

1^e Deel

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



1^{ste} en 2^e trimester 2018

1. Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.01.2018 - Editie 2	14.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verhoging van de minima “regelmatige werknemer” met 1,7 % (vanaf 01.09.2017)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 5 % (met ingang van 01.10.2017), alsook de toekenning van een éénmalige inhaalvergoeding voor hulp van derden in oktober 2017 waarvan het totaalbedrag gelijk is aan 5 % van elke forfaitaire tegemoetkoming die daadwerkelijk werd betaald voor de uitkeringsdagen tijdens de periode van 1 mei 2017 tot 30 september 2017
- de verhoging van het ZIV-plafond met 0,8 % (vanaf 01.01.2018)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2 % (zonder de minima) voor de gerechtigden die arbeidsongeschikt werden tussen 1 januari 2012 en 31 december 2012 (vanaf 01.01.2018).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2018	04.02.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- Vanaf 1 januari 2018: een wijziging in de berekening van de moederschapsuitkeringen in geval van gedeeltelijke werkverwijdering :
 - de gerechtigde oefent aangepast werk uit met loonverlies in het kader van een moederschapsbeschermingsmaatregel: de moederschapsuitkering bedraagt 60 % van het verschil (beperkt tot de loongrens) tussen het niet-begrensde gederfde loon vóór de werkverwijdering en het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen verworven uit dat aangepast werk
 - de gerechtigde is gebonden aan verschillende arbeidsovereenkomsten en moet het werk stopzetten naar aanleiding van een moederschapsbeschermingsmaatregel in het kader van een (of meerdere) arbeidsovereenkomsten, maar niet in het kader van alle overeenkomsten: de moederschapsuitkering bedraagt 60 % van het gederfde loon verworven uit de arbeidsovereenkomst(en) waarvan de uitvoering werd opgeschort naar aanleiding van de moederschapsbeschermingsmaatregel.

- vanaf 1 april 2018: een wijziging van de regel betreffende de cumulatie van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met de verworven beroepsinkomsten indien de betrokkene een activiteit uitoefent met toelating van de adviserend arts
- indien het gaat om een bezoldigde activiteit op basis waarvan de betrokkene onder het toepassingsgebied van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders valt, bepaalt de arbeidsregeling of de uitkeringen eventueel moeten worden verminderd (de verworven beroepsinkomsten worden niet meer in aanmerking genomen):
 - er is geen vermindering indien de toegestane activiteit de 1/5^e regeling (20 %) niet overschrijdt
 - er is een beperkte vermindering indien de toegestane activiteit de 1/5^e regeling (20 %) overschrijdt: de uitkeringen worden verminderd op basis van het gedeelte van de toegestane tewerkstellingsbreuk die de 1/5^e regeling overschrijdt
- indien het niet gaat om een bezoldigde activiteit op basis waarvan de betrokkene onder het toepassingsgebied van de voormelde wet van 27 juni 1969 valt, dan is een cumulatieregeling in drie opeenvolgende fasen van toepassing:
 - fase 1: de eerste zes maanden worden gedekt door de toestemming van de adviserend arts. De gerechtigde behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering
 - fase 2: vanaf de eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door de toestemming van de adviserend arts tot 31 december van het derde kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin de activiteit werd gestart. Het ziekenfonds vermindert de uitkeringen forfaitair met 10 %
 - fase 3: vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin de activiteit werd gestart. Gedurende deze fase speelt het werkelijke bedrag van de beroepsinkomsten verworven uit de uitoefening van de toegestane activiteit een rol. Het ziekenfonds vergelijkt het bedrag van de beroepsinkomsten verworven tijdens het eerste volledige kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit werd gestart met een vastgesteld inkomensplafond. In geval van overschrijding van dat inkomensplafond past het ziekenfonds, naargelang het geval, een vermindering toe, uitgedrukt in percentage van het bedrag per dag van de uitkeringen of een opschorting van de toekenning van de uitkeringen.

Er werd voorzien in een garantiemaatregel volgens welke vanaf 1 april 2018 het oude stelsel gebaseerd op een aanrekening van het beroepsinkomen van toepassing blijft indien dat stelsel gunstiger is, op voorwaarde dat de gerechtigde reeds vóór 1 april 2018 dezelfde toegestane activiteit heeft uitgeoefend en de toelating niet werd gewijzigd sinds 1 april 2018.

Vanaf 1 april 2018 geeft en, indien nodig, hernieuwt de adviserend arts de toelating altijd voor een beperkte duur van niet meer dan twee jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2018	01.02.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 122^{nonies}, § 2 wordt het tweede lid vervangen als volgt: “De voorzitter is stemgerechtigd.”

Artikel 4 van de wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid en het koninklijk besluit van 1 februari 2018 treden in werking op 1 oktober 2017.

2. Koninklijke besluiten tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.01.2018	10.12.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2011 tot uitvoering van artikel 154, zesde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De tweede zin van artikel 1, § 3 van het koninklijk besluit van 11 juni 2011 wordt vervangen door “Hij moet minstens vijf punten behalen voor elk type van programma bedoeld in § 2.”

In de Nederlandse tekst worden terminologische wijzigingen aangebracht: het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts” en het woord “geneesheren” wordt telkens vervangen door het woord “artsen”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.02.2018	10.02.2018	Koninklijk besluit inzake de elektronische kennisgeving van weigering tot toetreding tot overeenkomsten bedoeld in artikel 49, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De datum vanaf wanneer de kinesitherapeuten en logopedisten een eventuele weigering tot toetreding tot de overeenkomsten uitsluitend via de beveiligde onlinetoepassingen dienen in te geven, is 19 februari 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.03.2018 - Editie 2	01.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht in hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 1, § 1 van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002:

- het eerste lid wordt vervangen als volgt: “Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking van glucosecontrolestrips en lancetten mag worden verleend voor elke rechthebbende met type 2-diabetes die een globaal medisch dossier heeft en een geldig zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten, die een behandeling begint of heeft met insuline of een incretinemimeticum en die een diabeteszelfregulatie (in het kader van zijn “zorgtraject diabetes”) met regelmatige glycemiecontrole (gemiddeld 25 metingen per maand) volgt of gaat volgen”
- het vijfde lid wordt vervangen als volgt: “De rechthebbende die een zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten en die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint, heeft per periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, recht op een pakket dat het volgende bevat:
 - 3 dozen van 50 strips
 - 1 doos van 100 lancetten”.
- de punten 1°, 3°, 4°, 5°, 6° van het zesde, negende en twaalfde lid worden opgeheven
- in het zesde lid worden de bepalingen onder 2° vervangen als volgt: “2° voor een rechthebbende die een insuliner therapie of een behandeling met een incretinemimeticum begint of heeft en een diabeteszelfregulatie (in het kader van zijn “zorgtraject diabetes”) volgt of gaat beginnen”
- in het tiende lid worden de woorden “waaruit blijkt dat de voorwaarden op het vlak van de verplichte educatie vervuld zijn.” opgeheven.

De volgende wijzigingen worden aangebracht in hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 1, § 2 van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002:

- het eerste lid wordt aangevuld met de woorden “en die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint”
- het tweede lid wordt vervangen als volgt: “De bloedglucosemeter wordt voorgeschreven door de huisarts die een zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten met de betrokken rechthebbende die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende.”

In hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 1, § 3, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt het zevende lid opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.03.2018 - Editie 2	01.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 10, tweede lid van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 wordt vervangen door de volgende bepaling: “Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3, 2° wordt als raadpleging van een arts-specialist eveneens in aanmerking genomen de aanrekening van het honorarium met de pseudocode 470293-470304 of 470330-470341 in toepassing van een overeenkomst betreffende de financiering van dialyse gesloten met een ziekenhuis overeenkomstig artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

In hetzelfde besluit wordt een artikel 11/1 toegevoegd, luidend als volgt: “Artikel 11/1. § 1. Het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11, § 2, 1°, is niet verschuldigd vanaf de eerste verjaardag van het begin van het zorgtraject nadat de rechthebbende in aanmerking komt voor een tegemoetkoming in toepassing van een overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten, gesloten overeenkomstig de artikelen 22, 6°, en 23, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tenzij de rechthebbende behoort tot de groep van rechthebbenden behandeld met 2 of meer injecties glucoseverlagende middelen per etmaal of met 1 injectie per etmaal op bepaalde dagen aangevuld door een bijkomende injectie waarvan de werking verschillende etmalen bestrijkt, en multimorbiditeit, gekenmerkt door het zich voordoen van een ernstige medische situatie naast de diabetes (groep C1 van de overeenkomst). In het geval dat het Verzekeringscomité groep C1 van genoemde overeenkomst zou wijzigen, is deze wijziging ook van toepassing in het kader van dit besluit.

§ 2. Het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11, § 2, 2°, is niet verschuldigd vanaf de eerste verjaardag van het begin van het zorgtraject nadat de rechthebbende in aanmerking komt voor een tegemoetkoming in toepassing van een overeenkomst betreffende de financiering van dialyse gesloten met een ziekenhuis overeenkomstig artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.03.2018 - Editie 2	01.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 mei 2018 kunt u, als diabetespatiënt die gevolgd wordt via het zorgmodel “Opvolging van een patiënt met diabetes type 2”, gebruikmaken van educatieverstrekingen verleend door een multidisciplinair team als u aan bepaalde voorwaarden voldoet.

3. Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.01.2018	03.12.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, 12°, 17bis, § 1, 2., 17 quater, §§ 1, 2 en 3, en 26, §§ 10 en 13 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 17, § 1, 12°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden in de opsomming van de verstrekkingen van het artikel 17bis, § 1, opgenomen in de verstrekking 460670, de rangnummers “461171”, “461193” en “461333” opgeheven
- in artikel 17bis, § 1, 2, van dezelfde bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in de verstrekking 461156-461160:
 - a) worden de omschrijving en de betreffende waarde als volgt vervangen: “Unilateraal of bilateraal kleurenduplexonderzoek van de arteriële en/of oppervlakkige en diepe veneuze bloedvaten van de ledematen N 60”
 - b) wordt de volgende toepassingsregel na de verstrekking ingevoegd: “Per kalenderjaar mag slechts één verstrekking 461156-461160 worden geattesteerd.”
 - worden de verstrekkingen 461171-461182, 461193-461204, 461333-461344 en het eerste en het tweede lid van de toepassingsregels die volgen, opgeheven
 - wordt de betreffende waarde van de verstrekking 461370-461381 door “N 30” vervangen.
- in artikel 17quater van dezelfde bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in § 1, 2:
 - a) in de verstrekking 469770-469781;
 - 1) worden de omschrijving en de betreffende waarde als volgt vervangen: “Unilateraal of bilateraal kleurenduplexonderzoek van de arteriële en/of oppervlakkige en diepe veneuze bloedvaten van de ledematen N 60”
 - 2) wordt de volgende toepassingsregel na de verstrekking ingevoegd: “Per kalenderjaar mag slechts één verstrekking 469770-469781 worden geattesteerd.”
 - b) worden de verstrekkingen 469011-469022, 469033-469044, 469055-469066 en het eerste en tweede lid van de toepassingsregels die volgen, opgeheven;
 - c) wordt de betreffende waarde van de verstrekking 469232-469243 door “N 30” vervangen.
 - in § 3, in de bepalingen onder, 6°, 10°, 12° en 15°, worden de rangnummers “469011-469022”, “469033-469044” en “469055-469066” telkens opgeheven van de lijst van de verstrekkingen

- in artikel 26 van dezelfde bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in § 10, eerste lid, worden de rangnummers “461171-461182”, “461193-461204” en “461333-461344” opgeheven van de lijst van de verstrekkingen
 - in § 13, eerste lid, worden de rangnummers “469011-469022”, “469033-469044” en “469055-469066” opgeheven van de lijst van de verstrekkingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.01.2018	19.12.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34, § 1, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 589595-589606 wordt het woord “infrarenaal” opgeheven
- in het derde lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 589654-589665 worden de voorwaarden betreffende het implanterend centrum en de voorwaarden betreffende de vergoedingsmodaliteiten vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2018 - Editie 2	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
30.07.2018	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden wijzigingen aangebracht in artikel 5, §§ 1, 2^{bis} en 18. Voor de kinderen jonger dan 18 jaar mogen 1 keer per kalenderjaar twee preventieve mondonderzoeken worden geattesteerd op voorwaarde dat ze in de loop van 2 verschillende kalendersemesters werden uitgevoerd.

Voortaan worden de specifieke codenummers voor de jaarlijkse terugbetaling van de profylactische reiniging in het preventief mondonderzoek geïntegreerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2018 - Editie 2	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
07.03.2018	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum
30.07.2018	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum
20.08.2018 - Editie 2	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Bij tandschade zijn er verschillende behandelingen mogelijk (conserverende tandzorg). Vanaf 1 februari 2018 is de terugbetaling voor sommige van die behandelingen begrensd om misbruik te voorkomen.

Tandartsen kunnen een urgentiesupplement attesteren voor bepaalde dringende vergoedbare behandelingen of een raadpleging die noodzakelijk is buiten de normale praktijken. Op 1 februari 2018 is een nieuwe regeling in werking getreden. Urgentiesupplementen kunnen slechts met enkele verstrekkingen samengaan.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.02.2018	14.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, 1 ^o <i>bis</i> , en 17 <i>ter</i> , A. 1 ^o van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit wijzigt de nomenclatuur van de mammografie en bevat meer bepaald een bijkomend honorarium voor een gedigitaliseerde opname van verstrekkingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.02.2018	14.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1 en 17 ^{ter} , A en B van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
05.03.2018	14.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1 en 17 ^{ter} , A en B van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de vergoedingsregels voor de mammografieën herzien.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2018	25.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de inwerkingtreding van: 1) het koninklijk besluit van 14 januari 2018 tot wijziging van de artikelen 17, § 1, en 17 ^{ter} , A en B van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, 2° het koninklijk besluit van 26 januari 2018 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, 3° het koninklijk besluit van 14 januari 2018 tot wijziging van de artikelen 17, § 1, 1° <i>bis</i> , en 17 ^{ter} , A, 1°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de bepalingen gewijzigd van de inwerkingtreding van de koninklijke besluiten van 14 januari 2018 en 26 januari 2018 om een sereen klimaat te verzekeren voor de voortzetting van de besprekingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2018	25.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in § 1, 3°, I, B wordt de verstrekking “425073 Voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten W 0,180” toegevoegd

- in § 2 wordt tussen het 2^e en 3^e lid een lid ingevoegd, luidende als volgt: “De technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1^o, 2^o, 3^o, 3^o*bis* en 4^o en de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1^o, 2^o, 3^o en 3^o *bis* kunnen in dringende gevallen worden uitgevoerd op basis van een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, telefonisch, radiofonisch of via webcam meegedeeld door de arts. De arts bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift en dit ten laatste 5 kalenderdagen na bovenstaand mondeling voorschrift.”
- in § 2, het vroegere 3^{de} lid, dat het 4^{de} lid wordt, laatste zin worden de woorden “425736 en 425751” vervangen door de woorden “425736, 425751 en 425073”
- in § 3, 7^o worden de woorden “de raadplegingsdienst van het ziekenhuis.” vervangen door de woorden “een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een ziekenhuis en een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij arts-specialist(en).”
- § 3 wordt aangevuld als volgt: “9^o wanneer de verstrekking 425073 verleend wordt in een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een ziekenhuis, in een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij arts-specialist(en) of in een hersteloord.”
- in § 5, 3^o, c, 20^{ste} lijn van de tabel worden de woorden “425736 of 425751” vervangen door de woorden “425736, 425751 of 425073”
- § 8*bis* wordt vervangen als volgt: “§ 8*bis*. Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen verleend aan chronische psychiatrische patiënten (425736, 425751 en 425073), bedoeld in rubriek I, B, van § 1, 1, 2^o en 3^o:

Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder “chronische psychiatrische patiënten”, rechthebbenden die lijden aan schizofrenie (DSM IV code 295.xx) of een bipolaire stemmingsstoornis (DSM IV code 296.xx). De voorschrijvende arts moet in het medisch dossier de elementen bewaren die aantonen dat de patiënt aan deze definitie beantwoordt.

De verstrekkingen 425736, 425751 en 425073 worden slechts eenmaal per dag terugbetaald, en mogen tijdens dezelfde zitting niet gecumuleerd worden met enige andere verstrekking van dit artikel, behoudens een basisverstrekking.

- in § 9, tiende lid worden de woorden “en 429170” vervangen door de woorden “, 429170, 421072, 421094, 421116 en 429192”
- in § 9, laatste lid worden de woorden “425736 en 425751” vervangen door de woorden “425736, 425751 en 425073”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.04.2018	25.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 9, b) en c), 12, § 1, b), 26, §§ 1 en 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 9 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bepaling onder punt b), wordt de volgende verstrekking ingevoegd na de verstrekking 423010-423021: “423511-423522 Bijkomend honorarium bij de verstrekking 423010-423021 wanneer deze ‘s nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht. . . . K 56;”
- in de bepaling onder c), wordt de volgende verstrekking ingevoegd na de verstrekking 424012-424023: “423533-423544 Bijkomend honorarium bij de verstrekking 424012-424023 wanneer deze ‘s nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht. . . . K 56”.

In artikel 12, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bepaling onder b) worden de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 202090-202101: “201390-201401 Bijkomend honorarium bij de verstrekking 202090-202101 wanneer deze ‘s nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht. . . . K 27 Voor deze verstrekking is het tijdstip van de bevalling bepalend
- In de bepaling onder c) worden de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 202193-202204: “202215-202226 Bijkomend honorarium bij de verstrekking 202193-202204 wanneer deze ‘s nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht. . . . K 27 Voor deze verstrekking is het tijdstip van de bevalling bepalend.”

In artikel 26 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 599653-599664 als volgt aangevuld: “Deze regel is evenwel niet van toepassing op de verstrekkingen 423511-423522 en 423533-423544”
- in § 4:
 - worden in het eerste lid de rangnummers “423010-423021”, “424012-424023” en “474552-474563” opgeheven
 - wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, luidende: “Voor de verstrekkingen 423010-423021 en 424012-424023 is § 1 niet van toepassing en wordt het bijkomend honorarium voor een verrichting ‘s nachts, tijdens het weekend of op een feestdag bepaald in artikel 9.”

4. Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.02.2018	18.02.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 61, 63 en 66 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden vanaf 1 januari 2016 de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 20 juli 1971:

- artikel 61, § 4: het gaat om de volgende specifieke situatie: indien de adviserend arts oordeelt dat een gerechtigde, die in een andere lidstaat van de Europese Unie of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland verblijft of woont en onder het toepassingsgebied van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 en nr. 987/2009 van 16 september 2009 valt, na ontvangst van een medisch controlerapport dat is opgesteld door de controlearts van die lidstaat, niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van dit besluit kan worden beschouwd, brengt hij onverwijld zijn beslissing ter kennis van de gerechtigde
- artikel 63, § 1, vijfde lid: de beslissing over de staat van arbeidsongeschiktheid wordt uitsluitend meegedeeld op uitdrukkelijke vraag van de RSVZ
- artikel 66, 2^o: de gerechtigde is slechts verplicht een kennisgeving van werkhervatting aan zijn ziekenfonds te bezorgen als hij de activiteit hervat voor de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die eventueel in aanmerking werd genomen (een kennisgeving van werkhervatting is niet meer nodig als hij deze activiteit hervat na de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die ter kennis is gebracht door de adviserend arts van het ziekenfonds, de arts-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of de geneeskundige raad voor invaliditeit).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.02.2018	18.02.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 63 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden vanaf 1 januari 2018 bepaalde wijzigingen aangebracht in de procedure die van toepassing is voor de controles die door het Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen (RSVZ) worden uitgevoerd bij de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten die arbeidsongeschikt zijn. Daarin wordt bepaald om niet langer systematisch controles uit te voeren en geen controlerapport meer op te stellen met het oog op de evaluatie van een (eventuele) intrede in de invaliditeit van een arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde.

In het kader van de hervorming van de controles die door het RSVZ worden verricht, onderscheidt men twee types van specifieke controles:

- een doelgerichte controle: de adviserend arts kan aan het RSVZ vragen om een doelgerichte controle uit te voeren in een individueel dossier. Hij motiveert die aanvraag uitdrukkelijk en voegt bij het aanvraagformulier altijd een kopie van de vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit die door de betrokkene is ingevuld na de verklaring van arbeidsongeschiktheid. Het RSVZ legt, binnen een termijn van twee maanden na de aanvraag, het controlerapport van die doelgerichte controle voor
- een willekeurige controle (steekproefgewijs): de kopieën van de vragenlijsten van alle arbeidsongeschikte gerechtigden, van wie de erkenning van de primaire arbeidsongeschiktheid meer dan zes maanden duurt, worden aan het RSVZ bezorgd. Na ontvangst van die vragenlijsten maakt het RSVZ zelf een willekeurige selectie van de gevallen die gecontroleerd zullen worden. Voor het einde van de negende maand van primaire arbeidsongeschiktheid bezorgt het RSVZ het controlerapport van de onderzochte verzekerde aan de adviserend arts.

5. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.01.2018	21.12.2017	Koninklijk besluit tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige verpleegkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit legt de voorwaarden vast waaraan de verpleegkundigen moeten voldoen om sociale voordelen te kunnen genieten met het oog op de contractuele toekenning van een rente, pensioen of kapitaal in geval van invaliditeit, pensioen en/of overlijden.

Het bedrag van de bijdrage wordt jaarlijks vastgesteld. Voor het jaar 2016 gaat het om een bedrag van 500 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2018 - Editie 2	07.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 3, 1^e lid, 14^o worden de codenummers “305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 en 305071-305082” ingevoegd na het codenummer “304570-304581”
- in artikel 4:
 - in het 2^e lid, 1^o, worden de codenummers “389572-389583, 389594-389605, 389616-389620” geschrapt
 - in het 3^e lid, 1^o, worden de codenummers “305012-305023, 305034-305045, 305056-305060 en 305071-305082” ingevoegd tussen de codenummers “304570-304581” en “304371-304382”

- in artikel 5:
 - worden de codenummers “375012-375023, 375034-375045, 375056-375060 en 375071-375082” ingevoegd tussen de codenummers “374953-374964” en “377016-377020”
 - worden de codenummers “389572-389583, 389594-389605, 389616-389620” geschrapt
 - wordt het codenummer “371556-371560” vervangen door het codenummer “371615-371626”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2018	25.12.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de bandagisten en orthopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming wordt toegekend aan de beroepsorganisaties die de orthopedisten en de bandagisten binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen en kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2018	18.01.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de logopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming wordt toegekend aan de beroepsorganisaties die de logopedisten binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen en kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2018	31.01.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming wordt toegekend aan de beroepsorganisaties die de kinesitherapeuten binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen en die voldoen aan de representativiteitsvoorwaarden bepaald in artikel 1, 1^o, van het koninklijk besluit van 15 februari 2016.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werksuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2018	31.01.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de apothekers

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming wordt toegekend aan de beroepsorganisaties die de apothekers binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen en kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werksuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.05.2018	19.04.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

Samenvatting van de wijzigingen

Een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van 371.473,85 EUR wordt toegekend voor een periode van twee jaar aan de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werksuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België in de verschillende organen waarin zij uitgenodigd wordt te zetelen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.05.2018	27.04.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 januari 2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 7 wordt vervangen door de volgende bepaling:

“Voor het jaar 2016 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 2, vastgesteld op:

2.490,35 EUR voor de volledige bijdrage
 1.861,47 EUR voor de tussenbijdrage
 1.408,68 EUR voor de basisbijdrage.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.06.2018 - Editie 1	06.06.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de gebruiksdrempels die moeten worden bereikt in het premiejaar 2017 en de voorwaarden om de telematicapremie jaarlijks te genieten, vastgelegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2018	11.06.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten

Samenvatting van de wijzigingen

Dit besluit bepaalt de criteria en de regels volgens dewelke een vergoeding kan worden toegekend aan de stagemeesters in de geneeskunde voor het begeleiden van artsen-specialisten in opleiding, werkzaam in een ziekenhuis dat niet kan genieten van een vergoeding via het Budget van de financiële middelen, of in een erkende stagedienst buiten een ziekenhuis.

Voor de referentie jaren 2016 en 2017 bedraagt de vergoeding 1.510,57 EUR per volledige kalendermaand effectieve stagebegeleiding. Het gaat om een forfaitair bedrag waarin geen rekening is gehouden met het aantal artsen-specialisten in opleiding in de dienst.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2018	03.12.2017	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Verstrekkers van implantaten - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Verstrekkers van implantaten - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2018	23.02.2018	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2018	23.02.2018	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2018	23.02.2018	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2018	23.02.2018	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Audiciens - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Audiciens - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2018	01.02.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2017, voorzien bij het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

De jaarlijkse bijdrage voor 2017 wordt vastgesteld op 2.309,75 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.03.2018 - Editie 1	23.02.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 maart 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2016 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 2.846,27 EUR. Die bijdrage wordt respectievelijk verminderd tot 2.134,70 EUR en 1.423,14 EUR in de situaties bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.02.2018	26.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen
26.02.2018	05.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7*quinquies*, § 3, eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het rangnummer “450391” wordt ingevoegd tussen het rangnummer “450354” en het rangnummer “459830”
- de woorden “en in artikelen 17*ter* en 17*quater*” worden vervangen door de woorden “in het artikel 17*ter*, met uitzondering van de verstrekking 461473 en in het artikel 17*quater*”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.03.2018	31.01.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 1963 tot samenstelling van de commissies belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomsten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging wat betreft de samenstelling van de Nationale Overeenkomstencommissie Verstrekkers van implantaten en Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 9*bis* van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het punt a) worden de woorden “zes werkende en zes plaatsvervangende leden” vervangen door de woorden “acht werkende en acht plaatsvervangende leden”
- de bepaling onder b) wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.03.2018	28.02.2018	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de medische verkiezingen in 2018 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

De datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de artsen in 2018 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 5 maart 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.03.2018	28.02.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals vastgesteld in artikel 211, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
14.03.2018 – Editie 3	28.02.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen zoals vastgesteld in artikel 211, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Rechtzetting

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit legt de regels en de voorwaarden voor de medische verkiezingen vast.

Voor de verkiezingen in 2018 zijn de voornaamste aanpassingen:

- de arts zal uitsluitend online stemmen (afschaffing van de stemming op papier)
- de referentieperiode om de voorwaarden inzake de representativiteit toe te passen, wordt het kalenderjaar vóór het kalenderjaar van de verkiezingen en niet meer de twee jaren die het jaar van de verkiezingen voorafgaan (2017 wordt dus het referentiejaar)
- alleen artsen die als actief bij het RIZIV zijn geregistreerd, zijn opgenomen in de lijst van de kiezers
- gezien de afschaffing van de scanning van de papieren stemmen, die veel tijd in beslag nam, wordt de stembingsperiode met 20 dagen verlengd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.03.2018	01.02.2018	Koninklijk besluit 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

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 21 december 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 wordt opgeheven.

Naast een aantal correcties en administratieve wijzigingen werden met dit koninklijk besluit van 1 februari 2018 de volgende belangrijkste wijzigingen aangebracht in de reglementering:

- het invoeren van de mogelijkheid voor de Commissie tot het consulteren van een externe expert aangeduid door de aanvrager, voor de aanvragen ingediend in klasse 1, de weesgeneesmiddelen, de individuele herzieningen evenals de nieuwe indicaties waarvoor er een therapeutische of sociale nood bestaat
- het invoeren van specifieke procedures en evaluatiecriteria voor de opname in de vergoedbaarheid van de pediatrie indicaties, indien deze reeds vergoedbaar zijn bij volwassenen
- het invoeren van de mogelijkheid voor de firma's te verzoeken onderhandelingen op te starten met het oog op het afsluiten van een overeenkomst voor de specialiteiten waarvoor de CTG een negatief advies formuleerde, en dit enkel op gemotiveerd voorstel van de minister van Sociale Zaken
- het invoeren van de mogelijkheid voor de aanvrager vergezeld te worden door een klinisch expert binnen de werkgroep belast met de redactie van de tekst van de overeenkomst art. 81/ art.81bis/art. 81ter
- het invoeren van een expliciete antwoordtermijn van 10 dagen voor de minister die Begroting onder zijn bevoegdheden heeft in het geval dat de vraag tot het afsluiten van een overeenkomst opgesteld werd overeenkomstig de bepalingen van artikel 81, artikel 81bis of artikel 81ter. Het niet antwoorden door de minister binnen de termijn zal beschouwd worden als een niet akkoord
- de overeenkomsten zullen voortaan initieel afgesloten kunnen worden gedurende een periode van maximum 1 tot 3 jaar en zijn vervolgens verlengbaar per periodes van maximum 3 jaar
- het schrappen van de mogelijkheid voor de werkgroep om de overeenkomst te beëindigen zonder nieuwe evaluatie door de CTG op het einde van de overeenkomst
- het schrappen van de verplichting tot een individuele herziening voor klasse 1 dossiers en weesgeneesmiddelen en de wijziging van de minimale termijn tussen de effectieve inschrijving van de specialiteit en een eventuele individuele herziening (12 maanden in plaats van 18 maanden)
- het invoeren van een specifieke procedure voor de generieken en kopieën die zouden kunnen genieten van een gedeeltelijke uitzondering op de toepassing van de patent cliff
- het uitbreiden van de mogelijkheid voor de CTG om het opstarten van de onderhandelingen voor te stellen met het oog op het afsluiten van een overeenkomst voor de specialiteiten van klasse 2B waarvoor de referentiespecialiteit reeds het onderwerp uitmaakt van een overeenkomst
- het uitbreiden van de procedures die enkel door de administratie behandeld worden, zonder tussenkomst van de Commissie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.06.2018	22.06.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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 en 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

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- aanvulling op artikel 1 met een punt 37°, op artikel 56, 1, 3°, op artikel 63, 1° lid, op artikel 111, 2° lid, op artikel 112, 2° lid, op artikel 113, 2° lid
- invoeging van bepalingen in artikel 5, § 1, in artikel 17, 2° lid, in artikel 24, 2° lid en in artikel 32, 1° lid
- invoeging van een lid bij artikel 14, een lid bij artikel 59 en een 3° lid bij artikel 122*terdecies*
- vervanging 3^{de} lid van artikel 16, punt 3° van artikel 23, 3° van artikel 30, de titel van hoofdstuk II, afdeling 2, onderafdeling 5, 1° lid van artikel 44, artikel 57, artikel 58 en 2° lid artikel 122 *terdecies*
- invoeging van een artikel 22/1, een artikel 29/1, een artikel 68/1 en een artikel 132/1
- vervanging van de woorden in artikel 39, 1° lid en in artikel 122*terdecies*
- wijzigingen in artikel 43, artikel 46, 1^{de} lid, artikel 47, 1^{de} lid, artikel 61, artikel 64, artikel 80, artikel 81, artikel 83 en artikel 126.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.04.2018 - Editie 1	29.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 3 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2018.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.04.2018 - Editie 1	29.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 3 wordt aangevuld door een lid, luidende als volgt:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2018.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.04.2018	30.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst bijgevoegd bij het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20 ^e van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt wijzigingen aan in hoofdstuk 2 van deel 1, in hoofdstuk 3 van deel 1 en in afdeling 2, onderafdeling 3 van de bijlage.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.04.2018 - Editie 1	25.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 en de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik
08.06.2018	25.03.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 en de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- hoofdstuk III, artikel 18, 2^e lid wordt aangevuld met de volgende zin: “De apotheker is gemachtigd de derdebetalersregeling toe te passen voor de aflevering van een voorgeschreven medische voeding, op voorwaarde dat die laatste in de paragraaf is ingeschreven die voorkomt op de machtiging die is afgeleverd door de adviserend arts.”

- in hoofdstuk III, artikel 18, wordt het volgende lid na het 2^{de} lid toegevoegd: “De door de adviserend arts uitgereikte machtigingen blijven geldig gedurende de ganse geldigheidsduur ervan, zelfs indien de vergoedingsmodaliteiten tussentijds wijzigen, behoudens indien het model van de machtiging bedoeld onder d) van deel II van de lijst is vastgesteld betreft en tenzij uitdrukkelijk anders bepaald wordt naar aanleiding van de wijziging van de vergoedingsmodaliteiten.”
- in hoofdstuk 1 van deel I, a) van de bijlage worden de vergoedingsmodaliteiten vervangen in § 10000, § 20000, § 30000, § 40000, § 50000, § 60000, § 70000, § 80000, § 90000, § 100000, § 110000, § 120000, § 130000, § 140000, § 150000, § 160100, § 160200, § 170000, § 180000, § 190000, § 200000, § 210000, § 220100, en worden § 220200, § 220300 en § 220400 ingevoegd
- in deel II van de bijlage:
 - wordt model b) vervangen
 - wordt model d) ingevoegd.

Ten titel van overgangsmaatregel kunnen machtigingen die afgeleverd zijn voor het in werking treden van dit besluit, hun geldigheid bewaren tot de uiterste datum van de toegestane periode, vermeld op deze machtigingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.04.2018 - Editie 1	15.04.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 december 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2017

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 4, § 1, 2^o wordt “Vanaf 1 september 2017” vervangen door “Vanaf 1 oktober 2017”
- artikel 4, § 1, 4^o, van hetzelfde besluit, wordt vervangen als volgt: “4^o De tandheelkundige gebruikt de eHealthbox via zijn software gedurende het jaar 2017. Het gebruik van de eHealthbox is gedefinieerd als het downloaden van minstens één bericht gedurende het jaar 2017.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2018 - Editie 2	09.05.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 juni 2014 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vult artikel 1, 2^o lid van het koninklijk besluit van 29 juni 2014 aan met de punten 6^o tot en met 10^o.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.05.2018	22.10.2017	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten wordt in 2017 vastgesteld op 490.000 EUR.

6. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.01.2018	19.12.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het Ministerieel besluit van 5 juni 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 1, § 2 van het Ministerieel besluit van 5 juni 1990 wordt als volgt aangevuld:

“Voor het tijdvak van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 509,96 EUR.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2018 - Editie 2	12.01.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 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
19.01.2018 - Editie 2	17.01.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 21 december 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
16.02.2018	12.02.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 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
21.03.2018	13.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 21 december 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I, II en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.01.2018	12.12.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
13.07.2018	12.12.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde G- § 04:

- punt 1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting wordt vervangen
- punt 4.1. Eerste implantatie wordt vervangen
- punt 6. Resultaten en statistieken wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.03.2018 - Editie 1	27.02.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "G.4. Endoprothesen" wordt met de volgende verstrekkingen aangevuld:

"180493-180504 Iliacale bifurcatie-extensie, in combinatie met een additionele extensie of beklede stent geplaatst in de arteria iliaca interna, gebruikt tijdens de verstrekking 589595-589606 van de nomenclatuur"

"180515-180526 Iliacale bifurcatie-extensie, in combinatie met een additionele extensie of beklede stent geplaatst in de arteria iliaca interna, gebruikt aan de contralaterale zijde tijdens de verstrekking 589595-589606 van de nomenclatuur"

- In de vergoedingsvoorwaarde G- § 04 worden wijzigingen aangebracht.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, wordt een nieuwe nominatieve lijst 32712, behorende bij de verstrekkingen 180493-180504 en 180515-180526, toegevoegd die als bijlage gaat bij dit besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2018	19.12.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° Bij de verstrekkingen 173552-173563, 173574-173585, 173670-173681, 173736-173740, 173795-173806, 173832-173843, 173876-173880, 173596-173600, 173611-173622, 173633-173644, 173655-173666, 173692-173703, 173714-173725, 173751-173762, 173810-173821, 173854-173865, 173891-173902 en 173773-173784, wordt de vergoedingscategorie "I.G.a" vervangen door de vergoedingscategorie "I.A.a"
- 2° De vergoedingsvoorwaarde B- § 12 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.03.2018 - Editie 1	15.02.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "F.1.7 Hartondersteuning" wordt aangevuld
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 25 wordt ingevoegd
- in het opschrift "F.1.7 Hartondersteuning" worden de volgende verstrekkingen en hun terugbetalingsmodaliteiten geschrapt: 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885, 172896-172900, 172911 en 172933
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 22 wordt geschrapt.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, wordt een nieuwe nominatieve lijst 368, behorende bij de verstrekkingen 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 en 180434-180445 toegevoegd die als bijlage gaat bij dit besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.06.2018	01.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, wordt het opschrift "F.1.6.1 Plaatsing van een kunstklep" aangevuld met het opschrift "F.1.6.1.6. Andere bepalingen voor de plaatsing van een kunstklep of van een annuloplastiesysteem" en met de volgende verstrekking en haar vergoedingsvoorwaarden:

"183013-183024 Geheel van clips en het plaatsingssysteem gebruikt voor de geautomatiseerde hechting van een hartklep of een annuloplastiesysteem via minimaal invasieve chirurgie

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2018	13.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, worden de vergoedingsmodaliteiten van alle verstrekkingen gewijzigd, met uitzondering van de verstrekkingen opgenomen onder het opschrift "L.1. Wervelkolom" en "L.2.2.1. Heup".

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 worden wijzigingen aangebracht met uitzondering van deze behorende tot de verstrekkingen opgenomen onder het opschrift "L.1. Wervelkolom" en "L.2.2.1 Heup".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2018 - Editie 2	04.05.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het Koninklijk Besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
13.07.2018	04.05.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de lijst die als bijlage 1 is bijgevoegd en in de lijsten die als bijlage 2 zijn bijgevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.03.2018	19.03.2018	Ministerieel besluit tot publicatie van de bijlagen I, II en IV van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de bijlagen I, II en IV gepubliceerd van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2018	13.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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

Samenvatting van de wijzigingen

In bijlage I bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 wordt de inschrijving van sommige specialiteiten vervangen of geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2018	15.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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

Samenvatting van de wijzigingen

In hoofdstuk IV-B van bijlage I bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 wordt de inschrijving van sommige specialiteiten vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.03.2018	13.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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

Samenvatting van de wijzigingen

In bijlage I bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 wordt de inschrijving van sommige specialiteiten vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2018	13.03.2018	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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
29.03.2018	13.03.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met deze koninklijke besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2018 – Editie 2	16.04.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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
18.05.2018 - Editie 2	15.05.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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
31.05.2018	24.05.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 mei 2018 tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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
20.06.2018 - Editie 2	13.06.2018	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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
02.07.2018	14.06.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 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 - Errata

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I, II en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2018	19.12.2017	Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit ministerieel besluit wordt het huishoudelijk reglement goedgekeurd van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, bedoeld in artikel 122^{novodecies} 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2018	15.02.2018	Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit ministerieel besluit wordt het huishoudelijk reglement goedgekeurd van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, bedoeld in artikel 122*duodecies* 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.03.2018	28.02.2018	Ministerieel besluit tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit ministerieel besluit wordt de praktische organisatie van de medische verkiezingen geregeld, bedoeld in artikel 211, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.06.2018	11.06.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 28 februari 2018 tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De kiesverrichtingen werden onderbroken door een onvoorzien informaticaprobleem dat plots opdoek op de eerste werkingsdag van die verrichtingen.

De kiesverrichtingen starten dus pas op 13 juni 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2018 – Editie 2	16.04.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit schrapt de farmaceutische specialiteiten in § 10001 van bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten.

7. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2018	18.12.2017	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7 van de verordening van 28 juli 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 2 wordt het vijfde punt, opgeheven bij verordening van 24 oktober 2005, hersteld als volgt: “5. Voor geïnterneerden die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst zijn in een ziekenhuis, vangt op 1 januari 2018 een eerste periode van hospitalisatie aan. Voor de geplaatste geïnterneerden die voorkomen op een lijst die het ziekenhuis kreeg van het Instituut, stuurt het ziekenhuis op 1 januari 2018 naar elke verzekeringsinstelling een lijst terug met vermelding van de leden van de verzekeringsinstelling die er op 1 januari 2018 zijn geplaatst”
- paragraaf 4 wordt aangevuld met een lid, luidende: “Voor geïnterneerden die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst zijn in een ziekenhuis, wordt de verlenging van ziekenhuisopname automatisch toegekend door de adviserend arts”
- paragraaf 5 wordt aangevuld met een lid, luidende: “Voor geïnterneerden die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst zijn in een ziekenhuis, betekent het einde van de plaatsing eveneens het einde van de lopende periode van hospitalisatie. Elke opname in een ziekenhuis die daarop volgt, wordt beschouwd als een eerste opname.”

In artikel 10, § 1, a) van dezelfde verordening wordt tussen het vierde en het vijfde lid een lid ingevoegd, luidende: “Voor geïnterneerden die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst zijn in een ziekenhuis, maakt het ziekenhuis de “patiëntenfactuur” of de “factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis” over aan de Federale Overheidsdienst Justitie.”

