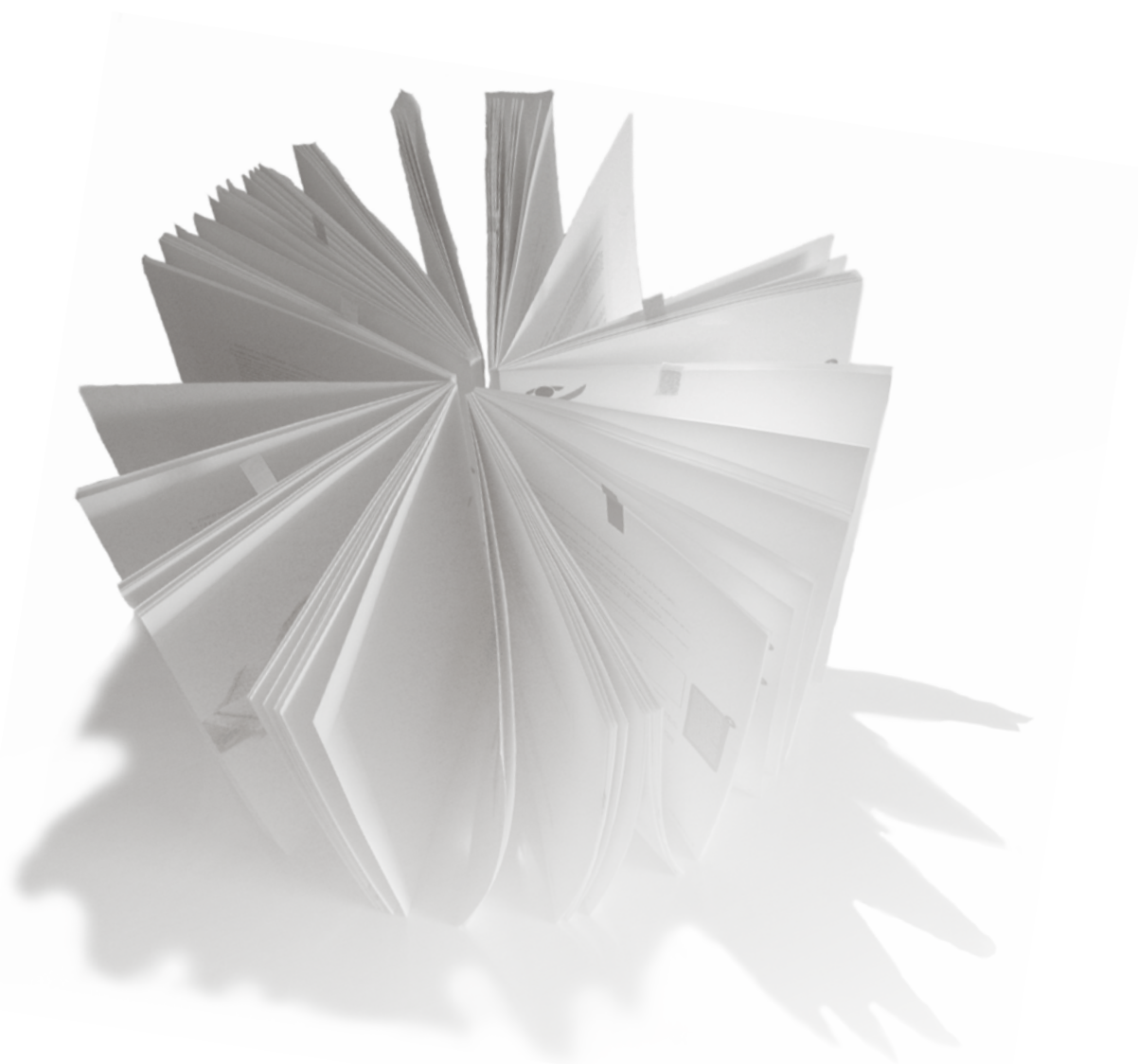
De vermelding “ja” of “neen” of het effectief betaalde bedrag met inbegrip van het persoonlijk aandeel (remgeld) wordt in het daartoe bedoelde vakje op het getuigschrift ingevuld zodat het ziekenfonds kan nagaan of, op jaarbasis, het bedrag van de betaalde remgelden de grens van het maximumbedrag overschrijdt. De vermelding “ja” of “neen” betekent niet dat de zorgverlener al of niet geconventioneerd is.

Het door de patiënt betaalde bedrag moet dan weer op de fiscale strook worden vermeld. In het Belgisch Staatsblad van 3 januari 1998 verscheen de wet van 9 december 1997 tot wijziging van artikel 320 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 met het oog op het verbod voor de zorgverleners om de fiscale strook van de getuigschriften voor verstrekte hulp af te scheuren. Door die wijziging, en onverminderd de voorzieningen en bevoegdheden van de minister van Financiën, mogen het strookje en het getuigschrift niet van elkaar gescheiden worden.

Maar de patiënt heeft nog altijd het recht om het strookje van het getuigschrift af te scheuren vóór hij het getuigschrift aan zijn ziekenfonds afgeeft, met als gevolg dat in het kader van de verplichte ziekteverzekering de terugbetaling van de verrichting of levering toch kan gebeuren op basis van een getuigschrift voor verstrekte hulp zonder de fiscale strook.

U kunt vaststellen dat de huidige wetgeving de patiënt de mogelijkheid geeft om over de inlichtingen te beschikken in verband met het bedrag dat hij heeft betaald. Het is dan aan hem om te beslissen wat hij met die informatie doet.

5^e Deel
Richtlijnen van het RIZIV



Artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 – Hervatting van een aangepaste werkzaamheid – Opheffing van het voorafgaande karakter van de toelating van de adviserend geneesheer.



Zie bijlage:

- de omzendbrief op www.riziv.be > Verzekeringsinstellingen > omzendbrieven naar de V.I. > Dienst voor Uitkeringen > Deeltijdse werkhervatting: versoepeling van de procedure
- de folder “Uitoefenen van aangepast werk tijdens uw arbeidsongeschiktheid” op www.riziv.be > Burger > De uitkeringen > arbeidsongeschiktheid > Toegelaten activiteiten voor werknemers
- ARBESU, C., “Mesures existantes dans le secteur de l’assurance indemnités (régime des travailleurs salariés)” dans Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes, Actes de l’après-midi d’étude organisé par l’A.J.P.D.S. le 25 avril 2013 sous la coordination scientifique de Michel Davagle, p. 107-116.

...

1. Inleiding

De programmawet van 4 juli 2011, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 19 juli 2011, alsook de wet van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen die op 30 maart 2012 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, hebben artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd.

Krachtens artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet mag de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde een aangepaste werkzaamheid hervatten na de toelating van de adviserend geneesheer, en op voorwaarde dat hij, van een medisch oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen behoudt van ten minste 50 % (en dat die werkhervatting verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand).

In het kader van het nieuwe artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet blijft de gerechtigde verplicht om voorafgaandelijk de toelating van de adviserend geneesheer te vragen om het werk tijdens zijn ongeschiktheid te kunnen hervatten. Hij moet tevens voorafgaandelijk aangifte doen van de hervatting van dit werk bij zijn verzekeringsinstelling (uiterlijk de eerste werkdag die aan die hervatting voorafgaat).

Die gerechtigde zal echter het werk mogen hervatten alvorens hij de toelating van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling heeft gekregen, want volgens de nieuwe bepalingen kan de adviserend geneesheer zijn toelating na de hervatting verlenen maar binnen een relatief korte termijn (binnen dertig werkdagen vanaf de eerste dag van de hervatting).

De voorwaarden voor de toekenning van de toelating voor de werkhervatting tijdens de ongeschiktheid blijven dezelfde als vóór de wijziging: de adviserend geneesheer moet er zich van vergewissen dat de gerechtigde, van een medisch oogpunt uit, een vermindering van ten minste 50 % van zijn vermogen behoudt en dat deze werkhervatting verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand.

2. Ratio Legis van de wijziging

De wijziging van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet sluit aan bij de noodzaak om de socioprofessionele re-integratiemechanismen in de sector van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te optimaliseren en zo de terugkeer van de arbeidsongeschikte gerechtigden naar het werk aan te moedigen door de procedure voor de gerechtigden die zich geleidelijke op de arbeidsmarkt willen integreren, te versoepelen.

Die wijziging heft dus de verplichting op voor de arbeidsongeschikte gerechtigde om vooraf de toelating van de adviserend geneesheer te verkrijgen voor de hervatting van een aangepaste werkzaamheid in de zin van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet.

De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde zal niet meer moeten wachten op de toelating van de adviserend geneesheer om het werk te hervatten tijdens zijn ongeschiktheid (de toelating van de adviserend geneesheer kan na de werkhervatting worden verleend).

De gerechtigde blijft echter verplicht om de werkhervatting vooraf aan te geven en de toelating van de adviserend geneesheer vóór de werkhervatting te vragen.

Die nieuwe procedure is niet van toepassing op de hervattingen van een frauduleuze werkzaamheid, noch op de hervattingen die door een sociaal controleorgaan of een verzekeringsinstelling zijn vastgesteld (in het kader van, bijvoorbeeld, datamatching).

Deze nieuwe procedure beoogt om de geleidelijke werkhervattingen van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden buiten elke situatie van frauduleuze werkhervatting te ondersteunen.

3. Procedure van hervatting van een aangepaste werkzaamheid tijdens de arbeidsongeschiktheid

3.1. Voorwaarden waaronder en termijn waarbinnen de toelating voor de werkhervatting wordt verleend

Het nieuwe artikel 100, § 2, tweede lid van de gecoördineerde wet stipuleert dat de Koning bepaalt binnen welke termijn en onder welke voorwaarden de toelating voor de hervatting van een beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid wordt verleend.

