



CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

avis 71.460/2
du 8 juin 2022

advies 71.460/2
van 8 juni 2022

sur

over

une proposition de loi
‘renforçant la responsabilité
financière des organismes
assureurs en ce qui concerne
la répétition de l’indu’

een wetsvoorstel ‘ter
bevordering van de financiële
responsabilisering van de
verzekeringsinstellingen wat
de terugvordering van
onverschuldigde bedragen
betreft’

Le 4 mai 2022, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par la Présidente de la Chambre des représentants à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur une proposition de loi 'renforçant la responsabilité financière des organismes assureurs en ce qui concerne la répétition de l'indu', déposée par Mme Valérie VAN PEEL (*Doc. parl.*, Chambre, 2019, n° 55-0198/001).

La proposition a été examinée par la deuxième chambre le 8 juin 2022. La chambre était composée de Pierre VANDERNOOT, président de chambre, Bernard BLERO et Christine HOREVOETS, conseillers d'État, Christian BEHRENDT et Marianne DONY, assesseurs, et Charles-Henri VAN HOVE, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Stéphane TELLIER, premier auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de Pierre VANDERNOOT.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 8 juin 2022.

*

Op 4 mei 2022 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Voorzitster van de Kamer van volksvertegenwoordigers verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een wetsvoorstel 'ter bevordering van de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen wat de terugvordering van onverschuldigde bedragen betreft', ingediend door mevrouw Valerie VAN PEEL (*Parl.St.*, Kamer, 2019, nr. 55-0198/001).

Het voorstel is door de tweede kamer onderzocht op 8 juni 2022. De kamer was samengesteld uit Pierre VANDERNOOT, kamervoorzitter, Bernard BLERO en Christine HOREVOETS, staatsraden, Christian BEHRENDT en Marianne DONY, assessoren, en Charles-Henri VAN HOVE, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Stéphane TELLIER, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Pierre VANDERNOOT.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 8 juni 2022.

*

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique de la proposition[‡], à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, la proposition appelle les observations suivantes.

PORTÉE DE LA PROPOSITION DE LOI

L'objectif principal de la proposition de loi à l'examen est de responsabiliser davantage les organismes assureurs en ce qui concerne la récupération des montants qu'ils ont indûment versés au titre des prestations prévues par la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : « la loi coordonnée »), au regard de l'indemnité forfaitaire versée par l'INAMI afin de couvrir leurs frais de fonctionnement. Les mesures de responsabilisation envisagées par la proposition sont :

– l'augmentation des montants des amendes prévues à l'article 166, § 1^{er}, de la loi coordonnée¹ comme s'ils avaient été indexés depuis leur entrée en vigueur (article 2, 1^o, 2^o et 3^o), ainsi que l'indexation, pour l'avenir, de ces montants (article 2, 6^o), un nouveau régime d'amende lorsque l'organisme assureur n'a pas interrompu la prescription de l'action pour la récupération des paiements indus de 151 euros ou plus (article 2, 4^o), ainsi qu'un nouveau régime d'amende pour les montants ne pouvant pas être inscrits sur la liste des montants effectivement récupérés (article 2, 5^o) ;

– le remplacement de l'article 194, § 3, de la loi coordonnée de manière à ce que soient considérés comme frais d'administration, dans leur entièreté et non plus en fonction du pourcentage que représentent les indus par rapport au montant global des dépenses engagées par l'organisme assureur, les montants indûment payés qui ne peuvent pas être récupérés en application de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 'visant à instituer « la charte » de l'assuré social', et la mise en place d'un mécanisme selon lequel des montants ainsi visés qui sont dus à une erreur d'une autre institution de sécurité sociale sont pris en charge par cette autre institution, le Roi étant du reste habilité à fixer les modalités d'appréciation de l'imputabilité d'une erreur à une institution et les modalités de communication de cette imputabilité à l'institution concernée (article 3) ;

– la modification de l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 'portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' de manière à ce que les organismes assureurs prennent en charge, en les inscrivant en tant que frais d'administration, les montants des prestations payées indument non recouvrés, en abrogeant les exceptions prévues à l'article 327, § 2, du même arrêté royal (article 4).

[‡] S'agissant d'une proposition de loi, on entend par « fondement juridique » la conformité aux normes supérieures.

¹ Soit les amendes qui peuvent être infligées aux organismes assureurs en raison de manquements précisés au même article 166, § 1^{er}.

Il est prévu en outre que

« [l]e Roi peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions modifiées par l'article 4 » (article 5).

