

1^e Deel

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



1^{ste} trimester 2020

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.03.2020	13.02.2020	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de oprichting van een commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Om verwarring te vermijden en rekening houdende met het verschil in bevoegdheden, wordt beslist een nieuwe commissie op te richten, de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen. De samenstelling, de opdrachten en de werking van dat orgaan worden geregeld in een nieuwe afdeling *IXquater*, ingevoegd in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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
03.02.2020	20.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- vervolledigt het vierde lid van artikel 15, § 1
- vervangt het tweede lid van artikel 17
- vervangt artikel 18
- vervangt het eerste lid van artikel 19.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.02.2020	26.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, 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 verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991, worden in hoofdstuk I, de woorden “A. Diëtitiekverstrekkingen” vervangen door “A. Diëtitiekverstrekkingen voor patiënten met diabetes (met of zonder zorgtraject-contract) of chronische nierinsufficiëntie (met zorgtraject-contract)”
- in afdeling A van hoofdstuk I, worden de bepalingen van punt 5 opgeheven en vervangen
- in hoofdstuk I wordt een afdeling *Abis* ingevoegd met volgende bepalingen: “*Abis*. Diëtitiekverstrekkingen voor kinderen met overgewicht of obesitas”
- in hetzelfde hoofdstuk I worden in de afdeling B, de woorden “B. Podologieverstrekkingen” vervangen door de woorden “B. Podologieverstrekkingen voor patiënten met diabetes (met of zonder zorgtraject-contract)”
- in hetzelfde hoofdstuk I worden in de afdeling B, de bepalingen van punt 5 opgeheven en vervangen
- in de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 worden in hoofdstuk VII de bepalingen van rubriek N opgeheven en vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2020 – Editie 1	26.03.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 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:

- vervangt het vierde lid van artikel 7
- vervangt de paragrafen 1 en 4 van artikel 19
- vervangt artikel 20
- vervangt artikel 28, § 3
- in artikel 37, § 2, eerste lid, worden de woorden “1 mei van dat jaar” vervangen door de woorden “15 juni van dat jaar”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.01.2020	15.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 32 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, met betrekking tot de dunnelaagcytologie

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, b):
 - => wordt de verstrekking 588350-588361 opgeheven;
 - => wordt de verstrekking 589853-589864 vóór de verstrekking 588394-588405 ingevoegd;
 - => worden in de omschrijving van de verstrekking 588416-588420 de woorden “in de verstrekkingen 588350-588361 en 588394-588405” vervangen door de woorden “in de verstrekkingen 589853-589864 en 588394-588405”;
 - => wordt de omschrijving van de verstrekking 588873-588884 gewijzigd;
 - => worden in de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 588873-588884, eerste, vierde en vijfde lid, de rangnummers “588350-588361” telkens vervangen door de rangnummers “589853-589864”;
 - => worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking 588895-588906 gewijzigd;
 - => worden in het eerste lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 588895-588906, de rangnummers “588350-588361” vervangen door de rangnummers “589853-589864”;
 - => worden in de omschrijving van de verstrekking 588932-588943, de rangnummers “588350-588361” vervangen door de rangnummers “589853-589864”;
 - => worden in het tweede lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 588932-588943, de rangnummers “588350-588361” vervangen door de rangnummers “589853-589864”;
- worden in § 11 de rangnummers “588350-588361” vervangen door de rangnummers “589853-589864”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.01.2020	12.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, i) 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

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekking 257611-257622 wordt vervangen
- in de omschrijving van de verstrekking 257633-257644 wordt het woord “nystamografisch” opgeheven
- de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 257633-257644 wordt vervangen door “de verstrekkingen 257611-257622 en 257633-257644 mogen niet onderling worden gecumuleerd en ook niet met verstrekking 477433-477444”
- na de verstrekking 257935-257946 wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekkingen 257913-257924 en 257935-257946 kunnen enkel aangerekend worden indien uitgevoerd samen met de verstrekking 258834-258845” .

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.01.2020	20.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, §§ 4bis, 4ter en 8; 17, § 12; 18, § 2; 24, §§ 1 en 9; 32, § 8 en 33, § 5, 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

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1:
 - => paragraaf 4bis, II, B., tweede lid, b), tweede lid, 4. wordt vervangen door “4. dat de maandelijks lijst van artsen-specialisten die kunnen worden opgeroepen en in de weekeinden en op de feestdagen aanwezig zijn, wordt neergelegd bij de hoofdarts van de verpleeginrichting of dat de lijst van de praktiserenden wordt neergelegd bij de arts die belast is met de organisatie van de groepspraktijk; die lijsten moeten gedurende de termijn, bepaald in artikel 1, § 8 worden bewaard en ter beschikking zijn van de controleorganen.”;
 - => paragraaf 4ter, 1., d) wordt vervangen door: “d) De maandelijks lijst van de artsen-specialisten voor hetzelfde specialisme die elke dag kunnen worden opgeroepen en van de artsen die belast zijn met de controlebezoeken tijdens de weekeinden en op de feestdagen, moet worden neergelegd bij de hoofdarts van de verpleeginrichting; ze moet gedurende de termijn, bepaald in artikel 1, § 8 worden bewaard en ter beschikking zijn van de controleorganen.”;
 - => paragraaf 8 wordt vervangen door: “§ 8. Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen of door de regelen van de medische plichtenleer zijn opgelegd, moeten de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in de omschrijvingen in deze nomenclatuur, alsmede de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in het hierna volgende lid, evenals de protocollen van radiografieën en van laboratoriumonderzoeken, gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard. De gegevens moeten onmiddellijk beschikbaar zijn voor de controles die bij de wet vastgelegd zijn. Voor de verstrekkingen waarvoor in de omschrijving niet duidelijk een verslag, een document, een tracé, een grafiek wordt gevraagd, moet in het dossier worden aangetoond dat het onderzoek is uitgevoerd.”.

- in artikel 17, § 12, 5^o, worden de woorden “twee jaar” vervangen door “de termijn bedoeld in artikel 1, § 8”.
- in artikel 18, § 2, B. d) *septies* worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”;
 - => in de nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;
 - => in het vierde lid worden de woorden “twee jaar” vervangen door “de termijn bedoeld in artikel 1, § 8”.
- in artikel 24 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1, diagnoseregule 49, worden de woorden “3 jaar” vervangen door de woorden “de termijn bepaald in artikel 1, § 8,”;
 - => in paragraaf 9, 6., vierde lid, worden de woorden “3 jaar” vervangen door de woorden “de termijn bepaald in artikel 1, § 8,”.
- in artikel 32, § 8, 4^o, worden de woorden “drie jaar” vervangen door “de termijn bedoeld in artikel 1, § 8”
- in artikel 33, § 5, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”;
 - => in paragraaf 2, tweede lid, worden de woorden “drie jaar” vervangen door de woorden “de termijn bepaald in artikel 1, § 8,”.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2020	17.12.2019	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

Voor het jaar 2018 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 2, vastgesteld op:

2.595,75 EUR voor de volledige bijdrage;
 1.940,25 EUR voor de tussenbijdrage;
 1.468,30 EUR voor de basisbijdrage.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2020	20.12.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de apothekers

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2019 wordt het basisbedrag bedoeld in § 1, 1^o, vastgesteld op 95.727,83 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullende bedrag vastgesteld volgens de formule vermeld in § 1, 2^o.

Voor 2020 worden de bedragen bedoeld in § 2 aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar.