Bij Koninklijk besluit van 12 maart 2013, dat op 2 april 2013 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, is artikel 230, § 1 en § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dat de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, tweede lid bevat, aangepast.

Bij verordening van 19 september 2012, die op XX/XX/2013 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, worden het tweede en derde lid van artikel 16 van de Verordening van 16 april 1997 houdende uitvoering van artikel 80, 5^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, die de modaliteiten bevatten voor de aanvraag tot toelating en de verzending van het toelatingsformulier, opgeheven (want die modaliteiten worden voortaan in art. 230 K.B. van 03.07.1996, opgenomen).

DE GERECHTIGDE:

A. Aangifte van de hervatting van een beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid

De gerechtigde blijft verplicht om vooraf iedere hervatting van een beroepsactiviteit tijdens zijn arbeidsongeschiktheid aan te geven.

De gerechtigde die een beroepsactiviteit wil hervatten tijdens zijn arbeidsongeschiktheid moet die hervatting uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting, aan zijn verzekeringsinstelling aangeven.

B. Aanvraag om de toelating om die activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen

De gerechtigde die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een beroepsactiviteit wenst te hervatten, moet tevens een aanvraag om toelating om die activiteit uit te oefenen, bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling indienen, en dit uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting.

C. In te vullen formulier

Om tegemoet te komen aan de nood van vereenvoudiging worden zowel de aangifte van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid als de aanvraag om toelating aan de adviserend geneesheer door de gerechtigde via een uniek formulier (zie bijlage nr. 1) bij zijn verzekeringsinstelling ingediend.

Dit uniek formulier bestaat uit twee delen: een luik "aangifte" dat bestemd is voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling en een luik "toelating" dat bestemd is voor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

De gerechtigde die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een beroepsactiviteit wenst te hervatten, moet dit formulier invullen en het bezorgen aan zijn verzekeringsinstelling (via de post of door afgifte van het formulier aan zijn verzekeringsinstelling), en dit uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting.

Dit uniek formulier bevat meerdere vragen waarvoor de gerechtigde het antwoord moet aankruisen dat bij zijn situatie past en/of de gevraagde informatie moet invullen, met name: het werkvolume in het kader van de hervatting, de omschrijving van de taken die moeten worden vervuld, het werkrooster, de gegevens van de werkgever bij wie de gerechtigde het aangepaste werk hervat en de gegevens van de behandelend geneesheer en de arbeidsgeneesheer.

Dit behoorlijk ingevulde formulier stelt de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling in staat om zich met kennis van zaken uit te spreken over de (niet-)toekenning van de toelating om tijdens de arbeidsongeschiktheid een aangepaste activiteit te hervatten.

DE ADVISEREND GENEESHEER VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING:

D. Onderzoek van de aanvraag om de toelating door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling

De toelating om het werk tijdens de ongeschiktheid te hervatten, kan door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling worden verleend op voorwaarde dat de gerechtigde, van een medisch oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt end at de uitoefening van die activiteit verenigbaar is met de betrokken aandoening.

De voorwaarde met betrekking tot “de vermindering van het vermogen van ten minste 50 %”, zoals bedoeld in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet, is uitsluitend een medisch criterium (in tegenstelling tot artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van een vermindering van het verdienvermogen van de werknemer voorschrijft tot een derde of minder dan een derde van wat de werknemer kan verdienen – economisch criterium).

Die eis van de vermindering van het vermogen van ten minste 50 %, zoals bedoeld in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet, heeft evenmin betrekking op het werkvolume dat door de adviserend geneesheer kan worden toegestaan (de toelating moet niet noodzakelijk een halftijdse activiteit betreffen).

Op grond van het door de gerechtigde behoorlijk ingevulde uniek formulier en de gegevens van het medisch dossier, onderzoekt de adviserend geneesheer de aanvraag om toelating om het werk tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten.

De adviserend geneesheer wordt niet meer systematisch gedwongen om een medisch onderzoek uit te voeren indien hij op basis van de gegevens in het dossier in staat is om met kennis van zaken een beslissing te nemen.

In sommige situaties (zie punt E) blijft een medisch onderzoek van de gerechtigde wel noodzakelijk.

E. Situaties waarin de beslissing van de adviserend geneesheer afhangt van de uitvoering van een medisch onderzoek

Om de uniformiteit en de objectiviteit in de behandeling van de aanvragen om toelating te waarborgen, zijn er guidelines (richtlijnen) uitgewerkt in samenwerking met de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen, om de situaties te omschrijven waarin een medisch onderzoek noodzakelijk is;

- a) Over het algemeen geldt dat indien de adviserend geneesheer op basis van het onderzoek van het dossier van de gerechtigde (aanvraag om toelating tot hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid) niet met zekerheid kan vaststellen dat is voldaan aan de voorwaarden van artikel 100, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % vanuit medisch oogpunt en verenigbaarheid van de activiteit met de desbetreffende aandoening), de adviserend geneesheer deze gerechtigde aan een medisch onderzoek zal onderwerpen.

Aangezien de gerechtigde gedurende zijn arbeidsongeschiktheid een met zijn gezondheidstoestand verenigbare activiteit uitoefent, moet de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid op het ogenblik van het medisch onderzoek gebeuren op basis van de bepalingen van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet. Indien de adviserend geneesheer bij dat medisch onderzoek vaststelt dat niet (of niet langer) voldaan is aan de in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet bedoelde voorwaarden, brengt hij een beslissing tot einde van de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid ter kennis van de gerechtigde, op grond van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet.

- b) Een medisch onderzoek is steeds vereist in de situaties waarin de adviserend geneesheer een beslissing tot weigering van de toelating tot werkhervatting of tot het einde van de arbeidsongeschiktheid moet nemen.

- c) Het medisch onderzoek is ook steeds noodzakelijk wanneer de gerechtigde zijn werkhervatting tijdens zijn arbeidsongeschiktheid binnen een termijn van meer dan 14 kalenderdagen (zie punt III.2) te rekenen vanaf voormelde hervatting heeft aangegeven (net zoals in de gevallen van werkhervatting zonder toelating). In die situaties zijn immers de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van toepassing tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer uitwerking heeft. Krachtens die bepaling wordt de gerechtigde onderworpen aan een medisch onderzoek om na te gaan of op de datum van het onderzoek en nadien de voorwaarden van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid zijn vervuld.
- d) Wanneer de aanvraag om toelating tot werkhervatting betrekking heeft op een werkhervatting bij dezelfde werkgever binnen een periode van minder dan vier weken te rekenen vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, zal de adviserend geneesheer de gerechtigde onderwerpen aan een medisch onderzoek om zich ervan te vergewissen dat de gerechtigde voldoet aan de in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet bedoelde voorwaarden.
- e) Toekenning van de toelating voor onbepaalde duur: de vermelding van een einddatum van de periode van toegelaten arbeid op het formulier met de toelating is facultatief.

Indien de toelating voor een onbepaalde duur wordt verleend, wordt deze toelating steeds voorafgegaan door een medisch onderzoek van de gerechtigde door de adviserend geneesheer.

F. Termijn waarbinnen de adviserend geneesheer zijn beslissing moet nemen

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling moet zijn beslissing uiterlijk de dertigste werkdag vanaf de eerste dag van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid, nemen.

Voor de gerechtigde is het immers belangrijk om zo snel mogelijk zekerheid te krijgen over zijn situatie (juridische zekerheid) en over de (on)verenigbaarheid van die hervatting met zijn gezondheidstoestand.

G. Ter kennis brengen van het formulier met de toelating

Wanneer de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling zijn toelating verleent om een aangepaste werkzaamheid tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten, wordt het formulier met de toelating uiterlijk binnen zeven kalenderdagen vanaf de beslissing via de post ter kennis van de gerechtigde gebracht.

Indien de adviserend geneesheer een medisch onderzoek heeft uitgevoerd om een beslissing te nemen, kan het formulier met de toelating na afloop van het medisch onderzoek aan de gerechtigde worden bezorgd.

De toelating van de adviserend geneesheer moet de aard, het volume en de uitvoeringsvoorwaarden van de toegelaten beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid vermelden.

Die toelating wordt in het medisch en het administratief dossier van de gerechtigde in de verzekeringsinstelling opgenomen.

De verzekeringsinstelling moet het RIZIV via een elektronisch bericht de gegevens van die toelating bezorgen.

H. Periodiciteit van het medisch onderzoek dat worden uitgevoerd tijdens een periode waarin een aangepaste werkzaamheid wordt hervat (art. 16 van de Verordening op de uitkeringen)

Tijdens een periode van hervatting van een aangepaste werkzaamheid moet de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de graad van arbeidsongeschiktheid van de gerechtigde, in de zin van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet, minstens eens om de zes maanden controleren, tenzij de elementen aanwezig in het geneeskundig dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden.

Artikel 16 van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, blijft van toepassing (het tweede en het derde lid van dit art. 16 zijn opgeheven ingevolge de opheffing van het voorafgaande karakter van de door de adviserend geneesheer verleende toelating en het gegeven dat de verzendingsmodaliteiten van het formulier met de toelating voortaan in art. 230 van het K.B. van 03.07.1996 worden bepaald).

3.2. Gevolgen van een laattijdige aangifte door de gerechtigde van zijn hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid

In het nieuwe artikel 100, § 2, derde lid van de gecoördineerde wet wordt gestipuleerd dat de Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen tijdens de ongeschiktheid evenwel toch kunnen worden toegekend in geval van niet-naleving door de gerechtigde van de aangiftetermijn en- voorwaarden (en van de aanvraag om toelating) van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid, met uitzondering van iedere frauduleuze hervatting of vaststelling door een sociaal controleur of verzekeringsinstelling (in het raam van, bijvoorbeeld, datamatching).