EXAMEN DE LA PROPOSITION

Article 2

1.1. Invité à justifier la modification des montants prévus à l'article 166, § 1^{er}, a), b), d), e), f), g), h), j), k) et l), de la loi coordonnée, comme s'ils avaient été indexés depuis 2010 au regard de la sécurité juridique et des droits acquis des organismes assureurs, le délégué de l'auteur de la proposition a répondu ce qui suit :

« We stellen inderdaad voor om de boetebedragen te verhogen (vanaf de inwerkingtreding, dus niet retroactief) op basis van de redenering dat ze sinds 2010 verhoogd zouden zijn. Dit doen we op basis van de gezondheidsindex (met 1996 als basisjaar). De berekeningswijze wordt ook verduidelijkt in de voetnoot met nummer 49. Hieronder nadere toelichting :

De bedragen werden berekend door de boetebedragen in de wet te vermenigvuldigen met de nieuwe index van de laatste novembermaand (november 2018=149,05 (basisjaar 1996)) en gedeeld door de oorspronkelijke index (juni 2010=128,26 (basisjaar 1996)). Bijvoorbeeld : 1 250 euro * (149,05/128,26) = 1453 euro. Eenzelfde berekeningswijze wordt toegepast op de andere boetebedragen.

Merk op dat dit voorbeeld de niet-geamendeerde tekst betreft. Het boetebedrag zoals dit is opgenomen in art. 166, § 1, a), b) en l) van de ZIV-wet (1 250 euro) wordt in ons amendement verhoogd naar 1543 euro. Dit werd op eenzelfde manier berekend : het boetebedrag wordt vermenigvuldigd met de index van de laatste novembermaand van 2021 (november 2021=158,28 (basisjaar 1996)) en gedeeld door de oorspronkelijke index (juni 2010=128,26 (basisjaar 1996)). Zo kom je uit op 1 250 euro * (158,28/128,26) = 1543 euro ».

Interpellé sur le fait que la modification envisagée peut avoir pour effet qu'un organisme assureur doive, en 2022, payer un supplément d'amende correspondant à l'indexation du montant de celle-ci, alors que cette amende est relative à un manquement constaté bien avant l'entrée en vigueur de cette modification, le même délégué a répondu comme suit :

« Dit is een terechte opmerking, die we inderdaad niet overwogen en verduidelijkt hebben bij het schrijven van ons wetsvoorstel. De Raad van State mag hier dus zeker een opmerking over maken en eventueel zelf een optimale keuze suggereren. Ik zou voorstellen dat het jaar waarin de boete opgelegd wordt als basis dient. Dit zou dus betekenen dat alle boetes die in, pakweg, 2023 opgelegd worden aan de ziekenfondsen even hoog zijn, ongeacht het jaartal waarin de overtreding plaatsvond. Dit betekent dus dat boetes niet retroactief verhoogd worden : op een overtreding uit 2020 die beboet wordt in 2022, wordt het boetebedrag van 2022 toegepast, en moet in 2023 dus geen extra boete betaald worden ».

Compte tenu de ce qui précède, il n'est admissible de modifier les montants prévus à l'article 166, § 1^{er}, a), b), d), e), f), g), h), j), k) et l), de la loi coordonnée en manière telle qu'ils soient fixés comme s'ils avaient été indexés depuis 2010 que si, comme l'affirme le délégué de l'auteur de la proposition, les montants ainsi modifiés de ces amendes ne s'appliquent qu'aux situations survenues après l'entrée en vigueur du texte à l'examen.

1.2. L'article 166, § 1^{er}, i), de la loi coordonnée est actuellement rédigée comme suit :

« § 1^{er}. Les sanctions administratives suivantes sont appliquées pour les manquements déterminés au présent paragraphe :

[...]

i) une amende de 50 EUR par montant, lorsque l'organisme assureur a inscrit, sur les listes des montants effectivement récupérés établies en application de l'article 195, un montant qui ne pouvait y figurer ou n'a pas régularisé un montant qui figurait à tort sur la liste d'une année précédente ;

[...]

Le montant de l'amende est porté à 125 EUR pour un montant inscrit à tort qui se situe entre 300 EUR et 1.250 EUR et à 250 EUR lorsque le montant inscrit à tort est supérieur à 1.250 EUR ».

En conséquence, la phrase introductive de l'article 2, 5°, de la proposition doit être amendée pour être rédigée comme suit :

« 5° Le paragraphe 1^{er}, i), alinéa 1^{er}, est remplacé par ce qui suit : ».