De tegemoetkoming 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
17.01.2020	11.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2019 is het jaarbedrag van de tegemoetkoming voor iedere representatieve beroepsorganisatie gelijk aan het jaarbedrag van 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.01.2020	15.12.2019	Koninklijk besluit van 15 december 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juli 2019 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 2, § 3 wordt vervangen door “§ 3 Voor de kandidaat-huisarts voor wie de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde minstens 3 jaar bedraagt, wordt de in § 1 bedoelde vergoeding maximaal driemaal toegekend. In de overige gevallen wordt deze vergoeding maximaal tweemaal toegekend
- artikel 4 wordt vervangen als volgt: “Art. 4. Om het aantal kandidaat-huisartsen te bepalen dat per coördinatiecentrum voor de betaling van de vergoeding in aanmerking komt, deelt elk coördinatiecentrum tegen uiterlijk 31 december van het startjaar van het academiejaar aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de volgende gegevens mee per kandidaat-huisarts met wie het een coördinatie-overeenkomst heeft afgesloten:
 - 1° naam, voornaam en RIZIV-identificatienummer;
 - 2° datum van aanvang en van beëindiging van de stageperiode;
 - 3° een indicatie van het al dan niet volgen van een specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde die minstens 3 jaar bedraagt”.
- artikel 5, § 1 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.01.2020	15.12.2019	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen - verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen - verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.02.2020	09.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 6 van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het oog op de aanpassing van de administratieve formaliteiten die de zelfstandige moet vervullen in het kader van zijn aanvraag van een adoptieuitkering, worden het eerste en het tweede streepje van artikel 6, § 2 vanaf 31 maart 2019 vervangen als volgt:

- “- in geval van een binnenlandse adoptie, een kopie van het attest van de bevoegde centrale autoriteit van de gemeenschap voor te leggen, waaruit blijkt dat het kind zich in een lopende adoptieprocedure bevindt en met dit doel aan deze zelfstandige als adoptant is toevertrouwd
- in geval van een interlandelijke adoptie, een kopie van de beslissing tot erkenning van de buitenlandse adoptie afgeleverd door de Dienst internationale adoptie van de FOD Justitie of een uittreksel van de akte van adoptie voor te leggen of, als de twee voormelde documenten niet beschikbaar zijn op het ogenblik van de inschrijving van het kind in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister van de gemeente waar deze zelfstandige zijn verblijfplaats heeft, een kopie van het attest van de bevoegde centrale autoriteit van de gemeenschap voor te leggen waaruit blijkt dat het kind zich in een lopende adoptieprocedure bevindt en met dit doel aan de zelfstandige als adoptant is toevertrouwd. Als de zelfstandige echter het adoptieverlof overeenkomstig artikel 3, § 2, tweede lid opneemt, legt hij een kopie van het document voor dat de goedkeuring van de beslissing door de bevoegde centrale autoriteit van de gemeenschap om het kind aan de adoptant toe te vertrouwen overeenkomstig artikel 361-3, 5^o of artikel 361-5, 4^o van het Burgerlijk Wetboek bewijst”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.02.2020	20.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 worden de woorden “het koninklijk besluit van 21 december 2001” telkens vervangen door de woorden “het koninklijk besluit van 1 februari 2018”
- 4^o van artikel 1 wordt opgeheven
- 2^o van artikel 4 wordt opgeheven
- artikel 6 wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2020	29.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 december 2017 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige verpleegkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2018 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 521,16 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2020	04.02.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 5*bis*, § 1:
 - => wordt de eerste zin vervangen door: “De in artikel 2, § 1, a) beoogde jaarlijkse bijdrage wordt voor 2019 vastgesteld respectievelijk op;
 - => in de bepaling onder punt 1° worden de woorden “4.870, 71 EUR” vervangen door de woorden “4.941,34 EUR”;
 - => in de bepaling onder punt 2° worden de woorden “2.297,63 EUR” vervangen door de woorden “2.330,95 EUR”.
- in artikel 5*bis*, § 3, worden de woorden “en vanaf 1 januari 2019 vastgesteld op respectievelijk 5.914,36 EUR en 4.928,77 EUR per jaar” ingevoegd tussen de woorden “per jaar” en “Deze bedragen”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2020	04.02.2020	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 2018 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 2.966,73 EUR. Die bijdrage wordt respectievelijk verminderd tot 2.225,05 EUR en 1.483,37 EUR in de situaties bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.02.2020	09.02.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 november 2016 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige logopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2018 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 2.579,74 EUR voor de volledige bijdrage en 1.250,79 EUR voor de basisbijdrage.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.02.2020	09.02.2020	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 2019, voorzien bij het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor 2019 wordt de jaarlijkse bijdrage vastgesteld op 2.382,60 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2020	11.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen I en II van het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I, eerste deel
- in bijlage I, tweede deel, hoofdstuk IV
- een nieuwe § 30, 31 en 32 worden in hoofdstuk IV van bijlage II toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2020	17.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk 1, § 110000 in het deel I, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2020 – Editie 2	29.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van 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
21.02.2020	29.01.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van 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

Met dit koninklijk besluit worden wijzigingen aangebracht in deel I, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002:

- worden in hoofdstuk 1, § 10000, bepalingen ingevoegd
- worden in hoofdstuk 1, § 30000, bepalingen ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2020	04.02.2020	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°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 3 van deel 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.01.2020	09.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van 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

Met het koninklijk besluit worden de paragrafen 2 en 3 van artikel 169/4 van het koninklijk besluit van 25 juni 2014 vervangen door wat volgt:

“§ 2. Als minstens een verdeler binnen de termijn, bedoeld in § 1, tweede lid, en/of het Agentschap bevestigen/bevestigt dat het hulpmiddel uit de handel werd genomen, schorst het secretariaat van de Commissie het hulpmiddel met onmiddellijke ingang.

Als geen enkele verdeler binnen de termijn, bedoeld in § 1, tweede lid, noch het Agentschap bevestigen dat het hulpmiddel uit de handel werd gehaald, en als de verdeler(s) binnen de termijn, bedoeld in § 1, tweede lid, en/of het Agentschap opmerkingen of bezwaren uit(en), dan onderzoekt de Commissie deze en analyseert ze de noodzaak van de schorsing van het hulpmiddel.

Als de verdeler(s) de gevraagde elementen niet aan het secretariaat bezorgt/bezorgen, noch opmerkingen of bezwaren, binnen de termijn bedoeld in § 1, tweede lid en in afwezigheid van opmerkingen of bezwaren van het Agentschap, schorst het secretariaat van de Commissie het hulpmiddel met onmiddellijke ingang.

§ 3. Eventueel neemt de Commissie na onderzoek van de opmerkingen of bezwaren die werden geformuleerd in overeenstemming met § 2, tweede lid, een gemotiveerde beslissing over de schorsing van het hulpmiddel.

Het in het eerste lid bedoelde hulpmiddel wordt eventueel met onmiddellijke ingang geschorst.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.03.2020 – Editie 1	18.03.2020	Koninklijk besluit tot vaststelling van verschillende uitzonderlijke maatregelen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met het oog op de zorgopvang van patiënten in de context van de COVID-19 pandemie met het SARS-CoV-2 virus

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de strijd tegen de COVID-19 pandemie legt het koninklijk besluit:

- de nomenclatuur vast zoals bedoeld in artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- de bedragen vast van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden
- een verbod op ereloonsupplementen op.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2020 – Editie 2	27.03.2020	Koninklijk besluit tot stopzetting van de kalenders die de termijnen bepalen voor de uitvoering van de procedures tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de lijst van de vergoedbare implantaten en medische hulpmiddelen ten gevolge van de pandemie COVID-19

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit worden vanaf 13 maart 2020 de kalenders stopgezet die de termijnen bepalen voor de uitvoering van de procedures tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de lijst van de vergoedbare implantaten en medische hulpmiddelen ten gevolge van de pandemie COVID-19.