Bij Koninklijk besluit van 12 maart 2013, dat op 2 april 2013 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, wordt een nieuwe paragraaf *2bis* ingevoegd in artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, met daarin de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, derde lid.

Die nieuwe bepalingen voorzien bij niet-naleving door de gerechtigde van de termijn en voorwaarden van de aangifte (en de aanvraag om toelating) van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid, in een sanctie wanneer de aangifte laattijdig, maar binnen een termijn van 14 dagen vanaf de hervatting (zie punt III.2.A) is ingediend.

Indien de gerechtigde zijn werkhervatting na meer dan 14 dagen vanaf de hervatting aangeeft, zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van toepassing tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer uitwerking heeft (zie punt III.2.B).

A. Laattijdige aangifte binnen een termijn van 14 kalenderdagen vanaf de hervatting

De gerechtigde die de aangifteformaliteiten van de aangepaste werkhervatting (en de aanvraag om toelating) laattijdig heeft verricht, maar toch binnen 14 kalenderdagen vanaf die hervatting, wordt hiervoor gesanctioneerd door een vermindering met 10 % van het dagbedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering (berekend overeenkomstig de cumulatierregel zoals bedoeld in art. 230 van het K.B. van 03.07.1996).

Met andere woorden, de gerechtigde kan in die situatie arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangen die berekend zijn overeenkomstig de cumulatierregel zoals bedoeld in artikel 230 Koninklijk besluit van 3 juli 1996, na een vermindering van 10 % op het dagbedrag van de uitkering.

Die vermindering van 10 % is van toepassing vanaf de eerste dag van de werkhervatting tot en met de dag van de verzending van het uniek formulier (de datum van de poststempel geldt als bewijs) of de afgifte van het unieke formulier aan de verzekeringsinstelling.



Voorbeeld van de toepassing van de vermindering met 10 %

Een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde dient zijn aangifte van hervatting van een aangepaste beroepsactiviteit laattijdig in, maar binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting.

Berekening van de verschuldigde uitkeringen in toepassing van de cumulatierregel zoals bedoeld in artikel 230 Koninklijk besluit (zonder de vermindering met 10 %):

Daginkomen: $784 \text{ EUR}/26 = 30,1538 \text{ EUR}$

Neutralisatie RSZ: $30,1538 \times 86,93 \% = 26,2127 \text{ EUR}$

Inkomensschijven van toepassing vanaf 1 december 2012

1^{ste} schijf van 15,6068 EUR: 0 % : nihil

2^{de} schijf van 9,3641 EUR: 20 % (26,2127 EUR – 15,6068 EUR + 10,6059 EUR maximum 9,3641 EUR)

20 % x 9,3641 EUR = 1,8728 EUR

3^{de} schijf van 9,3641 EUR: 50 %: 10,6059 EUR – 9,3641 EUR = 1,2418 EUR

1,2418 EUR x 50 % = 0,6209 EUR

Totaal: 1,8728 EUR + 0,6209 EUR = 2,4937 EUR (bedrag van de vermindering)

Dagbedrag van zijn uitkering: 40 EUR – 2,4937 EUR = 37,5063 EUR = 37,51 EUR

Laattijdigheid minder dan 15 kalenderdagen: uitkeringen verminderd met 10 %

De betrokkene dient zijn aangifte laattijdig maar binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting in: voor de periode vanaf de 1ste dag van de hervatting van de activiteit tot en met de dag van de verzending van het uniek formulier (de datum van de poststempel geldt als bewijs) of de afgifte van het uniek formulier aan de verzekeringsinstelling, zal de betrokkene een daguitkering ontvangen van 37,5063 EUR verminderd met 10 % (- 3,7506 EUR), of in totaal:

37,5063 EUR – 3,7506 EUR = 33,7557 EUR = 33,76 EUR

B. Laattijdige aangifte vanaf de 15de kalenderdag vanaf de hervatting

Indien de gerechtigde de aangifteformaliteiten (en de aanvraag om toelating) meer dan 14 kalenderdagen vanaf de hervatting heeft verricht, zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van toepassing vanaf de eerste dag van de hervatting tot de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer uitwerking heeft.

In dit geval moet de adviserend geneesheer zo snel mogelijk de arbeidsongeschiktheid onderzoeken (binnen de dertig werkdagen vanaf de aangifte van de werkhervatting) en wordt het onverschuldigde bedrag beperkt tot enkel de werkdagen (het is mogelijk om een aanvraag om verzaking aan de terugvordering van dit onverschuldigde bedrag in te dienen bij het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen). Aangezien de gerechtigden die de hervatting van de aangepaste beroepsactiviteit meer dan 14 kalenderdagen vanaf de hervatting aangeven, in geval van verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, geen gunstigere behandeling kunnen genieten dan de gerechtigden die hun werkhervatting binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting aangeven, moet, met het oog op de vaststelling van het maximumbedrag van de verzaking in het kader van de toepassing van de bepalingen van artikel 101, rekening worden gehouden met het bedrag van de uitkeringen waarop de betrokkene aanspraak had kunnen maken in toepassing van de cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, verminderd met 10 %.

3.3. Gevolgen ingeval van weigering van de toekenning van de toelating voor een werkhervatting of van beslissing tot beëindiging van de arbeidsongeschiktheid, op basis van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet

In het nieuwe artikel 100, § 2, vierde lid van de gecoördineerde wet wordt gestipuleerd dat de Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen wel kunnen worden toegekend voor de periode die voorafgaat aan de datum waarop de beslissing tot weigering van de toelating of tot beëindiging van de ongeschiktheid door de adviserend geneesheer, uitwerking heeft, met uitzondering van iedere frauduleuze hervatting of vaststelling door een sociaal controleur of verzekeringsinstelling (in het raam van, bijvoorbeeld, datamatching).

Bij Koninklijk besluit van 12 maart 2013, dat op 2 april 2013 in het Belgisch Staatsblad is gepubliceerd, is artikel 230, § 2^{ter} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 aangepast, dat de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, vierde lid, bevat.

Wanneer in het kader van die nieuwe bepalingen van de werkhervatting een beslissing tot weigering van de toelating ter kennis van de gerechtigde wordt gebracht (wegens de onverenigbaarheid van de activiteit met de gezondheidstoestand) of een beslissing tot beëindiging van zijn arbeidsongeschiktheid (omdat hij, van een medisch oogpunt uit, geen vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt), kan hij onder bepaalde voorwaarden de uitkeringen blijven ontvangen voor de periode die voorafgaat aan de datum waarop voornoemde beslissing haar uitwerking heeft:

- De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating binnen de opgelegde termijn vervuld (uiterlijk op de laatste werkdag die onmiddellijk aan de werkhervatting voorafgaat) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend geneesheer te ontvangen

In die situatie blijft de gerechtigde voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de advisering geneesheer, zijn uitkeringen ontvangen die berekend zijn overeenkomstig de cumulatierregel zoals bedoeld in artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating laattijdig ingediend (maar binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend geneesheer te ontvangen

In die situatie blijft de gerechtigde voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing, zijn uitkeringen ontvangen (die berekend zijn overeenkomstig de cumulatierregel zoals bedoeld in art. 230 K.B.), maar verminderd met 10 % ((zie punt III.2.A)
- De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag om toelating laattijdig ingediend (meer dan 14 kalenderdagen vanaf de hervatting) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend geneesheer te ontvangen.

In die situatie zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet op hem van toepassing vanaf de eerste dag van de hervatting tot de ingangsdatum van de beslissing van de adviserend geneesheer haar uitwerking heeft (zie punt III.2.B).

4. Specifieke situatie van de zwangere of bevallen werkneemster of de werkneemster die borstvoeding geeft, die haar zelfstandige activiteit wenst voort te zetten tijdens het tijdvak van moederschapsbescherming (regeling loontrekkenden)

Artikel 219^{ter}, § 5, tweede lid van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 regelt de specifieke situatie van de zwanger of bevallen werkneemster of de werkneemster die vorstvoeding geeft, die haar zelfstandige activiteit wenst voort te zetten tijdens het tijdvak van moederschapsbescherming waarin ze zich bevindt in het kader van haar loontrekkende activiteit.

Overeenkomstig deze reglementaire bepaling kan voornoemde werkneemster onder bepaalde voorwaarden de toelating krijgen om haar zelfstandige activiteit (die zij vóór de maatregel van werkverwijdering uitoefende) voort te zetten tijdens de maatregel van moederschapsbescherming waarin zij zich in het kader van haar loontrekkende activiteit bevindt.

Een van die voorwaarden houdt in dat voornoemde werkneemster vooraf de toelating moet vragen aan haar verzekeringsinstelling via een formulier van aanvraag om toelating.

In die situatie blijft de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer voor deze werknemster dus bestaan (om te vermijden dat zij of haar kind gevaar lopen door de voortzetting van haar zelfstandige activiteit).

De omzendbrief V.I. nr. 2000/285-406/06 van 4 augustus 2002 betreffende de toepassing van artikel 219^{ter}, § 5 Koninklijk besluit van 3 juni 1996, die van toepassing blijft in de situatie van voornoemde werknemster, brengt preciseringen aan over de voorwaarde van het “voorafgaande karakter” van de toelatingsaanvraag voor de voortzetting van de zelfstandige activiteit tijdens een verwijderingsmaatregel (waarvan zij het voorwerp vormt in het kader van haar loontrekkende activiteit).