De bijlagen 37 en 37 (vervolg 1) van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2018 - Editie 2	18.12.2017	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

§ 2 van artikel 24 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt geschrapt alsook bijlage 62.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.04.2018	19.03.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 22^{quater} worden de woorden “in artikel 17, § 12, 1^e lid,” vervangen door de woorden “in de artikelen 17, § 12, 1^e lid en 6, § 17, 3,”
- bijlage 82 (formulier voor de aanvraag van een onderzoek inzake medische beeldvorming) wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2018	14.05.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 31 van de verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld met twee paragrafen, luidende:

§ 4. Op elk bewijsstuk wordt een uniek volgnummer aangebracht.

§ 5. Elk bewijsstuk dat wordt uitgereikt naar aanleiding van de elektronische overdracht van het getuigschrift voor verstrekte hulp aan de verzekeringsinstelling buiten de derdebetalersregeling, bevat het nummer van ontvangstbewijs van het eGVH alsook een barcode die dit nummer van ontvangstbewijs vertaalt overeenkomstig de technische toepassingsregels vastgelegd krachtens artikel 9b/s van de wet.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.02.2018	18.12.2017	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage VIII van de verordening van 16 juni 2014 wordt het formulier G-Form-I-02 met betrekking tot de aanvraag voor een tegemoetkoming, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2018	18.12.2017	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 wordt het formulier B-Form-I-01 met betrekking tot de aanvraag voor een tegemoetkoming, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.04.2018	05.02.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 worden de formulieren B-Form-I-13 en B-Form-I-14 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst, aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.04.2018	26.02.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage VI van de verordening van 16 juni 2014 worden de formulieren F-Form-I-11, F-Form-12 en F-Form-I-13 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, toegevoegd.

In de bijlage VII van dezelfde verordening wordt het formulier F-Form-II-07 met betrekking tot het volgnummer, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.06.2018	16.04.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 wordt het formulier F-Form-I-12 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" van de lijst, gewijzigd.

In de Franstalige versie van het formulier F-Form-I-13 wordt de titel vervangen als volgt: "Demande pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût du matériel pour assistance ventriculaire (prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445)".

8. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

15.01.2018

Interpretatieregel voor de terugbetaling van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

Patiënten die beschikken over een toestemming voor vergoeding van parenterale voeding voor gebruik thuis, overeenkomstig het koninklijk besluit van 20 juli 2007, kunnen een verderzetting van deze toestemming voor vergoeding van parenterale voeding voor gebruik thuis krijgen indien ze enkel nog zakjes elektrolyten (moeten) krijgen.

Voor aanvragen tot verderzetting dient de arts-specialist een aanvraag in op basis van het model opgenomen in de bijlage van het koninklijk besluit van 20 juli 2007. Indien de patiënt enkel nog nood heeft aan zakjes elektrolyten, selecteert de arts in de rubriek "type zakjes" het type van zakjes dat de patiënt reeds gebruikte.

Patiënten die niet beschikken over een toestemming voor vergoeding voor parenterale voeding voor gebruik thuis, overeenkomstig het koninklijk besluit van 20 juli 2007, kunnen geen toestemming voor vergoeding krijgen van enkel elektrolyten.

Belgisch Staatsblad

28.02.2018

De interpretatieregels 02 betreffende de verstrekkingen van artikel 17 (Röntgendiagnose) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen preciseren wie de verstrekking 450391-450402 (tweede lezing van een mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker) mag uitvoeren en aanrekenen.

De verstrekking 450391-450402 wordt uitgevoerd en aangerekend door een andere verstrekker dan diegene die de verstrekking 450376-450380 aanrekent (mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker), voor dezelfde rechthebbende.

Bij voorkeur gebeurt de tweede lezing door een radioloog van een “erkende mammografische eenheid” (bevolkingsonderzoek).

Indien dit niet mogelijk is, gebeurt de tweede lezing door een andere radioloog dan diegene die de verstrekking 450376-450380 aanrekende (“eerste lezer”).

Bij discordantie tussen de eerste en de tweede lezing gebeurt er een derde lezing door een andere radioloog, onafhankelijk, of gebeurt er een “consensuslezing” door de eerste en de tweede lezer.

Belgisch Staatsblad

09.04.2018

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14 l) (Stomatologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De interpretatieregel 21 wordt vervangen door de volgende bepalingen:

De verstrekking 312756 - 312760 betreft het geheel van de plaatsing van de implantaten, ongeacht hun aantal in de totaliteit van boven- en onderkaak.

Belgisch Staatsblad

09.04.2018

Interpretatieregel 02 betreffende de verstrekkingen van artikel 14, b) (Neurochirurgie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De verstrekking 232315-232326 is enkel aan te rekenen wanneer tijdens dezelfde ingreep minstens één van de volgende verstrekkingen verricht zijn : 230473-230484, 231033-231044, 232551-232562, 232514-232525, 232536-232540.

De verstrekking 232315-232326 betreft een niet-heelkundige verstrekking waarbij een honorarium anesthesie niet is toegestaan. De anesthesie wordt enkel aangerekend op de hoofdverstrekking.

Belgisch Staatsblad

11.04.2018

Interpretatieregel 1 betreffende de verstrekkingen van artikel 30 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De multifocale contactlenzen zijn de optische contactlenzen waarvan de verschillende indicaties in artikel 30 worden weergegeven in punt C. 2.2.2.

Eén van de indicaties is de aanwezigheid van een ametropie van +8,25 dioptrie. Deze ametropie moet geëvalueerd worden op basis van de brillenrefractie en van het vertezicht, net hetzelfde als wat voor de progressieve brillenglazen van toepassing is.

Belgisch Staatsblad

15.06.2018

Interpretatieregel 16 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Indien de fusie van het sacro-iliacaal gewricht met mini-invasieve of percutane implantaten wordt uitgevoerd, dan worden deze terugbetaald onder de verstrekkingen 168276-168280 of 168335-168346.

168276-168280 Gecanuleerde osteosyntheseschroef of peg, zonder mogelijkheid tot hoekstabele vergrendeling, voor het geheel van de samenstellende elementen, per schroef.

168335-168346: Gecanuleerde koploze compressieschroef type "HERBERT", voor het geheel van de samenstellende elementen, per schroef.

9. Overeenkomsten, berichten en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2018	02.02.2018	Overeenkomst tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen 2018-2019 - Ministerraad van 2 februari 2018 - Notificatie punt 11

Een nieuwe overeenkomst tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen dekt de periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2019 en is door de ministerraad goedgekeurd.

Die overeenkomst omvat de volgende nieuwigheden:

- de aanpassing van de waarden van de vermenigvuldigingsfactor R (art. 2 van de overeenkomst)
- maatregelen betreffende het informeren van de patiënt (art. 5 van de overeenkomst)
- correctiemaatregelen bij overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling (art. 9 van de overeenkomst)
- verschillende projecten (art. 10 van de overeenkomst) betreffende:
 - aanpassing van de honoraria van de logopedist
 - toename van de kwaliteit van de logopedische verstrekkingen
 - vereenvoudiging, standaardisatie en responsabilisering
 - de informatisering van het logopedisch dossier
 - een hervorming van de nomenclatuur met beslissing van de Overeenkomstencommissie op basis van evidence-based practice criteria.
- Aanbevelingen (art. 11 van de overeenkomst): De Overeenkomstencommissie vraagt aan de minister van Volksgezondheid om op korte termijn voor de kwestie van het teveel aan logopedisten een oplossing te bieden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2018	02.02.2018	Overeenkomst Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen 2018-2019 - Ministerraad van 2 februari 2018 - Notificatie punt 11

Een nieuwe overeenkomst (M/18) die in de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten – Verzekeringsinstellingen werd ondertekend, is goedgekeurd door de ministerraad. Ze geldt voor de periode van 1 januari 2018 tot 31 december 2019.

De overeenkomst 2018-2019 omvat de volgende nieuwigheden:

- een herwaardering van de toeslag voor het opstarten van een kinesitherapiedossier (vanaf 01.02.2018)
- een herwaardering van de negen eerste basisverstrekkingen van een behandeling van “courante” aandoeningen en van “Fa”-aandoeningen, (vanaf 01.02.2018), via de invoering van een toeslag. De eerste 5 verstrekkingen worden gebracht op 24 EUR. De 6^{de} tot 9^{de} verstrekking wordt gebracht op 22,63 EUR
- een herwaardering van de toeslag voor de patiënten thuis (vanaf 01.07.2018)
- de premie voor kwaliteitspromotie van 2.000 EUR wordt behouden voor de jaren 2016 en 2017
- de vraag aan de Technische Raad voor Kinesitherapie om voorstellen tot nomenclatuurwijziging uit te werken betreffende:
 - een specifieke vergoedbare verstrekking voor personen ouder dan 21 jaar met een hersenverlamming (vanaf 01.07.2018)
 - de honoraria en de terugbetalingsmodaliteiten inzake de “zware aandoeningen” (vanaf 01.06.2018)
 - een beperking inzake het aantal attesteerbare overschrijdingscodes bij de courante aandoeningen (vanaf 01.06.2018).
- de invoering van vaste en afgeronde remgelden (vanaf 01.06.2018)
- de uitvoering van de convenant verbonden aan de overeenkomst (M/17) en van de conclusies van de Taskforce, vermeld in die convenant.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2018	02.02.2018	Nationale overeenkomst S/2018 tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 2 februari 2018 - Notificatie punt 11

Een nieuwe nationale overeenkomst S/2018 is in de Overeenkomstencommissie Audiciens - Verzekeringsinstellingen ondertekend voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2019, waarin:

- de sleutelletter wordt aangepast voor de verstrekkingen bestemd voor de rechthebbenden jonger dan 18 jaar, als gevolg van een indexering van 1,60 % voor die doelgroep
- de overeenkomst wordt geactualiseerd door de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling eruit te schrappen. De regels van de derdebetalersregeling zijn sinds 1 oktober 2015 terug te vinden in het Koninklijk besluit van 18 september 2015.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.03.2018	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de bandagisten - Mobiliteitshulpmiddelen

De Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen heeft een nieuwe overeenkomst Y/2018 “Mobiliteitshulpmiddelen” gesloten waarin:

- de sleutelletter voor alle verstrekkingen van artikel 28, § 8 van de nomenclatuur wordt aangepast als gevolg van een indexering van 1,68 %

- de overeenkomst wordt geactualiseerd door de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling eruit te schrappen. De regels van de derdebetalersregeling zijn sinds 1 oktober 2015 terug te vinden in het Koninklijk besluit van 18 september 2015. De modaliteiten zijn vastgesteld door de overeenkomstencommissie en bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 13 maart 2018.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2018.

Belgisch Staatsblad	Titel
26.03.2018	Nationale overeenkomst Y/2018 tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 9 maart 2018 - Notificatie punt 13

Tijdens haar vergadering van 5 december 2017 heeft de Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen een nieuwe overeenkomst Y/2018 gesloten waarin:

- de sleutelletter wordt aangepast voor alle verstrekkingen van artikel 27 van de nomenclatuur als gevolg van een indexering van 1,68 %
- de overeenkomst wordt geactualiseerd door de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling eruit te schrappen. De regels van de derdebetalersregeling zijn sinds 1 oktober 2015 terug te vinden in het Koninklijk besluit van 18 september 2015. De modaliteiten zijn vastgelegd door de Overeenkomstencommissie en bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 13 oktober 2017.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2018.

Belgisch Staatsblad	Titel
26.03.2018	Nationale overeenkomst T/2018 tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 9 maart 2018 - Notificatie punt 13

Een nieuwe overeenkomst T/2018 is door de Overeenkomstencommissie Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen gesloten, waarin:

- de sleutelletter wordt aangepast voor alle verstrekkingen van artikel 29 van de nomenclatuur als gevolg van een indexering van 1,68 %
- de overeenkomst wordt geactualiseerd door de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling eruit te schrappen. De regels van de derdebetalersregeling zijn sinds 1 oktober 2015 terug te vinden in het Koninklijk besluit van 18 september 2015. De modaliteiten zijn vastgelegd door de Overeenkomstencommissie en bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 13 oktober 2017.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2018.

Belgisch Staatsblad	Titel
26.03.2018	Nationale overeenkomst Z/2018 tussen de opticiens en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 9 maart 2018 - Notificatie punt 13

De Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen heeft een nieuwe overeenkomst Z/2018 gesloten die de vorige overeenkomst actualiseert door de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling eruit te schrappen. De regels van de derdebetalersregeling zijn sinds 1 oktober 2015 terug te vinden in het koninklijk besluit van 18 september 2015. De modaliteiten zijn vastgelegd door de Overeenkomstencommissie en bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 13 oktober 2017.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2018	24.11.2017	Bericht van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen betreffende de derdebetalersregeling

De apotheker past de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, toe.

Al naargelang zijn hoedanigheid verbindt de apotheker zich ertoe de publiekprijs of de ziekenhuisprijs van de specialiteiten, de prijs van de producten en het bedrag van de honoraria, zoals ze in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werden bekendgemaakt, te eerbiedigen.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.02.2018	Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

Op 19 december 2017 heeft de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen (NCAZ) een nieuw akkoord gesloten voor de jaren 2018-2019.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de erelonen van de artsen wordt voor 2018 vastgesteld op 8.440.574 duizend EUR. Voor de honoraria inzake nierdialyse wordt een bedrag van 159.356 duizend EUR vastgesteld. De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden, rekening houdende met de getroffen correcties (zie punt 3) respectievelijk vastgesteld op 1.359.755 duizend EUR en op 1.288.920 duizend EUR.

Het akkoord bevat een aantal concrete tariefafspraken:

- de erelonen van de artsen zullen in principe met 1,50 % stijgen. Uitzonderingen zijn: de raadplegingen van huisartsen en specialisten, die met 1,68 % worden geïndexeerd
- de verstrekkingen inzake klinische biologie en medische beeldvorming stijgen met 1,25 %
- voor een aantal verstrekkingen is er geen indexatie: het globaal medisch dossier (GMD), de genetische onderzoeken, bepaalde honoraria voor niet-geaccrediteerde zorgverleners
- er komen besparingen en volumebeperkingen op het vlak van de CT wervelzuil en het voorschrijven van vitamine B 12-doseringen en foliumzuurbepalingen
- er zullen geen remgeldverhogingen worden voorgesteld
- er komt ook een responsabiliseringsmechanisme: in geval van overschrijding of sterke stijging van de uitgaven inzake klinische biologie of medische beeldvorming zal het mogelijk zijn om de voorschrijvers daarover te interpellieren.

Met het akkoord wil men de organisatie en de kwaliteit van de zorg verbeteren:

- er komen financiële stimulansen voor het optimaliseren van de inhoudelijke kwaliteit van het GMD (max. 2.500 EUR). Andere zorgverleners met wie de patiënt een therapeutische relatie heeft, zullen kunnen nagaan wie de GMD-houder is. De organisatie van het GMD zal op termijn op praktijkniveau kunnen gebeuren
- ook de toegang voor de patiënten zal verbeteren. In de toekomst zal de patiënt kunnen vragen om de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen van de GMD-houdende arts, en een automatische verlenging van het GMD zal in een aantal situaties mogelijk zijn

- een herziening van het wettelijk kader inzake de verplichte wachtdienst voor de huisartsen.

Het akkoord voorziet in een hervorming van de accreditering vanaf 2019 en een herziening van de classificatie van de nomenclatuur.

Er is een actieplan “e-Gezondheid” opgesteld dat in de volgende prioriteiten voorziet:

- een overlegplatform tot stand brengen met de leveranciers van de softwarepakketten
- invoering van het verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen bij raadplegingen
- verbetering van de ondersteuning en “helpdeskfuncties”
- optimalisering van de continuïteit en beschikbaarheid van het systeem en een analyse over door artsen-specialisten gebruikte software die niet in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van het ziekenhuis is geïntegreerd
- in de loop van 2018 zal er ook elektronische facturatie met de ziekenfondsen mogelijk zijn
- een incentive van max. 2.500 EUR die het gebruik van e-diensten stimuleert.

Belgisch Staatsblad	Titel
15.03.2018	Aanpassing buiten index op 1 oktober 2017 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

Aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013 = 100) wordt vanaf 1 oktober 2017 het bedrag van de volgende sociale uitkeringen vastgelegd op:

A. Ziekte- en invaliditeitsverzekering

I. Regeling voor werknemers (forfaitaire dagbedragen)

1. Forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden: 21,85 EUR

II. Regeling voor de zelfstandigen (forfaitaire dagbedragen)

1. Forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden : 21,85 EUR

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.05.2018	18.04.2018	Samenwerkingsprotocol tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en het NIC enerzijds en de FOD Financiën anderzijds met het oog op de invoering van een spontane uitwisseling van inlichtingen en uitwisseling van inlichtingen op verzoek aangaande de overdracht van gegevens door de zorgverleners en zorginstellingen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende via een elektronisch netwerk in de plaats van de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp en overeenstemmingsstroken

Het protocol laat toe enkel elektronisch te factureren en te attesteren.

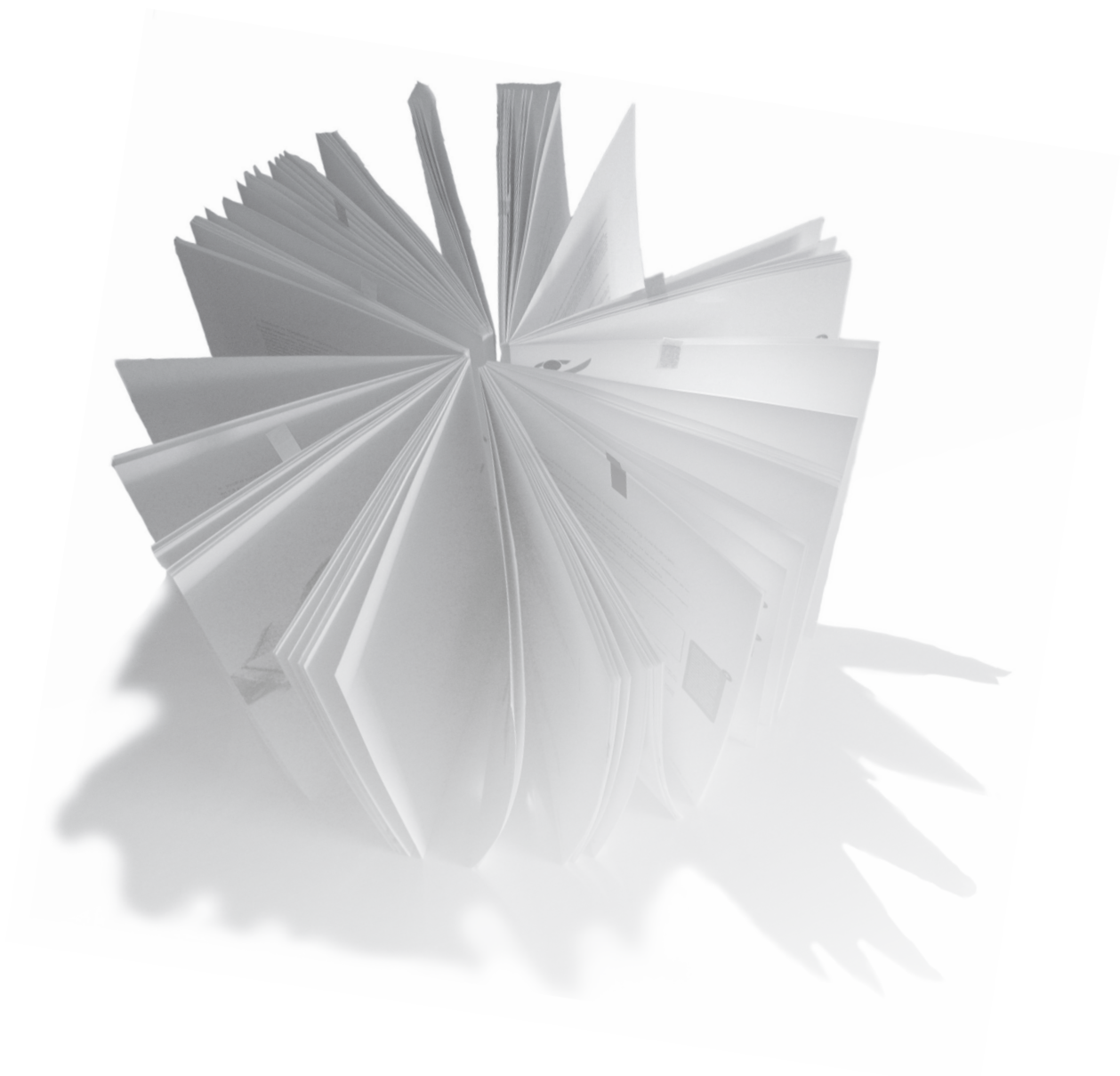
Met betrekking tot eFact is dit protocol van toepassing op de ziekenhuizen, de artsen, de laboratoria voor chemische biologie, pathologische anatomie en menselijke erfelijkheid, de verpleegkundigen, de tandartsen en de vroedvrouwen, terwijl eAttest in eerste instantie enkel de huisartsen betreft. Alle nadere regels die van toepassing zijn op andere categorieën van zorgverleners zullen in een addendum bij dit protocol worden opgenomen.

De elektronische gegevens worden doorgestuurd in 4 fasen:

- de verzekeringsinstelling bezorgt de gegevens aan het Nationaal Intermutualistisch College
- dit laatste houdt de gegevens in één bestand bij en bezorgt het aan het RIZIV
- het RIZIV bezorgt dat bestand vervolgens aan de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
- de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid bezorgt deze gegevens tot slot aan de eindgebruiker, namelijk de FOD Financiën.

2^e Deel

Rechtspraak



I. Arbeidshof van Bergen, 18 januari 2018

Gerechtigd Wetboek, artikel 1051 - Ontvankelijkheid van het hoger beroep - *Ratione temporis* - Verandering van woonplaats / Verandering van maatschappelijke zetel - Betekening / Kennisgeving

Er wordt steeds aangenomen dat een verandering van woonplaats of, in het geval van een rechtspersoon, van maatschappelijke zetel geen invloed heeft op het lopende proces, zolang de partij die zijn woonplaats of maatschappelijke zetel heeft gewijzigd, nalaat de griffie en de tegenpartij daarvan in kennis te stellen.

Zolang die wijziging niet is meegedeeld, kunnen de betekening en, in voorkomend geval, de kennisgeving van het vonnis op basis waarvan de termijn voor het instellen van beroep begint te lopen, dan ook geldig worden verricht op het adres van de vroegere woonplaats of maatschappelijke zetel van de bij de wijziging betrokken partij, zoals dat blijkt uit de processtukken.

Rolnr.: 2017/AM/

RIZIV ...

....

I. Procédure

Madame ... a interjeté appel, selon requête reçue au greffe de la cour de céans, le 28 mars 2017, du jugement rendu par le tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi, du 13 février 2017.

Ce jugement déclare le recours introduit par Madame ... recevable et non fondé à l'encontre d'une décision de l'INAMI du 20 mai 2014.

Le greffe du Tribunal du travail a notifié la décision entreprise, en date du 20 février 2017 à l'actuelle appelante et à l'adresse mentionnée dans le jugement *a quo*, soit ... En annexe de cette lettre, le greffe avise la destinataire des formes et délais des voies de recours.

A l'audience, l'appelante fait part qu'elle était domiciliée cependant, depuis longtemps à l'adresse mentionnée dans sa requête d'appel, soit à ...

Cependant, elle a omis d'en avvertir le tribunal de travail du Hainaut, durant la procédure judiciaire.

II. Recevabilité de l'appel

Selon la doctrine et la jurisprudence, il est admis de manière constante “qu’un changement de domicile ou de siège social, s’il s’agit d’une personne morale, demeure sans incidence sur le procès en cours aussi longtemps que la partie qui a modifié son domicile ou son siège néglige d’en avertir le greffe et son (ou ses) adversaire(s)¹”.

Le Professeur Fettweis précise que “cette exigence s’inscrit dans le droit fil des principes de la procédure civile admise depuis le début du XIX^e siècle. Dès cette époque, il était enseigné et non contesté qu’un changement de domicile, intervenu après le début du procès, ne peut produire un effet au niveau de la transmission des actes de procédure qu’à la condition d’avoir été notifié²”.

Selon la Cour de cassation, en son arrêt du 16 octobre 2009³ : “le changement du domicile judiciaire d’une partie au cours d’une procédure est sans incidence sur celle-ci aussi longtemps que cette partie néglige d’en avertir le greffe et la partie adverse. Dès lors, tant que cet avertissement n’a pas eu lieu, la signification et, le cas échéant, la notification du jugement faisant courir le délai d’appel, peuvent valablement être faites à l’ancien domicile de la partie concernée par le changement, tel qu’il apparaît des pièces de la procédure”.

Il en résulte qu’il appartient exclusivement à la partie qui change de domicile d’en informer son adversaire et le greffe⁴, *quod non* en l’espèce, dans le chef de l’actuelle appelante.

Le délai d’appel a pris cours dès la notification par le greffe du jugement à l’adresse de l’appelante, mentionnée dans les actes de procédure. Selon l’article 1051 du Code judiciaire : “*sous réserve des délais prévus dans des dispositions impératives supranationales et internationales, le délai pour interjeter appel est d’un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l’article 792, alinéa 2 et 3. Ce délai court également du jour de cette signification, à l’égard de la partie qui a fait signifier le jugement*”.

En l’occurrence, l’appelante a interjeté appel le 28 mars 2017 soit en dehors du délai légal prévu par l’article 1051 du Code judiciaire.

Cet appel sera déclaré irrecevable pour cause de tardiveté.

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l’emploi des langues en matière judiciaire, notamment l’article 24 ;

Sur avis oral conforme de Monsieur Patrick LECUIVRE, substitut général.

Dit l’appel de Madame ... non recevable.

Condamne l’INAMI aux frais et dépens de l’instance non liquidés.

...

1. Albert FETTWEIS, Manuel de procédure civile n°s 222 et 223 et références citées, ainsi que : C.T. Bruxelles, 08.05.1992, Juridat : JS46728 ; C.T. Bruxelles, 01.12.1999, Juridat : JS52262 1 ; C.T. Bruxelles, 15.11.2001, Juridat : JS53586 1 ; C.T. Bruxelles, 02.12.2004, Juridat : JS613315 1 et Cass. 03.06.1988, Pas. 1988, 1, 1189, cités par la C.trav.Mons : C.trav.Mons, 5^{ème} Chambre, 04.12.2014, 2014/AM/150, inédit.

2. A. FETTWEIS, Manuel de procédure civile, 1985, n°221, p.186.

3. Cass., 16 octobre 2009, R.G. n°C.070212.F.

4. A. FETTWEIS, Manuel de procédure civile, 1985, n° 221, p. 186.

II. Arbeidshof van Brussel, 20 juni 2018

Gerechtigd Wetboek, artikel 875*bis* - Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 - Bewijslast - Duur - Opportuniteit van een expertise

Ingeval er zeer veel tijd verstrijkt en er geen stukken worden voorgelegd waarop de rechter zich zou kunnen baseren voor de overtuiging dat een arts-deskundige nog in staat zou kunnen zijn om de concrete situatie met terugwerkende kracht te beoordelen op basis van die stukken, moet worden geoordeeld dat iedere medische expertisemaatregel onvermijdelijk gedoemd is tot mislukken. Bijgevolg is het inopportuun om daarvan gebruik te maken.

Rolnr.: 2017/AB/

... t./RIZIV

...

I. Faits et antécédents

1. Monsieur ... a été victime d'un accident, le 16 octobre 2000.

À la suite de cet accident, il a été reconnu :

- en incapacité temporaire totale du 16 octobre 2000 au 15 juin 2001
- en incapacité permanente à hauteur de 8 %, à partir du 16 juin 2001 (voir par un jugement du trib. trav. du 14.11.2006, confirmé par un arrêt de la T. le 18.05.2016)

2. Après la période d'incapacité temporaire couverte par l'assureur accident du travail, Monsieur ... a été indemnisé par la mutualité.

Le 18 novembre 2002, le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI a estimé que :

"Monsieur ... n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 25 novembre 2002, étant donné que : les lésions ou les troubles fonctionnels que [l'intéressé] présente n'entraînent pas une réduction des 2/3 de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée susvisée : cfr. professions antérieures et connexes".

3. Monsieur ... a contesté cette décision devant le Tribunal du travail de Bruxelles. Cette procédure est restée en léthargie pendant toute la procédure relative à l'indemnisation de l'accident du travail (alors que rien légalement ne justifiait une telle suspension du présent litige).

Finalement en 2016, Monsieur ... produit un rapport du Docteur ... le 21 septembre 2016, lequel déclare :

“la combinaison des troubles orthopédiques, psychiatriques et endocrinologiques engendre bien chez ce patient une incapacité de + de 66 % pour tout profession accessible tenant compte de son âge de 49 ans et d'une absence de formation diplômante qui a relégué le patient à des travaux d'ouvrier depuis son arrivée en Belgique en 1991”.

Par jugement du 7 mars 2017, le tribunal a toutefois déclaré la demande non fondée et a estimé ne pas devoir désigner un expert.

4. Monsieur ... a fait appel de ce jugement par requête déposée, le 12 avril 2017.

II. Objet de l'appel

5. Monsieur ... demande à la cour de mettre à néant la décision de l'INAMI et de dire pour droit qu'il réponde aux conditions de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, depuis le 18 novembre 2002.

À titre subsidiaire, il demande à la cour de désigner un expert pour évaluer son incapacité de travail depuis le 18 novembre 2002.

III. Discussion

6. Selon l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

“Est reconnu incapable de travailler du sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. (...)”.

Il résulte cet article que pour bénéficier des indemnités, trois conditions doivent être remplies :

- le travailleur doit avoir cessé toute activité
- cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels
- les lésions ou troubles fonctionnels doivent entraîner une réduction *de plus de deux tiers* de la capacité de gain du travailleur.

En l'espèce, la discussion porte sur la troisième condition.

Lorsque comme en l'espèce, l'incapacité de travail a duré plus de 6 mois, la capacité de travail doit être vérifiée par référence non seulement aux professions précédemment exercées mais aussi par référence aux autres professions qui, en fonction notamment du niveau de formation, restent accessibles.

Comme l'a rappelé le tribunal, l'assuré social doit produire les éléments médicaux qui justifient, au moins à première vue, le caractère sérieux de sa contestation de la décision qu'il critique. Si la contestation paraît sérieuse, une mesure d'expertise est alors en règle nécessaire pour permettre au tribunal d'être adéquatement éclairé avant de trancher la contestation.

7. En l'espèce, la période litigieuse est très longue. Elle court depuis le 18 novembre 2002, soit depuis plus de 15 ans.

Comme la mutuelle n'est pas à la cause, la cour ne pourrait reconnaître qu'une incapacité de travail ininterrompue. En effet, en cas d'interruption de l'incapacité suivie d'une rechute, la nouvelle prise en charge nécessiterait une décision du médecin-conseil de la mutuelle (voy. Cass. 16.12.2013, S.12.0032.F).

Monsieur ... produit un rapport du Docteur ... du 21 septembre 2016 ainsi qu'un rapport du Docteur... du 9 mai 2017.

Ces rapports, et le dernier en particulier, semblent indiquer que sur le plan psychologique, la situation a très lentement évolué pendant la période échue depuis l'accident du travail survenu en 2000.

C'est aussi ce qui résulte d'un rapport plus ancien de Madame ... , psychologue clinique. Ce rapport de 2006 signalait déjà une dégradation par rapport à un précédent rapport de 2001. Sur le plan psychologique, la situation semblait toutefois moins marquée en 2006 qu'actuellement.

Il apparaît aussi que le suivi psychologique n'a pas été constant.

Dans un rapport de 2006, le Docteur ... signalait que depuis l'accident, Monsieur ... a eu "4 à 5 entretiens avec le Dr ... psychiatre, puis une dizaine d'entretiens avec le Dr ..." mais qu'il a interrompu la prise en charge.

Enfin, dans son rapport de 2016, le Docteur ... signale l'apparition assez récente de troubles endocrinologiques ayant justifié une intervention chirurgicale au début de l'année 2016.

Il semble donc que la situation n'a cessé d'évoluer depuis le début de la période litigieuse.

8. Partant de ces éléments d'évolution, on ne peut pas suggérer que pendant toute la période litigieuse, Monsieur ... a présenté une incapacité de travail de plus de 66 %. La cour n'aperçoit pas comment au vu des rapports déposés, un expert pourrait raisonnablement arriver à une telle conclusion.

C'est à tort que dans le jugement dont appel, le tribunal du travail semble avoir considéré que les séquelles de l'accident du travail ne pourraient être prises en compte pour vérifier si le taux de plus de 66 % est atteint (voy., notamment, C. trav. Bruxelles, 05.02.2014, 2009/AB/52.196 ; C. trav. Bruxelles, 14.03.2012, R.G. 2010/AB/1107 ; C. trav. Bruxelles, 23.02.2012, R.G. 2010/AB/1008,...).

La Cour souscrit néanmoins à la conclusion du jugement, à savoir que dans les circonstances "de très longs écoulements de temps et d'absence de production de pièces qui lui permettraient d'asseoir la conviction qu'un médecin-expert serait encore à même d'apprécier rétroactivement la situation concrète sur base de celles-ci", il y a lieu de considérer que "toute mesure d'expertise médicale est inévitablement vouée à l'échec et qu'il est dès lors inopportun d'y recourir" (avec réf. à C. trav. Mons, 01.10.2004, R.G. 17.084).

9. L'appel est donc non fondé.

POUR CES MOTIFS,

La Cour,

Statuant après un débat contradictoire,

Sur avis conforme du Ministère public,

Dit l'appel recevable mais non fondé,

Pour autant que de besoin, confirme la décision de l'INAMI du 18 novembre 2002 dans toutes ses dispositions,

Confirme le jugement,

Condamne l'INAMI aux dépens d'appel liquidés à 174,94 EUR.

...

III. Rechtbank van eerste aanleg van Brussel (79e corr. kamer), 25 april 2018

Valsheid in sociaal strafrecht (art. 232 van het Sociaal Strafwetboek) - Welwillendheidsattesten - Verborgene camera en microfoon - Rechten van de verdediging - Regelmatigheid van het bewijs - Recht op de eerbiediging van het privéleven - Beroepsgeheim

Er wordt de beklaagde verweten twee medische getuigschriften van tijdelijke arbeidsongeschiktheid en een getuigschrift voor verstrekte hulp te hebben afgeleverd met het oog op de terugbetaling door de verzekering voor geneeskundige verzorging aan twee journalisten, in het kader van een reportage, terwijl er geen arbeidsongeschiktheid is vastgesteld of verzorging werd verleend.

Het gebruik van een verborgen camera en microfoon door die journalisten vormt geen politionele provocatie in de zin van artikel 30 van de wet houdende de voorafgaande titel van het Wetboek van Strafvordering.

De rechten van de verdediging zijn niet geschonden: de beklaagde werd geïnformeerd over wat hem werd verweten, hij kreeg de nodige tijd en de nodige faciliteiten om zijn verdediging voor te bereiden, hij werd bijgestaan door de raadsman van zijn keuze, hij kreeg de mogelijkheid om indien hij dat wenste bijkomende verzoeken tot inzage in te dienen, hij kon de door het openbaar ministerie voorgelegde bewijselementen weerleggen, hij kreeg de gewenste tijd voor de conclusies en het pleidooi. Hij is niet gehoord door de onderzoeksmagistraat, maar in de wet wordt een dergelijk verhoor niet opgelegd en wordt niet voorzien in een sanctie als een dergelijk verhoor niet wordt afgenomen.

De reportage van de journalisten vormt geen onregelmatig bewijs in de zin van artikel 32 van het Wetboek van Strafvordering.

De opname van een conversatie, buiten het medeweten van de deelnemers, is op zich niet ongeoorloofd. Het openbaar ministerie kan die opname in beslag nemen met het oog op een strafrechtelijke vervolging (art. 35 van het Wetboek van Strafvordering).

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft het gebruik van het procédé van de verborgen camera gevalideerd als de teneur van de reportage betrekking heeft op onderwerpen met een hoger openbaar belang, zoals een onderzoek naar vermeende zware overtredingen.

De burger informeren met betrekking tot de verdenking dat regelmatig "welwillendheidsattesten" worden opgesteld ten nadele van een werkgever, het verplicht onderwijs en de ziekte- en invaliditeitsverzekering vertoont een openbaar belang.

Het recht op de eerbiediging van het privéleven en het gezinsleven is niet absoluut.

Artikel 458 van het Strafwetboek verbiedt niet de opname van een conversatie die plaatsvindt in de spreekkamer van een persoon die gebonden is door het beroepsgeheim.

In de uitgezonden reportage wordt de naam van de beklaagde niet vermeld en is zijn gezicht gepixeld. Het beroepsgeheim moet de rechten van de patiënt vrijwaren en niet die van de praktiserend arts.

Uit de reportages die ter beoordeling aan de rechtbank zijn voorgelegd, blijkt dat het onderhoud tussen de journalisten en de beklaagde extreem kort was. Die laatste ging meteen in op de vraag naar een medisch welwillendheidsattest.

Het ging niet louter om nalatigheid maar om het opstellen, met kennis van zaken, van documenten die in strijd zijn met de realiteit, met de bedoeling om de derden te bedriegen.

De strafrechtelijke verantwoordelijkheid van de beklaagde staat vast, ook al zijn de attesten niet gebruikt om de werkgever van de journalisten te bedriegen en was dat al evenmin het geval voor het getuigschrift voor verstrekte hulp met het oog op een onverschuldigde terugbetaling.

Om te kunnen spreken van valsheid in geschrifte volstaat het dat er schade kon worden berokkend en dat die samenhangt met de vervalste akte, zonder dat er daadwerkelijk schade moet zijn berokkend.

De beklaagde, in zijn hoedanigheid van voorschrijvend arts, wordt geacht over voldoende vrije wil te beschikken om de opstelling van valse documenten te weigeren.

Griffiennr.: 02461

...

A. Au pénal

1. Les préventions

A. LES FAITS

Le prévenu, docteur en médecine, est poursuivi pour différents faux en droit pénal social, à savoir, plus précisément, pour avoir établi et délivré deux certificats médicaux d'incapacité temporaire de travailler ainsi qu'une attestation de soins en vue d'un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie soins de santé, alors qu'aucune incapacité de travail n'aurait été constatée ni aucun soin donné.

En réalité, les deux personnes bénéficiaires de ces documents sont journalistes et se sont présentées à la consultation médicale du prévenu dans le cadre d'un reportage d'enquête télévisée et effectuée par micro et caméra cachés.

Ces reportages tendaient à dénoncer la possibilité d'obtenir un certificat médical de complaisance pour la somme de cinq EUR auprès d'un praticien généraliste bruxellois.

Le sujet du reportage avait été inspiré par le fait que différentes écoles bruxelloises se seraient plaintes de ce qu'un grand nombre de certificats émanaient d'un même médecin généraliste, dont le nom semblait circuler comme désignant un praticien, qui aurait été réputé pour délivrer des certificats médicaux de complaisance contre la somme de cinq EUR.

Les deux journalistes, faisant état de plaintes imaginaires, ont chacun obtenu un certificat médical. Un journaliste a payé la somme de cinq EUR sans qu'une attestation de soin ne lui soit délivrée, l'autre a déboursé un montant plus élevé avec délivrance d'une attestation de soin.

Il n'est pas contesté que le remboursement de cette attestation de soin n'a pas été sollicité et que l'INAMI n'a donc déboursé aucune somme indue de ce chef.

B. SUR LA VALIDITÉ DES CONCLUSIONS DÉPOSÉES AU NOM DU PRÉVENU

À l'audience du 19 octobre 2017, le tribunal a, à la demande des parties, établi un calendrier d'échanges de conclusions en application de l'article 152 du Code d'instruction criminelle.

Cette disposition du Code d'instruction criminelle prévoit que les conclusions à déposer doivent répondre aux formes des articles 743 et 744 du Code judiciaire.

L'article 744 du Code judiciaire prévoit que :

"Les conclusions contiennent également, successivement et expressément :

1° l'exposé des faits pertinents pour la solution du litige ;

2° les prétentions du concluant ;

3° les moyens invoqués à l'appui de la demande ou de la défense, le cas échéant en numérotant les différents moyens et en indiquant le caractère principal ou subsidiaire ;

4° la demande quant au dispositif du jugement, le cas échéant en indiquant le caractère principal ou subsidiaire de ses différentes branches."

Selon l'exposé des motifs, les moyens visent tant les moyens de fait que de droit et doivent, en cas de pluralité de moyens, être numérotés, les *"prétentions du concluant"* sont ce à quoi le concluant estime avoir droit, tandis que *"la demande quant au dispositif du jugement"* est ce qu'il demande au juge de décider⁵.