De stopzetting geldt tot een door de minister te bepalen tijdstip.

Het is immers, in die context, niet mogelijk te garanderen dat de vergaderingen en het overleg in de beslissingsorganen georganiseerd kunnen worden. De naleving van de bindende termijnen kan bijgevolg niet worden gegarandeerd.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2020	16.01.2020	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2020	12.02.2020	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.03.2020 – Editie 1	12.03.2020	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2020 – Editie 1	24.03.2020	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2020 – Editie 2	31.01.2020	Ministerieel besluit tot wijziging 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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht in “5.1. Cumul- en non-cumulregels” van de vergoedingsvoorwaarde G- § 04:
 - => het eerste lid wordt vervangen;
 - => het vierde lid wordt aangevuld.
- de nominatieve lijst 37603 inzake materiaal voor embolisatie in de encefale of medullaire streek, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, wordt gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2020	12.02.2020	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

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk II, § 20023 van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.03.2020	07.02.2020	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" 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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 :

- het opschrift "I.1.2 Allerlei" wordt aangevuld met de volgende verstrekking en haar vergoedingsmodaliteiten: "180773-180784 Geheel van materiaal voor de kwantificatie van collaterale ventilatie in geïsoleerde longcompartimenten, gebruikt tijdens een diagnostische bronchoscopie
- de vergoedingsvoorwaarde I - § 01 die overeenstemt met de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.03.2020	07.02.2020	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" 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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "I. Pneumologie en ademhalingsstelsel" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- volgende opschrift, verstrekking en vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd: "I.1.3 Endobronchiale klep 180795-180806 Endobronchiale éénrichtingsklep inclusief plaatsingssysteem
- de vergoedingsvoorwaarde I - § 02 die overeenstemt met de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2020	28.02.2020	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 het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- "F.1.2 Extractie van een elektrode of intracardiaal vrijzittend vreemd lichaam" wordt vervangen
- er worden wijzigingen aangebracht aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 03.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.03.2020 – Editie 1	28.02.2020	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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 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 de omschrijving van de verstrekking 170634-170645 gewijzigd;
=> worden er wijzigingen aangebracht aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 09.
- in de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:
=> wordt de omschrijving van de verstrekking 170634-170645 gewijzigd;
=> worden er hulpmiddelen ingeschreven op de nominatieve lijst 32510.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2020	16.12.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt bijlage 15.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.01.2020	16.12.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
05.02.2020	16.12.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 11, § 5, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de woorden “artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986” worden vervangen door de woorden “artikel 4 van het koninklijk besluit van 18 september 2015”;
 - => de woorden “de verwijlntresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in voorgaand artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling” worden geschrapt.
- artikel 12 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2020 – Editie 2	18.12.2019	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Rekening houdende met het nieuwe distributiemodel van Bpost vanaf 1 maart 2020 (aanpassing van de *non-prior* postbezorging), wordt met de verordening een juridische fictie ingevoerd in het kader van de verificatie van de aangiftetermijn voor de verzendingen van het betrokken document (met name het geneeskundig getuigschrift) via de post om de arbeidsongeschiktheid aan de adviserend arts van het ziekenfonds te melden.

Op voorwaarde dat dit document uiterlijk op de laatste dag van de toepasselijke termijn ondertekend is, wordt het geacht tijdig te zijn verzonden als de poststempel uiterlijk de vijfde werkdag na het verstrijken van de toepasselijke termijn is aangebracht (“werkdag” is elke dag, behalve de zondag en de wettelijke feestdagen).

De bepalingen van deze verordening treden in werking op 1 maart 2020 en zijn van toepassing op de documenten om de arbeidsongeschiktheid aan te geven waarop de poststempel ten vroegste vanaf deze datum is aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.03.2020	13.01.2020	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

Met de verordening worden in de bijlage de volgende wijzigingen aangebracht:

- de formulieren I-Form-I-01, I-Form-I-02 en I-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “I. Pneumologie en ademhalingsstelsel” van de lijst, worden toegevoegd
- het formulier I-Form-II-01 met betrekking tot de criteria voor de verpleeginrichtingen, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “I. Pneumologie en ademhalingsstelsel” van de lijst, wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2020	16.03.2020	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

Met de verordening wordt in de bijlage de volgende wijziging aangebracht:

- de formulieren I-Form-I-01 en I-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “I. Pneumologie en ademhalingsstelsel” van de lijst, worden gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2020	18.12.2019	Verordening tot wijziging van de bijlage III van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met deze verordening wordt het huidige “luik gerechtigde” van het inlichtingenblad uitkeringen door een vereenvoudigd model vervangen.

Dit vereenvoudigde model is van toepassing vanaf 1 april 2020.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

11.02.2020

Interpretatieregel betreffende de verstrekkingen van artikel 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Interpretatieregel 19 wordt opgeheven.

Die opheffing treedt in werking op 1 december 2018.

Belgisch Staatsblad

11.02.2020

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 17 *quater* (Echografieën) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 04

VRAAG

Kan de verstrekking 469335-469346 Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen van één of beide ogen aangerekend worden bij de uitvoering van een onderzoek bidimensionele tomografie door optische coherentie (OCT)?

ANTWOORD

Neen, de verstrekking 469335-469346, Bidimensionele echografie van één of beide ogen, kan niet worden aangerekend bij de uitvoering van een OCT-onderzoek.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 februari 2020.

Belgisch Staatsblad

14.02.2020 - Editie 2

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

INTERPRETATIEREGEL 35

VRAAG

Kan verstrekking 162816-162820 eveneens geattesteerd worden wanneer de chirurgische lijm gebruikt werd tijdens één van de volgende verstrekkingen van de nomenclatuur: 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 en 242911-242922?

162816-162820

Chirurgische lijm voor inwendig gebruik die specifiek is bestemd om te worden gebruikt bij contact met een parenchymateus orgaan (per ingreep)

ANTWOORD

Ja, de verstrekking 162816-162820 kan geattesteerd worden wanneer de chirurgische lijm gebruikt werd tijdens één van de volgende verstrekkingen van de nomenclatuur: 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 en 242911-242922.

INTERPRETATIEREGEL 36**VRAAG**

Kan verstrekking 162853-162864 eveneens geattesteerd worden wanneer het hemostatisch product gebruikt werd tijdens één van de volgende verstrekkingen van de nomenclatuur: 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 en 242911-242922?

162853-162864

Hemostatisch product dat specifiek is bestemd om te worden gebruikt bij contact met een parenchymateus orgaan (per stuk)

ANTWOORD

Ja, de verstrekking 162853-162864 kan geattesteerd worden wanneer het hemostatisch product gebruikt werd tijdens één van de volgende verstrekkingen van de nomenclatuur: 242852-242863, 242874-242885, 242896-242900 en 242911-242922.

De interpretatieregels 35 en 36 hebben uitwerking met ingang van 1 juli 2019.

Belgisch Staatsblad

26.02.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met bortezomib als actief bestanddeel:**VRAAG:**

In welke situatie mag een farmaceutische specialiteit op basis van bortezomib terugbetaald worden voor de eerstelijnsbehandeling van patiënten met een multipel myeloom die niet in aanmerking komen voor een stamceltransplantatie indien ze niet wordt toegediend in combinatie met melfalan en prednison?