L'alinéa 2 de ce paragraphe 1^{er}, i), doit également être adapté à la suite du remplacement envisagé de l'alinéa 1^{er} de cette disposition.

2. L'article 166, § 6, proposé de la loi coordonnée (article 2, 6°, de la proposition) prévoit que, « le 1^{er} janvier 2020, pour la première fois, puis le 1^{er} janvier de chaque année, les amendes visées au [paragraphe] 1^{er}, a) à l), » sont indexées conformément à la formule figurant dans cette disposition.

Interrogé à propos de l'application rétroactive de cette indexation pour la première fois le 1^{er} janvier 2020, le délégué a indiqué ce qui suit :

« het voorstel om de boetebedragen voor het eerst te indexeren is een gevolg van het feit dat het voorstel in 2020 is ingediend. Het is dus niet onze bedoeling om de boetebedragen die in het verleden toegepast zijn retroactief te indexeren. Om die reden hebben we dan ook al een amendement ingediend om dit aan te passen. Ons amendement kan u hier vinden : <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/0198/55K0198002.pdf> ».

Il est pris acte de cette explication.

Article 3

1. Dans la version française de l'article 194, § 3, alinéa 2, proposé de la loi coordonnée, il y a lieu d'écrire « et dans les documents de dépenses relatifs à l'assurance soins de santé pour le secteur des soins de santé », qui correspond à la formulation actuelle de l'alinéa 4 de l'article 194, § 3, de la loi.

2. L'attention du législateur est attirée sur le fait que le mécanisme d'imputation de l'entière des montants indûment payés à charge d'une autre institution de sécurité sociale, lorsqu'il est établi que l'erreur au sens de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 est imputable à cette autre institution, pourra entraîner des litiges entre organismes assureurs ².

Sur ce point, l'habilitation au Roi, prévue à l'article 194, § 3, alinéa 4, proposé de la loi coordonnée, lui permettant de fixer « les modalités selon lesquelles l'imputabilité d'une erreur à une autre institution de sécurité sociale [...] est appréciée » ne peut pas avoir pour conséquence d'empêcher un organisme assureur d'établir, par toutes voies de droit, que l'erreur est imputable à une autre institution de sécurité sociale.

Article 4

1. Les modifications apportées à l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 apparaissent rencontrer le motif suivant de l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 66/2012 du 24 mai 2012 :

« B.6.4. Comme le relève le Conseil des ministres, l'interdiction de récupérer auprès de l'assuré social les prestations qu'il a indûment perçues aboutit certes, en l'état actuel de la législation, à faire peser sur l'INAMI les conséquences financières d'une erreur qui est imputable aux organismes assureurs (voy. à ce propos Cass., 22 décembre 2008, *Pas.*, 2008, n° 749).

Il appartient toutefois au législateur et au Roi de modifier, le cas échéant, la réglementation pertinente afin de faire peser, totalement ou partiellement, les conséquences financières d'une telle erreur sur les organismes assureurs, responsables du versement indu des prestations à l'assuré social, ou de modifier dans un sens accru les règles de contrôle des organismes assureurs ».

² Comme le souligne le passage suivant du commentaire de l'article 3 :

« De plus, l'implication d'un autre organisme assureur peut compliquer l'appréciation (ce dernier pourrait, par exemple, vouloir apporter des 'preuves contraires') ».

2. Il résulte des modifications que l'article 4 de la proposition envisage d'apporter à l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 que les organismes assureurs devront prendre à leur charge l'ensemble des montants d'indus non recouverts en toutes circonstances, y compris dans les situations actuellement mentionnées à l'article 327, § 2, actuellement en vigueur³. La proposition de loi à l'examen implique donc que l'habilitation prévue à l'article 194, § 1^{er}, b), de la loi coordonnée, selon laquelle ne sont pas considérées comme frais d'administration « des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi », n'est plus mise en œuvre, ce qui constitue une incohérence à laquelle il conviendrait de remédier.

3. Toutefois, et plus fondamentalement, le législateur devrait être en mesure de justifier, compte tenu des modifications envisagées de l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, que sont portés à charge d'un organisme assureur, en les inscrivant en tant que frais d'administration, les montants d'indus non récupérés lorsque « le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur »⁴.