*"Si une partie néglige de structurer ses moyens conformément à l'article 744 du Code judiciaire, le tribunal n'est pas tenu d'y répondre"*⁶.

Cette sanction, prévue à l'article 780, alinéa 1^{er}, 3^o, du Code judiciaire, ne distingue pas selon les éléments visés à l'article 744, alinéa 1^{er}, de sorte qu'elle s'applique également à l'absence de numérotation des moyens⁷.

L'écrit de procédure déposé au greffe le 8 décembre 2017 au nom du prévenu et signé par son conseil contrevient à ces règles dès lors que les *"prétentions du concluant"* ne sont pas mentionnées, les moyens invoqués ne sont ni numérotés, ni présentés en indiquant leur caractère principal ou subsidiaire.

Le tribunal constate par ailleurs que le développement des conclusions poursuit une logique autre que le dispositif en inversant apparemment le raisonnement et que différents moyens semblent être défendus simultanément.

L'auditorat n'a pu que suivre en réponse la présentation par le prévenu de différents arguments.

Cet écrit de procédure du prévenu ne vaut dès lors pas conclusions au sens de l'article 152 du Code d'instruction criminelle.

Le tribunal n'a donc en soi aucune obligation d'y répondre, comme l'a voulu le législateur par l'adoption de la loi pot-pourri I.

Néanmoins, si le tribunal n'est pas tenu de répondre aux arguments soulevés par le prévenu dans son écrit intitulé *"conclusions"*, il lui appartient *"de trancher le litige conformément à la règle de droit qui lui est applicable. Il a l'obligation en respectant les droits de la défense, de relever d'office les moyens de droit dont l'application est commandée par les faits spécialement invoqués par les parties au soutien de leurs prétentions"*⁸.

5. Exposé des motifs, Doc. parl., n° 1219/001, 10 et 12.

6. Exposé des motifs, Doc. Parl., n° 1219/001, 19.

7. G. de LEVAL, J. van COMPERNOLLE et F. GEORGES, "La loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile et portant des dispositions diverses en matière de justice", J.T., 2015, 792 : La question a été expressément posée lors des auditions organisées devant la Commission de la justice de la Chambre (voy. ainsi rapport, p. 159).

8. Cass., 14.04.2005, Pas., 2005, 862, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

Le tribunal examinera dès lors successivement les arguments qu'il a pu individualiser et suivra le raisonnement tenu dans le dispositif des conclusions.

C. SUR LA RECEVABILITÉ DES POURSUITES

c.1. Sur la recevabilité des poursuites de manière générale

Le prévenu estime que les poursuites doivent être déclarées irrecevables en raison d'une violation caractérisée et insurmontable du droit à un procès équitable (violation des droits de la défense, irrespect du délai raisonnable, déloyauté dans la récolte de la preuve, défaut d'impartialité de l'instruction).

Le caractère équitable d'un procès au sens de l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales doit s'apprécier sur l'ensemble d'un procès.

Or, le prévenu se plaint de vices lors de la phase préparatoire du procès, sans démontrer pour autant que le procès qu'il a eu devant la juridiction de jugement aurait également manqué d'équité.

Par ailleurs, il semble retenir que les règles du procès équitable auraient été violées au stade de l'enquête, dès lors que :

- les poursuites auraient été initiées suite à la provocation d'un tiers
- l'enquête aurait été réalisée uniquement à charge à défaut d'inculpation, d'audition par le juge d'instruction et de saisie des reportages pour objectiver ses dires
- son dossier disciplinaire aurait été saisi et contiendrait des déclarations auto-incriminantes.

c.2. Sur la provocation

Tout en se plaignant de la provocation qui serait le fait des journalistes pour avoir procédé par voie de caméra et micro cachés, le prévenu semble invoquer la seule provocation policière, au sens donc de l'article 30 du titre préliminaire du Code de procédure pénale, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le prévenu semble, du reste, placer le débat de la provocation sur la pertinence de la preuve constituée par le reportage des journalistes. Ceci est une question de fondement des préventions, qui sera éventuellement examiné plus avant dans le raisonnement, et non de recevabilité ses poursuites.

Le prévenu semble également se plaindre à ce titre mais sans expliciter en quoi, d'une atteinte de ses droits de défense.

En l'espèce, rien ne permet de conclure que le prescrit de l'article 6.3 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales aurait été violé.

En effet, le prévenu a été informé de ce qui lui était reproché dans le respect de l'emploi des langues en matière judiciaire et il a disposé du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense. Il a pu être assisté du conseil de son choix et pouvait introduire toute demande de devoir complémentaire qu'il aurait souhaitée, fût-ce devant la chambre du conseil ou la juridiction de jugement, ce qu'il s'est abstenu de faire.

Il a pu contredire les éléments de preuve produits par le ministère public.

Il a pu ainsi, y compris devant la juridiction de jugement, bénéficier de délais de conclusions et a bénéficié du temps de plaidoirie qu'il a souhaité.

Ses droits de défense n'ont donc pas été violés.

c.3. Absence d'inculpation et d'audition par le juge d'instruction

La loi n'impose pas l'audition par le magistrat instructeur et ne prévoit aucune sanction au défaut d'inculpation, ni partant l'irrecevabilité des poursuites⁹.

Le fait de ne pas avoir été inculpé ne signifie pas en soi que l'enquête aurait été menée à charge. Cette seule circonstance ne démontre pas la déloyauté du magistrat instructeur.

En outre, le prévenu a été auditionné lors de l'enquête. Il a été également longuement entendu par le tribunal lors des débats.

Il a pu dès lors librement et amplement exercer ses droits de défense, comme déjà indiqué.

Aucune autre cause qui induirait la partialité du magistrat instructeur n'a pu être mise en évidence et ne saurait dès lors être retenue en l'espèce.

c.4. Sur l'absence de saisies des reportages à la base des poursuites

Le prévenu se plaint encore de ce que le reportage audio et le reportage vidéo qui ont servi à l'émission télévisée et qui sont les éléments de preuve sur lesquels se base le ministère public n'auraient pas été saisis dans le cadre de l'enquête.

Cet argument apparaît sans objet puisque ces reportages figurent parmi les pièces à conviction et tant le reportage audio que le reportage vidéo ont été diffusés à l'audience de débats par le ministère public.

Cet argument est donc sans pertinence.

c.5. Sur la saisie du dossier disciplinaire et des déclarations auto-incriminantes qu'il contiendrait

La régularité de l'éventuelle production et utilisation de ces pièces sera traitée en même temps que la régularité de la preuve en général, lorsque le fond du dossier sera éventuellement examiné.

c.6. Sur le délai raisonnable examiné au stade de la recevabilité des poursuites

En règle, le dépassement du délai raisonnable pour être jugé n'entraîne pas l'irrecevabilité des poursuites.

Aucun autre argument n'a été individualisé à l'appui de cette thèse.

La question de l'éventuel dépassement du délai raisonnable pour être jugé sera dès lors examinée, le cas échéant, si des peines devaient être établies.

D. SUR LA RÉGULARITÉ DES PREUVES

d.1. En ce qui concerne les reportages de la RTBF

Le prévenu allègue que les reportages constituent une preuve irrégulière au sens de l'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale et qu'en conséquence, il doit être acquitté des préventions mises à sa charge.

9. Cass., 17.10.2006, P060829N ; P060860N, www.jure.juridat.just.fgov.be

L'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale prévoit que :

“La nullité d'un élément de preuve obtenu irrégulièrement n'est décidée que si :

- *le respect des conditions formelles concernées est prescrit à peine de nullité ou*
- *l'irrégularité commise a entaché la fiabilité de la preuve, ou*
- *l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable.”*

Le prévenu estime que les reportages auraient été obtenus en violant sa vie privée et familiale au sens de l'article 22 de la Constitution lu en combinaison avec l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de l'article 7 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Le seul fait d'enregistrer une conversation à laquelle on participe même à l'insu des autres participants n'est pas en soi illicite¹⁰. L'usage peut toutefois l'être et est soumis à l'appréciation du juge. En l'occurrence, ce qui est reproché ce n'est pas l'usage par la diffusion des reportages mais bien la saisie et la production en justice par le ministère public.

Or, le ministère public peut parfaitement saisir de tels enregistrements à des fins de poursuites pénales en vertu de l'article 35 du Code d'instruction criminelle.

En outre, le recours à un procédé de caméra cachée a été validé par la Cour européenne des droits de l'homme au regard de l'article 10 de la Convention de sauvegarde, qui protège la liberté de la presse, lorsque la teneur du reportage porte sur des sujets présentant un intérêt général majeur, tout comme une enquête sur des infractions pénales graves présumées¹¹. Le fait de suspecter l'établissement régulier de faux en écritures par une personne assermentée, pouvant porter préjudice non seulement aux employeurs, mais également à l'enseignement obligatoire et à l'assurance maladie-invalidité présente un intérêt général pour le citoyen lambda d'être informé à ce propos.

De plus, rien n'indique -et le prévenu ne le défend pas du reste- qu'il y aurait là matière à des règles de formes prescrites à peine de nullité. L'inverse a, au contraire, été rappelé par la Cour de cassation dans son arrêt du 16 novembre 2004, suite aux conclusions conformes de l'avocat général Duinslaeger¹².

L'argument tiré de l'article 32 du titre préliminaire du Code de procédure pénale peut donc tout au plus être proposé au regard de la fiabilité de la preuve ou du respect du droit à un procès équitable.

Le fait de recourir en soi au procédé de caméra cachée ne porte pas atteinte à la fiabilité de la preuve. En effet, aucun motif ne permet de considérer que l'on ne pourrait apporter foi aux reportages. Il s'agit bien d'une séquence non interrompue, ce qui se comprend dans le dialogue en continu. Le fait que le prévenu ignorait qu'il était enregistré ajoute au contraire à la crédibilité du contenu.

En ce qui concerne le respect du procès équitable, comme déjà indiqué, cette notion doit s'apprécier sur l'ensemble de la procédure.

10. Cass., 16.11.2004, P040644N, www.jure.juridat.just.fgov.be

11. CEDH, 08.12.2005, Nordisk Film & TV A/S c/ Danemark, n° 40485/02, <https://www.echr.coe.in>

12. P040644N, www.jure.juridat.just.fgov.be

Pour le surplus, comme l'enseigne la Cour de cassation dans son arrêt du 16 novembre 2014 déjà cité¹³, le droit à la vie privée et familiale n'est pas absolu. Il ne résulte en effet ni de l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui garantit un procès équitable, ni de l'article 8 de cette même convention qui garantit le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance, ni d'aucune disposition constitutionnelle ou légale que la preuve qui a été obtenue en violation d'un des droits fondamentaux garanti par cette convention ou par la Constitution est toujours inadmissible.

Certes, la Cour européenne des droits de l'homme considère en règle que l'usage d'une technique aussi intrusive et aussi attentatoire à la vie privée que celle de la caméra cachée doit en principe être restreint. Néanmoins, cette Cour reconnaît aussi que des moyens d'investigation secrets peuvent être importants pour l'élaboration de certains types de reportage comme déjà indiqué. Toutefois, elle insiste pour que cet outil soit utilisé dans le respect des règles déontologiques et en faisant preuve de retenue, notamment en floutant l'intéressé¹⁴.

La Cour de cassation a adopté le même enseignement, lorsqu'elle a considéré dans son arrêt du 17 novembre 2015, que pour apprécier si l'utilisation d'un enregistrement secret constitue une atteinte à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le juge doit tenir compte de la teneur de la conversation, des circonstances dans lesquelles cette conversation a eu lieu, de la qualité des participants et de la qualité du destinataire de l'enregistrement, tout en précisant que le fait qu'un des participants soit tenu par le secret professionnel pénalement sanctionné par l'article 458 du Code pénal n'interdit pas l'enregistrement d'une conversation ayant lieu dans le cabinet de la personne tenue par le secret professionnel¹⁵.

Même s'il fallait considérer que la consultation publique à des heures déterminées, sans prise de rendez-vous préalable, d'un médecin généraliste relève de sa vie privée et familiale, il n'en reste pas moins que les reportages, qui ont été diffusés à l'audience de débats ne mentionnent nullement le nom du prévenu et que son visage a été pixellisé. Le nom du médecin n'a été cité à aucun moment par un des deux journalistes. Sauf à reconnaître le fouillis qui caractérise le cabinet médical du prévenu, le tribunal n'a vu ni entendu aucun indice qui permettrait d'identifier le prévenu à travers les reportages qui lui ont été soumis.

Le secret professionnel en l'espèce doit sauvegarder les droits du patient et non du médecin praticien.

Le prévenu a, comme déjà indiqué, pu contredire longuement les preuves avancées par le Ministère public et les reportages en particulier.

Il n'y a aucune atteinte dans les circonstances de l'espèce au procès équitable.

d.2. Sur le dossier disciplinaire de l'INAMI

Les articles 6, § 1er et 6, § 3, c) de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales s'appliquent à une procédure disciplinaire en matière de faits qui peuvent donner lieu à des sanctions qui, eu égard à leur nature, à leur sérieux et à leur gravité doivent être considérées comme une sanction pénale au sens de l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, comme l'a rappelé la Cour de cassation¹⁶.

13. Cass., 16.11.2014, loc.cit.

14. CEDH., 13.10.2015, *Bremner c/ Turquie*, n° 37428/26, <https://www.echr.coe.in>

15. Cass., 17.11.2015, P.15.0880.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

16. Cass. 16.11.2012, D.11.0021.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

L'article 47bis du Code d'instruction criminelle qui emporte d'autres droits pour la personne interrogée a été introduit par la loi du 21 novembre 2016 relative à certains droits des personnes soumises à un interrogatoire et donc postérieurement à l'audition du prévenu par l'INAMI. Ils ne pouvaient dès lors être anticipés par les enquêteurs de cette institution.

De toute manière, le tribunal ne tiendra aucun compte des déclarations du prévenu reproduites dans le rapport du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI du 7 août 2012¹⁷ ainsi que dans le rapport d'expertise judiciaire¹⁸, dès lors qu'il ne ressort pas du premier de ces rapports que le prévenu a pu se faire assister d'un avocat lors de son audition, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation mentionnée ci-dessus.

Ceci ne vaut toutefois que pour les déclarations à proprement parler du prévenu.

En revanche, le tribunal tiendra compte des autres éléments constatés ou renseignés dans ces rapports.

E. SUR LES PRÉVENTIONS

Les reportages soumis à l'appréciation du tribunal font ressortir l'extrême brièveté de l'entretien entre les journalistes et le médecin prévenu, qui répond sur-le-champ positivement à la demande de certificat médical de complaisance formulée par les journalistes en des termes directs et clairs, totalement dépourvus d'ambiguïté.

Ceci est confirmé par le rapport d'expertise judiciaire qui relève que *"Dans aucune des deux fiches médicales, on ne retrouve les traces d'un examen clinique ou d'une anamnèse approfondie alors que le Dr ... précise lui-même, dans un courrier adressé à l'ordre des médecins, que c'était la première fois qu'il voyait ces patients. De manière générale, lors d'une première consultation, le médecin se soumet à l'étude des antécédents médico-chirurgicaux de son nouveau patient et du traitement déjà en cours. Cela ne semble pas avoir été le cas dans la situation présente"*.

Ceci corrobore le contenu des reportages.

Il ne s'agit pas d'une simple négligence, mais bien de l'élaboration en connaissance de cause de documents qui sont contraires à la réalité et qui ont pour but de tromper des tiers.

Un médecin en rédigeant de faux certificats et attestations de soin a parfaitement conscience et décide sciemment de permettre au bénéficiaire de ces documents de s'en prévaloir pour obtenir indûment un congé ou d'autres droits et un éventuel remboursement.

Le fait que les certificats n'ont pas été utilisés pour tromper l'employeur des journalistes, ni l'attestation de soin pour obtenir un remboursement indu, n'est pas élisif de la responsabilité pénale du prévenu.

En effet, pour qu'il y ait faux en écritures, fût-ce en matière de droit pénal social, il suffit qu'un préjudice ait été possible et inhérent à l'acte altéré, sans qu'il soit requis qu'un dommage ait effectivement été causé.

Du reste, le prévenu ignorait au moment où il les a établis que les documents qu'il rédigeait ne seraient pas utilisés. Dans son esprit, au contraire, ces documents allaient être employés.

17. Chemise 8, pièce 11, annexe 1.

18. Chemise 12.

Si une personne sollicite l'établissement d'un faux en écritures auprès d'un médecin prescripteur, celui-ci est censé disposer du libre arbitre suffisant pour refuser, sachant parfaitement qu'un faux est punissable pénalement. Le fait qu'il y ait eu recours à une caméra et à un micro cachés ne modifie pas l'analyse.

Le fait que d'autres certificats, qui sont mentionnés dans le cadre de l'enquête, mais qui ne sont pas visés en prévention et dont le tribunal n'est pas saisi, présentent également des anomalies vient conforter la teneur des reportages précités¹⁹. En outre, le rapport d'expertise judiciaire²⁰ mentionne des problèmes concernant encore d'autres certificats médicaux dont le tribunal n'est pas davantage saisi. Le tout laisse apparaître cependant une pratique bien réelle chez le prévenu d'émettre des certificats de complaisance, avec, le cas échéant, la délivrance d'attestations de soin.

L'excuse de provocation, qui semble être implicitement invoquée, comme déjà indiqué ci-dessus au stade de la recevabilité des poursuites, ne saurait être retenue.

En effet, comme l'a rappelé la Cour de cassation²¹, *"la légitime défense ou la provocation, invoquées à titre subsidiaire par le demandeur devant les juges d'appel, supposent que les infractions susceptibles d'être justifiées ou excusées aient été commises avec l'intention d'attenter à la personne d'autrui"*.

Ceci n'est pas le cas en l'espèce.

Les préventions telles que libellées seront déclarées établies.

2. Les sanctions

2.1. LE DÉLAI RAISONNABLE POUR ÊTRE JUGÉ

Le prévenu estime qu'il est jugé dans un délai déraisonnable dès lors que les faits remontent au 23 février 2012.

La plainte initiale a été reçue par l'office du procureur du Roi le 2 mars 2012 et transmise à l'auditorat du travail le 15 mars 2012.

Si les infractions ne sont pas en soi complexes, la nécessité de mettre le dossier à l'instruction et la qualité de personne assermentée couverte par le secret professionnel a engendré en partie le retard qu'a pris ce dossier, puisqu'il a fallu deux ans pour obtenir de l'expert judiciaire son rapport concernant le dossier du prévenu auprès de l'Ordre des médecins.

Le dernier acte d'enquête date du 18 août 2015 et le dossier a immédiatement été communiqué le 24 du même mois. Sans doute le délai de près de dix mois que l'auditorat a pris pour tracer son réquisitoire le 9 mai 2016 apparaît trop long, vu l'absence de complexité des faits.

Ce délai ne vient que s'ajouter aux différents attermoissements de l'enquête et au long délai qu'il a fallu pour obtenir une première fixation en chambre du conseil le 23 mars 2017, soit plus de dix mois après le réquisitoire, pour une affaire sans détenu certes, et partant non prioritaire, mais ne présentant toutefois aucune complexité.

L'ordonnance de renvoi date du 20 avril 2017.

L'affaire a été fixée devant le tribunal le 19 octobre 2017, mais en vertu de l'article 152 du Code d'instruction criminelle, le prévenu a sollicité le droit de conclure. Le traitement de l'affaire dans un délai d'un peu plus de six mois peut être considéré comme correct.

19. Chemise 13. Pièce 24.

20. Conclusions du rapport, loc.cit.

21. Cass., 03.03.1999, n° P981042F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>

Toutefois, l'addition des différents retards observés peut, en l'espèce, être considérée comme ayant engendré un dépassement du délai raisonnable pour être jugé.

Les conséquences de ce dépassement seront examinées ci-dessous.

2.2. LES SANCTIONS PROPREMENT DITES

Les faits des préventions A1, A2 et A3 retenus à charge du prévenu constituent un délit collectif par unité d'intention à ne sanctionner que par une seule peine conformément à l'article 65 du Code pénal.

Le prévenu a sollicité, à titre subsidiaire à sa demande d'acquiescement, la suspension simple du prononcé, à laquelle le ministère public ne s'oppose pas.

Le prévenu est en incapacité de travail depuis le 11 février 2018²².

Il n'a pas d'antécédents judiciaires.

Toutefois, si l'article 21^{ter} du titre préliminaire du Code de procédure pénale, sanctionnant le dépassement du délai raisonnable pour être jugé, autorise le tribunal à accorder une suspension simple du prononcé ou une simple déclaration de culpabilité, le tribunal n'y est pas tenu et peut, conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, prononcer des peines pour autant qu'elles soient sensiblement inférieures à celles que le tribunal aurait prononcées en l'absence de dépassement dudit délai raisonnable. Le tribunal peut également aller en-deçà du minimum légal de la fourchette de peines applicables aux infractions déclarées établies.

En règle, la suspension, surtout simple, du prononcé de la condamnation reste une mesure de faveur qui présuppose que le prévenu a compris la portée de ses actes.

Même si le prévenu ne peut être préjudicié d'avoir choisi comme stratégie de défense de solliciter son acquiescement à titre principal, il n'en reste pas moins que, au-delà de la dénégation des faits, le tribunal retiendra que le prévenu s'est avant tout posé en victime à l'audience de débats et, ce faisant, a montré que non seulement, il n'y avait dans son chef aucun amendement ou prise de responsabilité, mais qu'il semblait ne pas concevoir qu'il soit illicite d'émettre des certificats médicaux de complaisance. Ceci interpelle vivement le tribunal.

Il ne paraît pas opportun dans ces circonstances de faire droit à la demande du prévenu.

Aucune autre demande n'a été formulée.

Ce sont des sanctions de niveau 4 au sens de l'article 101 du Code pénal social qui trouvent à s'appliquer.

En raison du dépassement du délai raisonnable, la peine d'emprisonnement sera très nettement inférieure au minimum légal. La peine d'amende sera sensiblement réduite par rapport à ce que le tribunal aurait prononcé comme peine d'amende dans l'hypothèse où il n'y aurait eu aucun retard pour être jugé.

Le tribunal accordera la mesure du sursis dans la mesure prévue au dispositif en ce qui concerne la peine d'emprisonnement, dès lors que le prévenu se trouve dans les conditions légales pour bénéficier d'une telle mesure et que la peine d'emprisonnement n'apparaît pas opportune en l'espèce.

La peine d'amende restera ferme, pour éviter tout sentiment d'impunité dans le chef du prévenu.

22. Pièce déposée à l'audience du 01.03.2018.

B. Au civil

En application de l'article 4 du titre préliminaire du Code de procédure pénale, le tribunal doit réserver d'office les intérêts civils en ce qui concerne les demandes d'éventuelles parties civiles, la cause n'étant pas en état quant à ce.

Le tribunal a appliqué notamment les dispositions légales suivantes :

Les articles 40, 65 et 100 du Code pénal ;

Les articles 101, 102 et 232-1^o a) du Code pénal social ;

L'article 21^{ter} du titre préliminaire du Code de procédure pénale ;

La loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire ;

L'article 29 de la loi du 1^{er} août 1985 et l'arrêté royal du 18 décembre 1986 portant des mesures fiscales et autres ;

L'article 91 du règlement général sur les frais de justice en matière répressive (A.R. du 28.12.1950) ;

L'arrêté royal du 26 avril 2017 portant exécution de la loi du 19 mars 2017 ;

Pour ces motifs,

le tribunal,

statuant contradictoirement,

...

IV. Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 9e kamer, 26 april 2018

Weigering van vrijstelling van administratiekosten - Niet-ontvankelijkheid - Geen schorsingsgrond - Geen toepassing van een Europese Verordening

De bijzondere moeilijkheden bij de invordering als de schuldenaar van het onverschuldigde bedrag in het buitenland verblijft, zijn in een omzendbrief opgenomen en er wordt aan de verzekeringsinstellingen voorgesteld om een administratieve samenwerking met de buitenlandse verbindingsorganen aan te gaan. Als de buitenlandse, als verbindingsorgaan fungerende, verzekeringsinstelling de vraag om informatie van de verzekeringsinstelling positief beantwoordt, moet die laatste al het nodige doen met het oog op de terugvordering van het onverschuldigde bedrag binnen een periode van twee jaar en kan die dus het RIZIV niet verwijten dat het te traag heeft geantwoord. Aangezien er geen opschortingsgrond is voor de terugvorderingstermijn van twee jaar (art. 326 van het K.B. van 3.7.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) en de verzekeringsinstelling niet voldoet aan de voorwaarden uit artikel 327 van het voornoemde koninklijk besluit, kwam de aanvraag tot vrijstelling van administratiekosten in dit geval zeer laat en is zij niet ontvankelijk.

A.R. 17/1532/A

...

II. L'objet de la demande de l'O.A.

Aux termes de ses conclusions du 26 juillet 2017, l'O.A. demande au tribunal de :

- dire pour droit que sa demande d'inscription en frais administratifs a été introduite dans les délais légaux et que les conditions de cette dispense sont remplies
- condamner l'INAMI à l'autoriser à ne pas inscrire la somme de 923,34 EUR à titre de frais administratifs.

La condamnation aux dépens est également demandée.

III. Les faits et antécédents de la procédure

1.

L'O.A. indemnise son affiliée, Madame ... pour incapacité de travail du 10 mai au 16 juin 2010.

Cette affiliée reprend le travail à partir du 10 mai 2010.

Par une requête du 3 octobre 2011, l'O.A. introduit une procédure devant le tribunal de céans. L'affaire est fixée à l'audience publique du 19 avril 2012.

Par un jugement rendu par défaut le 14 juin 2012, le tribunal condamne Madame ... à payer à l'O.A. la somme de 923,34 EUR à titre d'indemnités versées indûment.

2.

Selon les informations dont dispose l'O.A., Madame ... réside à S. en France.

Le 20 septembre 2012, l'O.A. s'informe auprès de son conseil (en Belgique) pour connaître le coût d'une procédure d'*exequatur* à l'étranger.

Elle adresse un rappel courant avril 2013 auquel son conseil répond le 8 mai 2013 ce qui suit :

"[...] En l'espèce, l'affilié semble résider en France. Il n'y a pas de registre national pour déterminer précisément le lieu de domicile.

En France la procédure d'exequatur se déroule devant un juge du tribunal de grande instance (TGI en abrégé). Le juge vérifie la régularité du jugement belge et notamment que le jugement est exécutoire dans son pays d'origine et que la procédure suivie respecte les droits de la défense...

Le principe en France est qu'un jugement relatif aux biens nécessite une procédure d'exequatur et l'intervention d'un avocat (ex. : un jugement étranger condamne une personne résidant en France au paiement d'une somme d'argent, ce qui est le cas en l'espèce).



Exceptions : le jugement étranger relatif aux biens et provenant des États membres de l'Union européenne (Danemark excepté mais donc la Belgique compris) produit ses effets en France sans exequatur.

Pour pouvoir exécuter ce jugement, il existe une procédure simplifiée appelée *constatation de la force exécutoire* (sur pied de l'art. 509-2 du code de procédure civil français). Il faut présenter une requête au greffier en chef du TGI concerné. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire.

Parmi les conditions, il faut que la requête soit accompagnée entre autre :

- d'un certificat délivré par l'autorité compétente de l'État membre d'origine (la Belgique)
- comme la décision en cause a été rendue par défaut, il faut l'original ou la copie certifiée conforme du document établissant que l'acte introduit d'instance ou un acte équivalent a été signifié ou notifié à la partie défaillante (l'affilié), ou de tout autre document démontrant l'acceptation non équivoque du défaillant ...

Suivant vos renseignements, l'affilié réside à S.69 (Alpes-de-Haute-Provence département du "04") : cette commune est rattachée à la compétence territoriale du TGI de Digne-les Bains [...].

3.

Le 17 mai 2013, l'O.A. s'adresse au Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) à Paris lui demandant, d'une part, de vérifier l'adresse de Madame ... à S. et, le cas échéant, de lui communiquer l'adresse correcte et, d'autre part, de lui indiquer si celle-ci travaille et/ou perçoit des revenus.

Le 19 juin 2013, le CLEISS transmet la demande d'information à la Caisse primaire d'assurance maladie de Digne-les-Bains.

Le 8 juillet 2013, le CLEISS reçoit la réponse de ladite caisse primaire qui confirme l'adresse connue de Madame ... et indique que celle-ci "semble avoir une activité salariée" sans préciser qu'elle serait l'employeur.

4.

Le 18 juin 2014, l'O.A. demande à l'INAMI de “bien vouloir, dans le cadre de la collaboration administrative, intenter toute action en vue de la récupération de [la somme litigieuse] par l'intermédiaire des instances compétentes en application de la circulaire O.A. n° 65/64 du 14 avril 1965”.

Des rappels sont adressés le 28 janvier, 19 mars, 1^{er} juin, 4 septembre et 18 décembre 2015.

Il semble que l'INAMI n'ait pas réagi.

5.

Le 2 mars 2016, l'O.A. introduit auprès de l'INAMI une demande de dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 923,34 EUR non récupérée auprès de son affiliée.

6.

Le 12 janvier 2017, l'INAMI déclare la demande irrecevable pour cause de tardiveté.

La décision est motivée comme suit :

“La dispense d'inscription en frais d'administration peut être accordée si les conditions de l'article 327 [de l'A.R. du 08.07.1996 portant exécution de la loi SSI, le 14.07.1994] sont remplies.

En application de l'article 326, § 1^{er}, c), la récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date du prononcé de la décision judiciaire définitive – dans le cas d'espèce, le 14 juin 2012. Le délai de récupération courait donc jusqu'au 13 juin 2014.

Par ailleurs aucun élément du dossier ne vient démontrer l'existence d'une quelconque cause de suspension du délai.

Or en application, de l'article 327, § 4, sous peine d'irrecevabilité de la demande, l'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste avant la fin d'un délai de six mois suivant l'expiration du délai de récupération.

Il résulte que de la demande introduite le 2 mars 2016 (date du cachet de la poste) est irrecevable car tardive.

Il ressort de ce qui précède que le montant de 623,34 EUR doit être amorti par son inscription en frais d'administration.”

IV. La discussion

1°- Dispositions légales et principes applicables

1.

L'article 194, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose ce qui suit :

“Sont considérées comme frais d'administration les dépenses qu'entraîne l'application de la présente loi coordonnée, à l'exclusion des dépenses qui correspondent au montant :

[...] b) des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi. [...]”.

2.

Lesdites conditions et modalités sont fixées aux articles 325, 326 et 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

Selon l'article 325 de l'arrêté royal, "L'organisme assureur inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial [...] d) dès qu'il a connaissance de la décision judiciaire définitive par laquelle un remboursement ou un dédommagement définitif ou à titre provisionnel lui est accordé".

Selon l'article 326, § 1^{er}, "La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date [...] c) du prononcé de la décision judiciaire définitive pour les cas visés à l'article 325, c) et d)".

L'article 326, § 2 énumère ensuite 11 causes de suspension du délai de deux ans :

« § 2. Le délai visé au § 1^{er} est suspendu :

a) à partir de la date de l'acte introductif d'instance visant à obtenir une décision judiciaire définitive, jusqu'à la date de la décision judiciaire définitive ou jusqu'au désistement d'instance ;

b) à partir de la date de la décision judiciaire définitive qui octroie des termes et délais au débiteur, jusqu'à l'échéance fixée par le juge.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes et délais octroyés par le juge ;

c) à partir du premier paiement effectué en exécution de la convention établie entre l'organisme assureur et le débiteur pour le remboursement des prestations indues, jusqu'à l'échéance fixée par cette convention.

La suspension prend fin si le débiteur ne respecte pas les termes de la convention.

La convention visée au premier alinéa, doit être approuvée par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, s'il s'agit d'indemnités d'incapacité de travail et si elle est conclue pour une durée qui excède de cinq ans le délai visé au § 1^{er} ;

d) à partir de la date de la première retenue opérée d'office sur des revenus de remplacement ou la pension de retraite, en application de l'article 1410, § 4, du code judiciaire, jusqu'au moment où cessent les retenues ;

e) à partir de la date à laquelle l'huissier démarre la procédure de recouvrement, jusqu'à la clôture de la procédure ;

f) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de l'indu en application de l'article 101, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, jusqu'à la décision du Comité de gestion du Service des indemnités ;

g) à partir de la date d'introduction de la demande de renonciation à la récupération de montants payés indûment en application de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, jusqu'à la décision du Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou du Comité de gestion du Service des indemnités ;

h) pour une période de deux ans à partir de la date du décès de l'assuré.

Si la succession est acceptée sous bénéfice d'inventaire endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin le jour de la clôture de l'inventaire, même si celui-ci se produit avant la fin des deux ans. Si la clôture se produit après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à cette date.

Si la succession est déclarée vacante et qu'un curateur à succession vacante a été désigné endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin lors de clôture de la succession par le curateur à succession vacante, même si celle-ci a lieu avant la fin des deux ans. Si la succession se clôture après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à la date de la clôture ;

i) à partir de la date d'ouverture de la procédure de réorganisation judiciaire ou de faillite jusqu'à la clôture de la décision de la réorganisation judiciaire ou de la faillite ;

j) à partir de la date de la décision d'admissibilité de la requête en règlement collectif de dettes, jusqu'au rejet, au terme ou à la révocation du plan de règlement amiable visé à l'article 1675/10 du Code judiciaire ou du plan de règlement judiciaire visé à l'article 1675/11 du Code judiciaire ;

k) à partir de la date de l'introduction de la demande d'*exequatur* jusqu'à la date de la décision dont l'*exequatur* est demandé".

3.

À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement suspendu par l'une des causes précitées, l'organisme assureur, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prend en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration.

Il peut néanmoins obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'article 327 de l'arrêté royal qui dispose ce qui suit :

"§ 1^{er}. À l'exception des cas prévus au § 2, les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les six mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

§ 2. Le 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.
- c) la demande porte sur un montant de 600 EUR au moins.

§ 3. Le fonctionnaire dirigeant doit être mis en possession de toutes les pièces utiles au contrôle.

§ 4. Sous peine d'irrecevabilité de la demande, l'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste, avant la fin du délai fixé au § 1^{er}.

§ 5. Est prématurée, la demande envoyée avant la fin du délai de récupération fixé à l'article 326.

Cette demande est cependant considérée comme recevable lorsque l'organisme assureur démontre que l'indu ne peut plus être récupéré.

§ 6. La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le troisième jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste.

Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".

Il résulte de cette disposition que :

- l'organisme assureur doit introduire la demande de dispense dans les six mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass., 07.01.2008, S.060097.F ; C.T. Bruxelles, 18.03.2015, R.G. 2013/AB/773, inédit)
- la dispense ne peut être accordée que si toutes les conditions énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1, a) à c) sont remplies.

2°- Application en l'espèce

1.

Il résulte des dispositions légales rappelées ci-dessus que lorsque des prestations ont été indûment payées, l'organisme assureur doit entreprendre des démarches en vue d'en obtenir le remboursement, dans un délai de maximum deux ans qui commence à courir à partir du prononcé du jugement. Ce délai de deux ans connaît différentes causes de suspension (art. 326, § 2 a) à k) de l'A.R. du 03.07.1996).

En l'espèce, l'O.A. n'établit pas l'existence de l'une de ces causes de suspension.

Elle n'établit pas plus qu'elle aurait, comme elle le soutient, effectué des démarches qui peuvent être assimilées aux causes de suspension, ainsi que l'admet la jurisprudence de ce tribunal qui estime "raisonnable qu'une procédure de recouvrement soit précédée d'information préalable, destinée à évaluer les chances de succès d'un recouvrement et donc d'éviter des frais inutiles. Une telle démarche permet en effet de choisir entre mandater un huissier de justice, faire procéder à une retenue par une autre institution ou considérer que les chances de recouvrer la somme indue sont faibles. À défaut, l'organisme assureur qui évalue ses chances se trouverait dans une situation plus défavorable que celui qui initie un recouvrement perdu d'avance. Traiter de manière différente ces deux organismes est discriminatoire. Une telle interprétation de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit être écartée conformément à l'article 159 de la Constitution" (TTF Bruxelles, prononcé le 26.10.2017, R.G. 16/3725/A, inédit).

2.

En effet, les seules démarches effectuées par l'O.A. avant de solliciter l'intervention du service des conventions internationales de l'INAMI sont :

1. En septembre 2012 et avril 2013, une consultation de son avocat en Belgique (et non pas en France comme elle l'affirme) qui n'envisage que la procédure (lourde) d'*exequatur* selon le droit commun français, sans envisager les possibilités de recouvrement simplifiées prévues par l'article 84 du règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et les articles 71 et suivants du règlement (CE) n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application dudit règlement n° 883/2004.

Ces dispositions du droit européen organisent un système de reconnaissance et d'exécution des décisions exécutoires des instances judiciaires et des autorités administratives portant sur la répétition de prestations de sécurité sociale indûment servies en vertu de la législation d'un État membre. La récupération s'effectue dans la mesure du possible par la voie de la compensation entre les institutions des États membres concernés ou, lorsque cela n'est pas possible, par la voie d'une procédure d'exécution forcée.

2. En mai 2013, une demande d'information adressée au CLEISS.

Suite à cette démarche, l'O.A. est informée, dès le mois de juillet 2013, que l'intéressée réside effectivement à l'adresse connue et qu'elle semble avoir une activité salariée.

C'est donc à tort que l'O.A. affirme qu'elle ne connaissait pas avec certitude l'adresse de l'intéressée en France.

L'O.A. n'établit pas qu'elle aurait mandaté, comme elle l'affirme, un huissier en France pour tenter de récupérer l'indu à l'adresse de Madame ... (p. 7 de ses conclusions).

3.

En suite de ces deux démarches, ce n'est que près d'un an plus tard, en juin 2014, que l'O.A. s'adresse au Service des conventions internationales de l'INAMI lui demandant d'intenter toute action en vue de la récupération de l'indu.

Certes, l'INAMI n'a pas réagi à cette demande, rappelée à plusieurs reprises. À juste titre cependant, l'INAMI fait valoir qu'il ne lui appartient pas d'intenter les recours en lieu et place de l'organisme assureur, ainsi que l'O.A. lui demandait.

Certes, également, la circulaire de l'INAMI n° 2013/225 du 27 juin 2013 relative à l'interprétation des articles 326 et 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 envisage la situation du débiteur de l'indu qui est à l'étranger et les difficultés particulières de recouvrement que suscite cette situation. Elle propose une collaboration administrative en ces termes :

“Lorsque l'assuré est parti vivre à l'étranger (dans un pays de l'Union européenne, de l'association européenne de libre-échange ou dans un pays qui a signé un accord bilatéral avec notre pays - voir liste ci-dessous) ou lorsqu'il a des héritiers vivant à l'étranger, il est demandé aux organismes assureurs de s'adresser directement aux organismes de liaison étranger (voir adresses en annexe) et, le cas échéant, d'envoyer un rappel à ces organismes. Dans l'éventualité où l'organisme assureur n'obtiendrait pas de réponse suite à l'envoi du rappel, la demande sera transmise à la section conventions internationales du Service des indemnités de notre Institut qui effectuera les démarches pour obtenir les renseignements souhaités”.

Dans le cadre de la collaboration administrative ainsi définie, l'INAMI n'était en l'espèce pas tenue d'interroger le CLEISS en lieu et place de l'O.A. puisque cet organisme avait répondu positivement à sa demande d'information, confirmant l'adresse de l'intéressée en France.

Munie de l'adresse de son affiliée, l'O.A. pouvait donc poursuivre ses démarches en vue de récupérer l'indu, soit en s'adressant directement à l'intéressée en vue d'un paiement amiable, éventuellement échelonné, soit en mandatant un huissier en France ou, à tout le moins, en l'interrogeant sur les coûts et les chances de succès d'un éventuel recouvrement forcé, soit en mettant en œuvre les procédures d'exécution à l'intermédiaire des organismes de sécurité sociale français, telles que prévues par les dispositions du droit européen rappelées ci-dessus.

L'O.A. n'a entrepris aucune de ces démarches et ne peut dès lors reprocher à l'INAMI son inertie à répondre à une demande d'intenter des recours à laquelle il n'était pas tenu de donner suite.

4. En l'absence de cause de suspension du délai de récupération de deux ans, l'INAMI a valablement considéré que la demande de l'O.A. était tardive et partant irrecevable.

Le jugement condamnant Madame ... au paiement de l'indu a en effet été prononcé le 14 juin 2016, de sorte que le délai de deux ans a expiré le 13 juin 2014.



L'O.A. disposait ainsi d'un délai de six mois à partir de cette date pour introduire sa demande, soit jusqu'au 13 décembre 2014.

La demande a été introduite tardivement le 2 juin 2016.

Par ces motifs,

le tribunal,

statuant contradictoirement,

Déclare le recours recevable mais non fondé,

En déboute l'O.A.