ANTWOORD:

Indien een patiënt een terugbetaling geniet van een behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van lenalidomide voor de eerstelijnsbehandeling van multipel myeloom bij volwassen patiënten die niet in aanmerking komen voor een stamceltransplantatie overeenkomstig § 10130000, mag een specialiteit op basis van bortezomib terugbetaald worden indien ze gecombineerd wordt met lenalidomide en dexamethasone voor de eerstelijnsbehandeling van multipel myeloom bij patiënten die niet in aanmerking komen voor een stamceltransplantatie. Hierbij dient de dosering van bortezomib die vermeld wordt in de Samenvatting van de Productkenmerken (SPK) van lenalidomide gerespecteerd te worden (maximaal 32 flacons bortezomib).

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang op 1 maart 2020.

Belgisch Staatsblad

06.03.2020

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 5 en 6 van de nomenclatuur:

Interpretatieregel 07 wordt ingevoegd:

VRAAG 07

Artikel 6 vermeldt: “De radiografische verstrekkingen zijn voorbehouden voor practici die voldoen aan de reglementaire verplichtingen bepaald in of op grond van de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende stralingen voortvloeiende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor nucleaire controle”.

Indien een zorgverlener die niet voldoet aan deze reglementaire verplichtingen een prestatie uitvoert waarbij een of meerdere radiografieën verplicht zijn inbegrepen in de omschrijving van deze prestatie, mag hij deze dan attesteren?

ANTWOORD

Neen

De interpretatieregel 07 heeft uitwerking met ingang van 1 februari 2018.

Belgisch Staatsblad

12.03.2020

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:**INTERPRETATIeregEL 37****VRAAG**

Mag de verstrekking 152751-152762 geattesteerd worden voor een schedelprothese gefabriceerd met behulp van een gietvorm op maat?

152751-152762

Schedelbeenprothese op maat om een deel van het schedelluik te vervangen ten gevolge van een ongeval, een tumor, een infectie of elke andere oorzaak verantwoordelijk voor een bottekort of voor de schedelreconstructie in het kader van vervormingen of craniosynostosen door aangeboren ziekten

ANTWOORD

Neen, de schedelbeenprothese gefabriceerd in per/perioperatoire setting met behulp van een gietvorm op maat mag niet onder de verstrekking 152751-152762 geattesteerd worden.

Het cement en de fixatie-elementen (schroeven, rivetten, platen) kunnen geattesteerd worden onder de overeenstemmende verstrekkingen opgenomen onder het hoofdstuk B6. Cranioplastie.

De gietvorm kan niet als een implantaat beschouwd worden.

De interpretatieregel 37 heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

9. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.01.2020		Nationale overeenkomst - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14

Samenvatting van de wijzigingen

Op 12 december 2019 is er een nieuwe nationale overeenkomst afgesloten tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen. Die overeenkomst bevat de volgende wijzigingen:

- 6^e staatshervorming - gespecialiseerde algemene ziekenhuizen: De ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie Sp en/of G, en ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief kunnen tot de nationale overeenkomst toetreden. Voor die ziekenhuizen is de definitie van “gespecialiseerde algemene ziekenhuizen” in het begin van de overeenkomst opgenomen
- daghospitalisatie: De federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) en de overeenkomstencommissie ziekenhuizen - verzekeringsinstellingen hebben op 12 september 2019 een visienota goedgekeurd met het oog op de herziening van de werking, de organisatie en de financiering van de daghospitalisatie. In artikel 14 van de nationale overeenkomst is voorzien om in uitvoering van de visienota een aantal opdrachten toe te vertrouwen aan artsen-expertengroepen inzake het actualiseren van de lijsten van de daghospitalisatie
- actualisering van de verwijzingen naar andere reglementeringen.

De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2020 en is afgesloten voor 1 jaar in afwachting van de voorstellen met betrekking tot de hervorming van de nomenclatuur.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.01.2020		Wijzigingsclausule PSY/2019 bis bij de Nationale overeenkomst van 16 november 2018 tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14

Samenvatting van de wijzigingen

De Overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen heeft op 5 december 2019 een wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen goedgekeurd. Deze bevat twee wijzigingen:

- overschakeling naar maandelijks facturatie aan de verzekeringsinstellingen vanaf 1 juli 2020
- wijziging van de facturatie van de gedeeltelijke nachthospitalisatie: de gedeeltelijke nachthospitalisatie wordt gefactureerd voor de dag waarop de patiënt tot 6 uur 's ochtends in het ziekenhuis verbleef. De regel wordt aangepast vanaf 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020		Wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen U/2014 ^{ter} - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14

Samenvatting van de wijzigingen

De overeenkomstencommissie tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen heeft tijdens haar vergadering van 28 november 2019 de tweede wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van de sector goedgekeurd. Met deze wijzigingsclausule worden volgende wijzigingen aangebracht:

- => in artikel 2, § 2, twintigste lid, wordt de titel "F.1.6.1.5. Percutane implanteerbare hartklep" vervangen door "F.1.6. Hartklep";
- => in artikel 2, wordt § 2 aangevuld met 2 leden;
- => in artikel 4 wordt een lid toegevoegd.

De wijzigingsclausule treedt in werking op 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020		Wijzigingsclausule S/2018 ^{ter} bij de nationale overeenkomst tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen. - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14
06.02.2020		Wijzigingsclausule S/2018 ^{ter} bij de nationale overeenkomst tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen. - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Tijdens haar vergadering van 28 november 2019 heeft de Overeenkomstencommissie audiciens - verzekeringsinstellingen de tweede wijzigingsclausule S2018^{ter} afgesloten waardoor de waarde van de sleutelletter van alle verstrekkingen van artikel 31 van de nomenclatuur op 1 januari 2020 met 1,89 % wordt geïndexeerd.

Deze wijzigingsclausule treedt in werking op 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020		Wijzigingsclausule T/2018 ^{ter} bij de nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14

Samenvatting van de wijzigingen

Tijdens haar vergadering van 3 december 2019 heeft de Overeenkomstencommissie bandagisten/orthopedisten – verzekeringsinstellingen de tweede wijzigingsclausule T/2018^{ter} gesloten, waardoor:

- => de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 29 met betrekking tot de orthopedische zolen en prefab orthesen niet wordt geïndexeerd op 1 januari 2020;
- => de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 29 met betrekking tot de lumbostaten met 2,53 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2020;
- => de waarde van de sleutelletter van alle andere verstrekkingen van artikel 29 van de nomenclatuur met 2,76 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2020.

Deze wijzigingsclausule treedt in werking op 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020		Wijzigingsclausule Y/2018 ^{ter} bij de nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 14

Samenvatting van de wijzigingen

Tijdens haar vergadering van 3 december 2019 heeft de Overeenkomstencommissie bandagisten / orthopedisten – Verzekeringsinstellingen de eerste wijzigingsclausules Y/2018^{ter} gesloten, waarvoor:

- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 met betrekking tot de orthopedische zolen en het micoviscidosemateriaal niet wordt geïndexeerd op 1 januari 2020
- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 met betrekking tot de lumbostaten met 2,53 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2020
- de waarde van de sleutelletter van alle andere verstrekkingen van artikel 27 van de nomenclatuur met 2,00 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2020.