À ce propos, le délégué de l'auteur de la proposition a complété le commentaire de l'article 4 par les éléments de justification suivants :

« De reden waarom we de vrijstelling voor de tenlasteneming van onverschuldigde bedragen voor de verzekeringsinstellingen willen afschaffen, is niet louter omdat de verzekeringsinstellingen reeds hoge administratiekosten ontvangen van het RIZIV. Hieronder lichten we dit nader toe :

Het dragen van het risico van de kost van onverschuldigde bedragen is volgens ons onlosmakelijk verbonden aan de andere taken die reeds aan de verzekeringsinstellingen, en niet aan het RIZIV, zijn toegewezen, en waarvoor zij krachtens art. 195 van de ZIV-wet door het RIZIV vergoed worden. Merk op dat de verzekeringsinstellingen, en niet het RIZIV, als enige verantwoordelijk zijn voor de berekening en de uitbetaling van geneeskundige zorgen en ZIV-uitkeringen. Ook de terugvordering van onverschuldigde bedragen moet krachtens de ZIV-wet gebeuren door de verzekeringsinstellingen (zie : art. 136, § 2 en art. 164 van de ZIV-wet). Bovendien dragen de verzekeringsinstellingen vandaag in regel ook zelf de kosten en baten die het gevolg zijn van de mate waarin zij hun uitbetalings- en terugvorderingstaken op een goede manier volbrengen. Dit blijkt niet alleen uit het feit dat de verzekeringsinstellingen zelf kunnen beschikken over de eventuele overschotten van de aan hen toegewezen administratiekosten, die ze dus niet aan het RIZIV moeten terugbetalen (zie : art. 195, § 5 van de ZIV-wet), maar ook uit het feit dat de verzekeringsinstellingen kunnen beschikken over de reserves van de financiële middelen die bedoeld zijn voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen indien hier na afsluiting van het boekjaar een overschot geboekt wordt (zie : art. 198, § 2 van de ZIV-wet). Met

³ Selon cet article 327, § 2,

« [l]e fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :

a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur ;
b) l'organisme assureur en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire, étant entendu que l'organisme assureur n'est pas obligé d'utiliser les voies de droit dont le coût dépasserait le montant à récupérer.

Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer ;

c) la demande porte sur un montant de 600 euros au moins ».

⁴ Il s'agit de l'hypothèse actuellement mentionnée à l'article 327, § 2, a), du même arrêté royal.

andere woorden : onze vraag dat de verzekeringsinstellingen de volledige kost zelf moeten dragen van de niet-teruggevorderde onverschuldigde uitbetalingen is volledig consequent met de bestaande regelgeving die de verzekeringsinstellingen primair en vaak als enige verantwoordelijk stelt voor de berekeningen, de uitbetalingen en de terugvorderingen binnen de publieke ziekteverzekering. Het is volgens ons niet consequent om, enerzijds, de volledige uitbetalings- en terugvorderingstaak in handen de leggen van de verzekeringsinstellingen, waarvoor zij ook van het RIZIV de financiële middelen krijgen, en tegelijkertijd de verzekeringsinstellingen te ontslaan van de financiële verantwoordelijkheid vanaf het moment dat er bij de terugvordering iets fout loopt dat niet de te wijten is aan een fout of vergissing van het de verzekeringsinstelling zelf.

Bovendien wijzen we er graag op dat de verzekeringsinstellingen vandaag al deels de kosten moeten dragen van niet-teruggevorderde onverschuldigde betalingen die niet ontstaan zijn als gevolg van een fout of vergissing van de verzekeringsinstelling zelf. Wat we voorstellen ligt dus in lijn met de geest van de bestaande regelgeving en deels ook met de bestaande praktijk. Art. 327, § 2, c) van het KB van 3 juli 1996 bepaalt immers dat de verzekeringsinstellingen slechts een vrijstelling kunnen vragen voor de ten laste neming van de betrokken bedrag aan het RIZIV indien de aanvraag ‘betrekking heeft op een bedrag van ten minste van 600 euro’. Met andere woorden : onverschuldigde bedragen die lager liggen dan 600 euro moeten de verzekeringsinstellingen vandaag sowieso ook al ten laste nemen, ongeacht of de verzekeringsinstelling zelf fouten of vergissingen begaan heeft of niet. Merk op dat de term ‘vrijstelling’ eigenlijk al impliceert dat het niet ten laste nemen van het bedrag door de verzekeringsinstellingen als een afwijking op de regel beschouwd wordt (de regel is dan de bepaling in artikel 327, § 1 van het voornoemde KB waarin bepaald wordt dat de verzekeringsinstellingen de niet-teruggevorderde bedragen zelf ten laste moeten nemen van hun administratiekosten) ».

La section de législation prend acte de ces éléments de justification supplémentaires, lesquels seront utilement rappelés au cours des travaux parlementaires portant sur l'article 4.