Délaisse à l'O.A. ses propres dépens et la condamne aux dépens de l'INAMI liquidés à une indemnité de procédure de 131,18 EUR.

...

V. Vonnis van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Mechelen, 14 juni 2018

Artikel 328 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Indien de prestaties verjaard zijn dan kan de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle van het RIZIV de verjaring schorsen indien overmacht wordt aangetoond. Overmacht veronderstelt dat het ingeroepen feit vreemd is aan de persoon tegen wie de verjaring loopt en vereist bovendien dat de verjaring niet had kunnen worden vermeden. Had de sociaal verzekerde in casu als een goed huisvader zijn rekening gecontroleerd, dan had hij kunnen vaststellen dat er een dag te weinig was uitbetaald en had hij de betaling hiervan tijdig kunnen vragen aan het ziekenfonds, hetgeen hij niet gedaan heeft. Onwetendheid maakt geen overmacht uit en is evenmin een verschoningsgrond. Overmacht wordt niet aangetoond.

Rolnummer 18/42/A

...

2. Voorwerp

Met een verzoekschrift, neergelegd ter griffie van deze rechtbank op 25 januari 2018, vordert eiser de veroordeling van tweede verweerder tot het betalen van de som van 31,44 EUR, één uitkeringsdag 8 november 2013, en de gerechtskosten.

3. Feiten

Eiser was arbeidsongeschikt vanaf 4 mei 2012 en diende zich aan te bieden op de controleraadpleging van 16 april 2013 bij de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV.

Daar eiser zich niet aanbood, werd de uitbetaling van de ziekte-uitkeringen geschorst vanaf 16 april 2013.

Op 8 november 2013 heeft de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV de redenen van afwezigheid onderzocht en beslist dat het recht op ziekte-uitkeringen werd hersteld vanaf 8 november 2013.

Vanaf 15 november 2013 werd eiser opnieuw arbeidsgeschikt bevonden.

Door tweede verweerder werd op 12 mei 2014 een bedrag van 125,76 EUR op de rekening van eiser gestort met de vermelding 5409685 UITK11/2013.

In het kader van een andere procedure stelde eiser in april 2017 vast dat hij eigenlijk geen uitkering had ontvangen voor de dag van 8 november 2013. Het gaat om een bedrag van 31,44 EUR.

Met een brief van 30 mei 2017 verzocht V.I. de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle om in toepassing van artikel 328 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een toestand van overmacht te erkennen in hoofde van eiser opdat de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid voor de dag van 8 november 2013 alsnog uitbetaald zou kunnen worden.

Bij beslissing van 27 oktober 2017 stelde de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV betrokkene in kennis van de beslissing tot weigering van de erkenning van de toestand van overmacht.

Tegen deze beslissing tekende eiser beroep aan. Bovendien vordert hij de betaling van de ziekte-uitkering voor 8 november 2013.

4. Ontvankelijkheid en beoordeling

Het verzoekschrift is regelmatig naar vorm en werd tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV ingediend binnen de beroepstermijn van drie maanden zoals voorzien in artikel 23 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Deze vordering van eiser is ontvankelijk.

Eiser vordert echter eveneens de uitbetaling van de ziekte-uitkering voor de dag van 8 november 2013.

Overeenkomstig artikel 174, 1^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verjaart de vordering tot betaling van de prestaties der uitkeringsverzekering twee jaar na het einde van de maand waarop de uitkeringen betrekking hebben.

Krachtens hetzelfde artikel, voorlaatste alinea, wordt deze verjaring geschorst door overmacht.

Artikel 328 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve controle oordeelt over het bestaan van overmacht.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve controle besliste dat er *in casu* geen sprake is van overmacht.

Ter zitting beroept eiser zich op de volgende elementen om overmacht te weerhouden:

1. Erkenning van de arbeidsongeschiktheid van 8 november tot en met 14 november 2013 door het RIZIV;
2. Nalatigheid van V.I.;
3. Onwetendheid van eiser over de samenstelling van het uitgekeerde bedrag.

De raadsman van eiser wijst erop dat gelet op de erkenning van arbeidsongeschiktheid door de mutualiteit, bij deze laatste de plicht lag om een correcte uitbetaling van de ziekte-uitkeringen te doen. Deze nalatigheid is pas aan het licht gekomen in het kader van een andere procedure die eiser tegen dezelfde verweerders heeft gevoerd. Volgens eiser ligt de fout volledig bij zijn mutualiteit.

De rechtbank is het hier niet mee eens.

Door tweede verweerder werd een bedrag aan ziekte-uitkeringen voor de periode in november 2013 op de rekening van eiser gestort op 12 mei 2014. Op dat ogenblik kon eiser dit bedrag nakijken of hieromtrent informatie vragen aan zijn mutualiteit. Hij heeft dit niet gedaan.

Eiser reageerde laattijdig om vooralsnog de uitkering voor 8 november 2013 te vragen vermits inmiddels zijn recht op deze uitkering is verjaard.

In casu is er geen omstandigheid die overmacht uitmaakt, immers dit feit dient vreemd te zijn aan de persoon tegen wie de verjaring loopt en overmacht vereist dat de verjaring niet had kunnen worden vermeden.

Had eiser als een goed huisvader zijn rekening gecontroleerd, dan had hij kunnen vaststellen dat er één dag te weinig was uitbetaald en had hij de betaling hiervan tijdig kunnen vragen.

Onwetendheid maakt geen overmacht uit en is evenmin een verschoningsgrond.

In deze zaak zijn geen elementen voorhanden van aard de bestreden beslissing te vernietigen.

De vordering van eiser tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van eerste verweerder is derhalve ongegrond.

De vordering van eiser tegen tweede verweerder tot betaling van het bedrag van 31,44 EUR is onontvankelijk ingevolge verjaring.

6. Beslissing

De Rechtbank

Recht doend op tegenspraak ten aanzien van eiser en eerste verweerder en bij verstek ten aanzien van tweede verweerder.

Verklaart de vordering tegen de beslissing van 27 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV onontvankelijk doch ONGEGROND.

Verklaart de vordering tot betaling van het bedrag van 31,44 EUR door tweede verweerder ONONTVANKELIJK ingevolge VERJARING.

Veroordeelt tweede verweerder met toepassing van artikel 1017, tweede lid Ger. W. tot de kosten van het geding. Stelt vast dat tot op heden door partijen geen kosten werden begroot.

...

VI. Arbeidsrechtbank van Henegouwen, afdeling Doornik, 6 juli 2018

Artikelen - Artikel 100 - Artikel 174, 4e lid en
artikel 168 *quinquies*, van de wet betreffende de ziekte- en
invaliditeitsverzekering, gecoördineerd op 14 juli 1994

Een werkhervatting onderbreekt de arbeidsongeschiktheid als die gericht is op de productie van goederen en diensten, de persoon zelf of iemand anders rechtstreeks of onrechtstreeks voordeel oplevert, zelfs als die occasioneel of uitzonderlijk is, miniem, laagbetaald of als die wordt beschouwd als een vriendendienst.

Een bouwonderneming leiden, gaat, wat de duur, de periode en de aard betreft, de toegestane taken van administratief bediende die voor 2 uur per dag, van maandag tot vrijdag, worden toegestaan, te buiten, en gaat in de richting van een niet toegestane werkhervatting.

Door zonder toestemming van de adviserend arts een bouwonderneming op te richten, via zijn veelvuldige verzoeken om als zaakvoerder te mogen optreden, met de bedoeling een enige jaren tevoren ontstane, onregelmatige situatie te dekken en te weigeren een antwoord te geven op relevante vragen in het kader van het onderzoek, heeft de verzekerde zijn ziekenfonds bewust misleid om zijn uitkeringen te behouden en bedrieglijke handelingen gesteld die een termijn voor de terugvordering van het onverschuldigde bedrag van 5 jaar rechtvaardigen.

Een sanctie van 180 dagen wordt gerechtvaardigd door de lengte van de periode waarin de misdrijven werden gepleegd en de hoogte van het onverschuldigde bedrag.

A.R. 15/1994/A – 16/495A – 16/1439/A en 16/1793/A

...

II. Connexité, compétence & recevabilité

Les causes enregistrées sous les numéros de rôle 15/1994/A, 16/495/A, 16/1439/A et 16/1793/A sont liées entre elles par un rapport si étroit qu'il s'impose de les joindre en raison de leur connexité.

Le tribunal est compétent pour en connaître.

Les recours sont recevables quant à la forme et au délai au regard de l'article 704 du Code judiciaire et de l'article 23, alinéa 1 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

III. Antécédents de fait

Les antécédents de la cause peuvent être chronologiquement exposés comme suit :

Monsieur ... est né le ...

Il a été domicilié à ... de 2003 au mois de mars 2015 et est actuellement inscrit à ...

Depuis son entrée sur le marché de l'emploi, il a toujours travaillé dans le secteur du bâtiment.

Il est affilié auprès d'une O.A. .

À compter du 16 novembre 1998, il a été reconnu en incapacité de travail par le médecin-conseil de sa mutuelle (en raison d'une neurotonite vestibulaire lui causant de graves vertiges et des problèmes au niveau du dos et des genoux) et a perçu des indemnités journalières.

Le 2 mai 2006, est constituée la SPRL L'acte constitutif (pièce 8 dossier ...) reprend l'identité de 3 gérants : Madame S., Monsieur G. et Monsieur S. Les 100 parts sociales sont réparties comme suit : 50 pour S., 25 pour les deux autres fondateurs.

Le siège social est fixé à ... (l'adresse correspondait à l'époque au domicile de Monsieur ...)

À la date du 31 janvier 2007, Monsieur ... est repris dans le répertoire du personnel de la SPRL

Par décision du 5 février 2007 (pièce 1 dossier ...) Monsieur ... est autorisé par le médecin conseil de sa mutuelle à exercer une activité professionnelle salariée à partir du 7 février 2007 dans les limites suivantes :

- 2 heures par jour du lundi ou vendredi
- à prester entre 10h00 et 12h00
- en qualité de consultant administratif de la SPRL

Cette décision stipule expressément que

“La présente autorisation n'est et ne reste valable que pour autant que les conditions qui y sont définies soient respectées.

(...)

En cas de reprise complète du travail, lorsque vous redevenez chômeur complet ou encore si les conditions de travail changent, vous êtes tenu de m'en aviser immédiatement”.

À la date du 17 octobre 2017, Monsieur G. démissionne de son poste de gérant (pièce 9 dossier ...) cède ses parts à Madame S. et est engagé par la société comme salarié (il sera occupé du 19.10.2007 au 11.08.2008 puis du 07.10.2013 au 13.05.2014) (relevé DIMONA – pièce 35ter dossier ...)

Le 4 décembre 2008, est souscrit (par erreur selon Monsieur ... une police d'assurance décès (pièce 18 dossier ...) par la “S.A. ...” sur la tête de M ... qui prévoit le paiement d'un capital en cas de décès dans un délai de 10 ans. L'erreur ne semble avoir été détectée qu'en 2015 (mail du courtier – pièce 19 dossier ...).

En date du 6 avril 2010, Monsieur ... rachète les 75 parts sociales de Madame S. .

Le 12 août 2010, un acte est passé par Maître E.G., notaire de résidence à ... aux termes duquel Madame S. (qui a entretemps déménagé dans l'immeuble de Monsieur ...) en sa qualité de gérant statutaire de la SPRL ... constitue pour mandataire général, Monsieur ... (pièce 15 dossier ...).

Cet acte prévoit notamment que le mandataire reçoit notamment pouvoir :

- d'accomplir tous actes d'administration et de disposition à titre onéreux concernant les biens actuels et futurs de la partie mandante
- d'assister à toutes assemblées de sociétés et de prendre part aux délibérations.

À la date du 7 novembre 2012, Monsieur S. démissionne de son poste de gérant (pièce 10 dossier ...). Il est engagé comme salarié de l'entreprise à compter du 12 novembre 2012.

Le 23 janvier 2014, Monsieur ... introduit une première demande d'autorisation d'exercer la fonction de gérant de la SPRL

Celle-ci est rejetée par le médecin-conseil de l'O.A. par décision du 13 février 2014.

Par lettre du 25 mars (pièce 2 dossier ...) l'intéressé renouvelle sa demande, laquelle fait à nouveau l'objet d'un refus. (décision non produite).

Le 30 avril 2014, Madame S. rachète 75 parts sociales à Monsieur ... et devient ainsi propriétaire de la totalité du capital social (pièce 16bis dossier ...).

Via un formulaire de reprise partielle d'une activité signé le 31 juillet 2014 (annexe à la pièce 2 dossier ...) Monsieur ... fait une troisième tentative pour obtenir une autorisation de travailler comme gérant de la société ... à partir du 1^{er} octobre 2014, qui sera rejetée par décision du 9 juillet 2015 (selon les conclusions du conseil de l'O.A.).

Courant 2015, le service de contrôle de l'INAMI ouvre une enquête sur l'activité exercée par Monsieur ... depuis la reconnaissance de son incapacité de travail.

L'enquête sera menée par plusieurs inspecteurs sociaux, dont Monsieur R. avec lequel Monsieur ... aurait eu un différend (tandis que l'intéressé ne conteste pas s'être rendu personnellement au domicile privé de cet inspecteur pour obtenir des explications).

L'audition de Monsieur ... sera réalisée par le contrôleur social P. en date du 27 mars 2015 (pièce 21 dossier ...).

En préambule, l'intéressé signale qu'il répond à la convocation reçue, qu'il a consulté son avocat, qu'il accepte de répondre aux questions concernant la société ... et que les questions posées (Q) et les réponses données (R) seront actées dans les termes utilisés.

L'audition démarre comme suit :

“Q : Quel est votre numéro de GSM ?

R : le seul numéro de GSM est le numéro de l'entreprise : Je possède un deuxième GSM mais je ne retrouve pas mon code PIN.”.

Par la suite, Monsieur ... va expliquer que son implication dans l'entreprise est limitée dans le temps (2h./jour) et cantonnée à des tâches purement administratives (en exécution de décisions prises par Madame S. ou Monsieur S.).

Il refuse par ailleurs de répondre aux questions suivantes :

- participez-vous aux assemblées générales de la société ?
- qui signe les déclarations à l'impôt des sociétés ?

L'audition de Madame ... sera réalisée par le même contrôleur social en date du 22 mai 2015 (pièce 22 dossier ...).

En préambule, Madame S. signale qu'elle se présente sur convocation, qu'elle a consulté son avocat, qu'elle accepte de répondre aux questions concernant la société ... et que les questions posées et les réponses données seront actées dans les termes utilisés.

L'intéressée va préciser :

- que son activité professionnelle principale est aide-soignante dans une maison de repos situé à ... et qu'elle travaille selon un régime moyen de 28 heures 30 par semaine
- qu'elle est gérante de la société depuis sa création et qu'elle s'occupe de tout au sein de celle-ci
- que Monsieur S. se charge des tests à l'embauche, procède à l'engagement des apprentis après avoir pris contact avec les différentes écoles et effectue les contacts avec les clients, les sous-traitants, les entrepreneurs principaux et les architectes
- que Monsieur ... assure le suivi administratif des dossiers des travailleurs, s'occupe des demandes de chômage temporaire et/ou économique.

Elle refuse par ailleurs de répondre aux questions suivantes :

- qui signe les déclarations à l'impôt des sociétés ?
- qui signe les contrats avec les clients, les sous-traitants, les entrepreneurs principaux et les architectes ?
- auprès de quelle compagnie l'assurance "dirigeant d'entreprise" est souscrite ?

Un *Pro Justitia* est finalement dressé en date du 15 juillet 2015 par l'inspecteur social ... (pièce 1 dossier ...).

Celui-ci générera les décisions suivantes :

- décision (implicite) de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail à compter du 2 mai 2006
- acte du 19 octobre 2015 visant à mettre en demeure de rembourser les indemnités indûment perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
- acte du 24 mars 2016 visant à mettre en demeure de rembourser les primes bien-être relatives aux années 2011 à 2015
- décision du 18 juillet 2016 par laquelle l'INAMI inflige une exclusion du droit aux allocations pour 180 jours
- décision du 8 mai 2017 par laquelle l'ONSS désassujettit Monsieur ... de la sécurité sociale des travailleurs salariés pour la période s'étalant du 2^e trimestre 2010 au 1^{er} trimestre 2017 inclus.

IV. Demandes introduites par les parties :

Le tribunal est saisi des demandes suivantes :

- **de la part de Monsieur ... :**
- annulation de la décision remettant en cause la reconnaissance d'incapacité de travail à compter du 2 mai 2006
- annulation de (voire renonciation à) la récupération des indemnités perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
- annulation (voire renonciation à) la récupération des primes bien-être 2011 à 2015
- reconnaissance du droit aux allocations mutuelle à compter du mois de juillet 2015
- annulation de la sanction infligée par l'INAMI (exclusion de 180 allocations journalières)
- condamnation aux frais et dépens de l'instance
- **de la part de l'O.A. :**
- confirmation de la décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail au 2 mai 2006
- condamnation au remboursement des indemnités perçues du 1^{er} août 2010 au 31 juillet 2015
- condamnation au remboursement des primes bien-être 2011 à 2015
- **de la part de l'INAMI :**
- confirmation de la sanction (exclusion du droit à 180 allocations journalières)

V. Décision du tribunal :

a. Les principes

A.1. NOTION D'INCAPACITÉ ET INCIDENCE DE LA REPRISE D'UNE ACTIVITÉ

“En vertu de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler au sens de ladite loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

La cessation de toute activité est la première condition de la reconnaissance de l'incapacité de travail”.

(C.T. Mons, 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit).

Le terme “activité” ne doit pas être confondu avec les mots “travail” et “activité professionnelle”. Ce terme désigne toute occupation orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, et ce peu importe que cette activité soit occasionnelle voire exceptionnelle, qu'elle soit de minime importance ou faiblement rémunérée (C. T. Mons, 24.06.2004, publié sous www.juridat.be) tout comme il est indifférent que cette activité soit motivée par l'intention de rendre un service à un ami (Ph. Gosseries, “L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire”, J.T.T., 1997, p. 81 et les décisions citées).

“L’assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l’article 100, § 1^{er} interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail, salarié ou non (Cass., 19.10.1992, Chr.D.Soc., 1993, p. 64) si celui-ci entre dans la notion d’incapacité d’activité figurant dans cette disposition légale à savoir “toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, sachant qu’il importe peu à cet effet que cette activité soit occasionnelle, voire même exceptionnelle”.

*(C.T. Mons, 24.02.1989, J.T.T., 1989, p. 192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull. INAMI, 1988, p. 332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull. INAMI, 1992, p. 338 ; C.T. Mons, 18.04.2003, R.G. 14310, inédit).
(C.T. Mons, 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit).*

La reprise d’une activité différente ou plus large que celle autorisée s’assimile à l’exercice d’une activité non autorisée et a également pour effet d’interrompre l’incapacité de travail.

“Cependant, il ne suffit pas d’avoir demandé l’autorisation. Il faut encore s’y tenir strictement.

L’autorisation doit mentionner les conditions d’exercice de l’activité. Le médecin-conseil les apprécie en fonction de l’état de santé du bénéficiaire et de la compatibilité avec le maintien de l’état d’incapacité de travail. Son autorisation est donc accordée sous conditions : s’écarter de ces conditions revient à exercer une activité sans autorisation”.

(C.T. Liège, section Namur, 20.03.2008, R.G. 8.063/2006, accessible via Juridat).

A.2. PRESCRIPTION ET RÉCUPÉRATION DE L’INDU

L’article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que : *“l’action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l’assurance indemnités se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué”.*

L’article 174, alinéa 4, prévoit également que : *“les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l’octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans”.*

La fraude ou les manœuvres frauduleuses dont il est question n’ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d’assurance maladie invalidité.

L’existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l’octroi de prestations indues - ayant pour effet - par application de l’article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - de prolonger de deux à cinq ans le délai de prescription de l’action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées - ne peut résulter - ni de la considération que leur bénéficiaire pouvait se renseigner quant à l’étendue de ses obligations à l’égard de son organisme assureur - ni de la (simple) constatation que la personne concernée n’a pas déclaré au dit organisme assureur la poursuite d’une activité (voir : Cass. 3^e C., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, publié dans le Journal des Tribunaux du Travail, année 2007, p. 222 et ss).

En visant la fraude, le législateur a voulu “viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n’avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d’affirmations sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité ; en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné” (voir: J. Leclercq, dans “La répétition de l’indu dans le droit de la sécurité sociale”, La doctrine du judiciaire. De Boeck & Larder, 1998, p. 318). Le législateur n’ayant cependant pas défini les manœuvres frauduleuses, celles-ci supposent, conformément aux principes du droit commun, un agissement malhonnête, réalisé malicieusement en vue de tromper l’organisme assureur ; l’application du principe général du droit “*Fraus omnia corrumpit*” suppose de même l’existence d’une fraude, laquelle implique la volonté malicieuse, la tromperie intentionnelle (voir : Cass., 3^e C., 04.12.2006, R.G. S.05.0071.F, publié dans le Journal des Tribunaux du Travail, année 2007, p. 222 et ss).

S’agissant de fraude ou de manœuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de loi et de fraude qui recourent :

- pour le dol, tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu’un
- pour la fraude, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi, avec à chaque fois, trait commun, l’existence d’abstention(s), d’omission(s) ou d’agissement(s) volontaire(s) illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l’octroi ou le maintien d’un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d’une simple erreur administrative (voir Leclercq, op. cit., p. 316).

Il en découle que l’assuré social doit avoir eu conscience de ce que ses actes ou son abstention de déclaration avait(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n’avait pas droit (voir en ce sens : C.T. Mons, 08.06.2006, R.G. 19.999, Juridat JS62049_1).

(...)

Dans les matières relevant la sécurité sociale, la preuve de la mauvaise foi d’un assuré social peut concrètement résulter d’une réponse de toute évidence inexacte à des questions pourtant claires et précises (voir en ce sens : C.T. Mons, 09.03.2001, R.G. 16.567, Juridat). Il en va de même lorsque l’assuré social n’a nettement pas répondu correctement aux questions qui lui sont posées dans le formulaire de renseignements destiné à son organisme assureur (voir en ce sens: C.T. Mons, 08.03.2012, 5^e ch., R.G. 2010/AM/323)”.
(C.T. Mons, 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit).

Dans une décision rendue quelques mois plus tard, la même juridiction a considéré que : “Suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, le dol ou la fraude se déduit de comportements adoptés en vue d’obtenir ou de garder par tromperie ce qui n’est pas dû. La fraude ne résulte pas seulement d’allégations mensongères mais peut, également, découler d’abstentions coupables ou d’omissions, notamment, lorsque certaines déclarations sont prescrites (Cass. 04.02.1985, Pas., 1985, I, p. 660 ; Cass., 07.09.1987, J.T.T., 1988, p. 194 ; Cass., 17.09.1979, Pas., 1980, I, p. 49)”.

A.3. SANCTION INAMI

L'article 168^{quinquies} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit :

- en son paragraphe 2 que

"Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, congé de maternité, congé de paternité et d'adoption à raison de trois indemnités journalières ou moins et de 400 indemnité journalières ou plus :

(...)

3° l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités :

a) a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation ;

b) n'a pas informé son organisme assureur de la reprise d'une activité,

c) n'a pas déclaré ses revenus à son organisme assureur".

- en son paragraphe 3 :

"La durée de l'exclusion prévue au § 2 est fixée en fonction de la durée de l'infraction :

(...)

3° peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 150 jours au moins et 400 jours au plus, l'assuré qui a commis une infraction pendant au moins 101 jours.

- en ses paragraphes 5 et suivants, la procédure à suivre pour sanctionner les infractions.

b) Application des principes au cas d'espèce

Le tribunal ne peut que relever les liens physiques étroits reliant Monsieur ... et la SPRL

Dès sa constitution, la société a installé son siège au domicile de Monsieur ... et non à celui d'un des trois associés fondateurs.

Toute personne souhaitant entrer en contact avec l'entreprise (client, fournisseur, membre du personnel, architecte, ...) est donc susceptible à tout moment de "tomber sur l'intéressé" d'autant que :

- vu son statut d'invalidé, il n'exerce aucune activité (professionnelle) extérieure
- la gérante officielle a une activité professionnelle principale dans un autre secteur et en une autre ville
- la société n'a engagé aucun autre employé administratif.

Cela vaut tant pour les visites au siège de l'entreprise que pour les contacts téléphoniques via la ligne fixe de celle-ci.

Il ressort par ailleurs de l'audition de Monsieur actée en date du 27 mars 2015 que celui-ci considère partager avec la SPRL ... le même numéro de téléphone portable, ce qui implique que :

- toutes les personnes désirant contacter l'entreprise ont fait sonner le gsm qui est en possession de Monsieur ... (quel que soit le moment de l'appel)
- lorsque ce dernier utilise son portable, c'est la société qui supporte les frais de communication (quels que soient la nature et l'heure de l'appel).

Il peut utilement souligner qu'en avril 2014, le numéro ... avait déjà été communiqué à ... (ce numéro est également renseigné dans le formulaire complété le 31 juillet 2014 pour solliciter l'autorisation de reprise d'un travail adapté).

Les liens physiques susmentionnés permettent de considérer que l'engagement de Monsieur ... dans la SPRL ... dépassait l'exécution d'un contrat de simple employé administratif prestant de 10h00 à 12h00 du lundi au vendredi.

Il serait invraisemblable de soutenir qu'en dehors de ce créneau horaire très limité, l'intéressé évitait tout contact avec les éventuels visiteurs à son domicile ou s'abstenait de prendre les appels téléphoniques (ligne fixe ou gsm).

Et il peut raisonnablement être tenu pour acquis qu'une société qui gère des chantiers de construction d'immeubles et occupe plusieurs ouvriers reçoit quotidiennement de nombreux appels téléphoniques de clients actuels ou potentiels, fournisseurs, architectes, ouvriers, apprentis, responsable de formation scolaire, comptable, employé du secrétariat social, inspecteurs sociaux, ...

Le non-respect de cette limitation horaire est confirmée via les renseignements qui ont été obtenus auprès du service contrôle de l'ONEM, chargé de vérifier la régularité de la mise au chômage intempéries des ouvriers de la société.

À titre illustratif, Monsieur ... envoie un courriel le 20 mars 2014 à 15h46 pour communiquer l'adresse d'un chantier au contrôleur de l'ONEM (annexe à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A). Il est entendu par ce même contrôleur le 6 mai 2014 à 08h25 (annexe à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A)

Par ailleurs, l'audition actée ce jour-là n'est manifestement pas celle d'un simple exécutant administratif puisque Monsieur ... s'y exprime de la manière suivante :

"Je vous confirme l'existence du chantier sis à Le chantier est pratiquement terminé. Je vous remets copie de la feuille intempéries pour l'année 2014. Le 3 mars 2014, mes ouvriers se sont présentés sur le chantier et mon chef d'équipe m'a signalé que les briques posées sur les échafaudages étaient détrempées et donc dans l'impossibilité de les mettre en œuvre ; en outre, tous les plastics étaient envolés. Les ouvriers sont donc retournés et n'ont pas travaillé. J'ai donc signalé du chômage intempéries. Actuellement, j'occupe 5 ouvriers. Je travaille actuellement en sous-traitance à la rue ..., chez l'architecte"

(ann. à la pièce 12 du dossier administratif que l'INAMI a transmis à l'auditorat du travail – R.G. 16/1439/A).

Toujours à propos de la nature de l'implication dans l'entreprise, il ressort des investigations menées que d'une part Monsieur ... dispose des aptitudes intellectuelles pour diriger une société dans le secteur de la construction (qu'il connaît bien pour y avoir construit toute sa carrière professionnelle) et que d'autre part les autres personnes impliquées dans la société n'avaient pas le temps et/ou pas la carrure pour assumer la gestion d'une entreprise qui propose à la vente des maisons clé sur porte:

- Madame S. exerce principalement comme aide-soignante en maison de repos ; au moment de la constitution de la société elle n'avait aucune expérience dans le bâtiment et n'a fait qu'apporter les fonds (cfr. sa déclaration du 22.05.2015 - pièce 22 dossier ...)
- Monsieur G. a rapidement démissionné de son poste de gérant et, après quelques mois, a été invité à quitter l'entreprise en raison de son manque de sérieux
- Monsieur S. est avant tout un homme de terrain doté de compétences techniques (cfr. sa déclaration écrite - pièce 24 dossier ...)

Le pouvoir décisionnel propre de Monsieur S. ressort également d'une attestation qu'il a lui-même sollicitée auprès d'un ouvrier occupé de longue date dans l'entreprise.

Dans son témoignage écrit, Monsieur S. signale presque incidemment que : *"J'ai vu beaucoup d'ouvrier et d'apprenti qui était (...) nul dans le travail et sais momo qui avait le raie de les metres dehort (...)"* (pièce 29 dossier)

Même sans avoir égard :

- aux déclarations des anciens membres du personnel de l'entreprise (vu les considérations émises de manière répétée quant à la partialité possible de l'inspecteur social qui les a actées)
- ni à l'existence d'une assurance "dirigeant d'entreprise" dont la souscription erronée aurait été découverte plusieurs années plus tard
- ni à la perception d'un dividende de 20.000 EUR en 2011 qui découlerait de la détention d'une majorité des parts sociales, l'importance du rôle de Monsieur A. ressort également d'autres éléments versés au dossier de procédure, et notamment :
- sa gestion exclusive de la problématique du chômage temporaire
- sa gestion quasi-exclusive des licenciements des ouvriers
- son rôle d'intermédiaire exclusif avec l'IFAPME pour la prise en charge des jeunes apprentis (confirmé par Madame F. , déléguée à la tutelle – pièce 8 dossier INAMI)
- la signature de toutes les déclarations de la SPRL ... introduites auprès de l'administration fiscale
- l'existence d'une procuration générale signée par la gérante officielle afin de permettre à Monsieur ... d'intervenir au nom de la société, sans que des tiers puissent soulever son absence de pouvoir.

En conclusions, le tribunal estime qu'il est établi à suffisance que Monsieur ... a exercé une activité dépassant les limites de l'autorisation délivrée par le médecin-conseil de l'O.A. :

- quant à la durée de travail (plus de 10 h. par semaine)
- quant à la plage horaire définie (intervention avant 10h et après 12h)
- et quant à la nature des prestations accomplies : l'implication active et décisive dans l'entreprise excédait celle d'un employé ou d'un consultant administratif.

Il doit également être retenu que Monsieur ... se trouve dans les coulisses de la SPRL ... dès la constitution de celle-ci et l'implantation de son siège au domicile de l'intéressé.

Il s'en déduit que Monsieur ... a sciemment induit en erreur sa mutuelle pour conserver le bénéfice de ses allocations d'invalidité tout en lançant une nouvelle entreprise dans le secteur de la construction.

Les demandes multiples d'autorisation à intervenir comme gérant ne témoignent pas d'une intention d'agir dans les règles mais s'apparentent à une vaine tentative (opérée à un moment où la société risquait de se retrouver sans gérant officiel, ce qui en compromettrait la survie), de couvrir une situation irrégulière initiée quelques années plus tôt.

Le refus de répondre à des questions pertinentes (et "non indiscrètes") posées dans le cadre de l'enquête INAMI peut être épinglé à sa charge.

Non seulement, l'attitude de Monsieur ... exclut toute bonne foi dans son chef mais elle permet de retenir un comportement frauduleux justifiant l'application d'un délai quinquennal de prescription pour la récupération des allocations indûment perçues depuis le lancement de la société

De même, la sanction infligée par l'INAMI doit être confirmée tant en son principe (vu la reprise d'une activité non autorisée) qu'en son quantum (la hauteur de la mesure d'exclusion, soit 180 jours, se justifiant par la longueur de la période infractionnelle et l'importance de l'indu dont une partie ne peut être récupérée car prescrite).

Enfin, le tribunal estime que la demande relative à la reconnaissance du droit aux allocations d'incapacité de travail formulée par Monsieur ... ne peut être accueillie.

En effet, il appartient à une personne reconnue en incapacité de travail qui a interrompu celle-ci par la reprise d'une activité non autorisée de réintroduire une demande de reconnaissance auprès de sa mutuelle (après cessation de l'activité litigieuse). En cas de refus par le médecin conseil, l'assuré social peut ensuite le cas échéant utilement saisir les juridictions sociales.

Le même sort doit être réservé à la demande d'exonération du remboursement de (de renonciation à la récupération de) l'indu, l'octroi de cet avantage relevant de la compétence exclusive du service des indemnités de l'INAMI (art. 101, § 2, al. 2 de la loi du 14.07.1994).

"Le Tribunal n'est pas habilité à s'immiscer dans le traitement administratif de la demande de renonciation, dès lors que celle-ci relève du pouvoir discrétionnaire du Comité de gestion du Service des Indemnités".

(T.T. Mons, section La Louvière, 20.12.2011, R.G. 09/641/A+07/21263/A+09/638/A, accessible via Juridat).

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL DU TRAVAIL,

statuant contradictoirement (art. 747 § 4 du C. jud.),

...

Met hors cause l'O.A. .

Déclare les recours de Monsieur ... contre les décisions de l'O.A. recevables mais non fondés (R.G. 15/1994/A et 16/1439/A) ;

Déclare irrecevable la demande de Monsieur ... visant à obtenir la renonciation de la récupération des allocations indûment perçues ;

Déclare les demandes de l'O.A. recevables et fondées (R.G. 16/495/A et 16/1793/A).

Condamne Monsieur ... à rembourser à l'O.A. la somme de 58.671,10 EUR (57.216,82 EUR + 1.454,28 EUR) ;

Déclare le recours de Monsieur ... dirigé contre l'INAMI recevable mais non fondé ;

Confirme la décision d'exclusion des allocations à concurrence de 180 jours ;

Déclare la demande de Monsieur ... visant à se voir octroyer des allocations d'incapacité de travail à compter du mois de juillet 2015 irrecevable ;

Condamne, en application de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire, l'O.A. et l'INAMI aux frais et dépens de l'instance, liquidés en faveur de Monsieur ... à la somme de 131,18 EUR (indemnités de procédure).

...

VII. Nederlandstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 17 juli 2018

Ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog - Bewijslast (omvang) - Salduz - Rechtsplegingsvergoeding

Dat het RIZIV slechts één aanwijzing vermeldt, is manifest onjuist, wat blijkt uit de opsomming hierboven sub. 8.

Er zijn geen internationale studies nodig om vast te stellen dat de aangerekende prestaties van die aard zijn dat ze onmogelijk kunnen zijn verricht op de door de eisende partijen verklaarde manier, rekening houdende met het aantal uren op een dag en de afgelegde afstanden. Daartoe volstaat het gezond verstand en een routeplanner.

Het opgenomen cijfermateriaal toont op afdoende wijze aan dat het gaat om geregistreerde gegevens die vatbaar zijn voor controle.

Het RIZIV vermocht rekening te houden met voorgaanden (naar analogie Cass. 29.10.2003, A.C. 2003, 905).

Naast zijn eigen onderzoek was het in hoofde van het RIZIV ook niet onredelijk om rekening te houden met het strafonderzoek dat finaal aanleiding heeft gegeven tot een doorverwijzing van Dr. X naar de correctionele rechtbank en met de tuchtrechtelijke voorgaanden.

De aanwijzingen werden niet weerlegd door de eisende partijen, wiens betoog ongeloofwaardig voorkomt.

In dit stadium moet het RIZIV het bedrog niet bewijzen, in tegenstelling tot hetgeen de eisende partijen voorhouden ("per prestatie" en "per dag"). Het volstaat dat het RIZIV de gekwalificeerde aanwijzingen van bedrog bewijst.

Voor het opleggen van een dergelijke voorlopige maatregel moest de leidend ambtenaar geen verdere onderzoeksmaatregelen nemen op aangeven van Dr. X.

De schorsingsmaatregel heeft geen enkele impact op de patiënten die verder van de derdebetalersregeling kunnen genieten wanneer zij Dr. X raadplegen.

Er werd aan de eisende partijen geen (straf)sanctie opgelegd met de bestreden beslissing, doch slechts een voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partijen voor de door Dr. X geleverde prestaties. Het beroep op de Salduzregeling is dan ook ongegrond.

Deze procedure is geen rechtspleging bedoeld in artikel 579 noch in artikel 1017, 2^{de} lid Gerechtelijk Wetboek. Bovendien zijn de eisende partijen geen sociaal verzekerden. Het voorliggende beroep is een "niet in geld waardeerbare vordering".

(17/2033/A)

...

II. Vordering

3.

De eisende partijen stelden beroep in tegen de beslissing *de dato* 25 oktober 2017 van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Met deze beslissing :

- stelt de leidend ambtenaar vast dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van de eisende partijen
- beveelt de leidend ambtenaar overeenkomstig artikel 77^{sexies} van de Ziekteverzekeringswet de volledige opschorting van de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de derdebetalersregeling ten aanzien van de eisende partijen voor een periode van 12 maanden (derdebetalersnummer 13227236).

4.

De eisende partijen vorderen de vernietiging van de bestreden beslissing en vast te stellen dat de verzekeringsinstellingen met onmiddellijke ingang moeten overgaan tot de uitbetaling aan hen in het kader van de derdebetalersregeling.

De eisende partijen vorderen tevens de veroordeling van het RIZIV tot de gedingkosten, begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,18 EUR.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

5.

De rechtbank is bevoegd om kennis te nemen van de vordering (art. 167, 1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringswet).

6.

De vordering werd ingesteld binnen de vervaltermijn van één maand (art. 167, 2^{de} lid van de Ziekteverzekeringswet) en is ontvankelijk.

IV. Feiten

7.

Dr. ... (eerste eisende partij) is huisarts te Koekelare en hij oefent zijn beroep uit via een vennootschap (tweede eisende partij).

Dr. ... , of de manier waarop hij de geneeskunde beoefent, is niet onbesproken.

Aldus blijkt:

- dat Dr. ... reeds eerder het voorwerp was van onderzoeken door het RIZIV wegens aanrekening van niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties en wegens overconsumptie wat betreft huisbezoeken
- dat Dr. ... bij wijze van tuchtmaatregel op 28 september 2016 werd geschrapt van de lijst van de Orde der Artsen, na schorsingen in 2012 (30 dagen+2 maanden) en 2014 (14 dagen), waarbij de schrapping werd bevestigd in graad van beroep
- dat de Provinciale Geneeskundige Commissie op 3 december 2014 het visum van Dr. ... heeft ingetrokken
- dat Dr. ... van 13 februari 2015 tot eind april 2015 onder aanhoudingsmandaat werd geplaatst wegens onwettige uitoefening van de geneeskunde en het opstellen van valse stukken.

Dr. ... merkt op dat geen van deze maatregelen een definitief karakter hebben verworven gelet op de beroepen die hij heeft ingesteld en dat hij onschuldig is tot bewijs van het tegendeel. Zijn definitieve schrapping door de Orde van Artsen werd inmiddels vernietigd door het Hof van Cassatie.

Het Openbaar Ministerie voegt toe dat Dr. ... begin 2018 door de raadkamer werd verwezen naar de correctionele rechtbank wegens de onwettige uitoefening van de geneeskunde (zonder visum tijdens zijn schorsing) en wegens het opstellen en gebruiken van valse stukken, maar dat Dr. ... beroep heeft ingesteld tegen deze verwijzing op 18 april 2018.

8.

Met het oog op de toepassing van de antifraudemaatregel voorzien in artikel 77^{sexies} van de Ziekteverzekeringswet stelde de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV Dr. ... op 25 september 2017 in kennis van de feiten waarop ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog berusten en werd Dr. ... uitgenodigd om zijn verweermiddelen in te dienen.

Dr. ... ging daarop in op 12 oktober 2017. De bestreden beslissing volgde op 25 oktober 2017. Hierin werden de verweermiddelen van Dr. ... besproken.

Het betreft de volgende aanwijzingen :

- een onredelijk hoog aantal patiënten
- een onredelijk hoog aantal patiëntencontacten
- een erg afwijkende ratio van in rekening gebrachte raadplegingen (7,6 % van alle prestaties) versus huisbezoeken (91,1 % van alle prestaties)
- een erg afwijkend aantal huisbezoeken met enorme verplaatsingen over een groot deel van West-Vlaanderen
- een erg afwijkend voorschrijfgedrag met een hoog aantal voorschriften voor psychofarma, methadone, methadonhydrochloride en andere opioïden, en behandeling van verslaafde patiënten op een wijze die volledig in strijd is met het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen
- een exorbitante toepassing van het systeem van de derde-betaler (93 %) bij alle verzekeringsinstellingen.

9.

Parallel met de genomen maatregel wordt door het RIZIV de procedure verdergezet om na te gaan of er ook daadwerkelijk een sanctie kan en dient te worden opgelegd aan Dr. ... wegens schending van de Ziekteverzekeringswet.