Deze wijzigingsclausule treedt in werking op 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020	24.01.2020	Overeenkomst 2020-2021 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen. - Notificatie punt A.14

Samenvatting van de wijzigingen

Er is een nieuwe overeenkomst M/20 voor de periode vanaf 1 januari 2020 tot 31 december 2021. Ze is op 10 december 2019 ondertekend door de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten - verzekeringsinstellingen:

- vanaf 1 januari 2020 stijgen de honoraria voor sommige verstrekkingen in het kader van de chronische behandelingen, via de aanpassing van de waarde van de vermenigvuldigingsfactor M :
 - => sommige verstrekkingen M48 van de rubriek “zware aandoeningen” worden op 45 EUR gebracht;
 - => de verstrekkingen M36 van de rubriek “zware aandoeningen” worden op 37,50 EUR gebracht;
 - => sommige verstrekkingen M24 van de rubriek “zware aandoeningen” worden op 25 EUR gebracht.
- de bestaande toeslagen worden behouden en de invoering ervan in de nomenclatuur is gepland voor 1 januari 2021
- de premie voor kwaliteitspromotie van 2.000 EUR wordt behouden voor de jaren 2020 en 2021
- er worden concrete initiatieven genomen om de maatregelen van de overeenkomst M/18 en zijn wijzigingsclausule voort te zetten. Onder meer:
 - => de verdere digitalisering van de interacties tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen;
 - => de aanpassing van de nomenclatuur in het kader van de vereenvoudiging en harmonisering van de meer specifieke zorgbehoeften van bepaalde doelgroepen.
- de voorbereiding van mogelijke nieuwe maatregelen in 2020. Onder meer:
 - => een “verbruiksvergoeding” ;
 - => een kinesitherapeutische aanpak om chroniciteit te voorkomen;
 - => een specifieke “educatieverstreking”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2020		Nationaal akkoord artsen - ziekenfondsen 2020 Ministerraad van 24 januari 2020. - Notificatie punt 13

Samenvatting van de wijzigingen

Op 19 december 2019 heeft de Nationale Commissie artsen - ziekenfondsen een akkoord gesloten voor het jaar 2020. Het Verzekeringscomité en de algemene raad hebben dat akkoord op 23 december 2019 goedgekeurd. De Ministerraad heeft zijn goedkeuring gegeven op 24 januari 2020.

Dit zijn de grote principes:

- een niet-lineaire indexering, die het mogelijk maakt herwaarderingen door te voeren in bepaalde domeinen en een aantal voorstellen van de Technische geneeskundige raad te concretiseren
- het optimaliseren van de bestaande zorg
- het verhogen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg
- het waarborgen van tariefzekerheid
- de hervorming van het statuut *sui generis* van de artsen in opleiding.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2020 – Editie 2		Aanpassing buiten index op 1 januari 2020 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 januari 2020 is het bedrag van sommige sociale uitkeringen aangepast aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013 = 100).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.02.2020 – Editie 2	24.01.2020	Veertigste wijzigingsclausule bij de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met de veertigste wijzigingsclausule bij de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen wordt op 1 januari 2020 de sleutelletter van het basishonorarium voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een open officina aangepast om de meerkost van het beschikbaarheidshonorarium in 2020 te financieren.

De wijzigingsclausule treedt in werking op 1 januari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.03.2020 – Editie 1	30.01.2020	Goedkeuring van het ontwerp van nationaal akkoord 2020-2021 tussen de tandheekkundigen en de verzekeringsinstellingen, in uitvoering van het artikel 51, § 1, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De Nationale Commissie Tandheekkundigen - Ziekenfondsen heeft een akkoord gesloten tussen de tandartsen en de ziekenfondsen voor 2020 en 2021. De Ministerraad heeft dat akkoord op 13 maart 2020 goedgekeurd.

De belangrijkste maatregelen in het akkoord zijn :

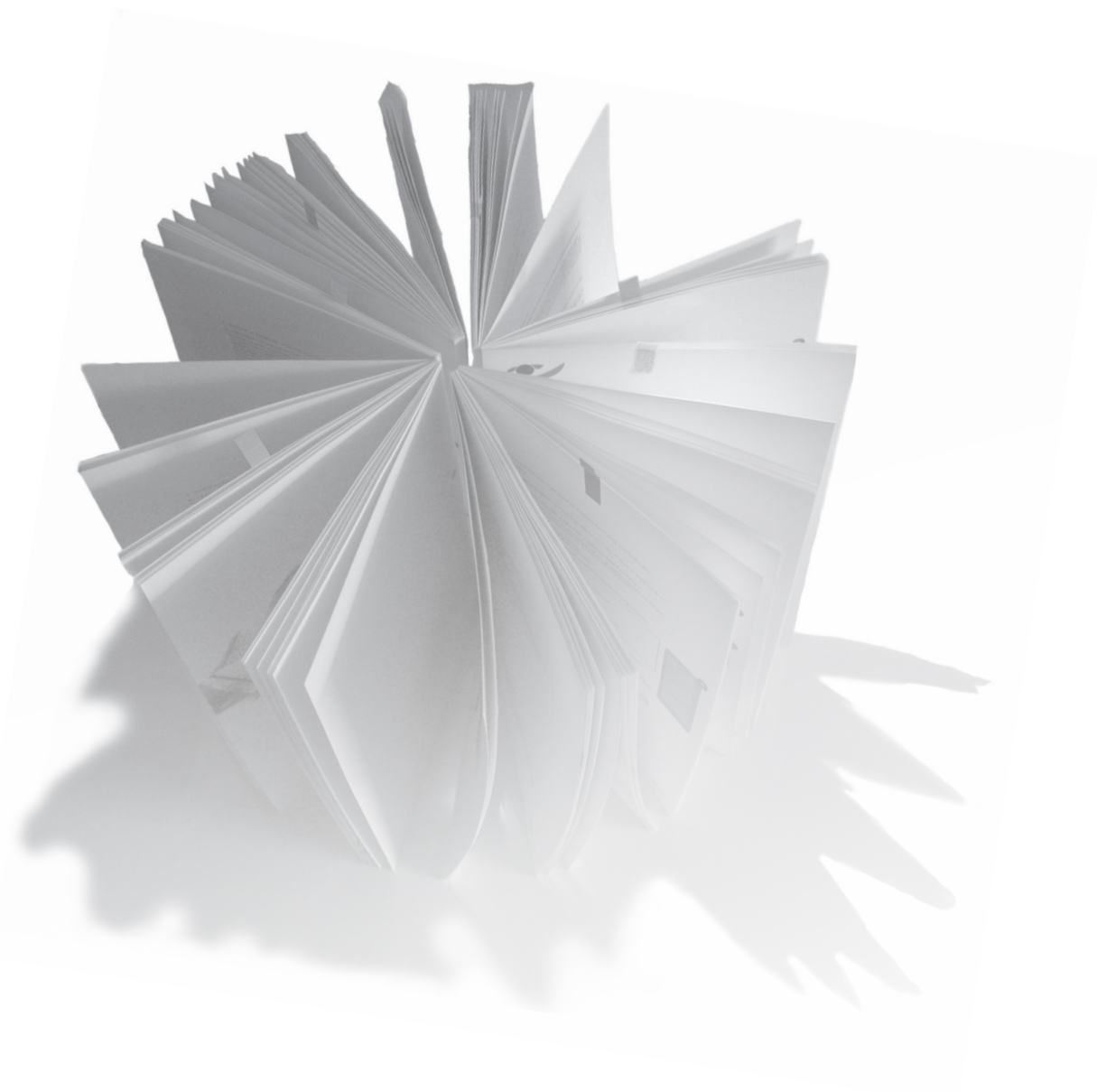
- de uitwerking van maatregelen over kosten transparantie van de tandheelkundige zorg
- de uitwerking van een meerjarenplan voor de mondzorg, met het vastleggen van gezondheidsdoelstellingen zoals de integratie van de mondhygiënisten in de sector
- de invoering van nieuwe maximumtarieven voor enkele prestaties in een precies kader om de tariefzekerheid en transparantie voor de patiënten te waarborgen
- de verhoging van de honoraria op 1 maart 2020 met de indexmassa van 1,95 % rekening houdende met de gebruikelijke afrondingsregels
- de verhoging van het bedrag van het sociaal statuut tot 3.200 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.03.2020 – Editie 1		Officieel bericht