5. Bijlage V tot VIII van de verordening op de uitkeringen

Bijlage V-1, V-1^{bis}, VI, VII-1 en VIII van de Verordening op de uitkeringen zijn aangepast in het raam van de nieuwe bepalingen zoals bedoeld in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet (opheffing van het voorafgaande karakter van de toelating).

Die aangepaste bijlagen worden bij deze omzendbrief gevoegd.

6. Inwerkingtreding

Onderhavige omzendbrief en zijn bijlage treden op 12 april 2013 in werking.



Omzendbrief nr. 2013/156-249/21 van 11 april 2013.

Aanvraag tot toestemming om een activiteit uit te oefenen tijdens de ongeschiktheid, met behoud van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid (art. 100, §2, van de wet van 14/07/1994)

Ik, ondergetekende,

Vraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf (dag/maand/jaar) .././.... een (beroeps)activiteit te hervatten als.....

Het betreft een (beroeps)activiteit² als

- Arbeider
 - bij dezelfde werkgever
 - bij een andere werkgever
- Bediende
 - bij dezelfde werkgever
 - bij een andere werkgever
- Zelfstandige
 - ledere andere activiteit
 - bezoldigde activiteit
 - onbezoldigde activiteit

Geef aan op welke dagen u gaat werken en hoeveel uren:

- Ik werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in).

Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1^{ste} rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:.....

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
Week 1	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
Week 2	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
Week 3	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
Week 4	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week: ...

Gelieve elke informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden:.....

Welke taken gaat u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken die u zal verrichten afzonderlijk en zo concreet mogelijk.

.....

Naam van uw werkgever / van de organisatie:

.....

Adres:

.....

Tel:


Indien u over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelende geneesheer (naam, adres, telefoon):
.....
.....
- De gegevens van de arbeidsgeneesheer
.....
.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt

Datum:.....

Handtekening:.....

 Bezorg ons dit formulier *VOOR* de datum van werkhervatting. Indien uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd, of indien u een nieuwe arbeidsovereenkomst heeft ontvangen, dient u een kopie bij te voegen. Indien u nog niet beschikt over die wijzigingsclausule of nieuwe arbeidsovereenkomst, dient u zodra u die in uw bezit heeft een kopie over te maken aan uw ziekenfonds.

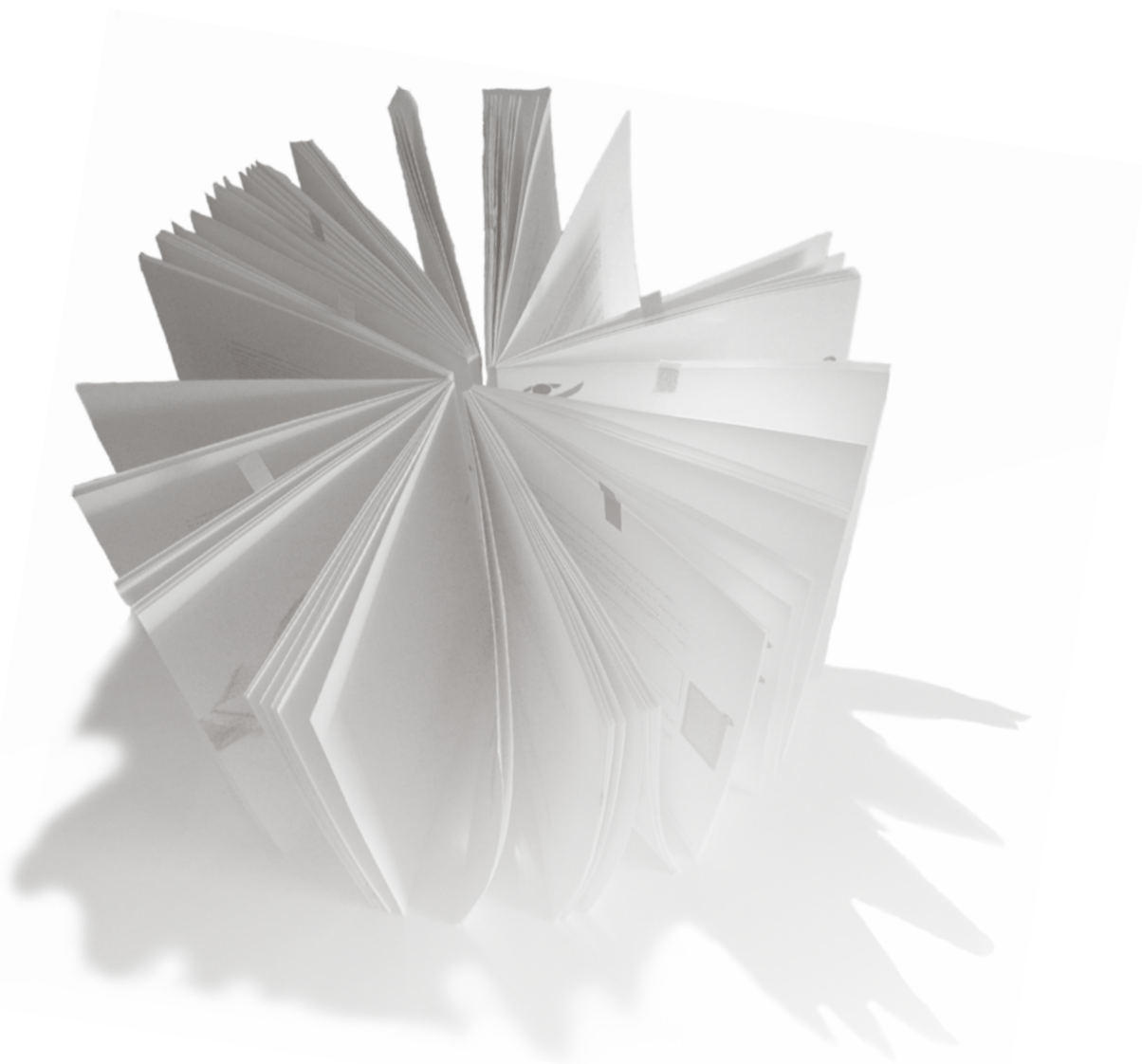
 **Belangrijke opmerkingen**

Tijdens uw arbeidsongeschiktheid heeft u de mogelijkheid om een deel van de beroepsbezigheid die u uitoefende vóór de intrede van de arbeidsongeschiktheid (of een andere beroepsbezigheid die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand) te hernemen. Hiertoe is wel vereist dat u de toestemming heeft bekomen van de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds om verder arbeidsongeschikt erkend te blijven.

Om deze toestemming te bekomen, dient u deze werkhervatting aan te geven en de toestemming te verzoeken aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds door middel van dit formulier. Dit formulier dient *ten laatste op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting* te worden verzonden naar uw ziekenfonds. Indien deze termijn niet wordt nageleefd, worden de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen berekend in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit, verminderd met 10 pct. of zelfs geweigerd.

Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met uw ziekenfonds.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Herwaardering van uitkeringen - Aanpassingen

Algemene regeling

1. Aanpassing van de ZIV loongrens
2. Verhoging van het forfait "Hulp van derden" met 3 EUR
3. Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na één jaar arbeidsongeschiktheid (Conjuncturele maatregel).

Regeling der zelfstandigen

- a) Koppeling van de forfaits "met gezinslast" toegekend aan de gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, aan het bedrag minimum regelmatig werknemer met gezinslast dat van toepassing is in de algemene regeling
- b) Verhoging van het forfait "Hulp van derden" met 3 EUR.

1. Basiselementen

ALGEMENE REGELING

1) Aanpassing van de ZIV loongrens (conjuncturele maatregel)

Voor die gerechtigden wiens primaire arbeidsongeschiktheid, moederschap of invaliditeit ten vroegste begint op 1 april 2013, wordt de ZIV loongrens met 2 % geherwaardeerd. In bijlage geeft de tabel D ook de nieuwe maxima weer, berekend op basis van dit nieuwe plafond, voor de gevallen in primaire arbeidsongeschiktheid, in moederschap of in invaliditeit die ten vroegste beginnen op 1 april 2013.

Het basisbedrag van de nieuwe ZIV loongrens wordt op 99,7365 EUR vastgesteld (basis 103,14). Vanaf 1 april 2013 wordt het, aan de spilindex 119,62 geïndexeerde forfait vastgesteld op 131,6023 EUR.

2) Verhoging van het forfait "Hulp van derden" met 3 EUR (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 april 2013 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering "hulp van derden" van 12,8122 EUR naar 15,1573 EUR (basis 103,14).

Het aan de spilindex 119,62 geïndexeerde forfait wordt vanaf 1 april 2013 op 20,0001 EUR, afgerond op 20,00 EUR vastgesteld.

3) Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na één jaar arbeidsongeschiktheid (Conjuncturele maatregel maatregel)

Het basisbedrag van de inhaalpremie gestort in de maand mei van elk jaar aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1) is geherwaardeerd van 157,7038 EUR naar 207,7227 EUR (basis 103,14).

In mei 2013 is het bedrag van deze inhaalpremie gelijk aan 274,0901 EUR afgerond op 274,09 EUR (spilindex 119,62).

REGELING DER ZELFSTANDIGEN

a) Koppeling van de forfaits “met gezinslast” toegekend aan de gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, aan het bedrag minimum regelmatig werknemer met gezinslast dat van toepassing is in de algemene regeling. (conjuncturele maatregel)

Forfaits “met gezinslast” toegekend aan de gerechtigden in primaire arbeidsongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, worden op 1 april 2013 gekoppeld aan het bedrag minimum regelmatig werknemer met last dat van toepassing is in de algemene regeling.