V. Beoordeling

10.

De wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid heeft met zijn artikel 78 in titel III, hoofdstuk V van de Ziekteverzekeringswet een afdeling XXII ingevoegd, luidende: "Bepalingen in de strijd tegen de sociale fraude."

Deze afdeling telt twee artikelen waaronder het artikel 77^{sexies} dat luidt als volgt:

"Indien er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van een zorgverlener in de zin van artikel 2, n, kunnen de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de regeling derdebetaler, geheel of gedeeltelijk worden geschorst voor een periode van maximaal 12 maanden.

Elke verzekeringsinstelling of elke sociaal verzekerde kan deze aanwijzingen melden aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, die ook op eigen initiatief kan handelen. Indien een verzekeringsinstelling aanwijzingen meldt aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, deelt zij deze gelijktijdig mee aan de andere verzekeringsinstellingen.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, of de door hem aangewezen ambtenaar, maakt de feiten waarop de aanwijzingen berusten ter kennisgeving over aan de zorgverlener met een aangetekende brief, die geacht wordt ontvangen te zijn de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd. Hij nodigt de zorgverlener uit hem zijn verweermiddelen mee te delen met een aangetekende brief binnen vijftien werkdagen.

Na het onderzoek van de verweermiddelen, of bij afwezigheid van verweermiddelen ontvangen binnen de gestelde termijn, neemt de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, zijn beslissing. Indien hij beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt hij de duur van de periode van de schorsing. Hij bepaalt eveneens of de schorsing geheel of gedeeltelijk is.

De uitvoerbare beslissing van de leidend ambtenaar of van de door hem aangewezen ambtenaar, is gemotiveerd. Zij wordt ter kennisgeving meegedeeld door middel van een aangetekende brief aan de zorgverlener en heeft uitwerking, niettegenstaande beroep, vanaf de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten werd overhandigd. Een afschrift van de beslissing wordt gelijktijdig ter kennisgeving meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen.

Een niet schorsend beroep kan ingesteld worden bij de Arbeidsrechtbank die bevoegd is overeenkomstig artikel 167.

De opschorting vervalt van rechtswege indien binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld."

De Anti Fraude Commissie van het RIZIV heeft op 19 april 2017 richtlijnen uitgevaardigd betreffende de definiëring van het begrip “ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” in de zin van artikel 77^{sexies} van de Ziekteverzekeringswet (B.S. 15.09.2017). Deze luiden als volgt (eigen onderlijning):

“(…) 2. Definiëring begrippen

2.1. DE NOTIE “AANWIJZING”

Een aanwijzing van bedrog is een materieel, concreet en verifieerbaar element dat het voor de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv (hierna: “DGEC”) mogelijk maakt een gegrond vermoeden van bedrog te hebben, wat niet hetzelfde is als een bewijs. Het zou immers in strijd zijn met de wil van de wetgever om de DGEC op voorhand te dwingen te bewijzen wat ze juist op grond van een bijkomend onderzoek wil bewijzen. Uit de tekst van artikel 77^{sexies} GVVU-wet volgt niet dat de DGEC zou moeten beschikken over bekende feiten of vaststellingen die de fraude bewijzen.

De aanwijzingen moeten niet noodzakelijk aan het licht komen tijdens het onderzoek dat wordt gevoerd door de DGEC bij de zorgverlener: zij kunnen ook resulteren uit een ander onderzoek dat werd gevoerd door de DGEC of uit inlichtingen die door de DGEC werden verkregen van andere diensten binnen het RIZIV of van derden (een verzekeringsinstelling, elke sociaal verzekerde, tarifieringsdiensten, alle diensten van de Staat, met inbegrip van de parketten en de griffies van de hoven en van alle rechtscolleges, de provincies, de gemeenten, de verenigingen waartoe ze behoren, de openbare instellingen die ervan afhangen, alsmede van alle openbare en meewerkende instellingen van sociale zekerheid, andere dan de hiervoor vermelde private personen,...). De aanwijzingen in hoofde van de zorgverleners kunnen betrekking hebben op de ingediende getuigschriften voor verstrekte hulp of facturen die het voorwerp uitmaken van de schorsingsregeling.

2.2. DE NOTIE “ERNSTIGE”

Het moet gaan om zwaarwichtige feiten, zoals een reeks van niet verrichte prestaties. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element. Concrete gegevens over een omvangrijke onterechte facturatie versterken de ernst; dit kan ook het geval zijn bij reeksen van inbreuken op de conformiteit.

De aanwijzingen moeten geen bewezen feiten zijn, maar mogen ook niet berusten op wilde of vage veronderstellingen. Ze moeten voldoende geloofwaardigheid bezitten. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element, maar het materieel en het intentioneel element van de fraude dient niet bewezen te worden.

2.3. DE NOTIE “BEDROG”

De parlementaire voorbereidingen verwijzen betreffende de notie “bedrog” naar artikel 232 en verder van het Sociaal Strafwetboek (Parl. St. Kamer 2013-2014, doc. 53, 3349/001, blz. 65, www.de-kamer.be). Bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in met de bedoeling te schaden of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde, in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (Cass. 03.10.1997, Arr. Cass. 1997, 918, Pas. 1997, I, 962. Zie reeds: J. VELU, conclusie voor Cass. 13.06.1985, Pas. 1985, I, 1300; H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil belge*, I, blz. 72, nr. 55.). Dat betreft een feitenkwestie. Gewone nalatigheid, materiële vergissingen, te goeder trouw begane onjuistheden, enz. vallen niet onder dat begrip.

De aanwijzingen van bedrog hoeven niet specifiek een verband met de derdebetalersregeling te vertonen opdat de maatregel kan worden toegepast.

2.4. DE NOTIE “NAUWKEURIG”

De aanwijzingen moeten nauwkeurig zijn. De DGEC moet bijgevolg voldoende gemotiveerd en precies kunnen aangeven waarom zij in een concreet dossier meent over aanwijzingen van bedrog te beschikken. Het is niet vereist dat de kennisgeving ook nauwkeurig vermeldt om welke precieze bedoelingen te schaden het gaat. Het volstaat dat de aanwijzingen van fraude nauwkeurig worden vermeld.

2.5. DE NOTIE “OVEREENSTEMMEND”

Het volstaat niet dat de DGEC over één ernstige en nauwkeurige aanwijzing van bedrog beschikt opdat hij toepassing kan maken van het mechanisme uit artikel 77^{sexies} GVVU-wet. Er dienen verschillende aanwijzingen aanwezig te zijn, die overeenstemmend met elkaar dienen te zijn.

2.6. DE NOTIE “IN HOOFDE VAN EEN ZORGVERLENER”

Volgens de wet moeten de aanwijzingen inzake bedrog bestaan in hoofde van een zorgverlener in de zin van artikel 2, n) GVVU-wet. Artikel 2, n) GVVU-wet definieert het begrip “zorgverlener”, als volgt: “de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de verplegingsinrichtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen. Worden voor de toepassing van artikelen 73^{bis} en 142 gelijkgesteld met zorgverleners, de natuurlijke of rechtspersonen die hen tewerkstellen, die de zorgverlening organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren”.

3. Lijst met voorbeelden:

Kunnen bijvoorbeeld een “ernstige en nauwkeurige aanwijzing van bedrog” vormen :

- het voorleggen van documenten of geschriften die een weglating, een verandering of vermelding van fictieve gegevens bevatten met het oog op het ontvangen van een onterechte terugbetaling van de verzekering voor geneeskundige verzorging
- het voorleggen van documenten of geschriften die werden opgesteld buiten het medeweten van de persoon die op het document staat vermeld
- het herhaaldelijk plegen van dezelfde of gelijkaardige inbreuken, zoals bijvoorbeeld de facturatie van niet verrichte prestaties, a fortiori wanneer een zorgverlener reeds definitief werd veroordeeld door de leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamer van eerste aanleg, de Kamer van beroep, een disciplinaire instantie of ieder ander rechtscollege; (...)
- De prestaties die werden aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging komen onwaarschijnlijk voor, gelet op, bijvoorbeeld, de tijdsbesteding die nodig is om die prestaties te kunnen verrichten; (...).

11.

De eisende partijen betwisten vooreerst ten onrechte dat er sprake is van meerdere aanwijzingen (in het meervoud) van bedrog. Zij stellen dat het RIZIV slechts één aanwijzing vermeldt, met name het verrichten van zeer veel huisbezoeken. Dit is manifest onjuist, wat blijkt uit de opsomming hierboven sub. 8.

Het gaat bovendien om overeenstemmende aanwijzingen die voortvloeien uit een kennelijk grondig gevoerd onderzoek (stuk 1 van het RIZIV) waarvan uitvoerig verslag werd uitgebracht in de bestreden beslissing.

Het opgenomen cijfermateriaal toont op afdoende wijze aan dat het gaat om geregistreerde gegevens die vatbaar zijn voor controle.

De cijfers zijn sprekend. Er zijn geen internationale medische studies nodig om vast te stellen dat de aangerekende prestaties van die aard zijn dat ze onmogelijk kunnen zijn verricht op de door de eisende partijen verklaarde manier, rekening houdende met het aantal uren op een dag en de afgelegde afstanden. Daartoe volstaat het gezond verstand en een routeplanner.

Naast zijn eigen onderzoek was het in hoofdte van het RIZIV ook niet onredelijk om rekening te houden met het strafonderzoek dat finaal aanleiding heeft gegeven tot een doorverwijzing van Dr. ... naar de correctionele rechtbank en met de tuchtrechtelijke voorgaanden.

Net zoals het Openbaar Ministerie meent de rechtbank dat het RIZIV terecht heeft geoordeeld dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn.

Deze aanwijzingen werden niet weerlegd door de eisende partijen, wiens betoog ongeloofwaardig voorkomt. Zo gaat Dr. ... prat op zijn buitengewone fysieke conditie en zijn hoge intelligentie. Hij zou tal van patiënten hebben bij wie hij op huisbezoek gaat terwijl deze niet in hun woonplaats verblijven maar op een adres in de regio van Dr. ... Zo zou hij zeer veel huisbezoeken kunnen afleggen omdat hij hulp krijgt van 3 secretaressen en 6 verpleegsters daar waar het Openbaar Ministerie ter kennis van de rechtbank bracht dat Dr. ... slechts 1 persoon in dienst heeft (raadpleging databank DOLSIIS).

In dit stadium moet het RIZIV het bedrog ook niet bewijzen, in tegenstelling tot hetgeen de eisende partijen voorhouden ("per prestatie" en "per dag") hoewel zij anderzijds ook verwijzen naar punt 2.2 van de Richtlijnen die terzake duidelijk zijn ("De aanwijzingen moeten geen bewezen feiten zijn, maar mogen ook niet berusten op wilde of vage veronderstellingen. Ze moeten voldoende geloofwaardigheid bezitten. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element, maar het materieel en het intentioneel element van de fraude dient niet bewezen te zijn");

Het volstaat dat het RIZIV de ge kwalificeerde aanwijzingen van bedrog bewijst en dit is gebeurd. Het is pas in een volgend stadium dat het RIZIV desgevallend daadwerkelijk inbreuken op de Ziekteverzekeringwet zal vaststellen, dit in een proces-verbaal van vaststelling (art. 73*bis* en art. 142, § 2, 1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringwet).

Dit moet gebeuren binnen het jaar na de bestreden beslissing, op straffe van verval van deze laatste.

12.

De eisende partijen roepen eveneens ten onrechte een schending van de formele motiveringsplicht en van het materiële motiveringsbeginsel in.

De bestreden beslissing is uitvoerig gemotiveerd in feite en ook haar rechtsgrond werd vermeld. De toepassing wordt afdoende weergegeven.

Het verweer van de eisende partijen voorafgaand aan de bestreden beslissing en tijdens de procedure toont aan dat zij wel degelijk begrijpen waarom de derdebetalersregeling werd opgeschort. Zodoende heeft het RIZIV voldaan aan artikel 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de motivering van bestuurshandelingen.

De motivering is bovendien deugdelijk, met verwijzing naar de feitelijke gegevens zoals deze naar voren zijn gekomen uit het onderzoek van het RIZIV, en van aard om de bestreden beslissing te dragen.

13.

De eisende partijen stellen dat ook het zorgvuldigheidsbeginsel en het redelijkheidsbeginsel geschonden zijn.

De inhoud van de bestreden beslissing toont nochtans aan dat er een uitvoerig en kennelijk grondig onderzoek aan is voorafgegaan, en dit in een dossier met voorgaanden waarmee het RIZIV vermocht rekening te houden (naar analogie Cass., 29.01.2003, A.C., 2003, 905).

De beslissing is ook niet ontgaan van redelijkheid en het RIZIV heeft zijn beleidsvrijheid wel correct aangewend. De beslissing werd op dat punt gemotiveerd. Overigens houdt de bestreden beslissing slechts een voorlopige maatregel in, die niet definitief ingrijpt op de rechten van Dr. ...

Voor het opleggen van een dergelijke voorlopige maatregel moest de leidende ambtenaar dan ook geen verdere onderzoeksmaatregelen nemen op aangeven van Dr. ...

Dr. ... doet de waarheid geweld aan waar hij voorhoudt dat de bestreden beslissing tot gevolg heeft dat zijn minderbedeelde patiënten niet meer verder medisch kunnen worden verzorgd door hem, zodat de continuïteit van hun verzorging in het gedrang komt. De maatregel heeft immers geen enkele impact op de patiënten die wel verder van de derdebetalersregeling kunnen genieten wanneer zij Dr. ... raadplegen. Het is enkel Dr. ... die daar een (vooralsnog voorlopig) financieel nadeel van ondervindt.

14.

De eisende partijen roepen tot slot een schending van hun rechten van verdediging in, zoals gewaarborgd door artikel 6 van het EVRM, artikel 47*bis* van het Wetboek van Strafvordering en artikel 62 van het Sociaal Strafwetboek. Zij hekelen met name dat de leidende ambtenaar geen bijkomende onderzoekdadende heeft verricht op hun verzoek, daar waar de bestreden beslissing een sanctie inhoudt.

Het uitgangspunt van dit middel is evenwel foutief. Er werd aan de eisende partijen immers geen (straf)sanctie opgelegd met de bestreden beslissing, doch slechts een tijdelijke voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partijen voor de door Dr. ... geleverde prestaties.

De betalingen aan de eisende partijen worden enkel “bevroren” als bewarende maatregel van preventieve aard.

Een sanctie zal eventueel aan de eisende partijen opgelegd worden in een later stadium, in zoverre er inbreuken op de Ziekteverzekeringswet worden vastgesteld in een proces-verbaal, en dit in overeenstemming met artikel 142, § 1 van de Ziekteverzekeringswet.

VI. Kosten

15.

De eisende partijen begroten de rechtsplegingsvergoeding op 131,18 EUR, kennelijk met toepassing van artikel 4 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007.

Deze bepaling is echter niet van toepassing want deze procedure is geen rechtspleging bedoeld in artikel 579 noch in artikel 1017, 2^{de} lid gerechtelijk wetboek. Bovendien zijn de eisende partijen geen sociaal verzekerden. De rechtsplegingsvergoeding moet worden begroot in overeenstemming met artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007.

Het RIZIV begroot de rechtsplegingsvergoeding in overeenstemming met artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007 op 12.000,00 EUR, hetgeen het bedrag is voor vorderingen tussen de 500.000,01 EUR en 1.000.000,00 EUR. Het voorliggende beroep tegen de administratieve beslissing *de dato* 25 oktober 2007 van het RIZIV is echter een “niet in geld waardeerbare vordering”.

Opdat een vordering in geld waardeerbaar zou zijn volstaat het niet dat de financiële inzet van het geding kan worden bepaald.

Wel is vereist dat er een welbepaalde som wordt gevorderd in de inleidende akte dan wel in de laatste conclusie (G. DE LEVAL et F. GEORGES, *Précis de droit judiciaire*, t. I, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 335, n° 507; H. BOULARBARH, “Actualités en matière de répétibilité des frais et honoraires d’avocat” in *Actualités en droit judiciaire*, Anthémis, CUP, vol. 122, 2010, p. 170). Dit is niet het geval *in casu*.

De rechtsplegingsvergoeding wordt daarom bepaald op 1.440,00 EUR.

OM DEZE REDENEN

DE RECHTBANK

Na eensluidend mondeling advies van de heer ... , substituut-arbeidsauditeur.

Rechtsprekend op tegenspraak.

Verklaart de vordering ontvankelijk doch ongegrond.

Veroordeelt de eisende partijen tot de gedingkosten, door de eisende partijen begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,18 EUR doch door de rechtbank gebracht op 1.440,00 EUR en door het RIZIV begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 12.000,00 EUR maar door de rechtbank herleid tot 1.440,00 EUR.

...

VIII. Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen, 23 oktober 2018

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, artikel 6, § 5, 3.A.3 - Openbare orde

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is van openbare orde. De rechter beschikt - zelfs in een behartenswaardig geval - niet over de vrijheid om ervan af te wijken.

A.R. 16/3709/A

...

2. Voorgaanden

Met tussenvonnis van 4 mei 2017 werd de vordering van eisende partij ontvankelijk verklaard, doch alvorens ten gronde te beslissen werd een geneesheer-deskundige aangesteld met opdracht eisende partij te onderzoeken, en na te gaan of zijn medische toestand het verantwoordt om binnen de termijn van zeven jaar, zoals voorzien door de nomenclatuur van het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese.

Het definitief deskundig verslag van dokter M. ... werd ontvangen ter griffie op 24 april 2018.

3. Deskundigen verslag

In dit verslag komt de deskundige, na grondig medisch onderzoek van eisende partij, tot het volgende besluit:

“(…) Ik heb mij als oncoloog-expert gefocust op de medische indicatie die destijds leidde tot de beslissing voor hernieuwing van de prothese. Daarenboven heb ik de patiënt gezien en rekening gehouden met de impact van de nieuwe prothese op de huidige levenskwaliteit van de patiënt.

De uitgebreide chirurgische interventie (08/2014) en het moeilijk post-operatief verloop voor het recidief van het larynxcarcinoom resulteerde in een belangrijk gewichtsverlies en een impact op de algemene conditie. In zulke situatie is optimalisatie van de voedingstoestand een absolute must. Die moet toelaten een verdere revalidatie mogelijk te maken. Een aanpassing/vervanging van een bestaande prothese is vaak een noodzaak. In deze specifieke casus wordt deze beslissing zelfs gemotiveerd door een beslissing van een MOC. Indien men de huidige klinische toestand indachtig is, dan kan men alleen maar vaststellen dat de vernieuwing van de prothese een belangrijke impact heeft gehad op de levenskwaliteit van de patiënt. Dit zowel qua voedingstoestand als qua stemproblematiek. Daarenboven is er de co-morbiditeit van de essentiële trombocytose. Hoewel goed onder controle, kan deze trombocytose aanleiding geven tot complicaties bij een onaangepaste prothese.

Vanuit medisch standpunt kan ik dus enkel achter de beslissing staan om de prothese aan te passen of te vervangen binnen een termijn korter dan de wettelijk voorziene termijn (7 jaar).

Deze visie als oncoloog had ik graag nog ondersteund gezien door een expert-tandarts. Hiervoor werd initieel advies gevraagd bij collega Hij verwees me naar collega ... voor een tweede opinie in dit dossier. Collega ... heeft op vrijdag 3 november 2017 het dossier ontvangen. Wij zijn in afwachting van zijn antwoord.

Vanuit juridisch technisch standpunt kan ik de argumentatie van de Technische Raad volledig begrijpen. Een strikte toepassing van de wetgeving hieromtrent is een absolute noodzaak. Doch in deze specifieke casus van ... neem ik mij de vrijheid toe op basis van het hoger beschrevene om de vraag van de rechtbank namelijk of de medische toestand het verantwoordt om binnen de termijn van 7 jaar, zoals voorzien door het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese positief te beantwoorden.

4. Beoordeling

De deskundige komt in zijn gemotiveerd verslag tot het besluit dat hij vanuit juridisch technisch standpunt de argumentatie van de Technische Raad volledig kan begrijpen. Een strikte toepassing van de wetgeving hieromtrent is een absolute noodzaak.

Doch in deze specifieke *casus* van ... neemt hij de vrijheid om op basis van het hoger beschrevene om de vraag van de rechtbank, namelijk of de medische toestand het verantwoordt om **binnen de termijn van 7 jaar**, zoals voorzien door het RIZIV, te voorzien in de hernieuwing van een tandprothese positief te beantwoorden.

Het deskundig verslag werd aan partijen in voorlezing verzonden en de deskundige ontving geen opmerkingen van partijen.

In conclusies neergelegd ter griffie op 6 augustus 2018 verwijst het RIZIV, daarin bijgetreden door eerste verweerster, naar de wetgeving ter zake en de daarin opgesomde specifieke gevallen die wel in aanmerking komen voor vroegtijdige vervanging.

De nomenclatuur van het RIZIV is evenwel **van openbare orde. De rechter beschikt niet over de vrijheid om af te wijken van de wettelijke bepalingen.**

Vermits de deskundige uitdrukkelijk stelt dat vanuit juridisch technisch standpunt eisende partij niet voldoet aan de wettelijke bepalingen om vervroegd tussenkomst in een implantaatprothese te bekomen en evenmin voldoet aan de wettelijke uitzonderingen, kan de rechtbank niet anders dan te stellen dat eisende partij *hic* et *nunc* niet in aanmerking komt voor tussenkomst voor de vroegtijdige vervanging.

Zelfs in een behartenswaardig geval als het gene thans voorligt, kan de wet, die *in casu* van openbare orde is, niet terzijde worden geschoven.

Dura lex, sed lex.

Anders ware het geweest indien de deskundige tot de bevinding was gekomen dat eisende partij voldeed aan één van de wettelijke uitzonderingen, hetgeen thans niet blijkt.

Mogelijk kan eisende partij nog beroep doen op het BIJZONDER SOLIDARITEITSFONDS teneinde tussenkomst te bekomen.

De vordering van eisende partij dient derhalve als ongegrond te worden afgewezen.

5. Kosten deskundig onderzoek

Partijen maakten geen opmerkingen in verband met de ereloon- en kostenstaat van de deskundige.

6. Rechtsplegingsvergoeding

Door eisende partij wordt het maximumbedrag aan rechtsplegingsvergoeding gevraagd voorzien in artikel 4 van het koninklijk besluit van 26 oktober 2007 tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingsvergoeding.

Als argument wordt door eisende partij de complexiteit van de procedure door de aanstelling van een deskundige en het opvolgen van het deskundigenonderzoek aangehaald.

De rechtbank is van oordeel dat deze eis gerechtvaardigd voorkomt.

7. Beslissing

Na beraadslaging beslist de rechtbank op tegenspraak, als volgt.

Verklaart de vordering van eisende partij **ongegron**d.

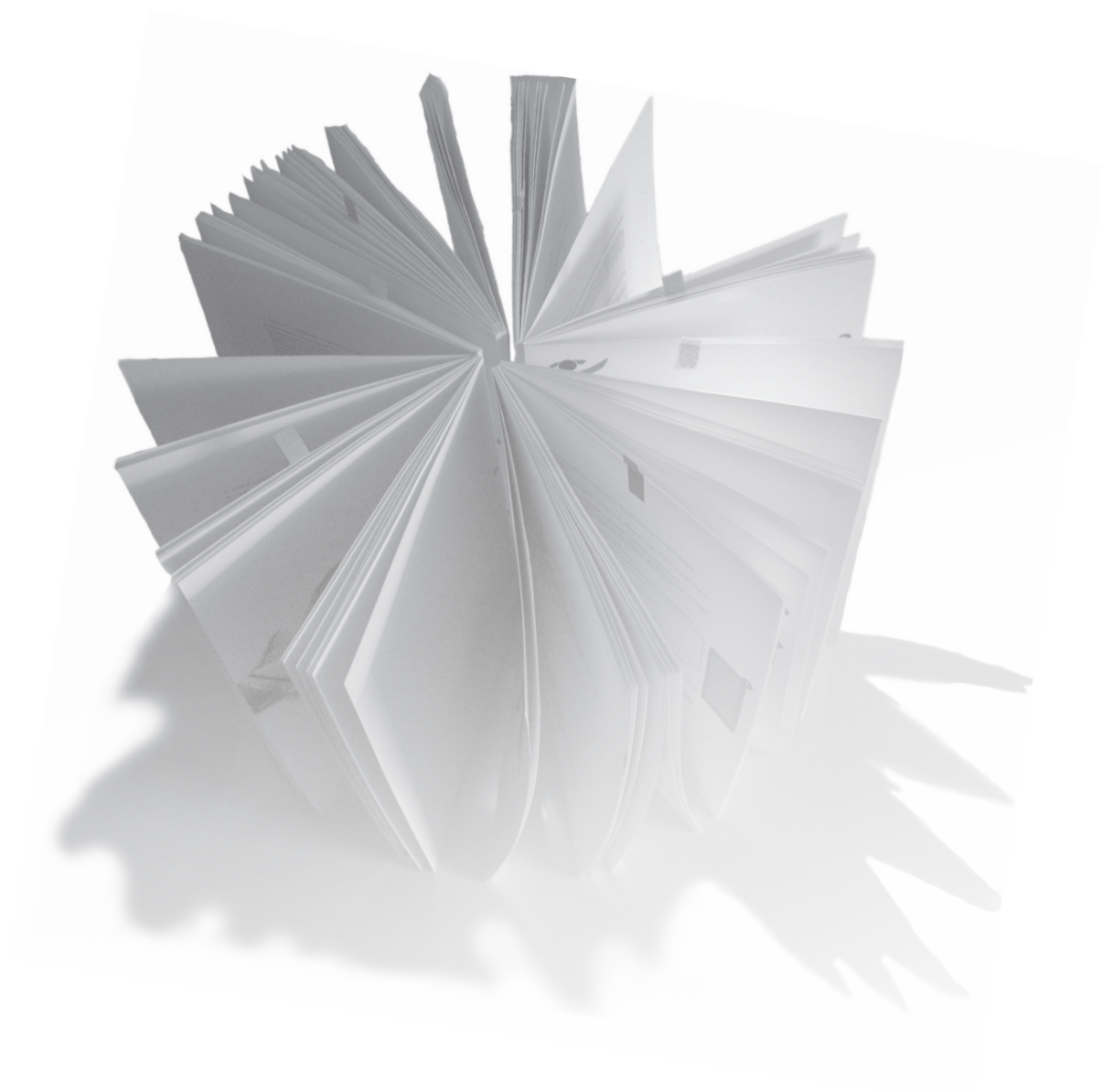
Bevestigt de bestreden administratieve beslissing van 23 maart 2016 van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit.

Zegt voor recht dat eisende partij niet gerechtigd is op een voortijdige vervanging van de prothese.

...

3^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Opdrachten – Inbreuken van zorgverleners –
Controleonderzoeken – Bedragen – Terugbetalingen –
Overwogen oplossingen

Vraag nr. 2359, gesteld op 26 april 2018 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw CASSART-MAILLEUX, volksvertegenwoordigster¹

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) heeft verschillende opdrachten in verband met de terugbetaalbare verstrekkingen voor geneeskundige verzorging en de prestaties van de uitkeringsverzekering.

Een van de opdrachten van de DGEC is het vaststellen van inbreuken van zorgverleners die aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) ten onrechte verstrekkingen aanrekenen, die ze bijvoorbeeld helemaal niet verleenden of niet verleenden volgens de reglementering.

1. Hoeveel dergelijke overtredingen heeft de DGEC in 2015, 2016 en 2017 vastgesteld ? Met welk bedrag stemt dit overeen ? Werden de factoren die verantwoordelijk zijn voor een stijging of daling van het aantal inbreuken vastgesteld ? Zo ja, om welke factoren gaat het?
2. Wat gebeurt er indien een inbreuk wordt vastgesteld ? Is er sprake van recidive ?
3. Welke oplossingen worden overwogen, voorgesteld of ingevoerd om het aantal inbreuken door zorgverleners die aan de GVU-verzekering ten onrechte verstrekkingen aanrekenen, die ze bijvoorbeeld helemaal niet verleenden of niet verleenden volgens de reglementering, verder te doen dalen ?

Antwoord :

1. Per jaar waarin de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) de controleonderzoeken afsloot, geef ik in tabel 1 hieronder het aantal inbreuken voor niet uitgevoerde en niet conforme (aan de nomenclatuur) verstrekkingen met hun respectievelijke bedragen ten laste. Per onderzoek zijn er meerdere inbreuken. Sommige inbreuken in hetzelfde onderzoek kunnen mekaar overlappen.

1. Bulletin nr. 173, Kamer, gewone zitting 2018-2019, p. 126.

Tabel 1. Aantal niet uitgevoerde en niet conforme inbreuken met bedrag ten laste

	2015		2016		2017	
	Inbreuken	Bedrag (EUR)	Inbreuken	Bedrag (EUR)	Inbreuken	Bedrag (EUR)
Niet uitgevoerd	661.697	2.804.398,57	151.119	1.850.598,70	185.756	2.217.001,92
Niet conform	458.698	9.090.110,27	357.705	7.292.395,23	761.052	4.912.824,18

Per jaar kunnen de aantallen en bedragen ten laste variëren door een aantal thematische controle-onderzoeken met belangrijke bedragen ten laste en/of een groot aantal inbreuken.

Het aantal onderzoeken is de laatste jaren afgenomen.

2. Bij alle vaststellingen maakt de DGEC een proces-verbaal op met de vraag tot vrijwillige terugbetaling. Afhankelijk van het soort inbreuk en de ernst van de vastgestelde inbreuken evenals de eventuele vrijwillige terugbetaling zijn er drie mogelijke gevolgen: afsluiten na een vrijwillige terugbetaling, procedure voor de leidend ambtenaar van de DGEC of de Kamer van eerste aanleg, of doorsturen naar de bevoegde instantie. In tabel 2 hieronder vindt u de aantallen per onderzoek.

Tabel 2. Aantal dossiers in procedure, afgesloten na vrijwillige terugbetaling of met actie voor derden

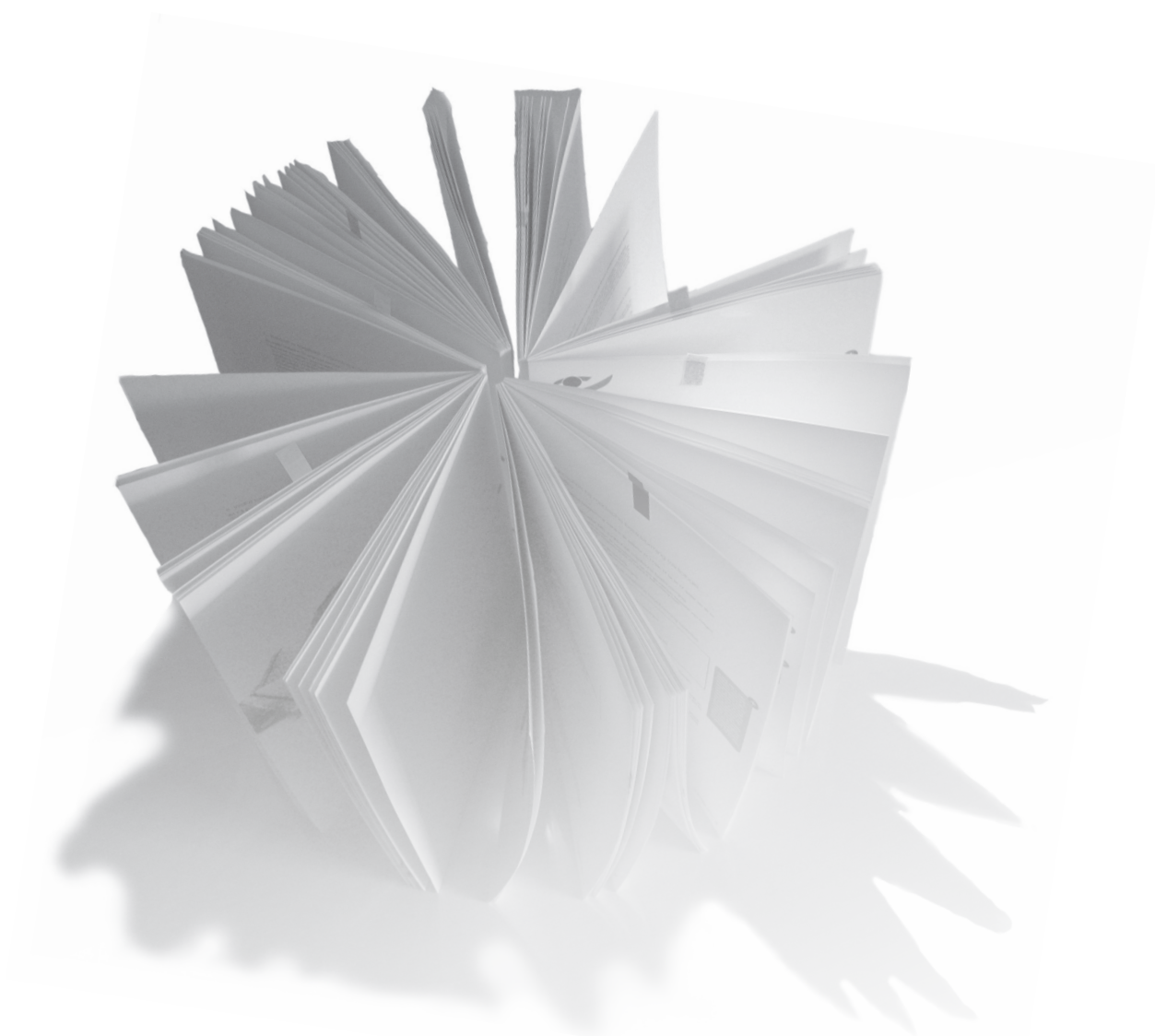
	2015	2016	2017
Procedure	111	78	60
Afsluiting na vrijwillige terugbetaling	278	203	191
Actie voor derden	110	107	108

Bij de beslissing over de omvang van de administratieve boete wordt rekening gehouden met antecedenten. De geanonimiseerde, definitieve beslissingen van de administratieve rechtscolleges van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) zijn terug te vinden op de website van het RIZIV. (onder Professionals, Info voor allen).

3. De DGEC werkt op verschillende terreinen om met de beschikbare middelen impact te hebben op het aanrekengedrag van de zorgverleners, waaronder :

- systematische risicoanalyses op basis van beschikbare data waarbij we streven om toegang te hebben tot recente data
- focus op efficiënte thematische controles
- proactieve opvolging van intentionele fraudeurs
- inzetten op preventie via gepersonaliseerde informatiecampagnes
- concreet advies voor een duidelijker reglementering
- verzorgen van infoboxen voor de zorgverleners.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Integratie geïnterneerden geplaatst in verzorgingsinstelling in verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Van toepassing vanaf 1 januari 2018.

I. Context

Het koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende geïnterneerden, zal worden gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Hetzelfde geldt voor de Verordening van 23 oktober 2017 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Deze reglementaire aanpassingen kaderen in de beslissing van de regering om geïnterneerden die worden geplaatst in verzorgingsinstellingen te integreren in de verplichte ziekteverzekering vanaf 1 januari 2018.

Dit houdt in dat deze personen vanaf 1 januari 2018 recht hebben op de uitbetaling van prestaties geneeskundige verzorging ten laste van het ziekenfonds.

De schorsing van uitbetaling van prestaties geneeskundige verzorging lastens het ziekenfonds is sedert 1 januari 2018 opgeheven voor de periode van plaatsing in een verzorgingsinstelling.

Door het voormelde ontwerp van koninklijk besluit worden drie wijzigingen doorgevoerd:

- 1) Een schorsing van wachttijd tijdens de periode van plaatsing;
- 2) Een schorsing van de bijdrageplicht als gerechtigde resident;
- 3) Een precisering van de uitwerking van de inschrijving/herinschrijving van een geplaatste geïnterneerde.

II. Verduidelijking doelgroep

a) Afbakening doelgroep

Conform het voormelde koninklijk besluit vindt de integratie toepassing op geplaatste geïnterneerden, dit is geïnterneerden voor dewelke de kamer bescherming maatschappij een beslissing tot plaatsing heeft genomen.

Het criterium (plaatsingsbeslissing) houdt bijgevolg in principe geen rekening met het type instelling waar de geplaatste geïnterneerden vervolgens zoal kunnen terecht komen. Het betreft dus niet enkel geïnterneerden geplaatst in ziekenhuizen (algemene en psychiatrische) doch ook geïnterneerden die geplaatst zijn in inrichtingen die behoren tot de bevoegdheid van de deelstaten: rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, instellingen voor mindervaliden, enz.

Wel wordt niets gewijzigd aan de specifieke financiering van de FPC's met als gevolg dat geïnterneerden die worden geplaatst in een FPC (Gent of Antwerpen) geen deel uitmaken van de doelgroep.

Hetzelfde geldt voor de geïnterneerden die worden geplaatst in instellingen van de FOD Justitie (inrichtingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij = Pfaive, Turnhout, Brugge en Merksplas). Deze blijven voor hun geneeskundige verzorging ten laste van de FOD Justitie.

b) Kennisgeving aan V.I. van statuut geplaatste geïnterneerde

De V.I. zal steeds in kennis worden gesteld van het feit dat een lid als geïnterneerde werd geplaatst in een verzorgingsinstelling.

Elke V.I. zal tijdens het laatste kwartaal van 2017 een lijst ontvangen van geïnterneerden geplaatst in een verzorgingsinstelling die bij haar zijn aangesloten.

Daarna zal de plaatsing van een lid als geïnterneerde aan de V.I. worden meegedeeld door het ziekenhuis via MyCarenet bericht 721*bis* (kennisgeving van ziekenhuisopname).

In afwachting van de aanpassing van MyCarenet bericht 721*bis* zal de kennisgeving aan de V.I. gebeuren aan de hand van een specifiek papieren formulier.

III. Voor welke prestaties (en voor welke verblijven) kan de verplichte ziekteverzekering tussenkomen?

Geplaatste geïnterneerden zullen genieten van de prestaties van de verplichte ziekteverzekering en dus meer bepaald voor de zorg waarvoor de ZIV via klassieke facturatie kan tussenkomen.

IV. Betaling remgeld door FOD Justitie telt mee in kader van maximumfactuur

Conform de regeringsbeslissing zal de FOD Justitie instaan voor de betaling van het remgeld (evenals niet-terugbetaalde geneesmiddelen, eventuele supplementen en andere kosten).

Het remgeld dat door de FOD Justitie wordt betaald telt mee in het kader van de maximumfactuur.

Remgelden die te veel werden betaald door de FOD Justitie omdat, in het kader van de MAF aan 100 %, het recht op MAF later werd meegedeeld aan de zorgverlener, dienen door de V.I. te worden terugbetaald aan de FOD Justitie.

Afgezien van deze bijzonderheden, zijn de gebruikelijke MAF regels van toepassing.

V. Administratieve integratie: Residuaire vangnet op vlak van verzekeraarbaarheid

De regering wenst de gebruikelijke ZIV regels zoveel als mogelijk te laten spelen.

Wél wordt een residuaire vangnet voorzien om te bewerkstelligen dat het ziekenfonds de prestaties geneeskundige verzorging kan betalen tijdens de periode van plaatsing in een verzorgingsinstelling.

Indien een geplaatste geïnterneerde aldus recht heeft op geneeskundige verzorging volgens de gebruikelijke verzekeraarbaarheidsregels, moet het ziekenfonds deze oplossing gebruiken en wordt het residuaire vangnet niet gebruikt.

Voorbeeld 1: X geniet een tegemoetkoming als mindervalide en is ingeschreven als gerechtigde mindervalide. X wordt geïnterneerd en vervolgens geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Ziekenfonds van X gebruikt het residuaire vangnet niet.

Als een geplaatste geïnterneerde geen recht heeft op geneeskundige verzorging volgens de gebruikelijke verzekeraarbaarheidsregels, kan het ziekenfonds het residuaire vangnet gebruiken.

Voorbeeld 2: X is ingeschreven als gerechtigde werknemer maar heeft een onvoldoende bijdragebon voor (referte)jaar 2016 met als gevolg dat zijn recht op geneeskundige verzorging niet werd verlengd door het ziekenfonds voor 2018. X wordt op 1 februari 2018 geplaatst als geïnterneerde in een psychiatrisch ziekenhuis. Ziekenfonds van X gebruikt het residuaire vangnet.

De residuariteit van het vangnet houdt geenszins de verplichting in voor de verzekeringsinstelling om continu na te gaan of de geplaatste geïnterneerde in aanmerking komt voor een andere hoedanigheid. Wél behoort het tot de algemene opdracht van de verzekeringsinstelling om steeds de meest voordelige oplossing voor de sociaal verzekerde na te streven. Voor een geplaatste geïnterneerde kan de overschakeling naar een andere hoedanigheid belangrijk zijn in het licht van een toekomstige vrijlating.