*

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten ‘op de Raad van State’, gecoördineerd op 12 januari 1973, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het voorstel,[‡] de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat die drie punten betreft, geeft het voorstel aanleiding tot de volgende opmerkingen.

STREKKING VAN HET WETSVOORSTEL

De voornaamste doelstelling van het voorliggende wetsvoorstel is dat de verzekeringsinstellingen ten aanzien van de forfaitaire vergoeding die het RIZIV betaalt om hun werkingskosten te dekken, meer worden geresponsabiliseerd inzake het terugvorderen van de bedragen die ze ten onrechte hebben uitgekeerd voor verstrekkingen bedoeld in de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: “de gecoördineerde wet”). Het voorstel stelt de volgende responsabiliseringsmaatregelen in het vooruitzicht:

- verhoging van de geldboetes bedoeld in artikel 166, § 1, van de gecoördineerde wet¹ alsof ze zouden zijn geïndexeerd sinds hun inwerkingtreding (artikel 2, 1°, 2° en 3°), en indexering van die bedragen voor in de toekomst (artikel 2, 6°), een nieuw boetesysteem ingeval de verzekeringsinstelling de verjaring van de vordering tot terugvordering van een ten onrechte betaald bedrag van ten minste 151 euro niet stuit (artikel 2, 4°), alsook een nieuw boetesysteem voor de bedragen die niet mochten voorkomen op de lijst van effectief teruggevorderde bedragen (artikel 2, 5°);

- vervanging van artikel 194, § 3, van de gecoördineerde wet, zodat de ten onrechte betaalde bedragen die niet kunnen worden teruggevorderd met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 ‘tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde’, in hun geheel als administratiekosten worden beschouwd, en niet langer op basis van het percentage dat de onverschuldigde bedragen vertegenwoordigen ten opzichte van het totale bedrag van de door de verzekeringsinstelling gedane uitgaven, alsook invoering van een mechanisme waardoor aldus bedoelde bedragen die te wijten zijn aan een fout van een andere instelling van sociale zekerheid, ten laste worden genomen door die andere instelling, met dien verstande dat de Koning voorts gemachtigd blijft om de nadere regels te bepalen op basis waarvan de toerekenbaarheid van een fout aan een andere instelling van sociale zekerheid wordt beoordeeld, alsook de nadere regels om die toerekenbaarheid aan de betrokken instelling bekend te maken (artikel 3);

[‡] Aangezien het om een wetsvoorstel gaat, wordt onder “rechtsgrond” de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

¹ Namelijk de boetes die aan de verzekeringsinstellingen kunnen worden opgelegd op grond van de inbreuken die in hetzelfde artikel 166, § 1, worden bepaald.

– wijziging van artikel 327 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’ zodat de verzekeringsinstellingen de niet-teruggevorderde bedragen van de ten onrechte betaalde verstrekkingen ten laste nemen, door ze te boeken als administratiekosten, middels de opheffing van de uitzonderingen waarin artikel 327, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit voorziet (artikel 4).

Voorts wordt bepaald:

“De Koning kan de bepalingen gewijzigd door artikel 4 opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen” (artikel 5).

ONDERZOEK VAN HET VOORSTEL

Artikel 2

1.1. De gemachtigde van de steller van het voorstel is verzocht om, in het licht van de rechtszekerheid en de verworven rechten van de verzekeringsinstellingen, te rechtvaardigen dat de bedragen vastgesteld in artikel 166, § 1, a), b), d), e), f), g), h), j), k) en l), van de gecoördineerde wet worden gewijzigd alsof ze sinds 2010 geïndexeerd zouden zijn. Hij heeft het volgende geantwoord:

“We stellen inderdaad voor om de boetebedragen te verhogen (vanaf de inwerkingtreding, dus niet retroactief) op basis van de redenering dat ze sinds 2010 verhoogd zouden zijn. Dit doen we op basis van de gezondheidsindex (met 1996 als basisjaar). De berekeningswijze wordt ook verduidelijkt in de voetnoot met nummer 49. Hieronder nadere toelichting :

De bedragen werden berekend door de boetebedragen in de wet te vermenigvuldigen met de nieuwe index van de laatste novembermaand (november 2018=149,05 (basisjaar 1996)) en gedeeld door de oorspronkelijke index (juni 2010=128,26 (basisjaar 1996)). Bijvoorbeeld : $1\,250 \text{ euro} * (149,05/128,26) = 1453 \text{ euro}$. Eenzelfde berekeningswijze wordt toegepast op de andere boetebedragen.