Samenvatting van de wijzigingen

Het spilindexcijfer 107,20 (basis 2013 = 100) is in de maand februari 2020 bereikt. Rekening houdende met de wet van 2 augustus 1971, waarbij de sociale uitkeringen aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld, en met andere wettelijke en reglementaire bepalingen, zijn de sociale uitkeringen vanaf 1 maart 2020 aangepast.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Arbeidshof van Brussel, 27 februari 2020

Verhoging dagbedrag minimumuitkering - Artikel 225, §3, lid 7 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 - Gerechtvaardigd onderscheid

De discussie tussen de partijen ging over de toevoeging van lid 7 aan artikel 225, §3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (K.B.) met betrekking tot een verhoging vanaf 1 september 2011 van het dagbedrag van de minimumuitkering bedoeld in artikel 214, §1 lid 2°, b) K.B. In de praktijk werd die aanpassing van het uitkeringsbedrag door het RIZIV en de V.I. vastgesteld op 1 september 2013.

Volgens de V.I. beoogt artikel 225, §3, lid 7 alle verhogingen van het dagbedrag van de minimumuitkering na 1 september 2011. Bij ontstentenis van dergelijke interpretatie houdt artikel 225, §7 een discriminatie in door zonder aanvaardbare rechtsgrond een onderscheid te maken tussen de gerechtigden die vóór en de gerechtigden die na 1 september 2013 samenwonen.

De bepalingen van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet staan niet in de weg dat een wetswijziging een onderscheid maakt tussen personen die reeds een bepaald voordeel of statuut genoten vóór een wetswijziging en personen die dat statuut verkrijgen na goedkeuring van de nieuwe wetgeving. Eenzelfde keuze en onderscheid kan inderdaad worden teruggevonden in verschillende wetgevingen van de sociale zekerheid.

Rolnr.: 2018/AB/351
V.I. t./RIZIV

...

Discussion

1.

Dans son arrêt interlocutoire, la Cour constatait que la discussion entre parties semblait s'axer sur la modification de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 par un arrêté royal du 15 octobre 2012, complétant l'article 225, § 3 par un alinéa 7. Cette modification concernait une augmentation à partir du 1^{er} septembre 2011 du montant journalier de l'indemnité minimum visée à l'article 214, § 1^{er}, alinéa 2°, b de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Or, dans les différents calculs établis par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et les conclusions de l'O.A., il était fait état d'une adaptation du taux de l'indemnité au 1^{er} septembre 2013.

L'O.A. admet que l'augmentation par arrêté royal du 21 mars 2013, sortant ses effets au 1^{er} septembre 2013, constituait une augmentation hors index qui ne faisait pas référence à l'alinéa 7 de l'article 225, § 3. Ni l'arrêté royal du 21 mars 2013, ni aucune autre disposition expresse de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ne permettaient une application analogue.

D'après l'O.A. il convient toutefois d'interpréter l'article 225, § 3, alinéa 7 "de manière téléologique" et que cette disposition vise l'ensemble des augmentations du montant journalier de l'indemnité minimale postérieurement au 1^{er} septembre 2011.

À défaut de pareille interprétation, l'article 225, § 7 induit une discrimination en faisant une distinction sans fondement acceptable entre les titulaires cohabitant antérieurement et postérieurement au 1^{er} septembre 2013. Les premiers pouvaient continuer à bénéficier de leur qualité de titulaire avec personnes à charge en cas de revalorisation des indemnités des personnes à leur charge, alors que les cohabitants ayant constitué un ménage après le 1^{er} septembre 2013 (2011 ?) ne pourraient pas bénéficier de cet avantage juste.

2.

Les dispositions des articles 10 et 11 de la Constitution ne s'opposent toutefois pas à ce qu'une modification de la législation établisse une distinction entre les personnes déjà bénéficiaires d'un certain avantage ou statut avant une modification légale et les personnes qui obtiennent ce statut postérieurement à la législation nouvelle.

Dans son arrêt 170/260 du 22 décembre 2016, la Cour constitutionnelle a rappelé que (B11)

"Nul ne peut prétendre à l'immuabilité d'une politique ou, en l'espèce, au non-règlement persistant de l'exercice de la psychothérapie. En effet, à peine de rendre impossible toute modification législative ou toute réglementation entièrement nouvelle, il ne peut être soutenu qu'une disposition nouvelle serait contraire au principe de sécurité juridique par cela seul qu'elle modifie les conditions d'application de la législation ancienne ou qu'elle instaure une interdiction entièrement nouvelle et pour le seul motif qu'elle remettrait en question certains choix professionnels.

Si le législateur estime qu'un changement de politique s'impose, il peut décider de lui donner un effet immédiat et il n'est pas tenu, en principe, de prévoir un régime transitoire.

Les articles 10 et 11 de la Constitution ne sont violés que si le régime transitoire ou l'absence d'un tel régime entraîne une différence de traitement non susceptible de justification raisonnable ou s'il est porté une atteinte excessive au principe de la confiance légitime."

Dans son arrêt 32/2016 du 3 mars 2016, la même Cour précise (B6) que

"C'est en règle au législateur qu'il appartient d'apprécier si un changement législatif doit s'accompagner de mesures transitoires afin de tenir compte des attentes légitimes des personnes concernées et c'est à lui qu'il revient de déterminer à quelles conditions et dans quels délais il sera dérogé à la disposition nouvelle à l'égard de ces personnes.

Le propre d'une règle transitoire est d'établir une distinction entre les personnes qui sont concernées par des situations juridiques qui entrent dans le champ d'application de cette règle et les personnes qui sont concernées par des situations juridiques qui entrent dans le champ d'application d'une règle nouvelle. Semblable distinction ne viole pas, en soi, les articles 10 et 11 de la Constitution : toute disposition transitoire serait impossible s'il était admis que de telles dispositions violent les dispositions constitutionnelles précitées par cela seul qu'elles s'écartent des conditions d'application de la législation nouvelle."

3.

En l'occurrence le législateur a pu considérer que "l'immunisation" de certaines revalorisations des indemnités pour les ménages, composés d'un titulaire et une personne à charge ne dépassant pas le seuil de revenus prévu, devait être réservée aux personnes et aux titulaires ayant ce statut au moment de la modification de la législation et que les personnes, obtenant postérieurement ce statut, ne pouvaient pas bénéficier de cette immunisation.

Pareil choix et distinction se retrouvent dans des multiples législations de sécurité sociale.

Ainsi, encore récemment la Cour constitutionnelle a validé une modification de la législation relative à la garantie de revenus pour les personnes âgées (Grapa) qui modifiait le calcul de revenus (en modifiant les catégories et les personnes dont le revenu était pris en considération), tout en réservant aux personnes qui bénéficiaient déjà d'un revenu garanti au moment de l'entrée en vigueur de la modification, du moins temporairement, le bénéfice de l'ancien régime (Cour const., 81/2019 du 23.05.2019).