VI. Residuaire vangnet: Schorsing bijdrageverplichting als gerechtigde resident

a) Toelichting

Artikel 134, negende lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 werd aangevuld met de volgende zin:

“De bijdragebetaling wordt geschorst voor de gerechtigde die, overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering, geplaatst is in een verzorgingsinstelling, met uitzondering van de inrichtingen zoals bedoeld in artikel 3, 4^e, a), b) en c) van dezelfde wet.”

Teneinde een evaluatie te kunnen maken van de kostprijs van het residuaire vangnet voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt er gevraagd aan de verzekeringsinstellingen om een inkomstenonderzoek te realiseren om de toepasselijke bijdrage te bepalen. Deze bijdrage dient te worden meegedeeld aan de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV volgens nog te bepalen modaliteiten.

De uitvoering van dit inkomensonderzoek belet niet dat de geplaatste geïnterneerde reeds onmiddellijk wordt ingeschreven als gerechtigde resident.

Ook houdt de schorsing van de bijdrageplicht als gerechtigde resident in dat er geen valideringsbijdrage zoals bedoeld in artikel 252, zevende lid dient te worden betaald in geval van een inschrijving of herinschrijving van een geplaatste geïnterneerde.

b) Eerste situatie: geplaatste geïnterneerde dient te worden ingeschreven/heringeschreven

In geval een geplaatste geïnterneerde wordt ingeschreven/heringeschreven, wordt deze persoon ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde resident, tenzij een andere hoedanigheid tot de mogelijkheden behoort en meer opportuun voorkomt voor de sociaal verzekerde.

 **Voorbeeld 3:** X is niet langer ingeschreven bij een V.I. De geldigheid van zijn inschrijving is vervallen op 31 december 2017 omdat hij geen recht had tijdens 2016 en 2017. X wordt op 1 februari 2018 als geïnterneerde geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. X wordt, met hulp van de sociale dienst van het ziekenhuis, heringeschreven bij V.I. Y. V.I. Y schrijft X in als gerechtigde resident en opent het recht zonder dat X een valideringsbijdrage moet betalen.

c) Tweede situatie: geplaatste geïnterneerde heeft geldige inschrijving

In geval een geplaatste geïnterneerde is ingeschreven bij een ziekenfonds maar geen recht meer heeft op geneeskundige verzorging, doet het ziekenfonds beroep op de hoedanigheid van gerechtigde resident om het recht te verlengen, tenzij een andere hoedanigheid tot de mogelijkheden behoort en meer opportuun voorkomt voor de sociaal verzekerde. Het recht wordt in dat geval verlengd voor een kalenderjaar overeenkomstig de gebruikelijke regels van verlenging van rechten.

 **Voorbeeld 4:** X is ingeschreven bij V.I. Y maar zijn recht werd niet verlengd voor 2018 omdat hij onvoldoende heeft gewerkt tijdens 2016 en de aanvullende bijdrage (nog) niet werd betaald. X wordt op 1 februari 2018 als geïnterneerde geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Via MyCarenetbericht 721bis (of papieren 721bis in afwachting van aanpassing MyCarenetberichten) deelt het ziekenhuis mee aan V.I. Y dat X is geplaatst als geïnterneerde. V.I. Y doet voor X een hoedanigheidswijziging naar gerechtigde resident voor 2016 en verlengt het recht op geneeskundige verzorging van X vanaf 1 januari 2018.

Het kan voorkomen dat een geplaatste geïnterneerde tijdens het refertejaar of daaropvolgend jaar was geschrapt uit het rijksregister van natuurlijke personen, met als gevolg dat de hoedanigheid van gerechtigde resident niet kan worden gebruikt. In geval de geplaatste geïnterneerde beroep kan doen op een andere hoedanigheid tijdens het refertejaar of daaropvolgend jaar maar de bijdragen die aan deze hoedanigheid zijn verbonden niet betaald kunnen worden, kan de verzekeringsinstelling het recht verlengen niettegenstaande deze bijdragen niet werden betaald. Dit veronderstelt een aanpassing 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.

 **Voorbeeld 5:** X is ingeschreven bij V.I. Y als gerechtigde werknemer maar zijn recht werd niet verlengd voor 2018 omdat hij onvoldoende heeft gewerkt tijdens 2016 en de aanvullende bijdrage (nog) niet werd betaald. X wordt geschrapt uit het rijksregister op 1 juni 2016. Op 1 december 2017 wordt X ontslagen. X wordt op 1 februari 2018 als geïnterneerde geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Op 1 februari 2018 wordt X opnieuw ingeschreven in het rijksregister. Aangezien X was geschrapt uit het rijksregister tussen 1 juni 2016 en 30 januari 2018 kan V.I. Y voor X geen hoedanigheidswijziging naar gerechtigde resident doorvoeren voor 2016. V.I. Y verlengt het recht op geneeskundige verzorging van X vanaf 1 januari 2018 door gebruik te maken van de hoedanigheid van gerechtigde werknemer van X tijdens het laatste kwartaal van 2016 niettegenstaande de aanvullende bijdrage voor 2016 (nog) niet werd betaald.

d) Einde van plaatsing = einde van residuair vangnet

De schorsing van de bijdragebetaling als gerechtigde resident neemt een einde op de laatste dag van het kwartaal waarin de plaatsing in de verzorgingsinstelling een einde heeft genomen.

De V.I. zal steeds in kennis worden gesteld van de beëindiging van de plaatsing.

Bij plaatsing in een ziekenhuis zal dit gebeuren aan de hand van het MyCarenet bericht 727 (kennisgeving einde ziekenhuisopname).

In afwachting van de aanpassing van MyCarenet bericht 727 zal de kennisgeving aan de V.I. gebeuren aan de hand van een specifiek papieren formulier.

Als de geïnterneerde is geplaatst in een instelling die behoort tot de bevoegdheid van de deelstaten, zal de instelling aan de hand van een specifieke *ad hoc* mededeling laten weten aan de VI dat de plaatsing werd beëindigd.



Voorbeeld 6: X werd geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis vanaf 1 februari 2017. De kamer bescherming maatschappij beslist om X vrij te laten op proef vanaf 1 februari 2018. Het vonnis hiertoe wordt door de kamer bescherming maatschappij meegedeeld aan het ziekenhuis. Op 1 februari 2018 stuurt het ziekenhuis een MyCarenetbericht 727 (of een papieren formulier 727 in afwachting van de aanpassing van de MyCarenetberichten) naar de V.I. van X. X is opnieuw bijdragen verschuldigd als gerechtigde resident vanaf 1 april 2018.

In geval de plaatsing van de geïnterneerde in een verzorgingsinstelling wordt beëindigd omdat betrokkene wordt overgeplaatst naar een FPC (Gent of Antwerpen) of een instelling van sociaal verweer (Pfaive, Brugge, Turnhout, Merksplas), moet het recht van de geïnterneerde worden geschorst tijdens de duur van plaatsing in het FPC of de instelling van sociaal verweer.

VII. Verlies van recht op verblijf van geplaatste geïnterneerde vreemdeling: uitlooprecht

Vreemdelingen zonder recht op verblijf die als geïnterneerde worden geplaatst in een verzorgingsinstelling kunnen geen aanspraak maken op de hoedanigheid van gerechtigde resident en blijven derhalve voor hun geneeskundige verzorging ten laste van de Federale Overheidsdienst Justitie.

Zij maken derhalve geen deel uit van de doelgroep van de regeringsbeslissing om in een verzorgingsinstelling geplaatste geïnterneerden te integreren in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Vreemdelingen met recht op verblijf kunnen wel aanspraak maken op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging met als gevolg dat de in een verzorgingsinstelling geplaatste geïnterneerden in deze categorie wel worden geïntegreerd in de verplichte ziekteverzekering.

In geval een geplaatste geïnterneerde vreemdeling zijn recht op verblijf verliest tijdens de periode van plaatsing, zijn de gebruikelijke ZIV regels van toepassing en dus het uitlooprecht zoals voorzien in artikel 122 (opening van recht als gerechtigde tot 31.12. van het jaar volgend op de inschrijving), 123 (verlenging van recht als gerechtigde van 01.01. tot 31.12.) en 127 (behoud van recht tot 31.12. voor persoon ten laste die zijn hoedanigheid verliest) ZIV-wet.

Daarenboven zal de V.I. in dit geval, opnieuw overeenkomstig de gebruikelijke ZIV regels, onderzoeken of de geplaatste geïnterneerde niet in aanmerking komt voor een andere hoedanigheid.



Voorbeeld 7: X is een erkende vluchteling. Hij werd als gerechtigde resident ingeschreven op 1 april 2017 met als gevolg dat zijn recht op ZIV wordt geopend tot 31 december 2018. X wordt in een psychiatrisch ziekenhuis geplaatst als geïnterneerde vanaf 1 februari 2018. Op 1 juni 2018 beslist het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen om de vluchtelingenstatus van X in te trekken. X wordt geschrapt uit het rijksregister van natuurlijke personen op 1 juni 2018. Aangezien X tijdens het laatste kwartaal van 2018 en 2019 niet is ingeschreven in het rijksregister en ook geen beroep kan doen op een andere hoedanigheid, zal zijn recht niet verlengd kunnen worden in 2020 en zal hij vanaf 1 januari 2020 voor zijn gezondheidszorg opnieuw ten laste zijn van de Federale Overheidsdienst Justitie.

VIII. Uitwerking nieuwe inschrijving als gerechtigde resident van geplaatste geïnterneerde

Artikel 252, zevende lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 werd aangevuld met de volgende zin:

“De inschrijving van de gerechtigde die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst is in een verzorgingsinstelling, met uitzondering van de inrichtingen zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a), b) en c) van dezelfde wet, heeft uitwerking vanaf de dag van de plaatsing.”

Deze bepaling is erop gericht dat het ziekenfonds de prestaties geneeskundige verzorging kan betalen tijdens de periode van plaatsing in een verzorgingsinstelling.

Overeenkomstig de algemene regel voorzien in artikel 252 van het voormelde besluit heeft een inschrijving als gerechtigde resident uitwerking op de eerste dag van het kwartaal waarin de inschrijving werd aangevraagd.

In geval de inschrijving van een geplaatste geïnterneerde als gerechtigde resident niet wordt gevraagd in hetzelfde kwartaal waarin de plaatsing een aanvang heeft genomen, heeft de nieuwe regel tot gevolg dat de inschrijving toch uitwerking zal hebben tijdens het kwartaal waarin de plaatsing is begonnen.

Het ziekenfonds kan de inschrijving alsdan laten uitwerken op hetzij de dag dat de plaatsing een aanvang heeft genomen hetzij de eerste dag van het kwartaal waarin de plaatsing een aanvang heeft genomen.

IX. Residuaire vangnet: schorsing wachttijd

Artikel 130, § 1, zesde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 werd aangevuld met de volgende zin:

“De wachttijd wordt geschorst gedurende het tijdvak dat de gerechtigde overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst is in een verzorgingsinstelling, met uitzondering van de inrichtingen zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a), b) en c) van dezelfde wet.”

Deze bepaling heeft als doel te voorkomen dat een wachttijd tot gevolg zou hebben dat een geplaatste geïnterneerde geen recht heeft op terugbetaling lastens het ziekenfonds tijdens de periode van plaatsing.



Voorbeeld 8: X heeft geen recht tijdens 2016 en 2017 omdat hij zijn bijdragen niet heeft betaald. Op 1 januari 2018 verliest de geldigheid van de inschrijving van X zijn geldigheid. X wordt in een psychiatrisch ziekenhuis geplaatst als geïnterneerde vanaf 1 februari 2018. Hij wordt als gerechtigde resident heringeschreven bij een V.I. op 1 maart 2018 met uitwerking op 1 januari 2018. X is ertoe gehouden een wachttijd te vervullen van 1 januari 2018 tot 30 juni 2018. Aangezien X in een verzorgingsinstelling is geplaatst als geïnterneerde, is deze wachttijd geschorst met als gevolg dat X recht heeft op terugbetaling lastens de V.I. vanaf 1 januari 2018.

De schorsing van wachttijd tijdens de plaatsing houdt in dat de wachttijd wordt uitgesteld tot de dag nadat deze plaatsing een einde heeft genomen.

De geplaatste geïnterneerde zal, ook nadat de plaatsing een einde heeft genomen, geen wachttijd moeten vervullen in geval zowel de VI als de Dienst voor administratieve controle erkennen dat de betrokken persoon zich in een behartigenswaardige situatie bevindt.

X. Tijdstip van opheffing van schorsing betaling prestaties door ziekenfonds

Zoals *supra* werd aangegeven, houdt de integratie in dat de schorsing van uitbetaling van prestaties geneeskundige verzorging lastens het ziekenfonds ongedaan wordt gemaakt voor de periode van plaatsing in een verzorgingsinstelling.

Als een persoon wordt geïnterneerd beslist de strafrechter meestal dat hij onmiddellijk wordt opgesloten. Alsdan wordt hij opgesloten in een psychiatrische afdeling van een gevangenis in afwachting van de beslissing van de kamer bescherming maatschappij over de wijze waarop de internering ten uitvoer zal worden gelegd.

Tijdens de periode dat een geïnterneerde persoon wordt opgesloten in een gevangenis, is zijn recht op betaling van de prestaties geneeskundige verzorging lastens het ziekenfonds geschorst.

Deze schorsing wordt opgeheven op het ogenblik dat een geïnterneerde persoon wordt opgenomen in de verzorgingsinstelling waar hij werd geplaatst door de kamer bescherming maatschappij.

Dit tijdstip van opname kan dus verschillen van de datum waarop het vonnis van de kamer bescherming maatschappij tot plaatsing in een verzorgingsinstelling werd uitgesproken.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/6 – 2272/2 van 10 januari 2018.

II. Toepassing van Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 - Voorafgaande toestemming voor revalidatieverstrekkingen in Duitsland

1. Inleiding

Er zijn specifieke maatregelen overeengekomen die verzekerden van Belgische wetgeving, woonachtig op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt, toegang geven tot revalidatieverstrekkingen in Duitsland. Deze verzekerden kunnen een voorafgaande toestemming krijgen van de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds. Deze omzendbrief schetst de voorwaarden en modaliteiten tot afgifte van deze toestemming.

2. Voorwaarden – Definities

§ 1. De adviserend geneesheer kan aan de verzekerden, woonachtig op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt, een voorafgaande toestemming uitreiken (formulier S2, ex-formulier E.112) voor:

- “klassieke” (locomotorische, cardiale, ...) revalidatie, en
- psychiatrische/psychosomatische revalidatievormen

in één van de revalidatiecentra vermeld op de lijst in bijlage. De voorafgaande toestemming wordt achteraf bevestigd door het College van artsen-directeurs.

§ 2. De Oostkantons omvatten de negen gemeenten van de Duitstalige Gemeenschap (Eupen, Kelmis, Lontzen, Raeren, Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgenbach en Sankt Vith) en de gemeenten Malmédy en Waimés.

§ 3. Onder revalidatie” dient verstaan te worden de verstrekkingen die op heden in het kader van de revalidatieovereenkomsten en nomenclatuur van revalidatieverstrekkingen door de verplichte ziekteverzekering worden vergoed. De voorafgaande toestemming kan zowel betrekking hebben op verstrekkingen die ambulant worden verleend als op verstrekkingen die een ziekenhuisopname of een verblijf in een revalidatiecentrum vereisen. De voorafgaande toestemming wordt in principe beperkt tot drie maanden. Ze kan worden afgeleverd voor een langere termijn, maar deze kan nooit langer zijn dan de termijn die wordt toegestaan indien de revalidatie op Belgisch grondgebied zou verleend zijn.

§ 4. Een (voorafgaande) toestemming kan enkel worden afgeleverd als uit het behandelingsplan blijkt dat voor het gevraagde revalidatieprogramma een door de Belgische verplichte ziekteverzekering vergoed equivalent bestaat. Wanneer de desbetreffende revalidatie niet in het Belgische verstrekkingenpakket is opgenomen, kan geen voorafgaande toestemming worden uitgereikt. Daarom is het voorleggen van een behandelingsplan een essentieel onderdeel van een aanvraag voor een (voorafgaande) toestemming voor revalidatie.

3. Procedure en modaliteiten

§ 5. De verzekerde moet een schriftelijke aanvraag voor een voorafgaande toestemming bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling indienen (Zie Omz. V.I. nr. 2014/440 van 14.11.2014, Titel II, Hoofdstuk, II, Afdeling IV). De aanvraag dient vergezeld te zijn van een omstandig medisch verslag van een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland uit te oefenen. Indien bij de aanvraag geen formulier “aanvraagformulier om tegemoetkoming in de kosten van revalidatieverstrekingen” gevoegd is, zal dit onmiddellijk ter invulling naar de aanvrager gestuurd worden. De aanvrager moet dit ingevuld en ondertekend aan de adviserend arts terug sturen.

§ 6. Bij de behandeling van een aanvraag van een voorafgaande toestemming dienen de adviserend artsen volgende richtlijnen in acht te nemen:

- stap 1 : controle of de revalidatie in Duitsland al dan niet in het verstrekkingspakket van de Belgische, verplichte ziekteverzekering is opgenomen (op basis van een behandelingsplan). Als dit niet het geval is, mag geen voorafgaande toestemming worden gegeven. Als dit wel het geval, dan volgt
- stap 2 : een controle of het Duitse ziekenhuis op de lijst in bijlage is opgenomen. Als dit het geval is, dan mag
- stap 3 : de adviserend arts een voorafgaande toestemming afgeven en dient hij het College van artsen-directeuren op de hoogte te brengen. Als de adviserend arts van oordeel is een voorafgaande toestemming te moeten weigeren, stuurt hij het dossier naar het College van artsen-directeuren dat hierover vervolgens een beslissing zal nemen.

§ 7. Als een aanvraag betrekking heeft op revalidatie in een Duits centrum, dat niet vermeld is op de lijst in bijlage¹, blijft de mogelijkheid bestaan om een gemotiveerde aanvraag in te dienen bij het College van artsen-directeuren dat hierover vervolgens een beslissing zal nemen. Als er bij een psychiatrische/psychosomatische pathologie twijfel bestaat of het nu gaat om een behandeling dan wel om revalidatie, dient de adviserend arts het dossier voor advies naar het College van artsen-directeuren te sturen.



De procedure voor de afgifte van een voorafgaande toestemming door de adviserend arts voor revalidatieverstrekingen in één van de Duitse revalidatiecentra vermeld in bijlage, geldt enkel voor revalidatieverstrekingen die een aanvang nemen in de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018.

Van toepassing vanaf 1 januari 2018 tot 31 december 2018 (vervangt omzendbrief V.I. nr. 2017/1 van 04.01.2017).



Omzendbrief V.I. nr. 2018/70 – 83/481 van 2 maart 2018.

1. Niet hier gepubliceerd.

III. Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn

Deze omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te geven over de modaliteiten voor het toekennen van een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.

De bepalingen van deze omzendbrief zijn niet van toepassing voor het toekennen van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die de rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het buitenland heeft ontvangen en waarvoor hij van zijn verzekeringsinstelling een voorafgaande toestemming heeft ontvangen op grond van artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004, of in het kader van de overeenkomsten inzake grensoverschrijdende samenwerking (ZOAST, Ostbelgien-regeling, ...).

De bepalingen van deze omzendbrief, en meer bepaald deze met betrekking tot het toekennen van een tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %, zijn echter niet van toepassing in de situatie dat een sociaal verzekerde naar het buitenland reist met het doel zich daar te laten behandelen en recht heeft op een vergoeding van de geneeskundige verzorging tegen de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met toepassing van art. 294, § 1, 13^o en 14^o, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 – hierna: K.B. van 03.07.1996).

Ten slotte, kan de tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé zorgverlener die niet is gebonden door het ziekteverzekeringssysteem van het verblijf land.

Deze Omzendbrief V.I. is een update naar aanleiding van de inwerkingtreding van een aantal nieuwe bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid.

1. Reglementair kader en algemene principes

Met toepassing van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009, alsook de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België met andere landen heeft gesloten en die voorzien in een tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen die (onmiddellijk) noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf, heeft een Belgische verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere land toegang tot de geneeskundige verzorging in het openbare gezondheidszorgstelsel, alsook tot de tenlasteneming hiervan onder dezelfde voorwaarden en volgens dezelfde procedures als de sociaal verzekerden van het land van verblijf. De geneeskundige verzorging wordt verleend en vergoed voor rekening van de Belgische ziekteverzekering door de verzekeringsinstellingen van het land waar de verzorging wordt verstrekt.

Wanneer de Belgische verzekerde niet de nodige formaliteiten heeft vervuld om in het land van verblijf een vergoeding te krijgen, moet hij zijn facturen en betalingsbewijzen naar zijn Belgische verzekeringsinstelling sturen die de procedure voor de tenlasteneming zal voortzetten met toepassing van de nomenclatuur van het land van verblijf of, naargelang van het geval, met toepassing van de Belgische nomenclatuur.

In ieder geval mag de vergoeding die aan de verzekerde wordt toegestaan, het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet overschrijden.

1.1. Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels

§ 1. Het basisprincipe van de *Europese verordeningen* is dat de kosten voor de verleende geneeskundige verzorging worden vergoed tegen de tarieven die het orgaan van de verblijfplaats voor de vergoeding toepast. De Belgische verzekerde die de kosten van de geneeskundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald, dient in principe de nodige stappen te nemen om bij een ziekteverzekeringsinstelling van het land van verblijf een vergoeding van de kosten te verkrijgen (art. 25, § 4, van Verordening (EG) nr 987/2009).

Wanneer de Belgische verzekerde een verzoek om vergoeding van deze kosten niet rechtstreeks heeft ingediend bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt, kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd (art. 25, § 5, van de Verordening (EG) nr 987/2009).

§ 2. In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling overeenkomstig artikel 25, § 6, van de Verordening (EG) nr 987/2009 een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

§ 3. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf niet voorziet in vergoedingstarieven, kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zonder instemming van de verzekerde (art. 25, § 7, van Verordening (EG) nr 987/2009).

1.2. Bilaterale overeenkomsten betreffende sociale zekerheid

§ 1. In de door België met derde landen gesloten bilaterale overeenkomsten die voorzien in een recht op geneeskundige verstrekkingen in geval van een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land, is een soortgelijk principe van toepassing.

Volgens die overeenkomsten kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd, wanneer de Belgische verzekerde gedurende zijn tijdelijk verblijf de nodige formaliteiten niet kon vervullen om de terugbetaling te vragen bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt.

§ 2. In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat en het bedrag van de gemaakte kosten een bepaald bedrag niet overschrijdt (dat kan verschillen van land tot land).

1.3. Artikel 294 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

Voor de volledigheid dient er nog op gewezen te worden dat de sociaal verzekerde, overeenkomstig artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, aanspraak kan maken op een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verstrekkingen ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de situatie vermeld in punt 2.3., § 2.

Voorbeeld 1: tegemoetkoming in de kosten voor medische verzorging in Turkije na het verstrijken van de geldigheidsduur van het formulier BT.8 (max. 45 dagen en niet verlengbaar).

Voorbeeld 2: tegemoetkoming in de kosten ingevolge een opname in een privé-ziekenhuis in Spanje waarbij de EZVK niet kan worden gebruikt omdat de EZVK alleen medische verzorging dekt die wordt verleend door zorgverleners die binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel werkzaam zijn.

2. Vergoeding van in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen

Als aanvulling op de algemene regels uiteengezet in punt 1, kunnen de verzekeringsinstellingen, bij ontvangst van de documenten betreffende geneeskundige verstrekkingen die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland zijn verleend, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

2.1. Verstrekkingen die in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland zijn verricht

a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:

(i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en

(ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.).



- deze terugbetalingsmodaliteit kan niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé-zorgverlener die niet werkzaam is in het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf
- een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de Verordeningen (EG) nrs 883/2004 en 987/2009 te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, § 1, 12° van K.B. van 03.07.1996).

- b) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
 - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

2.2. Geneeskundige verstrekkingen die in Marokko, Algerije, Tunesië, Turkije, Albanië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië of Montenegro zijn verricht

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:
- (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
 - (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.)



een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de desbetreffende bilaterale overeenkomst te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, § 1, 3^o, van het K.B. van 03.07.1996).

- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, maar lager is dan 500 EUR, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
 - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
- c. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 500 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf.
- d. De hierboven vermelde punten a, b en c, zijn van toepassing op de verstrekkingen verkregen na:
- 1 juli 2012, voor wat betreft Algerije, Turkije, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië en Montenegro
 - 1 mei 2014, voor wat betreft Marokko
 - 1 januari 2016, voor wat betreft Albanië
 - 1 mei 2017, voor wat betreft Tunesië.

e. Bijzonderheid : geneeskundige verstrekkingen die in Tunesië zijn verricht.

In de gevallen waarin een Belgische verzekerde die in Tunesië verblijft, een beroep heeft gedaan op de dienst van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds dat rechtstreeks is tegemoetgekomen in de betaling van de geneeskundige verzorging ter plaatse, kan de Belgisch-Tunesische overeenkomst niet meer worden toegepast. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mag alleen worden overwogen wanneer de verzorging in kwestie voldoet aan de voorwaarden die zijn vastgelegd in artikel 294 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996.

2.3. Aanvullende bepalingen

§ 1. Wanneer een verzekeringsinstelling, naar aanleiding van een aanvraag tot tarifiering die in het buitenland is ingediend, vaststelt dat de ziekteverzekering van het land van verblijf niet in de kosten tegemoetkomt, mag er ook geen tegemoetkoming in de kosten in kwestie worden toegekend in toepassing van het principe van de vergoeding tegen een gemiddeld percentage. De vergoeding zal uitsluitend worden onderzocht in toepassing van artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 2. Opgelet: de vergoeding met toepassing van de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is niet mogelijk wanneer de rechthebbende (gepensioneerden, gezinsleden van gepensioneerden, gezinsleden van de werknemers/zelfstandigen) van de verzorging woont in één van de lidstaten die worden vermeld in bijlage nr. 3 van Verordening (EG) nr 987/2009 en de verzorging in kwestie werd verleend door een privé-zorgverlener of in een privé-verzorgingsinstelling die geen deel uitmaken van *het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf*. In dat geval vallen de uitgaven voor geneeskundige verzorging namelijk ten laste van het land van de woonplaats.

§ 3. Als bevestiging van het feit dat de verzekerde geen beroep wenst te doen op de tenlasteneming van de verzorging tegen het tarief van het land van verblijf, dienen de verzekeringsinstellingen een kopie van het akkoord van de verzekerde – op papier of in elektronische vorm – in het administratief dossier van de betrokkene te bewaren wanneer zij de vergoeding toekennen met toepassing van:

- het vergoedingssysteem tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt (toepassing van punten 2.1.a. en 2.2.a. van deze omz.)
- het tarief en de voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het bedrag van de gemaakte kosten van de verzekerde groter is dan 200 EUR (toepassing van punten 2.1.b. en 2.2.b. van deze omz.).

3. Gedwongen beroep op het toekennen van een vergoeding tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Indien wordt vastgesteld dat op een aanvraag tot tarifiering (SED067, formulier E.126 of gelijkwaardig bilateraal formulier) die volgens de regels naar het bevoegd buitenlands orgaan werd verstuurd, geen antwoord volgt binnen een termijn van drie maanden, wordt een herinnering gestuurd naar dit orgaan. Na het verstrijken van een nieuwe termijn van drie maanden, mag de Belgische verzekeringsinstelling een vergoeding toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het buitenlands bevoegd orgaan niet gereageerd heeft.

4. Verjaringsmodaliteiten

In de dossiers waar een beroep wordt gedaan op het gemiddeld vergoedingspercentage, dient de termijn te worden nageleefd waarin is voorzien in artikel 174, 3°, van de van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, namelijk twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging werd verstrekt.

Eens deze termijn is verstreken, is enkel het sturen van een aanvraag tot tarifiering naar het bevoegde orgaan van de verblijfplaats nog mogelijk. Hier dient vastgesteld te worden dat de regels inzake de verjaring deze zijn waarin wordt voorzien door de bepalingen van de wetgeving van het land waar de verzorging werd ontvangen.

5. Statistische gegevens

De groeiende belangstelling voor grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit en de hieraan verbonden financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hebben aangetoond dat er een nood bestaat aan goede, statistische gegevens.

Met het oog op een eventuele evaluatie van de toepassing van deze Omzendbrief V.I. worden de verzekeringsinstellingen verzocht gegevens te verzamelen met betrekking tot:

- a. De tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland heeft ontvangen.

Het RIZIV wenst voor elk kalenderjaar over de volgende gegevens te beschikken:

- (i) voor het aantal aanvragen tot tarifiering die naar het buitenland zijn verstuurd:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend zoals meegedeeld door het buitenlandse orgaan van het land van verblijf.

- (ii) voor het aantal dossiers waar een vergoeding tegen een gemiddeld vergoedingspercentage werd toegepast:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend.

- b. Het aantal gevallen waarvoor de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig punt 3.1. van deze omzendbrief, gedwongen waren een vergoeding toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, opdat het RIZIV indien nodig stappen zou kunnen ondernemen bij de bevoegde autoriteiten van de desbetreffende landen.

De statistische gegevens met betrekking tot een bepaald jaar worden door de verzekeringsinstellingen **vóór eind mei van het volgende jaar** aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging - directie Internationale Relaties van het RIZIV bezorgd. Deze gegevens worden verzonden langs elektronische weg (overeenkomstig het *Excel-bestand* in bijlage).²

Van toepassing vanaf 23 maart 2018 (vervangt omzendbrief V.I. nr. 2015/275 - 80/110 van 15.09.2015).



Omzendbrief V.I. nr. 2018/109 – 80/116 van 30 maart 2018.

2. Niet hier gepubliceerd.

IV. *Ostbelgien*-regeling

1. Inleiding

Deze Omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te verstrekken aangaande de uitvoering van de *Ostbelgien*-regeling.

Het Verzekeringscomité heeft deze regeling op 19 juni 2017 goedgekeurd, alsook een aantal wijzigingen op 18 juni 2018. De geconsolideerde versie van de *Ostbelgien*-regeling gaat in bijlage 1.¹

De *Ostbelgien*-regeling beoogt een evenwicht tussen het:

- versoepelen van het recht op (specialistische) grensoverschrijdende gezondheidszorg in een welomschreven geografische zone in Duitsland voor verzekerden woonachtig in de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt op basis van het Europese Unierecht en de Belgische reglementering, en
- het optimaal aanwenden van het medische aanbod in de Duitstalige Gemeenschap, onder meer in de twee algemene ziekenhuizen.

Vanaf 1 juli 2017 mogen de documenten E.112 IZOM EMR+ en de eIZOM-kaart niet meer gebruikt worden om in Duitsland geneeskundige zorg te krijgen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Deze bijwerking van de omzendbrief heeft tot doel de richtlijnen aan te passen naar aanleiding van de beslissing van het Verzekeringscomité op 18 juni 2018 om de toepassing van de *Ostbelgien*-regeling te verlengen van 1 juli 2018 tot en met 31 december 2019.

2. De *Ostbelgien*-regeling – algemeen

2.1. Personele werkingssfeer

De *Ostbelgien*-regeling is van toepassing op elke persoon die van de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan genieten, en zijn woonplaats heeft in de Oostkantons of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

2.2. Geografische werkingssfeer

De *Ostbelgien*-regeling voorziet in bijzondere bepalingen met betrekking tot de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg verleend door zorgverleners (artsen-specialisten en verplegingsinstellingen) werkzaam in de regio Aachen, en de arrondissementen Bitburg, Daun en Prüm (= hierna : “de Duitse grensstreek”).

1. Niet hier gepubliceerd.

2.3. Materiële werkingssfeer

De *Ostbelgien*-regeling heeft betrekking op de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg, in de Duitse grensstreek, mits deze zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt gedekt.

De *Ostbelgien*-regeling is niet van toepassing op de bijzondere regeling betreffende de toegang tot revalidatieverstrekingen in Duitsland voor rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die hun woonplaats in de Oostkantons, of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt hebben (zie Omz. V.I. nr 2018/70 van 02.03.2018 of de Omz. V.I. die hiervoor in de plaats treedt).

3. De *Ostbelgien*-regeling – Inhoud

3.1. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Algemeen

Het algemeen principe is dat er geen toestemming (document S2) wordt uitgereikt aan de verzekerde voor een ambulante behandeling door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek. De verzekerde moet de kosten eerst zelf betalen en kan achteraf terugbetaling vragen van zijn Belgische verzekeringsinstelling.

Er wordt voorzien in een bijzondere terugbetalingsregeling. De verzekeringsinstellingen mogen, bij ontvangst van de documenten betreffende ambulante geneeskundige verstrekkingen (bijv. raadpleging) verleend door een arts-specialist in de Duitse grensstreek, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

- (1) Indien het gefactureerd bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:

- (i) geneeskundige verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling:

- door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (zoals homeopathie, osteopathie, ...), of
- niet in aanmerking komen voor een vergoeding tegen gemiddeld vergoedingspercentage (zie verstrekkingen vermeld onder punt 4)

in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en

- (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant, enz.).



In het geval de arts-specialist in de Duitse grensstreek een verzamelfactuur maakt waarbij hij bijvoorbeeld 5 raadplegingen in één factuur samenbrengt waardoor het totaalbedrag van de verzamelfactuur de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dan mogen de verzekeringsinstellingen elke raadpleging apart beschouwen en vergoeden tegen het gemiddeld vergoedingspercentage.

(2) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling

- (i) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 294, § 1, 13°, van het K.B. van 03.07.1996)
- (ii) of een aanvraag tot tarifiering naar de bevoegde instelling in Duitsland te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van de Duitse verplichte ziekteverzekering (*aandacht*: deze optie is enkel mogelijk in de situaties waarin een voorafgaande toestemming – document S2 – is afgegeven).



De verzekerde dient geïnformeerd te worden dat hij het recht heeft om de terugbetaling tegen een gemiddeld vergoedingspercentage te weigeren en de terugbetaling kan vragen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens artikel 294, § 1, 13°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.



Voorbeeld 1

Ambulante specialistische geneeskundige zorg voor een kind tot en met 14 jaar verleend door arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

- vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk
 - zijn de kosten lager dan 200 EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
 - zijn de kosten hoger dan 200 EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.



Voorbeeld 2

Geneeskundige verstrekkingen verleend door arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist, bijv. door een huisarts, werkzaam op het Belgisch grondgebied.

- vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk
 - zijn de kosten lager dan 200 EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
 - zijn de kosten hoger dan 200 EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

3.2. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Uitzonderingen

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **ambulante specialistische geneeskundige zorg**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen in afwijking van de algemene regeling voor ambulante specialistische geneeskundige zorg – zie punt 3.1. – een toestemming (document S2 OBR, zie punt 3.4.) uitreiken onder de volgende voorwaarden :

- (i) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro)psychiatrie
- (ii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder)psychiatrie
- (iii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (iv)
- (iv) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2 OBR) uitreiken voor medische beeldvorming – meer bepaald het gebruik van een CT-scanner, MRI, NMR of PET-scanner voor aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed – indien deze plaats vindt in het kader van een raadpleging van Duitse arts-specialist (aandacht: in dit geval kan een document S2 OBR *a posteriori* uitgereikt worden voor de regularisatie van de medische beeldvorming).



Er dient steeds een (medisch-)inhoudelijke controle dient plaats te vinden om na te gaan of de geneeskundige verstrekkingen waarvoor een document S2 OBR wordt afgeleverd door de federale verplichte verzekering voor geneeskundige zorg wordt vergoed dan wel of de voorwaarden voor vergoeding vervuld zijn.

3.3. Geneeskundige zorg in een ziekenhuis

In het kader van de *Ostbelgien*-regeling dient onder “geneeskundige zorg in een ziekenhuis” te worden verstaan geneeskundige zorg:

- die een opname van minimum één nacht in een verplegingsinrichting vereist
- in het kader van een daghospitalisatie.

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **geneeskundige zorg in een ziekenhuis**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen een toestemming (document S2 OBR) uitreiken aan verzekerden, die door de *Ostbelgien*-regeling worden geïsoleerd, wanneer de ziekenhuisopname/daghospitalisatie plaats vindt

- (i) op doorverwijzing – al dan niet via een gespecialiseerde dienst spoedgevallen – van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2 OBR) uitreiken naar aanleiding van:

- (ii) een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 OBR werd uitgereikt (zie pt. 3.2.);
- (iii) een raadpleging van een arts-specialist in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

De toestemming kan worden verleend op voorwaarde dat de geneeskundige zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld. De voorwaarden dat

- de geneeskundige zorg binnen een medisch verantwoorde termijn in België kan plaatsvinden, of
- in een België gelegen gelijkaardige verplegingsinrichting binnen een straal van maximum 25 kilometer van de hoofdverblijfplaats van de verzekerde,

zijn in dit geval niet van toepassing.

3.4. De afgifte van een toestemming (document S2 OBR)

De toestemming (document S2) die in toepassing van de Ostbelgien regeling wordt uitgereikt, draagt de bijzondere aanmerking "OBR", m.a.w. document "S2 OBR". Het document S2 OBR dient de volgende gegevens te vermelden:

- de persoonlijke gegevens van de verzekerde
- een omschrijving van de behandeling met vermelding van het specialisme. In het geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg dient uitdrukkelijk vermeld te worden dat het document S2 niet kan gebruikt worden voor bijvoorbeeld de aankoop van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen zelfs al worden deze voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek
- de naam van het ziekenhuis en/of de naam van de arts-specialist
- in geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg (cf. punt 3.2.) wordt de geldigheidsduur beperkt tot zes (6) maanden
- in geval van geneeskundige zorg in een ziekenhuis (cf. punt 3.3.) de verwachte reële duur van de behandeling, met vermelding van begin- en einddatum.

Een verlenging van het document S2 OBR vereist een medisch verslag waarin het verzoek voor een verlenging grondig wordt gemotiveerd.

In bijlage 2² gaat een check-list die de verzekeringsinstellingen kunnen gebruiken als hulpmiddel bij de evaluatie of een verzekerde al dan niet voldoet aan de voorwaarden om een document S2 OBR te ontvangen. Deze check-list, die nuttig kan zijn met het oog op het evaluatieverslag van de Ostbelgien-regeling, dient in het dossier van de verzekerde te worden bewaard.



In de hierboven onder 3.2. en 3.3. vermelde situaties dient de verzekerde – in principe – in het bezit te zijn van een toestemming (document S2 OBR) voordat de verzorging wordt verstrekt, opdat hij/zij zou kunnen genieten van de tarieven van de Duitse gesetzliche Krankenversicherung, met uitzondering van de situatie vermeld onder punt 3.2.(iv).

3.5. Overbrenging naar de gespecialiseerde dienst “spoedgevallen” van de UNI-Kliniek Aachen

De verzekeringsinstellingen mogen een document S2 OBR uitreiken wanneer een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, met de ziekenwagen naar de dienst “spoedgevallen” van de UNI-Kliniek Aachen wordt overgebracht na een oproep via het eenvormig oproepstelsel op voorwaarde dat

- de UNI-Kliniek Aachen dichtbij is dan Belgische ziekenhuizen met dezelfde uitrusting
- het gaat om een medische transport in de zin van de *Wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening* (*Gesetz vom 08.07.1964 über die dringende medizinische Hilfe*) en het *Protocole CoAMU-Liège du 18 juin 2007 pour l'application de la Circulaire ICM/AMU/012 du 4 septembre 2006 relative aux transports urgents inter-hospitaliers*.

Dit is in overeenstemming met de Omzendbrief van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu van 13 maart 2013 gericht aan de ambulanciers, artsen en verplegers van de MUG, de diensten spoedgevallen en de huisartsen van de provincie Luik.

Er kan evenwel geen document S2 OBR worden uitgereikt wanneer een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, zich op eigen initiatief naar een gespecialiseerde dienst spoedgevallen in de Duitse grensstreek verplaatst.

4. Geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is

Voor de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, geldt de Belgische en Europese reglementering zoals die ook geldt voor de andere Belgische verzekerden.

Op een niet-uitputtende lijst met de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen vermeld te worden :

- geneeskundige verstrekkingen verleend door een andere zorgverlener dan een arts-specialist
- de in artikel 33, § 1, van de nomenclatuur opgelijste genetische onderzoeken die voorbehouden zijn aan laboratoria die tot de erkende centra voor antropogenetica (http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/lijst_centra_antropogenetica.pdf) behoren
- de aankoop van geneesmiddelen
- de aankoop van medische hulpmiddelen
- esthetische chirurgie
- wanneer de verzekerde zich doelbewust naar de Duitse grensstreek begeeft voor prestaties medische beeldvorming
- geneeskundige verstrekkingen door een arts-specialist of verplegingsinstelling, buiten de Duitse grensstreek, zelfs op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het Belgisch grondgebied of werkzaam in de Duitse grensstreek

- andere geneeskundige verstrekkingen die niet expliciet onder het toepassingsgebied van de *Ostbelgien*-regeling vallen.