De forfaits bedragen dan (spilindex 119,62): 53,3230 EUR, afgerond op 53,32 EUR.

b) Verhoging van het forfait “Hulp van derden” met 3 EUR (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 april 2013 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering “hulp van derden” van 12,8122 EUR naar 15,1573 EUR (basis 103,14). Het aan de spilindex 119,62 geïndexeerde forfait wordt vanaf 1 april 2013 vastgelegd op 20,0001 EUR, afgerond op 20,00 EUR.

2. Toepassingsdatum

1 april 2013 en 1 mei 2013.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer

Vanaf - Tot en met		01-01-2013	31-03-2013	01-04-2013	30-04-2013	vanaf 01-05-2013		Volgende indexatie			
Spijindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459		
I. LOONTREKKENDEN											
1 - Dagelijkse ZIV-loongrens											
Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/01/2005	123,3821		123,3821		123,3821		125,8507			
	vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006	125,8497		125,8497		125,8497		128,3676			
	vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2008	127,1082		127,1082		127,1082		129,6514			
	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	128,1250		128,1250		128,1250		130,6885			
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	129,0219		129,0219		129,0219		131,6033			
	vanaf 01/04/2013	131,6023		131,6023		131,6023		134,2354			
2 - Primaire ongeschiktheid (daguitkering)											
Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vanaf 01/01/2009 tot en met 31/12/2010	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41		
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96		
	vanaf 01/04/2013	-	-	78,9614	76,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54		
Minimum Vanaf de 1 ^e dag van de 7 ^e maand van de arbeidsongeschiktheid	regelmatige werknemer										
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39		
	alleenstaanden	42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256	43,53		
	samenwonenden	36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201	37,32		
	niet-regelmatige werknemer										
met gezinslast	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9165	41,92			
zonder gezinslast	30,8207	30,82	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4373	31,44			
3 - Invalideit											
Daguitkering	Maximum Begin arbeidsongeschiktheid	vóór 01/10/1974									
		met gezinslast	53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859	54,19	
		zonder gezinslast	35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632	36,26	
		vanaf 01/10/1974 tot en met 31/12/2002									
		met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		vanaf 01/01/2003 tot en met 31/12/2004									
		invalide voor 1/01/2005									
		met gezinslast	82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065	84,11	
		alleenstaande	69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670	71,17	
		samenwonende	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578	51,76	
		invalide vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006									
		met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		vanaf 01/01/2005 tot en met 31/12/2006									
		invalide voor 01/01/2007									
		met gezinslast	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		alleenstaande	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		samenwonende	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		invalide vanaf 01/01/2007 tot 31/12/2008									
		met gezinslast	84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65	
		alleenstaande	71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32	
		samenwonende	52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32	
		vanaf 01/01/2007 tot en met 31/12/2007									
		invalide vanaf 01/01/2009									
		met gezinslast	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95	
		alleenstaande	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88	
		samenwonende	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28	
		invalide vanaf 01/01/2009 ¹									
		met gezinslast	83,9475	83,95	83,9475	83,95	83,9475	83,95	85,6271	85,63	
		alleenstaande	71,0325	71,03	71,0325	71,03	71,0325	71,03	72,4537	72,45	
		samenwonende	51,6600	51,66	51,6600	51,66	51,6600	51,66	52,6936	52,69	
		vanaf 01/01/2008									
		invalide voor 01/01/2009 ²									
		met gezinslast	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734	84,27	
		alleenstaande	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082	71,31	
		samenwonende	50,8433	50,84	50,8433	50,84	50,8433	50,84	51,8605	51,86	
		invalide vanaf 01/01/2009 tot 31/12/2010									
		met gezinslast	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95	
		alleenstaande	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88	
		samenwonende	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28	
		invalide vanaf 01/01/2011 tot 31/03/2013									
		met gezinslast	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422	85,54	
		alleenstaande	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818	72,38	
		samenwonende	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413	52,64	
		invalide vanaf 01/04/2013									
		met gezinslast	-	-	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530	87,25	
		alleenstaande	-	-	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294	73,83	
		samenwonende	-	-	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941	53,69	
		Minimum	Regelmatige werknemer								
			met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39
			alleenstaande	42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256	43,53
			samenwonende	36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201	37,32
			Niet-regelmatige werknemer								
		met gezinslast	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9165	41,92	
		zonder gezinslast	30,8207	30,82	30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4373	31,44	

1. Deze rubriek betreft gerechtigden wiens periode van primaire ongeschiktheid geschorst werd omwille van een periode van moederschap.

2. Deze rubriek betreft de buitenlands verzekerde gerechtigden die erkend zijn in invaliditeit alvorens de ongeschiktheid van 1 jaar bereikt te hebben.

Tabel D: Chronologische tabel van de opeenvolgende aanpassingen van de uitkeringen aan de schommelingen van het gezondheidsindexcijfer - vervolg

Vanaf - Tot en met		01-01-2013	31-03-2013	01-04-2013	30-04-2013	vanaf 01-05-2013		Volgende indexatie		
Spilindex - Verhogingscoëfficiënt (basis 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,31952	122,01	1,3459	
I. LOONTREKKENDEN (vervolg)										
4 - Moederschap, vaderschap & adoptie										
Maximum werkverwijdering	vanaf 01/01/2010 tot en met 31/12/2010									
	Vad. & adopt.	105,0625	105,06	105,0625	105,06	105,0625	105,06	107,1646	107,16	
	Moederschap	79,5 %	101,8594	101,86	101,8594	101,86	101,8594	101,86	103,8974	103,90
		75,0 %	96,0938	96,09	96,0938	96,09	96,0938	96,09	98,0164	98,02
	Werkverwijdering	60,0 %	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41
		78,237 %	100,2412	100,24	100,2412	100,24	100,2412	100,24	102,2468	102,25
	vanaf 01/01/2011 tot en met 31/03/2013									
	Vad. & adopt.	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91	
	Moederschap	79,5 %	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62
		75,0 %	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70
	Moederschap	60,0 %	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96
		78,237 %	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96
	Werkverwijdering	vanaf 01/04/2013								
	Vad. & adopt.	82,0 %	-	-	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07
Moederschap	79,5 %	-	-	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72	
	75,0 %	-	-	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68	
Werkverwijdering	60,0 %	-	-	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54	
	78,237 %	-	-	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02	
5 - Diversen										
	Onthaalmoeder (maandelijks)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
	Onthaalmoeder (dagelijks)	57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92	
	Onthaalmoeder (uurloon)	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30	
		15,6068		15,6068		15,6068		15,9190		
	Welvaartspremie (ongeschiktheid < 01-10-1974)	9,3641	123,95	9,3641	123,95	9,3641	123,95	9,5514	123,95	
II. ZELFSTANDIGEN										
1 - Primaire ongeschiktheid										
	met gezinslast	52,4346	52,43	52,4346	52,43	52,4346	52,43	54,3898	54,39	
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,3016	40,30	41,1080	41,11	
	samenwonende	32,7257	32,73	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,3805	33,38	
2 - Invaliditeit										
	Zonder stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	52,4346	52,43	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39	
	alleenstaande	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,3016	40,30	41,1080	41,11	
	samenwonende	32,7257	32,73	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,3805	33,38	
	Met stopzetting bedrijf									
	met gezinslast	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,3230	53,32	54,3898	54,39	
	alleenstaande	42,6718	42,67	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,5256	43,53	
	samenwonende	36,5880	36,59	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,3201	37,32	
3 - Moederschapsuitkering & adoptie										
	Wekelijkse uitkering		440,501		440,50		440,50		449,32	
4 - Jaarlijks beroepsinkomen - art. 28 bis										
	Vanaf beroepsinkomen 2008		17.149,19		17.149,19		17.149,19		17.149,19	
III. TOEGELATEN INKOMEN PERSONEN TEN LASTE										
	plafond statuut met last	932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65	
	plafond statuut alleenstaande (vervangingsinkomen)	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35	
	plafond statuut alleenstaande (beroepsinkomen)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
IV. FORFAITARE TEGEMOETKOMING HULP VAN DERDEN										
V. INHOUDING VAN 3.5 % OP DE INVALIDITEITSUITKERINGEN										
1 - Minimum dagdrempel										
	met gezinslast		57,37		57,37		57,38		58,52	
	zonder gezinslast		47,63		47,63		47,63		48,58	
2 - Gedeeltelijke inhouding										
	met gezinslast tussen		57,38		57,38		57,38		58,53	
	en		59,44		59,44		59,44		60,63	
	zonder gezinslast tussen		47,64		47,64		47,64		48,59	
	en		49,35		49,35		49,35		50,33	
3 - Volledige inhouding vanaf										
	met gezinslast		59,45		59,45		59,45		60,64	
	zonder gezinslast		49,36		49,36		49,36		50,34	
VI. MAXIMUM VERGOEDINGEN VOOR VRIJWILLIGERSWERK										
	Dagelijks bedrag	32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36	
	Jaarlijks bedrag	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55	
VII. INHAALPREMIE (1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1)										
	Werknemers	208,0902	208,9	208,0902	208,9	274,0901	274,09	279,5740	279,57	
	Zelfstandigen	208,0902	208,9	208,0902	208,9	208,0902	208,09	212,2535	212,25	



Omzendbrieven V.I. nrs. 2013/151 – 45/240, 482/118 en 2013/179 – 45/242 van 3 en 29 april 2013.

II. Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB) - Corrigendum

1. Basiselementen

Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden categorie I, vastgesteld door het Aanvullend nationaal paritair comité voor bedienden (ANPCB) - Corrigendum

Vanaf 1 maart 2013 ontvangen de gerechtigden in volledig gecontroleerde werkloosheid die, bij de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid van een forfaitaire werkloosheidsuitkering genieten (3^{de} vergoedingsperiode), ongeacht hun gezinssituatie, een arbeidsongeschiktheidsuitkering die wordt berekend op basis van het gemiddeld dagloon op basis van de laatste cijfercode voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Bijgevolg wordt de berekening van de uitkeringen voor werklozen, samenwonenden, niet meer gebaseerd op het minimumloon voor bedienden van categorie I (met negen jaar ervaring). De tabel III wordt in die zin aangepast en is van toepassing vanaf 1 maart 2013 voor de gerechtigden die vanaf deze datum arbeidsongeschikt werden.

2. Toepassingsdatum

1 maart 2013

Deze omzendbrief annuleert en vervangt de omzendbrief V.I. nr 2013/113 – 45/239 van 1 maart 2013. Het bedrag van het ANPCB met 9 jaar ervaring blijft van toepassing voor de categorie van gerechtigden die over geen enkel referentieloon beschikken bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekende hebben.



Omzendbrief V.I. nr. 2013/186 – 45/243 van 6 mei 2013.

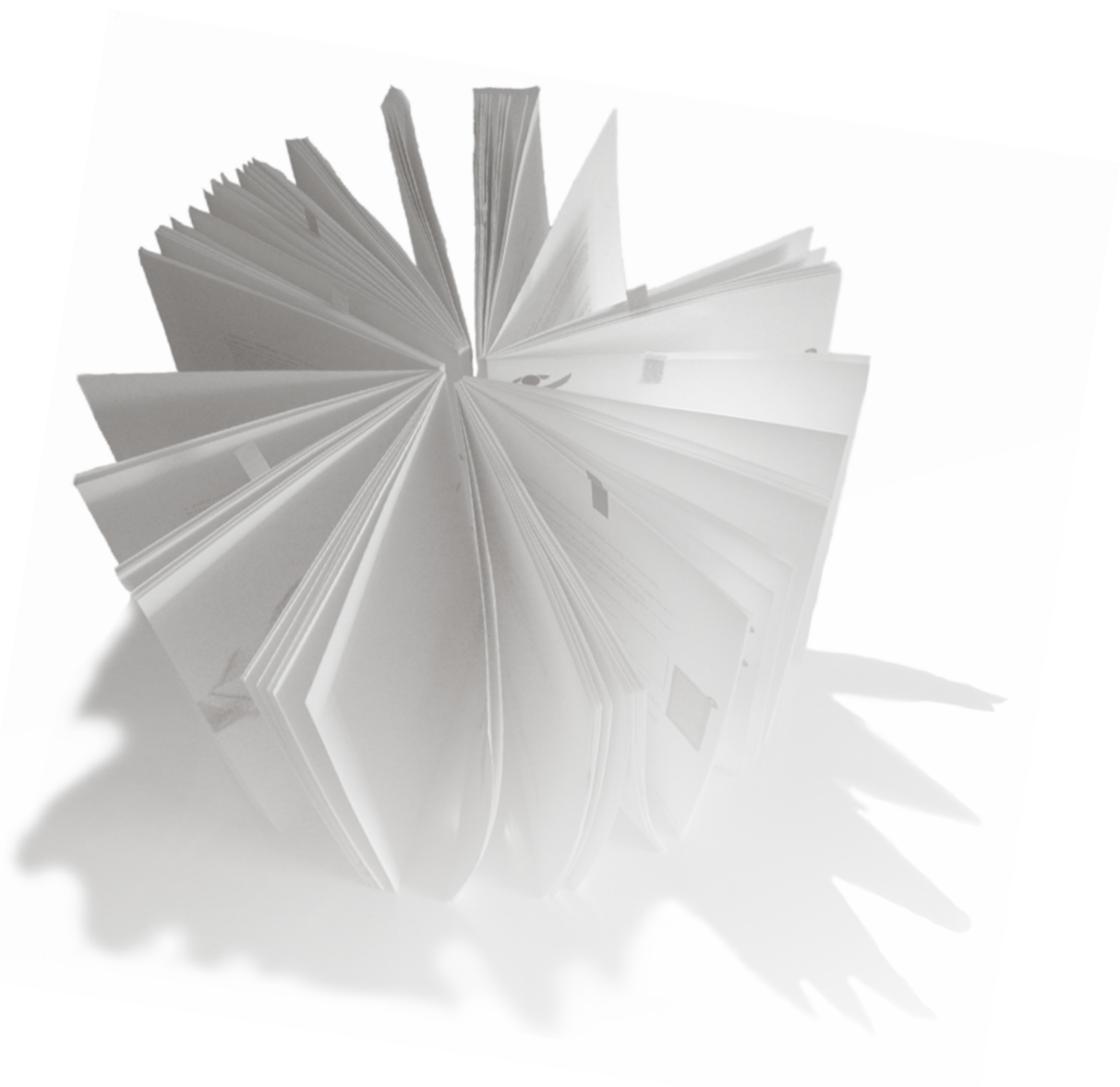
Tabel III - Periode vanaf 01-03-2013

PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	60 % van het loon	150 % van de uitkering op 60 %	125 % van de uitkering op 60 %	170 % van de uitkering op 60 %	145 % van de uitkering op 60 %
0 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> • Jonge werkloze die een overbruggingsuitkering ontvangt • Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt • Werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet • Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt. 	62,5915	37,5549	56,3324	46,9436	63,8433	54,4546
9 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> • Gerechtigde die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekende heeft (voortgezette verzekering). 	64,6288	38,7773	58,1660	48,4716	65,9214	56,2271

Tabel III - Periode vanaf 01-03-2013 - vervolg								
INVALIDE Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	65 % van het loon	55 % van het loon	40 % van het loon	150 % van de uitkering op 65 %	125 % van de uitkering op 65 %	170 % van de uitkering op 65 %	145 % van de uitkering op 65 %
0 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> ○ Jonge werkloze die een overbruggingsuitkering ontvangt. ○ Jonge werkloze die een beroepsopleiding of een instapstage in de onderneming volgt. ○ werkzoekende die een vestigingsuitkering geniet. ○ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt. 	62,5915	40,6845	34,4253	25,0366	61,0268	50,8556	69,1637	58,9925
9 jaar ervaring : <ul style="list-style-type: none"> ○ Gerechtigde die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerde werkzoekende heeft (voortgezette verzekering). 	64,6288	42,0087	35,5458	25,8515	63,0131	52,5109	71,4148	60,9126

Deze bedragen houden geen rekening met de toepassing van de minima's

7^e Deel
Statistieken



I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - 2012

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheekkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	256.927	523.705	787.359	1.056.015	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.270	9.270	18.599	18.656	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.385	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Vervoer	0	0	0	0	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.149	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	268.022	519.429	777.536	1.045.277	
b) Rustoorden voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.217	1.096.237	1.644.218	2.203.113	2.180.172
17. Einde loopbaan	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatieven van beschut wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046
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 - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Chronische ziekten extra	0	0	0	0	9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Diversen	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
Totaal	0	0	0	0	1.148.607
Algemeen totaal	5.993.230	11.922.699	17.837.635	24.077.384	25.869.336

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Medische beeldvorming	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Speciale verstrekkingen	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Heelkunde	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynaecologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Toezicht	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	22	6.239	6.734	6.802	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	3.476	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Impulsfonds	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432	637	685	17.093	
Totaal geneesheren	1.886.293	3.745.514	5.463.071	7.265.430	7.304.023
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accreditering	15	26	13.893	14.076	14.148
Totaal tandheelkundigen	204.043	402.123	599.517	804.594	822.036
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Verzorging door opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Verzorging door audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Vervoer	0	0	0	0	238
Totaal	1.330.420	2.685.322	4.037.545	5.418.398	5.537.867
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait nierdialyse	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
Totaal dialyse	100.271	201.059	302.445	404.042	417.311

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Rustoorden voor bejaarden	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Dagverzorgingscentra	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Syndicale premie	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	132	438	
Totaal	628.583	1.233.979	1.854.695	2.484.066	2.516.463
17. Einde loopbaan	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688	1.419	2.080	2.715	2.955
Totaal	34.613	68.129	103.192	138.113	152.897
19. Revalidatie en herscholing	127.460	266.005	397.389	533.774	602.074
20. Bijzonder Fonds	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopedie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
Totale Maximumfactuur	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
26. Chronische zieken	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171	339	504	700	551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Therapeutische projecten	105	201	237	337	4.698
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	347	654	916	1.191	5.754
32. Geïnterneerden	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Tabaksontwenning	234	459	645	859	2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59	120	120	120	0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.696
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	3.053
45. Sociaal akkoord	0	65	823	8.688	18.199
46. Diversen	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Bevriezing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
Totaal	0	0	0	0	145.443
Algemeen totaal	6.363.652	12.612.485	18.667.167	24.984.852	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				
j) Forfait Telematica	475,0	0,3	2,2	2,7
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-64,1	73,4	130,8	114,9
m) Impulsfonds	-31,4	-14,3	7,9	-9,8
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	-55,3	-62,6	-15,2	33,5
Totaal geneesheren	0,3	2,5	3,2	4,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,9	2,0	2,0	2,4
b) Forfait accreditering	0,0	-14,3	13,3	13,2
Totaal tandheelkundigen	3,9	2,0	2,3	2,5
3. Farmaceutische verstrekkingen	4,2	4,2	3,8	3,5
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,9	3,9	6,0	5,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	8,7	7,5	6,1	6,1
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	7,0	7,2	6,3	6,7
10. Verzorging door opticiens	7,7	2,6	1,8	2,7
11. Verzorging door audiciens	4,6	10,2	8,2	7,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	12,3	8,2	8,8	7,5
13. Verpleegdagprijs	8,4	8,8	8,4	7,6
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,8	10,1	10,4	9,3
Vervoer				
Totaal	8,4	8,9	8,4	7,6
14. Militair hospitaal - all-in prijs	64,2	148,9	47,3	42,2
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,4	5,4	6,5	5,3
b) Forfait nierdialyse	2,5	4,0	7,0	6,4
c) Thuis, in een centrum	2,2	4,6	7,9	4,8
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	2,8	4,7	7,1	5,6