Merk op dat dit voorbeeld de niet-geamendeerde tekst betreft. Het boetebedrag zoals dit is opgenomen in art. 166, § 1, a), b) en l) van de ZIV-wet (1 250 euro) wordt in ons amendement verhoogd naar 1543 euro. Dit werd op eenzelfde manier berekend : het boetebedrag wordt vermenigvuldigd met de index van de laatste novembermaand van 2021 (november 2021=158,28 (basisjaar 1996)) en gedeeld door de oorspronkelijke index (juni 2010=128,26 (basisjaar 1996)). Zo kom je uit op $1\,250 \text{ euro} * (158,28/128,26) = 1543 \text{ euro}$.”

Naar aanleiding van een opmerking over het feit dat de beoogde wijziging ertoe kan leiden dat een verzekeringsinstelling in 2022 een supplement op de boete moet betalen dat overeenstemt met de indexering van het boetebedrag, ook al houdt die boete verband met een inbreuk die lang voor de inwerkingtreding van die wijziging was vastgesteld, heeft dezelfde gemachtigde het volgende te kennen gegeven:

“Dit is een terechte opmerking, die we inderdaad niet overwogen en verduidelijkt hebben bij het schrijven van ons wetsvoorstel. De Raad van State mag hier dus zeker een opmerking over maken en eventueel zelf een optimale keuze suggereren. Ik zou voorstellen dat het jaar waarin de boete opgelegd wordt als basis dient. Dit zou dus betekenen dat alle boetes die in, pakweg, 2023 opgelegd worden aan de ziekenfondsen even hoog zijn, ongeacht het jaartal waarin de overtreding plaatsvond. Dit betekent dus dat boetes niet retroactief verhoogd worden: op een overtreding uit 2020 die beboet wordt in 2022, wordt het boetebedrag van 2022 toegepast, en moet in 2023 dus geen extra boete betaald worden.”

Gelet op wat voorafgaat, is het alleen aanvaardbaar dat de bedragen vastgesteld in artikel 166, § 1, a), b), d), e), f), g), h), j), k) en l), van de gecoördineerde wet zodanig worden gewijzigd dat ze worden vastgesteld alsof ze sinds 2010 geïndexeerd zijn, als de aldus gewijzigde boetebedragen, zoals de gemachtigde van de steller van het voorstel heeft beaamd, enkel van toepassing zijn op situaties die zich na de inwerkingtreding van de voorliggende tekst voordoen.

1.2. Artikel 166, § 1, i), van de gecoördineerde wet luidt thans als volgt:

“§ 1. De volgende administratieve sancties worden opgelegd voor de inbreuken bepaald in onderhavige paragraaf:

(...)

i) een geldboete van 50 EUR per bedrag, indien de verzekeringsinstelling bedragen heeft ingeschreven, op de lijsten van effectief teruggevorderde bedragen in toepassing van artikel 195, terwijl het bedrag er niet op mocht voorkomen of het ten onrechte vermeld bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd.

(...)

Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 EUR voor een ten onrechte vermeld bedrag tussen 300 EUR en 1.250 EUR en tot 250 EUR indien het ten onrechte vermelde bedrag hoger is dan 1.250 EUR.”

Dienovereenkomstig moet de inleidende zin van artikel 2, 5°, van het voorstel worden verbeterd zodat hij als volgt luidt:

“5° Paragraaf 1, i), eerste lid, wordt vervangen als volgt:”.

Het tweede lid van die paragraaf 1, i), moet eveneens worden aangepast ten gevolge van de beoogde vervanging van het eerste lid van die bepaling.

2. Het voorgestelde artikel 166, § 6, van de gecoördineerde wet (artikel 2, 6°, van het voorstel) bepaalt dat “[e]lk jaar op 1 januari en voor de eerste keer op 1 januari 2020, (...) de geldboetes bedoeld in paragraaf 1, a) tot l),” worden geïndexeerd overeenkomstig de in die bepaling opgenomen formule.

Op een vraag in verband met de terugwerkende toepassing van die eerste indexering met ingang van 1 januari 2020 heeft de gemachtigde het volgende geantwoord:

“Het voorstel om de boetebedragen voor het eerst te indexeren is een gevolg van het feit dat het voorstel in 2020 is ingediend. Het is dus niet onze bedoeling om de boetebedragen die in het verleden toegepast zijn retroactief te indexeren. Om die reden hebben we dan ook al een amendement ingediend om dit aan te passen. Ons amendement kan u hier vinden: <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/0198/55K0198002.pdf>.”