De Oost-België-regeling is, per 1 januari 2019, evenmin van toepassing op de prestaties op het gebied van de gezondheidszorg die in het kader van de Zesde Staatshervorming van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar de deelentiteiten worden overgeheveld.

Toelichtingen betreffende de terugbetaling

In de situatie dat de verzekeringsinstellingen een vergoeding van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen toe te kennen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, dienen zij de richtlijnen – zoals uiteengezet in Titel II, Hoofdstuk IV, van Omzendbrief V.I. nr 2014/440, of de Omzendbrief die hiervoor in de plaats treedt – na te leven.

Een verzekerde kan in België, overeenkomstig het Europese Unierecht, een buitenlands voorschrift voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen gebruiken. Een aanvraag tot terugbetaling kan met andere woorden niet zomaar geweigerd worden op grond van het feit dat de buitenlandse voorschrijver niet het geëigende (Belgische) formulier heeft gebruikt. Indien het buitenlandse voorschrift (al dan niet in samenhang met een medisch verslag) voldoende duidelijke gegevens bevat die toelaten om na te gaan of de Belgische vergoedingsvoorwaarden vervuld zijn, dan kunnen deze gegevens in aanmerking worden genomen bij het vaststellen van de verzekeringstegemoetkoming.

Momenteel worden maatregelen genomen met het oog op een veralgemeend gebruik van het elektronische voorschrift in België. We moeten echter vaststellen dat het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift in een grensoverschrijdende context op dit moment nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen betreffende het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift, heeft de verzekerde steeds de mogelijkheid om een papieren voorschrift te gebruiken.

Sommige geneesmiddelen worden slechts terugbetaald na akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Dit akkoord kan, en moet soms, langs elektronische weg aangevraagd worden. Maar net, zoals bij het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, moeten we vaststellen dat het gebruik van de elektronische aanvraagprocedure in een grensoverschrijdende situatie vandaag nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen voor het grensoverschrijdend gebruik van de elektronische aanvraag, kan een aanvraag ook nog steeds met een papieren document worden ingediend.

Indien er enige onduidelijkheid bestaat over het voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel, dan kan steeds contact opgenomen met de buitenlandse voorschrijver.

In het geval een voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of indien de vergoedingsvoorwaarden niet vervuld zijn, dan blijven de kosten ten laste van de verzekerde, behoudens de uitzonderingsmaatregelen die desgevallend van toepassing kunnen zijn.

5. *Ad hoc* College van adviserend artsen van de lokale verzekeringsinstellingen

Het *ad hoc* College van adviserend artsen van de lokale verzekeringsinstellingen (hierna: *ad hoc* College) is samengesteld uit een adviserend arts van elke verzekeringsinstelling (één per landsbond, één voor Hulpkas voor Ziekte- of Invaliditeitsverzekering en één voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail), met kennis van de lokale problematiek.

Het *ad hoc* College heeft tot taak de verzekeringsinstellingen op verzoek advies verlenen, en kan zodoende een bijdrage leveren tot een eenvormige toepassing van de *Ostbelgien*-Regeling.

De verzekeringsinstelling die een dossier aan het *ad hoc* College wenst voor te leggen, stuur dit dossier door op elektronische wijze naar de effectieve leden, en hun plaatsvervangers, met inbegrip van een voorstel tot beslissing. De leden van het *ad hoc* College bezorgen binnen de 10 werkdagen na ontvangst van het aanvraagdossier hun advies per e-mail aan de andere leden van het *ad hoc* College. Alleen de effectieve leden, of hun vervanger, kunnen een advies uitbrengen ; het advies van de verwijzende verzekeringsinstelling van de rechthebbende wordt niet meegerekend.



De verzekeringsinstellingen delen de namen en de contactgegevens mee van hun adviserend arts en zijn/haar vervanger in dit *ad hoc* College, aan elkaar mee alsook aan het RIZIV (rir@riziv.fgov.be), alsook eventuele wijzigingen.

6. Problemen betreffende de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling

De moeilijkheden met betrekking tot de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling worden door de verzekeringsinstellingen in overleg met het RIZIV beslecht.



De verzekeringsinstellingen sturen voor het einde van een trimester een lijst met de eventuele problemen naar het RIZIV (rir@riziv.fgov.be) met het oog op een overleg dat een eenvormige toepassing door alle verzekeringsinstellingen dient te garanderen.

7. Financiële bepalingen

Er dient informatie beschikbaar te zijn over de financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die voortvloeien uit de toepassing van de *Ostbelgien*-regeling. Het is daarom aangewezen om het “Het Boekhoudplan in de praktijk” aan te passen.

Deze aanpassing houdt in dat met het oog op de transparantie van de financiële dimensies van de *Ostbelgien*-regeling, enerzijds, en het boeken van de uitgaven op een eenvormige manier door de verzekeringsinstellingen, anderzijds, een aantal nieuwe codes KG2 wordt toegevoegd, namelijk:

Situatie	KG2
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van een gemiddelde vergoedingspercentage van 75%	838
uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126)	836
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	853

Een verzekeringsinstelling die gedwongen wordt een beroep te doen op de toekenning van een vergoeding aan de tarieven en de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar aanleiding van het ontbreken van het antwoord op een aanvraag tot tarifiering, vermeldt de uitgaven eveneens onder de CG2 853.

De tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, die niet geïndiceerd worden door de *Ostbelgien*-regeling, dienen overeenkomstig de huidige van toepassing zijnde boekhoudkundige instructies geboekt te worden.

De Duitse vorderingen worden geboekt op de bijlage T3.

Daarnaast dienen de verzekeringsinstellingen ook de nodige gegevens te verzamelen over de financiële verplichtingen verbonden aan de afgifte van een toestemming (document S2) op basis van volgende elementen, nl. de verzekerde, de woonplaats van de verzekerde, het document S2 en geldigheidsduur, en de plaats van zorgverlening in Duitsland.

De verzekeringsinstellingen dienen de tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend tot en met 30 juni 2017 en die voortvloeien uit de toepassing van de IZOM-Samenwerkingsovereenkomst onder de daarvoor van toepassing zijnde code(s) KG2 te boeken.

8. Evaluatie van *Ostbelgien* regeling

De verzekeringsinstellingen verzamelen alle nuttige gegevens en registreren deze systematisch met het oog op een gecoördineerde evaluatie. De analyse heeft betrekking op:

(1) statistische gegevens inzake

- (i) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaalde bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend op basis van het gemiddeld vergoedingspercentage van 75% (= KG2 838), en de aard van de behandeling ;
- (ii) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaald bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend met toepassing van artikel 294, § 1, 13°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (= KG2 853);
- (iii) het aantal aanvragen en de uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in de Duitse grensstreek – waarvoor een toestemming (document S2 OBR) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126) (= KG2 836);

(iv) het aantal vorderingen E.125/S080, het aantal patiënten waarop deze betrekking hebben, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen verbonden aan de afgifte van een document S2 OBR opgesplitst in

- (a) medische hulp ;
- (b) tandheelkundige hulp ;
- (c) geneesmiddelen ;
- (d) ziekenhuisverpleging ;
- (e) andere verstrekkingen.

(2) de afgifte van een document S2 OBR

- (i) het aantal uitgereikte documenten S2 OBR, alsook het aantal verzekerden ;
- (ii) het aantal documenten S2 OBR voor een ambulante specialistische behandeling dan wel specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis ;
- (iii) betreft het een eerste afgifte van een document S2 OBR of een verlenging ;
- (iv) de aard van de behandeling (bijv. het specialisme) / dienst in het ziekenhuis, alsook het ziekenhuis waar de geneeskundige zorg wordt verleend ;
- (v) wat betreft de ambulante specialisatie zorg:
 - (a) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro)psychiatrie;
 - (b) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder)psychiatrie;
 - (c) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (d) ;
 - (d) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt ;
 - (e) medische beeldvorming;
- (vi) wat betreft de specialisatie zorg in een ziekenhuis:
 - (a) op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt;
 - (b) naar aanleiding van een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 OBR werd uitgereikt;
 - (c) naar aanleiding van een raadpleging van een arts-specialist in de Duitse grensstreek, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

De verzekeringsinstellingen stellen jaarlijks – voor 31 mei – een grondig evaluatieverslag op over de uitvoering van *Ostbelgien* regeling in het vorige kalenderjaar. De statistische gegevens dienen opgeleverd te worden middels de *.xlsx template in bijlage 3³. Zij sturen het evaluatieverslag en de statistische gegevens naar het RIZIV (rir@riziv.fgov.be),

In het kader van een eventuele verlenging van de *Ostbelgien* regeling, stellen de verzekeringsinstellingen voor 30 september 2019 een grondig evaluatieverslag op over de uitvoering van Ostbelgien regeling in het eerste semester van 2019. De statistische gegevens dienen opgeleverd te worden middels de *.xlsx template in bijlage 3. Zij sturen het evaluatieverslag en de statistische gegevens naar het RIZIV (rir@riziv.fgov.be).

De verzekeringsinstellingen worden uitgenodigd om alle andere nuttige en bijkomende gegevens te verzamelen en in deze grondige evaluatie mee te nemen.

De verzamelde informatie dient bij te dragen tot

- een betere kennis van omvang van de patiëntenmobiliteit in deze grensstreek en de aard van de medisch-specialistische gezondheidszorg waarvoor men zich naar de Duitse grensstreek begeeft
- het medisch aanbod, zowel ambulant als in de ziekenhuizen, in Oost-België in kaart te brengen
- de medische noden in Oost-België in kaart te brengen.

9. Duur van de *Ostbelgien* regeling

De *Ostbelgien*-regeling is op 1 juli 2017 in werking getreden tot en met 30 juni 2018.

De *Ostbelgien*-regeling wordt verlengd van 1 juli 2018 tot en met 31 december 2019, en kan verlengd worden op basis van een grondig evaluatieverslag (zie punt 8).

Vervangt omzendbrief V.I. nr. 2018/14 - 392/80 - 80/115 - 825/6 en 83/479 van 22 januari 2018.⁴



Omzendbrief V.I. nr. 2018/180 – 392/81 - 80/117 - 825/7 en 83/482 van 20 juni 2018.

4. Niet gepubliceerd in het I.B.

V. 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 met toelating van de adviserend arts

...

I. Inleiding

Krachtens artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 mag de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde een aangepaste werkzaamheid hervatten na de toelating van de adviserend arts, 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).

De gerechtigde is verplicht om voorafgaandelijk de toelating van de adviserend arts 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 ziekenfonds (uiterlijk de eerste werkdag die aan die hervatting voorafgaat).

Die gerechtigde kan bovendien het werk hervatten alvorens hij de toelating van de adviserend arts van zijn ziekenfonds heeft gekregen. De adviserend arts kan namelijk zijn *toelating na* de hervatting verlenen maar binnen een relatief korte termijn (binnen dertig werkdagen vanaf de eerste dag van de hervatting).

Deze versoepeling van de procedure voor de gerechtigden die zich progressief wensen te re-integreren op de arbeidsmarkt is ingevoerd geweest 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.

Deze versoepeling is niet van toepassing op de hervattingen van een frauduleuze werkzaamheid, noch op de hervattingen die door een sociaal controleorgaan of een ziekenfonds zijn vastgesteld (in het kader van, bv., datamatching).

Deze versoepeling beoogt om de geleidelijke werkhervattingen van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden buiten elke situatie van frauduleuze werkhervatting te ondersteunen.

Om de toelating tot werkhervatting tijdens de ongeschiktheid toe te kennen, moet de adviserend arts 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.

II. Re-integratieplan (art. 215^{undecies}, § 2, van het K.B. van 03.07.1996)

De gerechtigde is echter niet verplicht om een dergelijke toelating van de adviserend arts te vragen indien het re-integratieplan overhandigd door de preventieadviseur-arbeidsarts (art. I.4-74 van de Codex over het welzijn op het werk (2017) van 28.04.2017) een toegelaten arbeid bij de desbetreffende werkgever omvat zoals bepaald in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet.

In dat geval gaat de adviserend arts automatisch zelf na of het re-integratieplan overeenstemt met de voorwaarden voor een toegelaten arbeid. In voorkomend geval attesteert de adviserend arts de modaliteiten van zijn toelating.

De adviserend arts deelt zo spoedig mogelijk zijn bevindingen met betrekking tot de staat van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of zijn beslissing in verband met de toegelaten arbeid in de zin van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 aan de preventieadviseur-arbeidsarts mee.

Als de adviserend arts geen reactie geeft binnen drie weken na de ontvangst van de kopie van het re-integratieplan, wordt er verondersteld dat:

- het uitvoeren van het re-integratieplan geen einde zal maken aan de staat van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald in artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet
- de beslissing van de adviserend arts in verband met de toegelaten arbeid in de zin van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 positief is.

Cf. *infra*, III.2 (gevolgen bij een laattijdige aangifte)

Cf. *infra*, III.3 (gevolgen bij een weigering van de toekenning van de toelating).

III. Procedure van hervatting van een aangepaste werkzaamheid tijdens de arbeidsongeschiktheid

III. 1. Voorwaarden waaronder en termijn waarbinnen de toelating voor de werkhervatting wordt verleend

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.

Artikel 230, § 1 en § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bevat de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, tweede lid.

DE GERECHTIGDE

A. Aangifte van de hervatting van een beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid

De gerechtigde is 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 ziekenfonds aangeven.

B. Aanvraag tot 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 tot toelating om die activiteit uit te oefenen, bij de adviserend arts van zijn ziekenfonds 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, dient de gerechtigde zowel de aangifte van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid als de aanvraag tot toelating aan de adviserend arts in via een uniek formulier (cf. de bijlage)¹.

Dit uniek formulier bestaat uit twee delen:

- een luik “aangifte” dat bestemd is voor de administratieve dienst van het ziekenfonds en
- een luik “toelating” dat bestemd is voor de adviserend arts van het ziekenfonds.

De gerechtigde die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een beroepsactiviteit wenst te hervatten, moet dit formulier invullen en het bezorgen aan zijn ziekenfonds (via de post of door afgifte van het formulier aan zijn ziekenfonds), 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 arts en de arbeidsarts.

Dit behoorlijk ingevulde formulier stelt de adviserend arts van het ziekenfonds 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 ARTS VAN HET ZIEKENFONDS

D. Onderzoek van de aanvraag tot toelating door de adviserend arts van het ziekenfonds

De toelating om het werk tijdens de ongeschiktheid te hervatten, kan door de adviserend arts van het ziekenfonds worden verleend op voorwaarde dat de gerechtigde, van een medisch oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt en dat de uitoefening van die activiteit verenigbaar is met de betrokken aandoening.

1. Niet hier gepubliceerd.

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 dat 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 arts 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 arts van het ziekenfonds de aanvraag tot toelating om het werk tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten.

De adviserend arts 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 arts 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 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 arts op basis van het onderzoek van het dossier van de gerechtigde (aanvraag tot 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, (vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % vanuit medisch oogpunt en verenigbaarheid van de activiteit met de desbetreffende aandoening), *de adviserend arts 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 arts 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 deze gecoördineerde wet.

- b) Een medisch onderzoek is steeds vereist in de situaties waarin de adviserend arts 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 arts 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 tot 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 arts 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.

F. Termijn waarbinnen de adviserend arts zijn beslissing moet nemen

De adviserend arts van het ziekenfonds moet zijn beslissing *uiterlijk* de dertigste werkdag vanaf de eerste dag van de hervatting van de activiteit 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 arts van het ziekenfonds 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.

Het formulier met de toelating is gevoegd als bijlage 1 van de Omzendbrief V.I. nr. 2018/44 van 14 februari 2018.

Indien de adviserend arts 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 arts moet de aard, het volume en de uitoefeningsvoorwaarden van de toegelaten beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid vermelden.

De adviserend arts beperkt de duur van de periode gedekt door de toelating tot maximaal twee jaar. Hij kan echter vervolgens (indien nodig meermaals) de toelating voor een nieuwe periode van maximaal 2 jaar hernieuwen (*cf. infra*, I – toelatingen toegekend voor 01.04.2018).

Die toelating wordt in het medisch en het administratief dossier van de gerechtigde in het ziekenfonds opgenomen.

Het ziekenfonds moet het RIZIV via een *elektronisch bericht* de gegevens van die toelating bezorgen.

H. Periodiciteit van het medisch onderzoek dat wordt 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 arts van het ziekenfonds 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*.

I. Toelatingen toegekend voor 1 april 2018 (overgangsmaatregel tot 01.04.2019)

Voor 1 april 2019 beëindigt de adviserend arts elke lopende toelating die voor 1 april 2019 voor een onbepaalde duur of voor meer dan twee jaar is toegekend, en kent, indien noodzakelijk, een nieuwe toelating voor een beperkte duur van maximaal twee jaar toe (*cf. supra*, G – Ter kennis brengen van het formulier met de toelating).

III.2. Gevolgen van een laattijdige aangifte door de gerechtigde van zijn hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid

Artikel 100, § 2, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 stipuleert dat de Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen tijdens de ongeschiktheid kunnen worden toegekend in geval van niet-naleving door de gerechtigde van de aangiftetermijn en –voorwaarden (en van de aanvraag tot toelating) van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid, *met uitzondering van iedere frauduleuze hervatting of vaststelling door een sociaal controleur of een ziekenfonds (in het raam van, bijvoorbeeld, datamatching)*.

Deze bepaling is niet van toepassing als de gerechtigde niet verplicht is om de toelating van de adviserend arts te vragen (bv. wanneer de werknemer het werk in het kader van een re-integratieplan hervat dat is opgesteld door de preventieadviseur-arbeidsarts – *cf. supra*, II).

De paragraaf *2bis* van artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, bevat de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, derde lid:

- bij niet-naleving door de gerechtigde van de termijn en voorwaarden van de aangifte (en de aanvraag tot toelating) van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid, is een *sanctie* van toepassing 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 14 juli 1994 van toepassing tot de datum waarop de beslissing van de adviserend arts 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 tot toelating) laattijdig heeft verricht, maar toch binnen 14 kalenderdagen vanaf de hervatting, wordt hiervoor gesanctioneerd door een vermindering met 10 % van het dagbedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering (berekend overeenkomstig de cumulatieregel 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 cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 230 van het 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 uniek formulier aan het ziekenfonds.



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 cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (zonder de vermindering met 10 %):

In geval van de hervatting van een halftijdse activiteit (50 %), wordt een daguitkering van 50 EUR bijvoorbeeld verminderd met 30 % (15 EUR), tot 35 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 1^e 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 het ziekenfonds, zal de betrokkene een daguitkering ontvangen van 35 EUR *verminderd met 10 %* (- 3,5 EUR), of in totaal:

35 EUR – 3,5 EUR = 31,5 EUR

B. Laattijdige aangifte vanaf de 15^e kalenderdag vanaf de hervatting

Indien de gerechtigde de aangifteformaliteiten (en de aanvraag tot 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 arts uitwerking heeft.

In dit geval moet de adviserend arts zo snel mogelijk de arbeidsongeschiktheid onderzoeken (binnen dertig werkdagen vanaf de aangifte van de werkhervatting) en wordt het onverschuldigde bedrag beperkt tot enkel de werkdagen (het is mogelijk om een aanvraag tot 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, geengunstigere behandeling kunnen genieten dandegerechtigdendiehunwerkhervatting 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 %*.

III.3. Gevolgen in geval 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

Artikel 100, § 2, vierde lid van de gecoördineerde wet stipuleert 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 arts, uitwerking heeft, *met uitzondering van iedere frauduleuze hervatting of vaststelling door een sociaal controleur of een ziekenfonds (in het raam van, bv., datamatching)*.

Artikel 230, § 2^{ter} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bevat de uitvoeringsmodaliteiten van voornoemd artikel 100, § 2, vierde lid.

Wanneer na 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 tot 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 arts te ontvangen:

In die situatie blijft de gerechtigde voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend arts, zijn uitkeringen ontvangen die berekend zijn overeenkomstig de cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

- De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag tot toelating *laattijdig* ingediend (maar *binnen 14 kalenderdagen* vanaf de hervatting) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend arts 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 cumulatieregel zoals bedoeld in art. 230 van het K.B. van 03.07.1996), *maar verminderd met 10 %* (zie punt III.2.A).

- De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag tot toelating *laattijdig* ingediend (*meer dan 14 kalenderdagen* vanaf de hervatting) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend arts 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 arts haar uitwerking heeft (zie punt III.2.B).

IV. 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 zwangere of bevallen werkneemster of de werkneemster die borstvoeding 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 ziekenfonds* via een formulier van aanvraag tot toelating.

In die situatie blijft de voorafgaande toelating van de adviserend arts voor deze werkneemster 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 (rubriek 406/06)² van 4 augustus 2002 betreffende de toepassing van artikel 219^{ter}, § 5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, die van toepassing blijft in de situatie van voornoemde werkneemster, 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).

V. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt op 1 april 2018 in werking.

Hij vervangt de Omzendbrief V.I. nr. 2013/156 - 249/21³ van 11 april 2013 en de Omzendbrief V.I. nr. 2015/129 - 249/25 van 7 mei 2015.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/45 – 249/29 van 14 februari 2018.

VI. Werkverwijdering van zwangere werknemers, bevallen werknemers en bevallen werknemers die het kind borstvoeding geven

Inleiding

Sinds 1 januari 2010 wordt de vergoeding voor alle gevallen van werkverwijdering van de zwangere werknemers krachtens de bepalingen van artikel 30 van de Economische Herstelwet van 27 maart 2009 ten laste genomen in het kader van de moederschapsverzekering voor de werknemers, ongeacht of de oorzaak van die maatregel een beroepsziekte is.

Deze omzendbrief vervangt de Omzendbrief V.I. nr. 2012/239 - 406/10 - 9/1¹ van 28 juni 2012, in het bijzonder naar aanleiding van de wijziging van enkele bepalingen inzake de berekening van de moederschapsuitkering bij *gedeeltelijke werkverwijdering* via het koninklijk besluit van 4 februari 2018 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. 09.02.2018). Verder worden een aantal richtlijnen geactualiseerd en aangevuld.

I. Recht op moederschapsuitkeringen wegens werkverwijdering en berekening van de moederschapsuitkeringen

A. Werknemers in de privésector

1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

1.1. Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de zwangere werknemer

De zwangere werknemer die volledig van het werk is verwijderd, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219*bis*, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Deze uitkering wordt vastgesteld op **78,237** % van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (met andere woorden het begrensde gemiddeld dagloon).

Deze uitkering wordt toegekend tot aan de zesde week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum of de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien.

Vanaf de zesde week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of de achtste week in het geval van de geboorte van een meerling (begin van de voorbevallingsrust), komt de vergoeding voor de moederschapsrust in de plaats van de vergoeding in geval van werkverwijdering.

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2012/2, p. 243.

Om het ziekenfonds in staat te stellen de uitbetaling van de uitkering wegens werkverwijdering stop te zetten vanaf de zesde week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat (achtste week in het geval van de geboorte van een meerling), wordt aan de zwangere werkneemster gevraagd om via een attest van de behandelend arts de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen en aan te duiden of de geboorte van een meerling wordt voorzien. Dat attest moet worden gehecht aan het attest van de werkgever waarin de aard van de maatregel van moederschapsbescherming die ten aanzien van de werkneemster is genomen, wordt toegelicht.

1.2. Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de werkneemster die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft

De werkneemster die is bevallen of het kind borstvoeding geeft en die volledig van het werk is verwijderd, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219^{bis}, §2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Deze uitkering wordt vastgesteld op **60 %** van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (m.a.w. het begrensde gemiddeld dagloon).

De betrokkene heeft slechts recht op een moederschapsuitkering gedurende een periode van vijf maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. UITOEFENING VAN AANGEPAST WERK MET LOONVERLIES OF VOORTZETTING VAN EEN ACTIVITEIT TIJDENS EEN PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING

2.1. Uitoefening door de zwangere werkneemster van aangepast werk met loonverlies

De zwangere werkneemster die aangepast werk met loonverlies uitoefent, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219^{ter}, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Indien de werkneemster het aangepaste werk tijdens de facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

Deze werkneemster geniet een uitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld op **60 %** van het verschil, tussen:

- enerzijds, het niet begrensde gemiddeld dagloon², dat zij verdiende vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden of vóór de verandering van arbeidsplaatsen
- anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat zij ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats.

Dat verschil wordt slechts in aanmerking genomen tot beloop van het maximumbedrag vastgesteld krachtens artikel 87, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (= de “ZIV-loongrens”).



Het gaat om twee brutobedragen.

Onder het in aanmerking te nemen beroepsinkomen moet worden verstaan:

- de bezoldigingen en andere voordelen die kunnen in aanmerking genomen worden om het gederfde loon, bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet te bepalen³

2. Het gederfde loon bedoeld in art. 113, 3^{de} lid, van de gecoördineerde wet zonder echter de toepassing van het maximumbedrag bedoeld in art. 87, 1^{ste} lid, van deze gecoördineerde wet (= de “ZIV-loongrens”).

3. Algemeen gesteld gaat het meer bepaald om alle bedragen of voordelen waarop de werkneemster ter uitvoering van haar arbeidsovereenkomst aanspraak kan maken en waarop inhoudingen voor de sociale zekerheid verschuldigd zijn, met uitsluiting van het bijkomend vakantiegeld en de eindejaarspremie en de andere premies en gelijkaardige voordelen die worden toegekend onafhankelijk van het aantal effectief gewerkte dagen tijdens het kwartaal van hun aanpak aan de inningsinstelling van de sociale zekerheidsbijdragen (K.B. van 10.06.2001 tot vaststelling van een uniform begrip “gemiddeld dagloon” ...).

- het gewaarborgd loon tweede week en de vergoeding bedoeld in de collectieve arbeidsovereenkomsten nr. 12bis en nr. 13bis;
- elke uitkering, vergoeding of rente die het verlies van dat inkomen compenseert.

Om het dagbedrag van dat beroepsinkomen vast te stellen, deelt het ziekenfonds het wekelijkse, maandelijkse, driemaandelijkse of jaarlijkse bedrag door respectievelijk 6, 26, 78 of 312.



Voorbeeld:

Een werknemer X oefent sinds 1 februari 2018 een aangepaste activiteit met loonverlies uit. Voor de aanpassing van de arbeidsomstandigheden kan zij aanspraak maken op een forfaitair maandloon van 3.800 EUR. Gedurende de gedeeltelijke werkverwijdering bedraagt haar forfaitair maandloon 2.000 EUR tijdens de maand februari 2018.

- Vaststelling van het gederfde loon voor de aanpassing van de arbeidsomstandigheden:
 $3.800 \text{ EUR} / 26 = 146,1538 \text{ EUR}$ (ZIV-loongrens is **niet** van toepassing)
- Vaststelling van het in werkdagen omgezette beroepsinkomen na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden:
 $2.000 \text{ EUR} / 26 = 76,9231 \text{ EUR}$
- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
 $60 \% (146,1538 \text{ EUR} - 76,9231 \text{ EUR} < \text{ZIV-loongrens}) = 41,5384 \text{ EUR}$

Het ziekenfonds kent deze werknemer X tijdens de maand februari 2018 moederschapsuitkeringen toe waarvan het dagbedrag 41,54 EUR is en die zij cumuleert met haar bezoldiging uit de aangepaste activiteit.

Als het om een maandelijks bedrag gaat, past het ziekenfonds de deler 26 toe. Het ziekenfonds vermindert deze deler 26 niet naar rato van het aantal vergoedbare dagen die gedekt zijn door vakantiegeld dat (voor de bedienden) de werkgever uitbetaalt, aangezien het enkel vakantiegeld overeenstemt met het loon van de werknemer.

Van die regel wordt o.a. in de volgende situaties afgeweken:

- 1) De werknemer begint een aangepaste activiteit met loonverlies in de loop van een maand. In dat geval wordt de deler 26 vermindert met het aantal vergoedbare dagen van die maand waarop de betrokkene nog geen aangepaste activiteit verricht. Als de werknemer de activiteit bijvoorbeeld op 17 januari 2018 begint, moet het inkomen van de maand januari 2018 worden gedeeld door 12 ($26 - 14 = 12$); de vermindering met 14 dagen stemt overeen met het aantal vergoedbare dagen in de periode van 1 januari 2018 tot en met 16 januari 2018.
- 2) De werknemer zet de aangepaste activiteit met loonverlies in de loop van de maand stop, bijvoorbeeld omdat zij de moederschapsrust aanvat, haar normale werk hervat of de arbeidsovereenkomst wordt beëindigd. Het ziekenfonds vermindert de deler 26 dan met het aantal vergoedbare dagen van de periode waarin de werknemer geen aangepaste activiteit uitoefent.



als de aangepaste werkzaamheid (met loonverlies) eindigt met de uitbetaling van een verbrekingsvergoeding en deze vergoeding is berekend op basis van het loon van de aangepaste activiteit, wordt de deler 26 niet vermindert voor de maand waarin de overeenkomst is verbroken, maar voor de maand waarin de door de verbrekingsvergoeding gedekte periode eindigt.

- 3) In de loop van de maand neemt een arbeidster één of meerdere dagen vakantie. Aangezien het bedrag van het enkel vakantiegeld door een vakantiekas of door de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie (RJV) wordt uitbetaald, wordt het niet door de werkgever meegedeeld. Het ziekenfonds vermindert dan de deler 26 met het aantal dagen dat gedekt is door het vakantiegeld dat door een vakantiekas of door de RJV wordt uitbetaald (uitgedrukt in een zesdagenweekregeling).

Voor de **vakantiedagen** die de werknemster in het kader van de “aangepaste werkzaamheid” opneemt of niet voor het einde van het vakantiejaar opneemt (saldo), worden de moederschapsuitkeringen in toepassing van artikel 103, § 1, 2° en artikel 117 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 geweigerd.

2.2. Zwangere werknemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en slechts voor één of meerdere, maar niet voor al die activiteiten van het werk is verwijderd

De zwangere werknemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en voor wie de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere, maar niet op al die activiteiten, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 219^{ter}, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Indien de werknemster haar activiteit tijdens het tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

De uitkering bedraagt **60 %** van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 uit de activiteit waarvan de gerechtigde is verwijderd (meer bepaald het begrensde gemiddeld dagloon).

Voor de vakantiedagen die de betrokkene niet voor het einde van het vakantiejaar opneemt (saldo), worden de moederschapsuitkeringen in toepassing van artikel 103, § 1, 2° en artikel 117 van de gecoördineerde wet geweigerd.



Voorbeeld:

Een werknemster Y is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten: (werkgever A (forfaitaire bezoldiging van 2.000 EUR per maand) en werkgever B (forfaitaire bezoldiging van 850 EUR per maand)). Bij werkgever A wordt zij vanaf 1 februari 2018 volledig van het werk verwijderd.

- Vaststelling van het gederfde loon bij werkgever A:
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR (< ZIV-loongrens)
- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
60 % van 76,9231 EUR = 46,1539 EUR

Het ziekenfonds kent deze werknemster Y tijdens de maand februari 2018 een moederschapsuitkering toe waarvan het dagbedrag 46,15 EUR is en die zij cumuleert met haar bezoldiging bij werkgever B.

2.3. Werknemeester die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft – uitoefening van aangepast werk met loonverlies of voortzetting van een activiteit in de loop van een periode van moederschapsbescherming

Het ziekenfonds berekent de moederschapsuitkering, al naargelang van het geval, op basis van artikel 219^{ter}, § 1 of § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (cf. *supra*, 2.1. en 2.2.).

3. ZWANGERE WERKNEEMSTER DIE TIJDENS DE PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBE-SCHERMING DE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT DIE ZIJ ONMIDDELIJK VÓÓR HET BEGIN VAN DIE PERIODE UITOEFENDE, VOORTZET (ART. 219^{ter}, § 5 VAN HET K.B. VAN 03.07.1996)

3.1. Zwangere werknemster die volledig van haar activiteit in loondienst is verwijderd

Tot de zesde week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of tot de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien, heeft de werknemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag is vastgesteld op **78,237 %** van het gederfd loon als bedoeld in artikel 113, derde lid van de gecoördineerde wet (art. 219^{bis}, § 1, eerste lid van het K.B. van 03.07.1996).

Vanaf de zesde week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, of vanaf de achtste week wanneer de geboorte van een meerling wordt voorzien, heeft de werkneemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag is vastgesteld op **60 %** van het gederfd loon als bedoeld in artikel 113, derde lid van de gecoördineerde wet (art. 219*bis*, § 1, tweede lid van het bovenvermeld K.B.).

Die uitkeringen worden met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219*ter*, § 5, vierde lid van het bovenvermeld koninklijk besluit.

3.2. Zwangere werkneemster die gedeeltelijk van haar activiteit in loondienst is verwijderd

In dat geval heeft de werkneemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 219*ter* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Die uitkering wordt met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219*ter*, § 5, vierde lid van het bovenvermeld koninklijk besluit.

B. Werkneemsters in de overheidssector

1. CONTRACTUELE WERKNEEMSTERS TEWERKGESTELD IN DE PROVINCIALE EN PLAATSELIJKE OVERHEIDSDIENSTEN (AANGIFTE IN DE DMFAPPL)

De bepalingen onder punt A voor de werkneemsters van de privésector zijn eveneens van toepassing op de contractuele werkneemsters in de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten waarvoor de werkgever (of zijn mandataris) een aangifte in de DmfAPPL verricht.

De moederschapsverzekering voor werknemers komt niet tussen ten gunste van de statutaire werkneemsters (het zijn de overheidsdiensten die hun statutair personeel in geval van werkverwijdering vergoeden).

2. ANDERE CONTRACTUELE WERKNEEMSTERS IN DE OVERHEIDSSector (AANGIFTE IN DE DMFA)

Krachtens de bepalingen van de wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector neemt de werkgever de vergoeding van deze werkneemsters ten laste, wanneer de oorzaak van de maatregel van werkverwijdering een beroepsziektorisico is.

C. Formulier in te vullen door de werkgever

Met het oog op de toekenning van een moederschapsuitkering aan de zwangere of bevallen werkneemster of de werkneemster die borstvoeding geeft en die in het kader van de arbeidswet van 16 maart 1971 het voorwerp uitmaakt van een maatregel van moederschapsbescherming, moet de werkgever een attest invullen.

Via een attest van de behandelend arts dat bij het attest van de werkgever (*cf. bijlage 1*) moet worden gevoegd, wordt de zwangere werkneemster uitgenodigd om de volgende gegevens mee te delen opdat haar ziekenfonds de aan haar verschuldigde moederschapsuitkering correct kan berekenen:

- de vermoedelijke bevallingsdatum
- of al dan niet de geboorte van een meerling wordt voorzien.

Bij gedeeltelijke werkverwijdering van de werkneemster (“aangepaste activiteit met loonverlies”) vult de werkgever een maandelijks inkomstenattest (*cf. bijlage 3*) in om haar ziekenfonds toe te laten haar moederschapsuitkeringen te berekenen ten belope van het loonverlies dat voortvloeit uit de aanpassing van haar arbeidsomstandigheden (*cf. supra, I.A.2.1.*).

D. De onthaalmoeders

Sinds 1 januari 2010 worden de onthaalmoeders die het voorwerp uitmaken van een maatregel van volledige werkverwijdering, door hun ziekenfonds vergoed (vóór die datum werden zij door het FBZ, inmiddels FEDRIS geworden, ten laste genomen).

Het gemiddelde dagloon waarop de moederschapsuitkering wegens werkverwijdering (en moederschapsrust) wordt berekend, stemt overeen met $1/26^{\circ}$ van het bedrag van het gewaarborgd gemiddeld minimummaandinkomen dat wordt vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal opvangplaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen op het ogenblik dat de maatregel van moederschapsbescherming een aanvang neemt, en waarvan de noemer gelijk is aan het maximale aantal opvangplaatsen die kunnen worden erkend op basis van de voor de bevoegde Gemeenschap geldende reglementering (vgl. art. 45, § 3 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Er wordt dus rekening gehouden met de *theoretische opvangcapaciteit* (het aantal plaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen) en niet met het aantal plaatsen waarvoor tussen de onthaalmoeder en de ouders een overeenkomst is afgesloten.

 De regelgeving in **Vlaanderen** is echter sinds 1 april 2014 gewijzigd (vgl. het Decreet van 20.04.2012 houdende de organisatie van kinderopvang van baby's en peuters). Zij hanteert niet langer de notie “erkende capaciteit”. Er wordt nu gewerkt met vergunningen waardoor er geen maximum van 4 opvangplaatsen meer is. In het kader van de “gezinsopvang” kan de onthaalouder maximaal 8 kinderen opvangen. De reglementering met betrekking tot de berekening van de moederschapsuitkeringen voor onthaalouders is evenwel gebonden aan de RSZ-wetgeving waarin er nog sprake is van “erkende plaatsen” en een “erkenningsbeslissing”. Een onthaalouder met een vergunning voor “8 kinderen” kan voor de sociale zekerheid toch slechts maximaal een “erkende capaciteit” van “4 kinderen” hebben.

Concreet betekent dit dat de onthaalmoeder aanspraak kan maken op een moederschapsuitkering (in geval van volledige werkverwijdering) die wordt berekend op basis van het bovenvermelde gemiddelde dagloon:

- ten belope van **78,237 %** voor de periode van (volledige) werkverwijdering tijdens de zwangerschap tot de zesde week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum (of de achtste week in het geval van de geboorte van een meerling)
- ten belope van **82 %** tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust en ten belope van **75 %** vanaf de 31^e dag van die periode
- ten belope van **60 %** in het geval van werkverwijdering na de bevalling.

Formulier in te vullen met het oog op de vergoeding van de onthaalmoeders

Een specifiek attest moet worden ingevuld door de erkende onthaaldienst (*cf. bijlage 2*).

Op dit attest, dat door de onthaalmoeder aan haar ziekenfonds moet worden bezorgd, moet de erkende onthaaldienst de genomen maatregel van werkverwijdering, evenals de begin- en einddatum van die maatregel vermelden. De onthaaldienst moet eveneens het aantal opvangplaatsen aangeven waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen, evenals het maximale aantal opvangplaatsen dat door de bevoegde Gemeenschap kan worden erkend bij het begin van de periode van moederschapsbescherming (*steeds maximum 4 (cf. supra)*).

De zwangere onthaalmoeder wordt gevraagd de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen (en of al dan niet de geboorte van een meerling wordt verwacht) via een attest van de behandelend arts dat aan het attest van de erkende onthaaldienst moet worden gehecht.

De overige voor de vergoeding noodzakelijke gegevens worden op het inlichtingenblad meegegeeld.

II. Bijzondere situaties

A. Werkverwijdering en deeltijdse werkherleving wegens medische redenen

In de hypothese waarin een werkgever een werkneemster verwijdt in het kader van een deeltijdse activiteit waarvoor zij in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet de toelating van de adviserend arts heeft gekregen, moet de betrokkene enkel worden vergoed voor de (volledige) arbeidsongeschiktheid en moet er geen toepassing worden gemaakt van de cumulatieregel zoals omschreven in artikel 219^{ter}, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Deze arbeidsongeschiktheidsuitkering zal worden berekend op basis van het gederfd loon dat de werkneemster ontving voor de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid.

B. Volledige werkverwijdering en laattijdige bevalling

Wanneer het gaat om een volledige werkverwijdering en de betrokkene bevalt later dan de vermoedelijke bevallingsdatum, moet het ziekenfonds een uitkering voor de werkverwijdering toekennen ten belope van 78,237 % tot aan het begin van de 6 of 8 weken voorafgaand aan de **vermoedelijke bevallingsdatum**. Gedurende de eerste 30 dagen van de daaropvolgende periode (moederschapsrust), zal de gerechtigde aanspraak kunnen maken op een percentage van 82 % en vervolgens vanaf de 31^{ste} dag op een percentage van 75 %.

In geval van een laattijdige bevalling zal met andere woorden door het ziekenfonds een uitkering voor de moederschapsrust ten belope van 75 % worden betaald voor de periode tussen de vermoedelijke bevallingsdatum en de werkelijke bevallingsdatum. Als de bevalling gebeurt na de door de arts voorziene datum, wordt de voorbevallingsrust immers verlengd tot de werkelijke bevallingsdatum.

C. Vergoeding van een werknemster die bij een werkgever van het werk is verwijderd en vervolgens ongeschikt is erkend om te werken bij de andere werkgever

Krachtens de bepalingen van artikel 219^{ter}, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 geniet de werknemster die twee betrekkingen in loondienst uitoefent en die slechts voor één van deze twee betrekkingen van het werk verwijderd wordt, een uitkering ten belope van 60 % van het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de activiteit waarvan zij is verwijderd.