4.

L'appel n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement (747, § 2 du C. jud.)

...

II. Arbeidshof van Bergen, 15 april 2020

Bewijs van bekentenis - Bedrieglijk opzet met onverschuldigd bedrag - Administratieve sanctie

Artikel 100 van de wet betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering, ge-coördineerd op 14 juli 1994 - Artikel 1356 van het Burgerlijk Wetboek - Artikel 174, 3^{de} 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 beroepsmatig is of 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, van geringe omvang of laagbetaald.

Enkel gewone huishoudelijke activiteiten of vrijetijdsactiviteiten zijn toegestaan.

Twee dagen per week helpen in de snackbar die door haar dochter wordt uitgebaat en dat gedurende drie jaar zonder de voorafgaande toestemming van de adviserend arts is onverenigbaar met het ontvangen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Door aanvankelijk bij de controle het bestaan van enige activiteit te ontkennen, terwijl mensen haar voordien al achter de kassa van de snackbar hadden zien werken, heeft de verzekerde nagelaten de hervatting van die activiteit aan te geven, waardoor zij sociale uitkeringen kon ontvangen waarvan zij wist dat die onrechtmatig waren en wat betekent dat zij bedrieglijke handelingen heeft begaan die een verjaringstermijn van 5 jaar voor de terugvordering van het onverschuldigde bedrag rechtvaardigen.

Een sanctie van 180 dagen wordt gerechtvaardigd enerzijds door de duur van de periode van overtreding en de aanvankelijke ontkenning bij de controle, en anderzijds door de bekentenissen. Ook al heeft de verzekerde geen eerdere overtredingen begaan, de toekenning van een opschorting is niet gerechtvaardigd.

A.R. 2019/AM/2
... t./RIZIV en V.I.

...

3. Faits et antécédents

Il résulte des pièces du dossier que la situation factuelle et les antécédents de la procédure administrative et judiciaire se présente comme suit.

Madame ... est née le

Elle est reconnue en incapacité de travail à partir du 7 février 2007, sur la base de l'article 100 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En date du 27 octobre 2014, l'inspecteur de l'INAMI rédige un procès-verbal constatant que Madame ... avait repris une activité non autorisée à raison d'un à deux jours par semaine depuis le 19 juillet 2011 à l'exception des périodes d'hospitalisation et de séjour à l'étranger.

Par courriers du 29 octobre 2014, le Service de contrôle administratif de l'INAMI notifie respectivement à l'O.A. et à Madame ... le procès-verbal de constat établi le 27 octobre 2014 par un contrôleur social du Service de contrôle administratif de l'INAMI.

Par courrier du 17 novembre 2014, Madame ... est invitée par le fonctionnaire dirigeant du Service de contrôle administratif de l'INAMI à faire valoir ses moyens de défense.

Madame ... ne donne pas suite à cette invitation.

Dans une décision du 21 novembre 2014, notifiée par envoi recommandé du 25 novembre 2014, l'O.A. met en demeure Madame ... de lui rembourser la somme de 14.603,11 EUR à titre d'indemnités indûment perçues pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 31 octobre 2014.

Par requête entrée le 19 février 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/864/A), Madame ... conteste cette décision du 21 novembre 2014.

Dans une décision du 29 juillet 2015, l'INAMI exclut Madame ... du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières en application de l'article 168quinquies, § 2, 3^o, a, b, et § 3, alinéa 1, 4^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Par requête entrée le 10 juin 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/2673/A), l'O.A. sollicite un titre exécutoire pour la somme de 14.599,39 EUR, correspondant à la somme de 14.603,11 EUR visée par la décision du 21 novembre 2014, diminuée de 3,72 EUR (régularisation pour la période du 1^{er} au 05.09.2013).

Dans une décision du 24 septembre 2015, notifiée par envoi recommandé du même jour, l'O.A. met en demeure Madame ... de lui rembourser la somme de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015 au motif qu'ayant été exclue du droit à 180 indemnités journalières par l'INAMI, les indemnités perçues durant cette période lui avaient été indûment versées.

Cette décision est articulée sur la motivation suivante :

"(...) Il résulte qu'il a été payé indûment sur base de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 168quinquies, § 2, 3^o, a), b) et § 3, alinéa 1, 4^o.

De ce fait, nous ne pouvons accorder aucune indemnisation pour la période du 29 juillet 2015 au 31 août 2015, soit 29 jours à 46,11 EUR.

Nous vous saurions gré de bien vouloir verser la somme de 1.337,19 EUR (...).

Au 1^{er} septembre 2015, il reste un reliquat de 151 indemnités journalières à appliquer, soit du 1^{er} septembre 2015 au 23 février 2015. (...)"

Par requête entrée le 28 octobre 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 15/4942/A), Madame ... conteste la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.

Par requête entrée le 22 décembre 2015 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi (R.G. 15/5744/A), Madame ... conteste la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015.

Par requête entrée le 7 avril 2016 au greffe du Tribunal du travail de Mons et de Charleroi, section de Charleroi (R.G. 16/1518/A), l'O.A. sollicite un titre exécutoire pour la somme de 1.337,19 EUR.

Dans un jugement du 3 décembre 2018, la 4^e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi :

- joint les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A
- déclare les demandes recevables
- dans les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A et 15/2673/A :
 - déclare les demandes fondées dans la mesure qui suit
 - annule la décision de l'O.A. du 21 novembre 2014
 - dit pour droit que Madame ... a repris une activité non déclarée et non autorisée entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014
 - condamne Madame ... à payer à l'O.A. le montant de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.
- dans la cause portant le numéro de rôle général 15/4942/A :
 - déclare la demande non fondée
 - confirme la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.
- dans les causes portant les numéros de rôle général 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A :
 - déclare la demande de Madame ... non fondée
 - déclare la demande de l'O.A. fondée
 - confirme la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015
 - condamne Madame ... à payer à l'O.A. le montant de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment versées entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.
- autorise l'exécution provisoire du jugement, nonobstant appel et sans garantie
- condamne l'INAMI et l'O.A., chacun pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, liquidés par Madame ... au montant de 131,18 EUR.

Par requête entrée au greffe de la cour en date du 4 janvier 2019, Madame ... interjette appel du jugement du 3 décembre 2018.

4. Recevabilité de l'appel

a) En droit

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, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, selon l'article 1051, alinéa 1, du Code judiciaire.

Les dispositions légales concernant la recevabilité de l'appel en matière civile sont d'ordre public¹.

b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal, l'appel est recevable.

1. Cass. (3^e ch.), 08.06.2015, rôle n° S.14.0094.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

5. Fondement de l'appel

a) En droit

I. ACTIVITÉ NON AUTORISÉE

Est reconnu incapable de travailler, 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, selon l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence².

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance, selon l'article 100, § 1^{er}; alinéa, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il résulte des dispositions précitées que la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée à la réunion de trois conditions³ :

1. la cessation de toute activité ;
2. le fait que cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels ;
3. ces derniers doivent générer une réduction de la capacité de gain du titulaire d'au moins deux tiers par rapport une personne de référence.

Le législateur ne définit toutefois pas l'activité qu'il convient d'avoir cessé pour prétendre aux indemnités.