Er wordt akte genomen van die uitleg.

Artikel 3

1. In de Franse tekst van het voorgestelde artikel 194, § 3, tweede lid, van de gecoördineerde wet dient men te schrijven “et dans les documents de dépenses relatifs à l’assurance soins de santé pour le secteur des soins de santé”, in overeenstemming met de huidige formulering van het vierde lid van artikel 194, § 3, van de wet.

2. De wetgever wordt erop geattendeerd dat het mechanisme voor het verhalen van alle onterecht betaalde bedragen op een andere instelling van sociale zekerheid, aanleiding kan geven tot geschillen tussen verzekeringsinstellingen wanneer het vaststaat dat de vergissing in de zin van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 aan die andere instelling te wijten is.²

Op dat punt mag de machtiging die het voorgestelde artikel 194, § 3, vierde lid, van de gecoördineerde wet aan de Koning verleent om “de nadere regels [te] bepalen op basis waarvan de (...) toerekenbaarheid van een fout aan een andere instelling van sociale zekerheid wordt beoordeeld” niet tot gevolg hebben dat een verzekeringsinstelling wordt verhinderd om, met alle rechtsmiddelen, aan te tonen dat de fout toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid.

Artikel 4

2. De wijzigingen die in artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden aangebracht, lijken tegemoet te komen aan de volgende motivering van arrest nr. 66/2012 van het Grondwettelijk Hof van 24 mei 2012 :

“B.6.4. Zoals de Ministerraad erop wijst, leidt het verbod om van de sociaal verzekerde de prestaties die hij ten onrechte heeft ontvangen terug te vorderen, weliswaar ertoe, in de huidige stand van de wetgeving, dat het Riziv de financiële gevolgen draagt van een vergissing die aan de verzekeringsinstellingen is toe te schrijven (zie in dat verband, Cass., 22 december 2008, *Arr. Cass.*, 2008, nr. 749).

² Zoals dat wordt onderstreept in de volgende passage uit de bespreking van artikel 3:

“Bovendien kan de betrokkenheid van een andere verzekeringsinstelling de beoordeling complexer maken (deze zou bijvoorbeeld ‘tegenbewijs’ willen leveren).”

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

2. Uit de wijzigingen die artikel 4 van het voorstel beoogt aan te brengen in artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 volgt dat de verzekeringsinstellingen alle niet-teruggevorderde onverschuldigde bedragen in alle gevallen te hunner laste moeten nemen, ook in de situaties die nu worden vermeld in het thans van kracht zijnde artikel 327, § 2.³ Het voorliggende wetsvoorstel impliceert dus dat niet langer uitvoering wordt gegeven aan de machtiging vervat in artikel 194, § 1, b), van de gecoördineerde wet, luidens welke “ten onrechte betaalde prestaties waarvan het niet terugvorderen als gewettigd is beschouwd onder de voorwaarden en volgens de regels door de Koning bepaald” niet als administratiekosten worden beschouwd. Dat is een incoherentie die men dient te verhelpen.

3. Fundamenteler is echter dat, gelet op de beoogde wijzigingen van artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, de wetgever zou moeten kunnen verantwoorden dat de niet-teruggevorderde onverschuldigde bedragen worden verhaald op een verzekeringsinstelling, door ze te boeken als administratiekosten, wanneer “de onverschuldigde betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling”.⁴

In dat verband heeft de gemachtigde van de steller van het voorstel de bespreking van artikel 4 aangevuld met de volgende verantwoording:

“De reden waarom we de vrijstelling voor de tenlasteneming van onverschuldigde bedragen voor de verzekeringsinstellingen willen afschaffen, is niet louter omdat de verzekeringsinstellingen reeds hoge administratiekosten ontvangen van het RIZIV. Hieronder lichten we dit nader toe :

Het dragen van het risico van de kost van onverschuldigde bedragen is volgens ons onlosmakelijk verbonden aan de andere taken die reeds aan de verzekeringsinstellingen, en niet aan het RIZIV, zijn toegewezen, en waarvoor zij krachtens art. 195 van de ZIV-wet door het RIZIV vergoed worden. Merk op dat de verzekeringsinstellingen, en niet het RIZIV, als enige verantwoordelijk zijn voor de berekening en de uitbetaling van geneeskundige zorgen en ZIV-uitkeringen. Ook de terugvordering van onverschuldigde bedragen moet krachtens de ZIV-wet gebeuren door de verzekeringsinstellingen (zie : art. 136, § 2 en art. 164 van de ZIV-wet). Bovendien dragen de verzekeringsinstellingen

³ Dat artikel 327, § 2, luidt:

“De leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle kan de verzekeringsinstelling vrijstellen van de boeking als administratiekosten indien:

a) de onverschuldigde betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling;

b) de verzekeringsinstelling alle te harer beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, heeft aangewend om de terugbetaling te vorderen, evenwel is de verzekeringsinstelling niet verplicht om rechtsmiddelen aan te wenden indien de kosten het terug te vorderen bedrag overschrijden.