Als de werknemster ongeschikt is erkend om de activiteit verder te zetten waarin zij niet van het werk is verwijderd, blijft zij gedurende de periode van gewaarborgd loon aanspraak maken op een moederschapsuitkering die is berekend op grond van de bepalingen van artikel 219^{ter}, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Als de werknemster bij het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon het werk niet meer hervat wegens arbeidsongeschiktheid, zou zij in deze situatie vanaf het begin van haar arbeidsongeschiktheid niet meer kunnen worden beschouwd als zich bevindend in een periode van moederschapsbescherming. In dat geval kan de werknemster aanspraak maken op *arbeidsongeschiktheidsuitkeringen*, berekend op basis van het gederfd loon dat voortvloeit uit deze twee betrekkingen. Voor de periode gedekt door het gewaarborgd loon kan zij slechts aanspraak maken, in toepassing van artikel 242, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, op een arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend op basis van het gederfd loon bij de andere werkgever.

D. Vergoeding van een werknemster die bij een werkgever gedeeltelijk van het werk is verwijderd en vervolgens arbeidsongeschikt is erkend

Deze werknemster geniet op grond van artikel 219^{ter}, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gedurende de gedeeltelijke werkverwijdering een uitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld op 60 % van het verschil, tussen, enerzijds, het gederfde loon dat zij verdiende vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden of vóór de verandering van arbeidsplaats en, anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats (*cf. supra* I.2.1.).

Wanneer de betrokkene arbeidsongeschikt wordt tijdens de periode van gedeeltelijke werkverwijdering, is de werkgever gewaarborgd loon verschuldigd dat is berekend op het loon dat zij heeft ontvangen in het kader van de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of risicogebonden werktijden of na de verandering van arbeidsplaats.

Dit gewaarborgd loon vormt een beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats en komt dus in aanmerking om de voormelde verschilregel toe te passen.

Als de werknemster bij het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon het werk niet meer hervat wegens arbeidsongeschiktheid, moet zij na het verstrijken van het door het gewaarborgde loon gedekte tijdvak als arbeidsongeschikt worden beschouwd op voorwaarde dat zij de voorwaarden tot erkenning van deze arbeidsongeschiktheid vervult (vgl. art. 100, § 1 van de gecoördineerde wet). In dat geval berekent het ziekenfonds de arbeidsongeschiktheidsuitkering op het gederfde loon zoals bepaald op de eerste dag van de periode van werkverwijdering (vgl. art. 33, § 2 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

E. Bevoegdheid van de adviserend arts inzake werkverwijdering

Als de adviserend arts meent dat de voorwaarden van de werkverwijdering (maatregel beslist door de werkgever na advies van de preventieadviseur-arbeidsarts) niet zijn vervuld, kan hij contact opnemen met de preventieadviseur-arbeidsarts om de eventuele twijfels uit de weg te ruimen. Dit type van controle zou echter moeten worden voorbehouden voor de gevallen waarin er twijfel bestaat over de gegrondheid van de maatregel van werkverwijdering.

F. Situatie van de werkneemster op wie onmiddellijk een maatregel van moederschapsbescherming moet worden toegepast omdat ze dreigt te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld (art. X.5-7 van de Codex over het welzijn op het werk)

De maatregel van moederschapsbescherming wordt door de werkgever genomen, op advies van de preventieadviseur-arbeidsarts en wordt vermeld op het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat aan het einde van het medisch onderzoek wordt ingevuld.

De bedoelde hypothese heeft betrekking op de situatie waarin de werkgever onmiddellijk is overgegaan tot de werkverwijdering van de werkneemster, omdat zij dreigde te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld, terwijl het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts nog niet heeft plaatsgevonden.

In de meeste gevallen zal de betrokken werkgever reeds een algemene risico-evaluatie hebben uitgevoerd overeenkomstig artikel 41 van de arbeidswet van 16 maart 1971, en dat in samenwerking met de preventieadviseur-arbeidsarts (en de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk).

Wanneer de werkneemster op wie één van de bepalingen van de artikelen 42 tot 43*bis* van de arbeidswet van 16 maart 1971 van toepassing is, aan een medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts wordt onderworpen (gezondheidstoezicht, zoals dat is vastgesteld in titel IV van boek I van de Codex over het welzijn op het werk), heeft de algemene risico-evaluatie reeds plaatsgevonden. In de meeste gevallen zal de preventieadviseur-arbeidsarts het formulier voor de gezondheidsbeoordeling invullen; dat formulier dient ter verantwoording van de door de werkgever besliste schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid, als bedoeld in de artikelen 42, § 1, eerste lid, 3^o en 43, § 1, tweede lid, 2^o van de arbeidswet van 16 maart 1971.

In dit geval gaat de maatregel van werkverwijdering in vanaf de onmiddellijke verwijdering van de risicopost en moet de werkgever het loon niet betalen tot de datum waarop het medisch onderzoek plaatsvindt. Dat medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts moet echter zo vlug mogelijk worden uitgevoerd.

De Federale overheidsdienst werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg heeft deze werkwijze goedgekeurd en heeft verduidelijkt dat dit onderzoek niet alleen zo snel mogelijk moet plaatsvinden, maar ook dat de werkgever die een werkneemster van haar arbeidspost verwijdert (wegens haar blootstelling aan een risico waarvan de blootstelling is verboden en dat voorkomt in de Bijlage I.4-2 van de Codex over het welzijn op het werk), overleg moet plegen met de preventieadviseur-arbeidsarts (indien nodig telefonisch) om de meest aangepaste maatregel te nemen om de blootstelling van de werkneemster aan het vastgestelde risico te vermijden en eventueel de bevestiging te krijgen dat wel degelijk een beslissing tot werkverwijdering moet worden genomen.

Het is dus het ziekenfonds dat de uitkering voor werkverwijdering moet uitbetalen vanaf de datum waarop de werkgever is overgegaan tot de onmiddellijke verwijdering van de zwangere werkneemster en dat zodra het ziekenfonds het attest van de werkgever en het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat tijdens het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts wordt ingevuld, heeft ontvangen (behalve voor de dag waarop het medisch onderzoek van de werkneemster door de preventieadviseur-arbeidsarts heeft plaatsgehad; die dag wordt immers beschouwd als een arbeidsdag waarvoor de werkgever het normale loon verschuldigd is overeenkomstig art. 42, § 2 van de arbeidswet van 16.03.1971 en art. I.4-11, § 1, van de Codex over het welzijn op het werk).

Aangezien die documenten in principe binnen de vastgestelde termijn voor de uitbetaling van de moederschapsuitkeringen worden verzonden, zouden er zich geen problemen moeten voordoen.

G. Arbeidsongeschiktheid, gevolgd door een werkverwijdering

G.1. SITUATIE VAN DE ZWANGERE WERKNEEMSTER WAARVOOR DE WERKGEVER, OP BASIS VAN HET ADVIES VAN DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSARTS, HEEFT BESLIST OM EEN MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING TE NEMEN DIE INGAAT OP EEN DATUM IN DE TOEKOMST. DE WERKNEEMSTER WORDT ARBEIDSONGESCHIKT VÓÓR DE VASTGESTELDE INGANGSDATUM VAN DE MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING

In deze situatie is de maatregel van werkverwijdering al beslist door de werkgever na het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts (de datum waarop de maatregel van moederschapsbescherming ingaat, bevindt zich in de toekomst en de betrokkene is ondertussen arbeidsongeschikt geworden).

In deze hypothese gaat de maatregel van werkverwijdering in op de door de preventieadviseur-arbeidsarts vastgestelde aanvangsdatum, ook al is de werkneemster op die datum nog arbeidsongeschikt.

Ook al is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen (*behalve* voor de onthaalmoeders - zie art. 45, § 4, 2^{de} lid van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997), toch moet het ziekenfonds een nieuw inlichtingenblad opsturen aangezien bepaalde bijkomende inlichtingen vereist zijn (bv.: aangezien de arbeidsovereenkomst om een andere reden wordt geschorst, begint een nieuwe termijn te lopen voor de bezoldiging van de wettelijke feestdagen die ten laste van de werkgever vallen).

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat de in de artikelen 114 en 114^{bis} van de gecoördineerde wet bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die in de loop van een tijdvak van arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid of invaliditeit) vallen, het laatstgenoemde tijdvak schorsen (art. 87, 5^{de} lid en art. 93, 3^{de} lid van de gecoördineerde wet). De tijdvakken van moederschapsbescherming worden dus niet in aanmerking genomen om de datum vast te stellen waarop de invaliditeitsperiode ingaat.

G.2. MEDISCH ONDERZOEK UITGEVOERD DOOR DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSARTS TIJDENS EEN TIJDVAK VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DAT ONMIDDELIJK VOORAFGAAT AAN DE PERIODE VAN WERKVERWIJDERING

Overeenkomstig artikel I.4-11, § 1 van de Codex over het welzijn op het werk mag de arbeidsarts geen medisch onderzoek uitvoeren tijdens een periode van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst. Dat onderzoek mag slechts worden verricht als de uitvoering van de arbeidsovereenkomst niet langer wegens ongeschiktheid is geschorst.

Er moet dus van worden uitgegaan dat het medisch onderzoek na de arbeidsongeschiktheid heeft plaatsgevonden, nl. op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering, en dat deze dag door de werkgever is bezoldigd aangezien de dag van het medisch onderzoek als een arbeidsdag wordt beschouwd waarvoor de werkgever het normale loon is verschuldigd (voornoemd art. I.4-11 en art. 42, § 2 van de arbeidswet van 16.03.1971). De moederschapsuitkeringen moeten dus voor die dag worden geweigerd.

De maatregel van werkverwijdering mag in principe pas na het einde van de arbeidsongeschiktheid ingaan, aangezien de arbeidsovereenkomst vóór die datum reeds om een andere reden was geschorst, nl. wegens arbeidsongeschiktheid.

In deze situatie kunnen de moederschapsuitkeringen worden toegekend vanaf de aanvangsdatum van de maatregel van moederschapsbescherming zoals vermeld op het door de werkgever ingevulde attest (met uitzondering van de eerste dag van werkverwijdering die wordt geacht te zijn bezoldigd door de werkgever (dag waarop het medisch onderzoek moest plaatsvinden)).

Voor de berekening van de moederschapsuitkering is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen overeenkomstig artikel 45, §4 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 (behalve voor de onthaalmoeders voor wie de moederschapsuitkering wordt berekend overeenkomstig de bepalingen van art. 45, § 3 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

III. Inwerkingtreding

De nieuwe bepalingen over de berekening van de uitkeringen treden in werking op **1 januari 2018** en zijn van toepassing zowel op de vóór deze datum aangevatte situaties van gedeeltelijke werkverwijdering ("lopende gevallen van gedeeltelijke werkverwijdering") als op de nieuwe gevallen.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/49 – 406/14 en 9/3 van 20 februari 2018.

VII. Verlenging van de moederschapsrust - Toepassing van artikel 115 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

I. Inleiding

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2014/343 - 406/13 en 9/2 van 1 september 2014 naar aanleiding van de wijziging van de bepalingen over de berekening van de uitkering in geval van het uitoefenen van een “toegelaten activiteit” tijdens de arbeidsongeschiktheid of in geval van een “gedeeltelijke werkverwijdering” van de werkneemster zoals aangebracht via het Koninklijk besluit van 4 februari 2018 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. van 09.02.2018). Deze nieuwe bepalingen nopen tot een wijziging van de verschillende voorbeelden die in de voormelde omzendbrief V.I. nr. 2014/343 zijn opgenomen.

Voor een verduidelijking van de nieuwe bepalingen over de berekening van de uitkeringen in geval van het uitoefenen van een “toegelaten activiteit” tijdens de arbeidsongeschiktheid of in geval van een “gedeeltelijke werkverwijdering” van de werkneemster verwijzen we respectievelijk naar de omzendbrief V.I. nr. 2018/44 - 249/28 van 14 februari 2018 (“toegelaten activiteit”) en de omzendbrief V.I. nr. 2018/49 - 406/14 en 9/3¹ van 20 februari 2018 (“werkverwijdering”).

Via artikel 5 van de wet van 25 april 2014 (gepubliceerd in het B.S. van 06.06.2014) zijn wijzigingen aangebracht in artikel 115 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen om die bepaling in overeenstemming te brengen met het arrest dat op prejudiciële vraag (arrest nr. 169/2011) op 10 november 2011 door het Grondwettelijk Hof is gewezen door een tweede uitzondering in te voeren op de voorwaarde met betrekking tot de volledige stopzetting van alle werkzaamheid die wordt vereist voor het in aanmerking nemen van de tijdvakken van moederschapsrust.

Luidens datzelfde artikel is de in het eerste lid bedoelde voorwaarde (stopzetting van alle werkzaamheid) niet van toepassing:

1°...

2° gedurende het tijdvak van verlenging van de nabevallingsrust ten belope van de tijdvakken waarin de werkneemster een werkzaamheid gedurende een in artikel 114*bis* bedoelde periode van moederschapsbescherming heeft uitgeoefend of een aangepaste werkzaamheid gedurende haar arbeidsongeschiktheid onder de in artikel 100, § 2, bedoelde voorwaarden heeft hervat, van de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling.”.

Op basis van die nieuwe bepaling kan de werkneemster die het voorwerp heeft uitgemaakt van een maatregel van moederschapsbescherming in het kader van een of meerdere van haar loontrekkende activiteiten, haar nabevallingsrust verlengen met het tijdvak waarin zij één of meerdere van haar activiteiten heeft voortgezet tijdens de facultatieve voorbevallingsrust. Hetzelfde geldt voor de arbeidsongeschikte erkende werkneemster die tijdens haar arbeidsongeschiktheid, van de zesde tot en met de tweede week vóór haar bevalling, de uitoefening van één (of meerdere) van haar loontrekkende activiteiten heeft hervat.

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2012/2, p. 243.

Andere wijzigingen moesten worden aangebracht:

1. Wijzigingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Via het koninklijk besluit van 9 juli 2014 (B.S. van 23.07.2014) is een artikel 218 ingevoegd in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 om de toekenning te regelen van de moederschapsuitkeringen tijdens de verlengde periode van nabevallingsrust bij een werkgever terwijl de werkneemster tijdens die periode al het werk heeft hervat bij een andere werkgever en de moederschapsrust bij laatstgenoemde al ten einde is gelopen.

Het bepaalt dat “de werkneemster die, overeenkomstig artikel 114, tweede lid van de gecoördineerde wet, de nabevallingsrust verlengt met de periode waarin zij één of meerdere van haar activiteiten heeft voortgezet tijdens de periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 219^{ter}, § 2, vanaf de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling, slechts aanspraak kan maken op een moederschapsuitkering tijdens de voormelde verlenging van de nabevallingsrust waarin ze één of meerdere van haar andere activiteiten heeft hervat, in functie van de bovenvermelde activiteit of activiteiten die recht geven op de verlenging van de nabevallingsrust.

Het eerste lid is eveneens van toepassing op de berekening van de moederschapsuitkering tijdens de nabevallingsrust die wordt verlengd met de periode waarin de werkneemster één of meerdere van haar activiteiten heeft hervat tijdens haar arbeidsongeschiktheid onder de voorwaarden bepaald in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet vanaf de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling”.

Artikel 220 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 is eveneens gewijzigd door artikel 2 van het koninklijk besluit van 9 juli 2014 om de opsomming van de periodes die worden gelijkgesteld met arbeidsperiodes met het oog op de verlenging van de nabevallingsrust, aan te vullen met de periodes van aangepaste arbeid die zijn vervuld in het kader van een maatregel van moederschapsbescherming of in het kader van een arbeidsongeschiktheid.

2. Wijziging van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997

Bij Verordening van 18 september 2013 is een § 5 ingevoegd in artikel 45 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 om te preciseren welk gedeerde loon in aanmerking moet worden genomen bij de berekening van de moederschapsuitkering tijdens de periode waarin de nabevallingsrust wordt verlengd met de periode waarin de werkneemster een of meerdere van haar loontrekkende activiteiten heeft voortgezet gedurende een tijdvak van moederschapsbescherming, zoals bedoeld in artikel 219^{ter}, § 2, of een of meerdere van haar activiteiten heeft hervat tijdens haar arbeidsongeschiktheid, onder de voorwaarden die zijn bepaald in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet, van de zesde week, of de achtste week in het geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week die voorafgaat aan de bevalling.

In de paragraaf wordt bepaald dat “wanneer de werkneemster bedoeld in artikel 218 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 het tijdvak van nabevallingsrust verlengt met de periode waarin ze één of meerdere van haar activiteiten heeft voortgezet tijdens een periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 219^{ter}, § 2, vanaf de zesde week, of de achtste week in geval van geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling, het gedeerde loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de moederschapsuitkering tijdens de periode van verlenging van de nabevallingsrust, *het gemiddeld dagloon is dat is bepaald bij de aanvang van de periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 114 van de gecoördineerde wet en dat voortvloeit uit de activiteit of activiteiten die recht geven op de verlenging van de nabevallingsrust.*

Het eerste lid is eveneens van toepassing om het gederfde loon te bepalen dat in aanmerking moet worden genomen tijdens het tijdvak van verlenging van de nabevallingsrust met de periode waarin de werknemster de uitoefening van één of meerdere van haar activiteiten tijdens haar arbeidsongeschiktheid, onder de voorwaarden bepaald in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet, heeft hervat vanaf de zesde week, of de achtste week in geval van geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling.”.

! Belangrijke opmerking: De wijzigingen die worden aangebracht aan artikel 218 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, evenals aan artikel 45 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 beogen slechts de situaties waarin de werknemster **meerdere** loontrekende activiteiten bij de aanvang van het risico uitoefent.

Het is dus niet noodzakelijk om een bijzondere reglementaire bepaling te voorzien om de situatie te regelen waarin de werknemster slechts één enkele werkgever heeft en de uitoefening van een aangepaste werkzaamheid hervat tijdens haar arbeidsongeschiktheid of in het kader van een maatregel van moederschapsbescherming vermits in dat geval gedurende de periode van verlengde nabevallingsrust de vergoeding op basis van het gederfde loon moet worden voortgezet zoals bepaald bij de aanvang van de moederschapsrust (toepassing van art. 45 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

II. Toepassingsmodaliteiten

II. 1. Verlenging van de nabevallingsrust met de periodes van arbeid die zijn verricht in het kader van een maatregel van moederschapsbescherming

II. 1.1. WERKNEEMSTER VERBONDEN DOOR TWEE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN

Situatie 1: Werknemeester die arbeidsprestaties levert in het kader van twee arbeidsovereenkomsten (werkgever A en B). Ze wordt volledig verwijderd van het werk dat ze uitvoert in het kader van haar arbeidsovereenkomst bij werkgever A en ze blijft werken in het kader van haar arbeidsovereenkomst bij werkgever B, tot één week voor de vermoedelijke bevallingsdatum.

1.1. Feitelijke gegevens:

Vermoedelijke (en werkelijke) bevallingsdatum: 15 september 2018
 Volledige werkverwijdering bij werkgever A vanaf 15 januari 2018
 Voortzetting van het werk bij werkgever B tot en met 7 september 2018
 Gemiddeld dagloon bij werkgever A: 1.100 EUR / 26 = 42,3077 EUR
 Gemiddeld dagloon bij werkgever B: 900 EUR / 26 = 34,6154 EUR.

1.2. Tijdvakken van moederschapsbescherming:

1. Van 15 januari 2018 tot en met 7 september 2018: werkverwijdering in het kader van de arbeidsovereenkomst bij werkgever A en voortzetting van het werk bij werkgever B
2. Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: verplichte voor- en nabevallingsrust (eerste dertig dagen): stopzetting van het werk bij A en B
3. Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: moederschapsrust bij A en B (vanaf de 31^{ste} dag)
4. Van 17 november 2018 tot en met 21 december 2018: verlenging van de nabevallingsrust bij werkgever B met de 5 weken waarin de werknemster bij die werkgever het werk heeft voortgezet in het kader van een maatregel van moederschapsbescherming (van de 6^{de} tot en met de 2^{de} week vóór de bevalling).

1.3. Vergoeding van het tijdvak van werkverwijdering:

Van 15 januari 2018 tot en met 7 september 2018: 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A.

$60 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 60 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 25,38 EUR.

1.4. Vergoeding van het tijdvak van moederschapsrust (eerste 30 dagen):

Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: 82 % van de niet-begrensde gemiddelde daglonen bij (A+B):

$82 \% [(1.100 \text{ EUR}/26) + (900 \text{ EUR}/26)] = 82 \% (42,3077 \text{ EUR} + 34,6154 \text{ EUR}) = 63,0769 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 63,08 EUR.

1.5. Vergoeding van het tijdvak van moederschapsrust (vanaf de 31^{ste} dag):

Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: 75 % van de begrensde gemiddelde daglonen bij (A+B):

$75 \% [(1.100 \text{ EUR}/26 + (900 \text{ EUR}/26))] = 75 \% (42,3077 \text{ EUR} + 34,6154 \text{ EUR}) = 57,6923 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 57,69 EUR.

1.6. Vergoeding van het verlengde tijdvak van moederschapsrust bij B met de 5 weken waarin de betrokkene bij werkgever B heeft gewerkt in het kader van de gedeeltelijke werkverwijdering (van 17.11.2018 tot en met 21.12.2018):

Tijdens die periode moet de uitkering worden berekend op basis van het gederfde loon bij B op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering.

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen:

a) Bij werkgever A heeft de werkneemster het werk hernomen na de 9 weken nabevallingsrust:

De betrokkene zal recht hebben op een moederschapsuitkering gelijk aan 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij B op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering: $75 \% (900 \text{ EUR}/26) = 75 \% 34,6154 \text{ EUR} = 25,9616 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 25,96 EUR.

b) Bij werkgever A wordt de werkneemster ziek na de 9 weken nabevallingsrust (de dag van haar werkhervatting):

Indien de werkneemster wordt erkend als ongeschikt om haar beroepsactiviteit bij werkgever A te hervatten, kan het gewaarborgd loon worden gecumuleerd met de uitkering voor de moederschapsrust (situatie die overeenkomt met die waarin de betrokkene bij A werkt en bij B moederschapsrust geniet).

Indien de arbeidsongeschiktheid voortduurt na het tijdvak van gewaarborgd loon, zal de werkneemster recht hebben op:

- een moederschapsuitkering (verlengde moederschapsrust bij B): 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij B op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering: 75 % (900 EUR/26) = 25,9616 EUR = 25,96 EUR

en

- een arbeidsongeschiktheidsuitkering (werkgever A): 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering: 60 % (1.100 EUR/26) = 25,3846 EUR = 25,38 EUR.



Opmerkingen:

- De som van die twee uitkeringen (voor moederschap en voor arbeidsongeschiktheid) mag geen 75 % (het hoogste percentage) van de loongrens overschrijden.
- De hierboven uiteengezette oplossing is eveneens van toepassing in de situatie waarin de werkneemster gedeeltelijk van het werk wordt verwijderd bij werkgever A (na de bevalling) tijdens de periode van verlenging van haar moederschapsrust bij werkgever B en in het kader van de uitoefening van die aangepaste werkzaamheid bij werkgever A ziek wordt.

c) Bij werkgever A wordt de werkneemster, enkele dagen nadat ze het werk heeft hervat, ziek (na de 9 weken nabevallingsrust):

Indien de werkneemster wordt erkend als ongeschikt om haar beroepsactiviteit bij werkgever A voort te zetten, kan het gewaarborgd loon volledig worden gecumuleerd met de moederschapsuitkering (situatie die overeenkomt met die waarin de betrokkene bij A werkt en bij B moederschapsrust geniet).

Indien de arbeidsongeschiktheid voortduurt na het tijdvak van gewaarborgd loon, dan heeft de werkneemster recht op:

- een moederschapsuitkering (werkgever B): 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij B op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering: 75 % (900 EUR/26) = 25,9616 EUR = 25,96 EUR

en

- een arbeidsongeschiktheidsuitkering (werkgever A): 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid (1.200 EUR): 60 % (1.200 EUR/26) = 27,6923 EUR = 27,69 EUR



Opmerking: De som van deze twee uitkeringen (moederschap en arbeidsongeschiktheid) mag geen 75 % (het hoogste percentage) van de loongrens overschrijden.

d) Bij werkgever A wordt de werkneemster na afloop van haar moederschapsrust (bij voornoemde werkgever) volledig van het werk verwijderd

Zij kan aanspraak maken op een moederschapsuitkering (op basis van haar werkverwijdering bij A), die gelijk is aan 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A.

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 25,38 EUR (volledige werkverwijdering) en 25,96 EUR (moederschapsrust).



Opmerking: De som van de twee uitkeringen (moederschap en volledige werkverwijdering) mag geen 75 % (het hoogste percentage) van de loongrens overschrijden.

e) Bij werkgever A wordt de werkneemster gedeeltelijk van het werk verwijderd (uitoefening van een aangepaste werkzaamheid met loonverlies) na afloop van haar moederschapsrust (bij voornoemde werkgever)

Zij kan aanspraak maken op een moederschapsuitkering (wegens haar gedeeltelijke werkverwijdering bij A) die gelijk is aan 60 % van het verschil tussen, enerzijds, het *niet begrensde* gemiddeld dagloon bij A en, anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt uit de aangepaste werkzaamheid. Het maximumbedrag tot beloop waarvan dat verschil in aanmerking wordt genomen, is gelijk aan de toepasselijke ZIV-loongrens.



Voorbeeld voor het tijdvak vanaf 17 november 2018 tot en met 30 november 2018

- Vaststelling van het gemiddeld dagloon bij A:
 $1.100 \text{ EUR} / 26 = 42,3077 \text{ EUR}$ (ZIV-loongrens is niet van toepassing)
- Vaststelling van het dagelijks beroepsinkomen bij A (na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden):
 $300 \text{ EUR} / 12^{(*)} = 25,0000 \text{ EUR}$

(*) Als de betrokkene de aangepaste werkzaamheid met loonverlies in de loop van een maand aanvat, wordt de deler 26 verminderd met het aantal vergoedbare dagen van die maand waarop de betrokkene die werkzaamheid nog niet heeft uitgeoefend.

- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
 $60 \% [42,3077 \text{ EUR} - 25,0000 \text{ EUR}] < \text{ZIV-loongrens} = 60 \% \text{ van } 17,3077 \text{ EUR} = 10,3846 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 10,38 EUR (gedeeltelijke werkverwijdering) en 25,96 EUR (moederschapsrust).



Opmerking: De som van deze twee uitkeringen (moederschap en gedeeltelijke werkverwijdering) mag geen 75 % (het hoogste percentage) van de loongrens overschrijden.

II. 1.2. WERKNEEMSTER DIE ARBEIDSPRESTATIES LEVERT IN HET KADER VAN ÉÉN ENKELE ARBEIDSOVEREENKOMST

Situatie 2 : Werkneemster die arbeidsprestaties levert in het kader van één enkele arbeidsovereenkomst (A) en die tevens een zelfstandige activiteit uitoefent. Zij wordt volledig van het werk verwijderd in het kader van haar arbeidsovereenkomst als loontrekkende en blijft in het kader van haar zelfstandige activiteit werken tot één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum (art. 219^{ter}, § 5, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

2.1. Feitelijke gegevens:

Vermoedelijke (en werkelijke) bevallingsdatum: 15 september 2018

Volledige werkverwijdering bij A vanaf 15 januari 2018

Voortzetting van de uitoefening van de activiteit als zelfstandige tot en met 7 september 2018

Gemiddeld dagloon: $1.100 \text{ EUR} / 26 = 42,3077 \text{ EUR}$.

2.2. Tijdvakken van moederschapsbescherming:

1. Van 15 januari 2018 tot en met 7 september 2018: volledige werkverwijdering in het kader van de activiteit als loontrekkende en voortzetting van de activiteit als zelfstandige

2. Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: moederschapsrust (eerste 30 dagen): stopzetting van alle beroepsactiviteiten (als loontrekkende en als zelfstandige)
3. Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: moederschapsrust (vanaf de 31^{ste} dag).

2.3. Vergoeding van het tijdvak van werkverwijdering (tot de zesde week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum):

Van 15 januari 2018 tot en met 3 augustus 2018: 78,237 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A. Het bedrag van die uitkering wordt verminderd met 10 % (omdat de activiteit als zelfstandige wordt voortgezet):

$$78,237 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 78,237 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 33,1003 \text{ EUR}$$

$$33,1003 \text{ EUR} - (10 \% 33,1003 \text{ EUR}) = 33,1003 \text{ EUR} - 3,31 \text{ EUR} = 29,7903 \text{ EUR}$$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 29,79 EUR.

2.4. Vergoeding van het tijdvak van werkverwijdering (vanaf de zesde week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum tot één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum):

Van 4 augustus 2018 tot en met 7 september 2018: 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A. Het bedrag van die uitkering wordt verminderd met 10 % :

$$60 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 60 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR}$$

$$25,3846 \text{ EUR} - (10 \% 25,3846 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR} - 2,5385 \text{ EUR} = 22,8461 \text{ EUR}$$

De betrokkene heeft dus recht hebben op een daguitkering van 22,85 EUR.

2.5. Vergoeding van het tijdvak van moederschapsrust:

Opdat de periode van moederschapsrust kan worden in aanmerking genomen, moet de werkneemster eveneens haar zelfstandige activiteit hebben stopgezet.

Gedurende de eerste 30 dagen:

Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: 82 % van het niet-begrensde gemiddeld dagloon bij A: $82 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 82 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 34,6923 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 34,69 EUR.

Vanaf de 31^{ste} dag:

Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A: $75 \% (1.100 \text{ EUR}/26) = 75 \% (42,3077 \text{ EUR}) = 31,7308 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 31,73 EUR.



Opmerking: de periodes waarin de betrokkene gedurende het tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust als zelfstandige heeft gewerkt, geven geen aanleiding tot een verlenging van de moederschapsrust.

Situatie 3: Werkneemster die arbeidsprestaties levert in het kader van één enkele arbeidsovereenkomst (A) en die eveneens een zelfstandige activiteit uitoefent. Ze wordt gedeeltelijk van het werk verwijderd in het kader van haar arbeidsovereenkomst als loontrekkende (uitvoeren van een aangepaste werkzaamheid met loonverlies (a) tot één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum) en blijft ook als zelfstandige werken tot één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum (art. 219^{ter}, § 5, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

3.1. Feitelijke gegevens:

Vermoedelijke (en werkelijke) bevallingsdatum: 15 september 2018

Gedeeltelijke werkverwijdering (uitvoeren van een aangepaste werkzaamheid) vanaf 15 januari 2018

Uitvoeren van een aangepaste werkzaamheid en voortzetten van de zelfstandige activiteit tot 7 september 2018

Gemiddeld dagloon (vóór de verwijdering) (A): $2.000 \text{ EUR}/26 = 76,9231 \text{ EUR}$

Gemiddeld dagloon in het kader van de aangepaste werkzaamheid (a) voor een volledige maand: $750 \text{ EUR}/26 = 28,8462 \text{ EUR}$.

3.2. Tijdvakken van moederschapsbescherming:

- van 15 januari 2018 tot en met 7 september 2018: gedeeltelijke werkverwijdering en uitvoeren van een aangepaste werkzaamheid + voortzetten van de zelfstandige activiteit
- van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: moederschapsrust (eerste 30 dagen) – stopzetting van alle activiteiten (als loontrekkende en als zelfstandige)
- van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: moederschapsrust (vanaf de 31^{ste} dag)
- van 17 november 2018 tot en met 21 december 2018: verlenging van de moederschapsrust met de 5 weken aangepast werk dat is uitgevoerd van de 6^{de} tot en met de 2^{de} week die voorafgaat aan de bevallingsdatum.

3.3. Vergoeding van het tijdvak van werkverwijdering (tot één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum):

Van 15 januari 2018 tot en met 7 september 2018: 60 % van het verschil tussen, enerzijds, het niet begrensde gemiddeld dagloon bij A en, anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt uit de aangepaste werkzaamheid. Het maximumbedrag tot beloop waarvan dat verschil in aanmerking wordt genomen, is gelijk aan de toepasselijke ZIV-loongrens. Het bedrag van die uitkering wordt vervolgens met 10 % verminderd (voortzetting van de zelfstandige activiteit):



Voorbeeld voor het tijdvak vanaf 15 januari 2018 tot en met 31 januari 2018

- Vaststelling van het gemiddeld dagloon bij A
 $2.000 \text{ EUR} / 26 = 76,9231 \text{ EUR}$ (ZIV-loongrens is niet van toepassing)
- Vaststelling van het dagelijks beroepsinkomen bij A (na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden):
 $400 \text{ EUR} / 14^{(*)} = 28,5714 \text{ EUR}$

(*) Als de betrokkene de aangepaste werkzaamheid met loonverlies in de loop van een maand aanvat, wordt de deler 26 verminderd met het aantal vergoedbare dagen van die maand waarop de betrokkene die werkzaamheid nog niet heeft uitgeoefend.

- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
 $60 \% [76,9231 \text{ EUR} - 28,5714 \text{ EUR} < \text{ZIV-loongrens}] = 60 \% \text{ van } 48,3517 \text{ EUR} = 29,0110 \text{ EUR}$

$29,0110 \text{ EUR} - [(10\% (29,0110 \text{ EUR}))] = 29,0110 \text{ EUR} - 2,9011 \text{ EUR} = 26,1099 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 26,11 EUR.

3.4. Vergoeding van de moederschapsrust (eerste 30 dagen):

Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: 82 % van het niet-begrensde gemiddeld dagloon bij A:

$82 \% (2000 \text{ EUR}/26) = 63,0769 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 63,08 EUR.

3.5. Vergoeding van de moederschapsrust (vanaf de 31^{ste} dag):

Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A:

$75 \% (2000 \text{ EUR}/26) = 57,6923 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 57,69 EUR.

3.6. *Vergoeding van het tijdvak van moederschapsrust dat wordt verlengd met de 5 weken waarin de betrokkene aangepast werk heeft verricht (a): op basis van het gederfde loon bij A op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering*

Van 17 november 2018 tot en met 21 december 2018: 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering: $75 \% (2.000 \text{ EUR}/26) = 57,6923 \text{ EUR}$.

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 57,69 EUR.



Opmerkingen:

- de arbeidsperiodes als zelfstandige tijdens de periode van facultatieve voorbevallingsrust geven geen aanleiding tot een verlenging van de moederschapsrust.
- de werkneemster kan de uitoefening van haar zelfstandige activiteit tijdens het tijdvak van verlenging van de nabevallingsrust bij werkgever A hervatten ten belope van de bij deze werkgever verrichte arbeidsperiodes tijdens de periode van werkverwijdering waarvan zij bij deze werkgever in de prenatale periode het voorwerp heeft gevormd.

II.2. Verlenging van de moederschapsrust met de tijdvakken van arbeid verricht in het kader van een door de adviserend arts toegelaten activiteit (art. 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

Voortaan kan de moederschapsrust ook worden verlengd als de arbeidsongeschikt erkende werkneemster, met de toelating van de adviserend arts, aangepast werk heeft hervat, van de zesde tot en met de tweede week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum.

Situatie 4: Een arbeidsongeschikt erkende werkneemster (die arbeidsprestaties levert in het kader van één voltijdse arbeidsovereenkomst (A)) die de uitoefening van dat werk op een aangepaste manier hervat (*A bis*), met de toelating van de adviserend arts (uitoefening van dat aangepaste werk tot een week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum).

4.1. Feitelijke gegevens:

Werkneemster in arbeidsongeschiktheid sinds 1 januari 2018

Hervatting van een aangepaste werkzaamheid (art. 100, § 2) vanaf 10 april 2018 tot en met 7 september 2018

Vermoedelijke (en werkelijke) bevallingsdatum: 15 september 2018

Gemiddeld dagloon bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid: $2.000 \text{ EUR}/26 = 76,9231 \text{ EUR}$

Tijdens de toegelaten activiteit wordt het gemiddeld aantal uren verminderd tot 19 uren per week (tewerkstellingsbreuk van de aangepaste werkzaamheid - $Q/S = 19u/38u$).

4.2. Tijdvakken van moederschapsbescherming:

- van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: moederschapsrust (eerste 30 dagen);
- van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: moederschapsrust (vanaf de 31^{ste} dag);
- van 17 november 2018 tot en met 21 december 2018: verlenging van de moederschapsrust met de 5 weken waarin aangepast werk is verricht van de 6^{de} tot en met de 2^{de} week die voorafgaat aan de bevallingsdatum.

4.3. Vergoeding van het tijdvak van arbeidsongeschiktheid

Van 1 januari 2018 tot en met 9 april 2018: 60 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A:
 $60 \% (2.000 \text{ EUR}/26) = 46,1539 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 46,15 EUR.

4.4. Vergoeding van de periode waarin de werkneemster aangepast werk heeft verricht

Van 10 april 2018 tot en met 7 september 2018: de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden verminderd met het gedeelte van de tewerkstellingsbreuk van de toegelaten activiteit dat 20 % overschrijdt. Er geldt dus een vermindering met 30 % ($50 \% - 20 \%$).

$46,1539 \text{ EUR} - (30 \% \times 46,1539 \text{ EUR}) = 46,1539 \text{ EUR} - 13,8462 \text{ EUR} = 32,3077 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 32,31 EUR.

4.5. Vergoeding van de moederschapsrust (eerste 30 dagen)

Van 8 september 2018 tot en met 7 oktober 2018: 82 % van het niet-begrensde gemiddeld dagloon bij A:

$82 \% (2.000 \text{ EUR}/26) = 63,0769 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 63,08 EUR.

4.6. Vergoeding van de moederschapsrust (vanaf de 31^e dag)

Van 8 oktober 2018 tot en met 16 november 2018: 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A:
 $75\% (2.000 \text{ EUR}/26) = 57,6923 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 57,69 EUR.

4.7. Vergoeding van het tijdvak van moederschapsrust dat wordt verlengd met de 5 weken waarin de betrokkene aangepast werk heeft verricht (Abis)

Van 17 november 2018 tot en met 21 december 2018: 75 % van het begrensde gemiddeld dagloon bij A (bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid):
 $75\% (2.000 \text{ EUR}/26) = 57,6923 \text{ EUR}$

De betrokkene zal dus recht hebben op een daguitkering van 57,69 EUR.

III. Inwerkingtreding

De nieuwe bepalingen over de berekening van de uitkeringen treden in werking op **1 januari 2018** en zijn van toepassing zowel op de vóór deze datum aangevatte situaties van gedeeltelijke werkverwijdering ("lopende gevallen van gedeeltelijke werkverwijdering") als op de nieuwe gevallen.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/57 – 406/15 en 9/4 van 23 februari 2018.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Persoonlijk aandeel van de patiënt in de ligdagprijs in geval van opnemings in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2018

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijk aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2018**.

1. De dag van opnemings

De dag van opnemings in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a. de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming : met **5,66 EUR**;
- b. de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met **32,93 EUR**;
- c. de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met **32,93 EUR**;
- d. de andere rechthebbenden: met **43,20 EUR**.

2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a. de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met **5,66 EUR**;
- b. de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met **5,66 EUR**;
- c. de andere rechthebbenden: met **15,93 EUR**.

3. Vanaf de 91^{ste} dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum)

Vanaf de 91^{ste} dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a. de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met **5,66 EUR**;
- b. de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met **5,66 EUR**;
- c. de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste : met **5,66 EUR**;
- d. de andere rechthebbenden: met **15,93 EUR**.

4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a. de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met **5,66 EUR**;
- b. de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met **15,93 EUR**;
- c. de andere rechthebbenden: met **26,55 EUR**.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/7 – 362/47 van 10 januari 2018.

II. Maximumfactuur - Dienstjaar 2018

1. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2018

a) Berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2017 :	105,08		
-----	=	-----	= 1,0213
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2016 :	102,89		

b) Inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2018

Van	0,00	tot	18.620,31
Van	18.620,32	tot	28.625,25
Van	28.625,26	tot	38.630,22
Van	38.630,23	tot	48.218,29
Vanaf	48.218,30		

2. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2018

Algemeen

Dienstjaar 2016	450,00	650,00	1.000,00	1.400,00	1.800,00
Dienstjaar 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00
Dienstjaar 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2016	100
Dienstjaar 2017	102
Dienstjaar 2018	104,04

3. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken - Dienstjaar 2018

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht:

Dienstjaar 2017	459
Dienstjaar 2016	450



Omzendbrief V.I. nr. 2018/10 – 3998/41 van 16 januari 2018.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
Mevr. Sarah Koval
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Charlotte Lefebvre
De h. Nuray Ozdemir
De h. Frank Naesen
Mevr. Jolanda Gashi

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726