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	10,5	11,8	13,3	13,5
b) Rustoorden voor bejaarden	2,7	2,2	2,6	1,8
c) Dagverzorgingscentra	9,1	13,1	14,5	18,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	-8,4	-3,5	-0,1	0,8
e) Syndicale premie	2,0	2,0	87,1	87,1
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	2.570,9	3.767,2	-4,9	3,6
g) Palliatieve dagcentra			-100,0	-48,9
Totaal	5,6	6,7	7,4	7,4
17. Einde loopbaan	-1,2	3,0	5,3	6,6
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,8	11,1	12,7	10,4
b) Initiatieven van beschut wonen	-2,2	0,2	2,5	5,7
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	7,3	16,1	14,4	14,6
Totaal	3,4	7,9	9,8	9,1
19. Revalidatie en herscholing	2,0	4,8	4,8	5,3
20. Bijzonder Fonds	33,4	3,2	-2,1	-36,2
21. Logopedie	8,3	7,1	7,1	6,4
22. Medisch-pediatrie centra				
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				
Totale Maximumfactuur	3,7	-7,3	0,1	1,0
26. Chronische zieken	0,8	0,2	-0,2	0,6
27. Palliatieve zorgen	3,4	6,9	6,6	9,5
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,4	2,5	2,1	3,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-15,9	-3,5	-8,4	-1,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-5,5	-2,9	3,7	3,3
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	49,4	18,4	17,3	10,4
b) COMA	0,8	-0,4	0,3	3,1
c) Therapeutische projecten	15,5	22,3	5,7	-5,8
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	19,1	12,6	6,8	1,5

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2010 - 2011 in % - vervolg				
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
32. Geïnterneerden	-26,7	-51,3	-18,6	-15,2
33. Tabaksontwenning	89,8	56,9	47,3	37,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit		-25,4	-10,0	-9,2
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	109,6	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
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 ziekten extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord				
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 2011.1	2012.2 2011.2	2012.3 2011.3	2012.4 2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	13,4	12,1	8,8	6,3
b) Medische beeldvorming	13,9	11,9	8,1	4,3
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,1	4,4	5,2	3,8
d) Speciale verstrekkingen	9,1	8,0	6,3	4,9
e) Heelkunde	8,6	7,0	5,0	4,1
f) Gynaecologie	3,3	3,7	1,6	1,0
g) Toezicht	10,4	8,8	6,9	6,6
h) Forfait accreditering geneesheren	104,8	250,6	70,6	55,0
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-52,2	0,9	4,1	3,9
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				-61,7
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	249,8	-16,0	-21,2	-14,4
m) Impulsfonds	57,2	-46,3	-54,2	-35,2
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,5	17,5	-50,8	7,4
Totaal geneesheren	10,0	8,1	6,2	4,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accreditering	114,3	116,7	5,9	5,9
Totaal tandheelkundigen	3,0	3,4	3,5	3,7
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,9	2,8	1,0	-0,6
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,7	9,2	7,2	6,8
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,5	25,4	15,5	15,5
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,9	1,1	2,5	3,0
7. Verzorging door bandagisten	6,2	5,4	5,7	5,5
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	16,3	16,4	14,8	13,8
10. Verzorging door opticiens	0,2	2,4	2,9	2,1
11. Verzorging door audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	8,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,3	6,3	4,9	4,2
13. Verpleegdagprijs	4,5	4,1	3,9	4,1
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	13,1	11,8	9,5	8,2
Vervoer				
Totaal	4,9	4,4	4,1	4,3

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-79,3	-50,8	-66,0	-24,0
15. Dialyse				
a) Geneesheren	7,0	6,6	5,0	3,4
b) Forfait nierdialyse	8,3	8,2	6,1	4,1
c) Thuis, in een centrum	3,6	4,8	3,0	1,8
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	6,5	6,6	4,9	3,2
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,6	6,7	6,2	5,4
b) Rustoorden voor bejaarden	0,7	3,5	4,0	4,4
c) Dagverzorgingscentra	22,6	20,0	18,7	15,7
d) Loonharmonisering personeel RVT	8,9	7,9	6,5	6,6
e) Syndicale premie	2,0	6,9	-41,7	-41,7
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-32,5	-40,6	-58,5	-30,5
g) Palliatieve dagcentra				58,1
Totaal	4,0	5,5	5,0	5,0
17. Einde loopbaan	9,0	10,4	10,9	11,3
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,0	-1,1	-3,0	-2,5
b) Initiatieven van beschut wonen	13,7	13,2	11,7	8,6
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,6	12,6	8,4	5,4
Totaal	5,6	3,1	1,2	0,8
19. Revalidatie en herscholing	10,5	9,2	9,2	6,8
20. Bijzonder Fonds	-80,6	-71,2	-68,6	-65,9
21. Logopedie	4,2	4,3	4,2	4,2
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,9	4,9	2,9	3,3
24. Regularisaties + Herfacturatie	-16,1	-10,2	-13,4	-14,5
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
26. Chronische zieken	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Palliatieve zorgen	10,0	6,7	6,1	7,1

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,4	10,0	10,1	10,6
29. Menselijk lichaamsmateriaal	33,6	22,4	21,0	20,7
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	41,3	44,3	27,0	30,8
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	-8,7
b) COMA	12,6	6,1	0,8	-2,8
c) Therapeutische projecten	-21,6	-23,6	-41,8	-35,3
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-8,7	-11,0	-16,6	-16,4
32. Geïnterneerden	-38,5	163,2	10,3	-5,4
33. Tabaksontwenning	4,5	6,7	2,5	2,6
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,7	-90,4	-93,0	-93,2
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,9	10,2	11,2	9,2
39. MS/ALS/Huntington	17,5	14,3	16,2	18,5
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord			-89,7	-51,9
46. Diversen	17,9	34,6	-2,5	-61,4
Algemeen totaal	6,2	5,8	4,7	3,8

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
Totaal geneesheren	25,8	51,3	74,8	99,5
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,3	49,8	72,5	97,8
b) Forfait accreditering	0,1	0,2	98,2	99,5
Totaal tandheelkundigen	24,8	48,9	72,9	97,9
3. Farmaceutische verstrekkingen	26,4	52,4	76,6	101,5
4. Honoraria van verpleegkundigen	24,0	49,2	74,0	99,3
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	49,2	57,9	109,2	109,2
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,5	51,2	75,1	100,0
7. Verzorging door bandagisten	22,0	45,6	68,7	93,6
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	24,5	48,8	71,3	96,2
10. Verzorging door opticiens	20,7	39,9	57,4	75,3
11. Verzorging door audiciens	20,0	41,0	62,9	89,7
12. Verlossingen door vroedvrouwen	23,7	47,9	72,2	96,1
13. Verpleegdagprijs	24,0	48,4	72,8	97,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	24,8	50,6	74,9	100,2
Vervoer	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	24,0	48,5	72,9	97,8

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 - vervolg				
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	6,0	32,3	32,6	90,4
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,2	73,8	98,5
b) Forfait nierdialyse	24,7	49,6	74,6	99,7
c) Thuis, in een centrum	22,4	45,2	68,3	91,2
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	24,0	48,2	72,5	96,8
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoordelen voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
Totaal	25,0	49,0	73,7	98,7
17. Einde loopbaan	33,2	54,3	75,3	96,4
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,9	42,9	65,3	87,4
b) Initiatieven van beschut wonen	24,6	48,4	72,7	97,6
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	23,3	48,0	70,4	91,9
Totaal	22,6	44,6	67,5	90,3
19. Revalidatie en herscholing	21,2	44,2	66,0	88,7
20. Bijzonder Fonds	5,3	12,5	15,9	21,0
21. Logopedie	26,5	53,6	74,5	101,0
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,4	48,3	71,2	95,4
24. Regularisaties + Herfacturatie	45,6	79,4	98,8	115,0
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	28,4	38,0	54,8	84,0
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	28,4	38,0	54,8	84,0
26. Chronische zieken	19,5	35,9	60,8	85,5
27. Palliatieve zorgen	31,4	65,5	90,0	98,3
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,4	35,5	53,1	71,4
29. Menselijk lichaamsmateriaal	24,4	47,8	74,1	101,0

**Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2012 in de doelstelling 2012 -
vervolg**

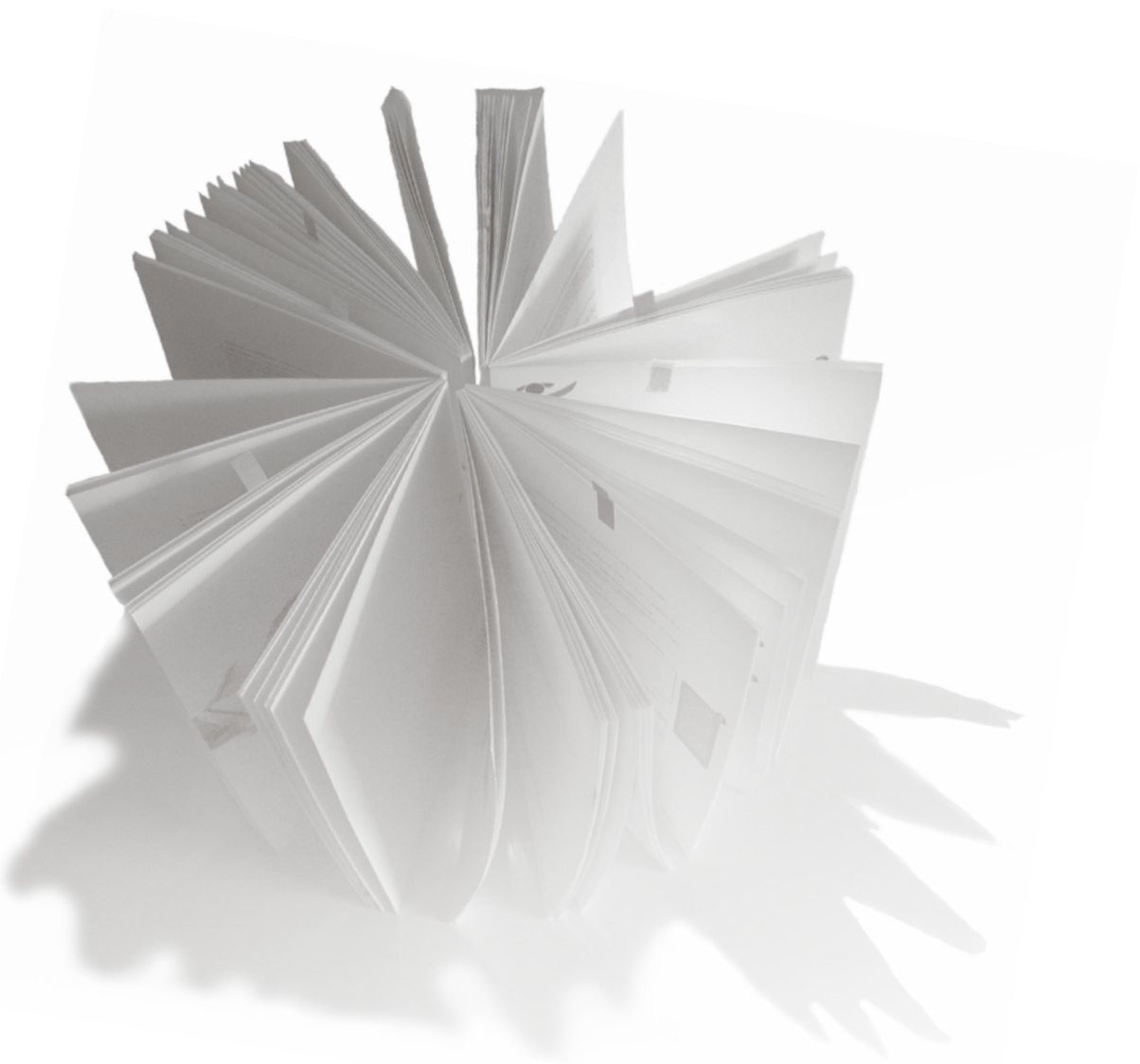
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	31,0	61,5	91,5	127,0
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	23,4	41,3	65,6	79,7
b) COMA	22,6	44,1	63,3	81,8
c) Therapeutische projecten	2,2	4,3	5,0	7,2
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	6,0	11,4	15,9	20,7
32. Geïnterneerden	11,9	52,4	52,7	86,9
33. Tabaksontwenning	9,1	17,8	25,0	33,4
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	22,4	45,9	71,2	96,8
39. MS/ALS/Huntington	18,7	41,8	64,2	86,1
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	0,0	0,4	4,5	47,7
46. Diversen	4,7	6,1	8,2	10,0
Algemeen totaal	24,8	49,2	72,8	97,5

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	Maart 2012 (1)	Juni 2012 (2)	September 2012 (3)	December 2012 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	6,73	9,72	8,77	6,27
b) Medische beeldvorming	8,70	10,74	8,73	4,28
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,83	4,87	6,57	3,82
d) Speciale verstrekkingen	4,84	5,73	5,41	4,92
e) Heelkunde	5,04	4,89	4,44	4,12
f) Gynaecologie	3,52	3,67	1,61	1,00
g) Toezicht	5,80	5,95	5,76	6,57
h) Forfait accreditering geneesheren	-3,08	29,13	17,82	55,00
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	1,76	3,38	4,54	3,89
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				-61,70
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	262,64	33,03	-10,67	-14,40
m) Impulsfonds	2,54	-22,91	-52,80	-35,21
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	39,73	45,35	30,27	7,42
Totaal geneesheren	6,83	7,22	6,62	4,45
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	2,12	3,11	3,39	3,71
b) Forfait accreditering	13,31	13,38	5,95	5,94
Totaal tandheekkundigen	2,29	3,27	3,44	3,74
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,41	2,80	1,34	-0,64
4. Honoraria van verpleegkundigen	6,57	8,62	7,01	6,77
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,97	16,56	15,12	15,48
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,93	2,50	2,84	2,99
7. Verzorging door bandagisten	8,98	8,54	7,61	6,93
8. Verzorging door orthopedisten	3,02	2,58	4,47	4,43
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	9,18	11,43	13,04	13,78
10. Verzorging door opticiens	0,64	2,54	3,48	2,14
11. Verzorging door audiciens	4,71	0,18	1,21	8,01
12. Verlossingen door vroedvrouwen	5,32	6,57	4,65	4,17
13. Verpleegdagprijs	6,58	5,18	4,23	4,12
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	10,37	10,21	8,68	8,24
Vervoer				
Totaal	6,74	5,39	4,41	4,30
(1) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(2) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				
(3) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				
(4) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Maart 2012 (1)	Juni 2012 (2)	September 2012 (3)	December 2012 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1,33	-30,40	-51,33	-24,01
15. Dialyse				
a) Geneesheren	6,22	5,89	4,26	3,43
b) Forfait nierdialyse	7,88	8,46	5,80	4,10
c) Thuis, in een centrum	5,14	4,89	1,41	1,77
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	6,50	6,51	4,01	3,21
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	12,09	10,74	8,00	5,44
b) Rustoordn voor bejaarden	1,23	2,38	2,75	4,37
c) Dagverzorgingscentra	21,80	21,70	21,21	15,66
d) Loonharmonisering personeel RVT	5,84	6,83	5,84	6,62
e) Syndicale premie	85,39	90,30	-41,70	-41,70
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-33,78	-47,83	-40,99	-30,54
g) Palliatieve dagcentra	-48,89	-48,89		58,12
Totaal	6,94	6,74	5,54	4,98
17. Einde loopbaan	10,47	10,94	11,01	11,28
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	9,40	4,27	-1,31	-2,52
b) Initiatieven van beschut wonen	9,81	12,22	12,57	8,61
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,88	12,88	9,92	5,44
Totaal	9,65	6,65	2,73	0,76
19. Revalidatie en herscholing	7,38	7,52	8,62	6,77
20. Bijzonder Fonds	-61,69	-68,42	-71,83	-65,92
21. Logopedie	5,31	4,86	4,25	4,21
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	5,04	3,81	0,57	3,28
24. Regularisaties + Herfacturatie	-19,66	-18,07	-19,17	-14,51
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-4,66	1,18	-1,89	-0,50
b) Fiscale MAF				
Totale Maximumfactuur	-4,66	1,18	-1,89	-0,50
(1) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(2) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				
(3) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				
(4) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Maart 2012 (1)	Juni 2012 (2)	September 2012 (3)	December 2012 (4)
26. Chronische zieken	0,30	3,23	11,33	5,49
27. Palliatieve zorgen	11,67	9,24	8,89	7,10
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	4,93	6,92	9,15	10,57
29. Menselijk lichaamsmateriaal	10,79	11,26	22,33	20,73
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	14,48	25,05	20,68	30,84
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-5,65	-7,75	-5,83	-8,68
b) COMA	5,97	6,40	3,50	-2,80
c) Therapeutische projecten	-13,84	-23,63	-38,96	-35,32
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-4,99	-9,56	-15,68	-16,36
32. Geïnterneerden	-16,63	42,44	-0,58	-5,39
33. Tabaksontwenning	18,13	12,91	4,92	2,63
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-11,78	-57,75	-89,74	-93,24
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	-34,34	0,00	0,00	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	19,13	16,50	14,24	9,18
39. MS/ALS/Huntington	22,76	16,43	16,01	18,45
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord			37,31	-51,94
46. Diversen	-18,77	-4,76	-18,33	-61,44
Algemeen totaal	5,96	5,93	4,95	3,77
(1) Maart 2012 = (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011) / (3 eerste maanden 2011 + 9 laatste maanden 2010)				
(2) Juni 2012 = (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011) / (6 eerste maanden 2011 + 6 laatste maanden 2010)				
(3) September 2012 = (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011) / (9 eerste maanden 2011 + 3 laatste maanden 2010)				
(4) December 2012 = (12 maanden 2012) / (12 maanden 2011)				

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

Omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt.

Per blad	0,12
Abonnement ²	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012	CD-Rom 6,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering voor GVU

Basistekst ¹ + bijwerkingen 2013	Losbladig 56,00
Bijwerkingen 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV, enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure	gratis
----------------	--------

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder	gratis
--------------	--------

d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder	gratis
--------------	--------

e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Vanaf 2013 enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten

gratis


g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Boek door J. Engels (449 blz.)	12,50
--------------------------------------	-------




De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.
2. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2013.

 Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 76 70, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be

 De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. IBAN: BE 84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

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
BE84 6790 2621 5359
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponibile en français

ISSN 0046-9726