Die voorwaarde wordt als vervuld beschouwd wanneer de terugvordering van de onverschuldigde prestaties als onzeker wordt beschouwd of wanneer de kosten verbonden aan de uitvoering van de gerechtelijke eindbeslissing het terug te vorderen bedrag overschrijden;

c) de aanvraag betrekking heeft op een bedrag van ten minste van 600 euro.”

⁴ Het gaat om het geval dat momenteel wordt vermeld in artikel 327, § 2, a), van hetzelfde koninklijk besluit.

vandaag in regel ook zelf de kosten en baten die het gevolg zijn van de mate waarin zij hun uitbetalings- en terugvorderingstaken op een goede manier volbrengen. Dit blijkt niet alleen uit het feit dat de verzekeringsinstellingen zelf kunnen beschikken over de eventuele overschotten van de aan hen toegewezen administratiekosten, die ze dus niet aan het RIZIV moeten terugbetalen (zie : art. 195, § 5 van de ZIV-wet), maar ook uit het feit dat de verzekeringsinstellingen kunnen beschikken over de reserves van de financiële middelen die bedoeld zijn voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen indien hier na afsluiting van het boekjaar een overschot geboekt wordt (zie : art. 198, § 2 van de ZIV-wet). Met andere woorden : onze vraag dat de verzekeringsinstellingen de volledige kost zelf moeten dragen van de niet-teruggevorderde onverschuldigde uitbetalingen is volledig consequent met de bestaande regelgeving die de verzekeringsinstellingen primair en vaak als enige verantwoordelijk stelt voor de berekeningen, de uitbetalingen en de terugvorderingen binnen de publieke ziekteverzekering. Het is volgens ons niet consequent om, enerzijds, de volledige uitbetalings- en terugvorderingstaak in handen te leggen van de verzekeringsinstellingen, waarvoor zij ook van het RIZIV de financiële middelen krijgen, en tegelijkertijd de verzekeringsinstellingen te ontslaan van de financiële verantwoordelijkheid vanaf het moment dat er bij de terugvordering iets fout loopt dat niet de te wijten is aan een fout of vergissing van het de verzekeringsinstelling zelf.

Bovendien wijzen we er graag op dat de verzekeringsinstellingen vandaag al deels de kosten moeten dragen van niet-teruggevorderde onverschuldigde betalingen die niet ontstaan zijn als gevolg van een fout of vergissing van de verzekeringsinstelling zelf. Wat we voorstellen ligt dus in lijn met de geest van de bestaande regelgeving en deels ook met de bestaande praktijk. Art. 327, § 2, c) van het KB van 3 juli 1996 bepaalt immers dat de verzekeringsinstellingen slechts een vrijstelling kunnen vragen voor de ten laste neming van de betrokken bedrag aan het RIZIV indien de aanvraag ‘betrekking heeft op een bedrag van ten minste van 600 euro’. Met andere woorden : onverschuldigde bedragen die lager liggen dan 600 euro moeten de verzekeringsinstellingen vandaag sowieso ook al ten laste nemen, ongeacht of de verzekeringsinstelling zelf fouten of vergissingen begaan heeft of niet. Merk op dat de term ‘vrijstelling’ eigenlijk al impliceert dat het niet ten laste nemen van het bedrag door de verzekeringsinstellingen als een afwijking op de regel beschouwd wordt (de regel is dan de bepaling in artikel 327, § 1 van het voornoemde KB waarin bepaald wordt dat de verzekeringsinstellingen de niet-teruggevorderde bedragen zelf ten laste moeten nemen van hun administratiekosten).”

De afdeling Wetgeving neemt akte van die aanvullende elementen ter verantwoording. Het verdient aanbeveling die elementen in herinnering te brengen tijdens de parlementaire voorbereiding met betrekking tot artikel 4.

LE GREFFIER – DE GRIFFIER

LE PRÉSIDENT – DE VOORZITTER

Charles-Henri VAN HOVE

Pierre VANDERNOOT