Selon la Cour de cassation, le terme "activité" doit être compris dans son sens usuel et ne peut être réduit à la seule activité professionnelle ou au seul travail⁴.

Il s'ensuit qu'est visée non seulement la cessation de toute activité professionnelle mais encore de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou toute occupation habituelle, occasionnelle voir même exceptionnelle, 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 même si elle est de minime importance ou faiblement rémunérée⁵.

2. Cass. (3^e ch.), 18.05.2015, rôle n° S.13.0013.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

3. C.C., arrêt n° 51/2013, 28.03.2013, rôle n° 5463, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

4. Cass. (3^e ch.), 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 446.

5. Ph. GOSSERIES, "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", J.T.T., 1997, p. 81. Cass., 21.01.1982, Bull. INAMI, 1982, p. 323. Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 400. C.T. Mons (4^e ch.), 17.10.2012, R.G. 2012/AM/18, inédit. C.T. Bruxelles (8^e ch.), 20.06.2013; R.G. 2011/AB/813, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. C.T. Mons (4^e ch.), 26.11.2014, R.G. 2012/AM/474, inédit. C.T. Mons (5^e ch.), 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit. C.T. Mons (5^e ch.), 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit. C.T. Mons (5^e ch.), 05.01.2017, R.G. 2014/AM/296, inédit.

En principe, seules sont autorisées des activités d'entretien ordinaire du ménage ou de loisir⁶.

Cette rigueur est tempérée par la possibilité prévue par l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, de solliciter l'autorisation du médecin conseil de reprendre une activité, préalablement à la reprise de celle-ci, alors que le travailleur se trouve encore en incapacité de travail et pour autant que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen, selon l'article 101, § 1^{er}, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

II. PREUVE

Il incombe à chacune des parties de prouver les faits qu'elle allègue, selon l'article 870 du Code judiciaire.

L'aveu qui est opposé à une partie est extrajudiciaire ou judiciaire, selon l'article 1354 du Code civil.

L'aveu extrajudiciaire est un acte unilatéral dont une preuve peut être déduite et qui doit être fait par la partie à laquelle il est opposé mais qui ne doit pas être destiné à servir de preuve pour la partie adverse⁷.

La double règle, exprimée à l'article 1356 du Code civil, selon laquelle l'aveu judiciaire fait pleine foi contre celui qui l'a fait et ne peut être révoqué (sauf s'il a été la suite d'une erreur de fait), est la conséquence du caractère unilatéral de l'aveu et vaut également pour l'aveu extrajudiciaire⁸.

Celui qui a avoué est lié de manière définitive par son aveu ; celui-ci ne peut être révoqué en raison de la seule rétractation de son auteur⁹.

Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu, selon l'article 1349 du Code civil.

Les présomptions qui ne sont point établies par la loi sont abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat, qui ne doit admettre que des présomptions graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales, à moins que l'acte ne soit attaqué pour cause de fraude ou de dol, selon l'article 1353 du Code civil.

Lorsque la preuve par présomptions est légalement admise, le juge apprécie en fait la valeur probante de celles sur lesquelles il se fonde¹⁰.

L'appréciation du degré de gravité, de précision et de concordance appartient souverainement au juge du fond¹¹.

6. J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 281.

7. Cass. (1^{er} ch.), 20.12.2007, rôle n° C.07.0161.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

8. C.T. Mons (4^e ch.), 21.03.2012, R.G. 2011/AM/188, inédit.

9. C.T. Mons, 17.05.2000, R.G. 16.122, inédit.

10. Cass. (1^{er} ch.), 06.05.2002, rôle n° C.07.0438.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

11. M. JOURDAN, *La notion d'accident (sur le chemin) du travail : notion et preuve*, Waterloo, Kluwer, 2006, op.cit., p. 314.

III. INDU

Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu, selon l'article 1376 du Code civil.

Celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a octroyées, selon l'article 164, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé, selon l'article 101, § 2, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

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, selon l'article 174, alinéa 1, 5^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois, dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité, le délai de prescription est de cinq ans, selon l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La fraude vise tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi¹².

Ni de la considération que l'assuré social pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son O.A., ni de la constatation qu'il n'a pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité, il ne peut être déduit l'existence de manœuvres frauduleuses ayant provoqué l'octroi de prestations indues¹³.

Pour que des manœuvres frauduleuses soient reconnues dans le chef de l'assuré social, il faut que celui-ci ait eu conscience que ses actes ou son abstention de déclaration avaient pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit¹⁴.

Il découle de ce qui précède que l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef d'un assuré social suppose que celui-ci ait posé un acte ou se soit rendu coupable d'une abstention lui permettant d'obtenir des prestations sociales dont il était conscient qu'elles étaient illicites.

S'il y a eu mauvaise foi de la part de celui qui a reçu, il est tenu de restituer, tant le capital que les intérêts ou les fruits, du jour du paiement, selon l'article 1378 du Code civil.

Les prestations payées indûment portent intérêt de plein droit à partir du paiement si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de la personne intéressée, selon l'article 21 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

12. J. LECLERCQ, *Mercuriale* du 02.09.1975, "La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale (I)", in *La doctrine du judiciaire ou l'enseignement de la jurisprudence des juridictions du travail*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 1998, p. 318. C.T. Bruxelles (8^e ch.), 04.11.2015, rôles n^{os} 2014/AB/122 et 2014/AB/139, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

13. Cas. (3^e ch.), 04.12.2006, rôle n^o S.05.0071.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

14. C.T. Mons (5^e ch.), 08.06.2006, rôle n^o 19199, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. C.T. Mons (4^e ch.), 19.05.2010, R.G. 2009/AM/21.554; <https://www.stradalex.com/fr>.

IV. SANCTION

Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, à raison de trois indemnités journalières au moins et de 400 indemnités journalières au plus, l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités, a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou n'a pas informé son O.A. de la reprise d'une activité, selon l'article 168*quinquies*, § 2, 3^o, a) et b) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La durée de cette exclusion est fixée en fonction de la durée de l'infraction, en manière telle que l'assuré qui a commis une infraction pendant au moins 101 jours peut être exclu du bénéfice des indemnités durant 150 jours au moins et 400 jours au plus, selon l'article 168*quinquies*, § 3, alinéa 1, 3^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsqu'au prononcé de la décision d'amende administrative ou d'exclusion, il est constaté que l'assuré social ne s'est vu infliger aucune exclusion ou amende administrative dans l'année qui précède, le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui peut, en outre, décider de surseoir en tout ou en partie à l'exécution de l'exclusion ou de l'amende administrative pendant un délai de deux ans suivant la date du prononcé, selon l'article 168*quinquies*, § 3/1, alinéa 1, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

L'octroi du sursis est une faculté laissée à l'appréciation de l'INAMI et, en cas de recours, du juge.

b) En l'espèce

L'enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI révèle, au moyen de divers faits, constitutifs de présomptions, graves, précises et concordantes, que Madame ... a exercé une activité consistant en une aide au sein du snack ... , exploité par sa fille, Madame ..., au cours de la période du 19 juillet 2011 au 10 octobre 2014, à concurrence de deux journées par semaine et excepté durant ses hospitalisations (du 17.09.2012 au 20.09.2012 et du 07.07.2013 au 08.07.2013) et durant ses séjours à l'étranger (du 31.07.2012 au 10.09.2012, du 09.04.2013 au 17.04.2013 et du 13.08.2014 au 17.09.2014).

Il apparaît en effet que :

- le contrôleur social du Service du contrôle administratif de l'INAMI a constaté que Madame ... se trouvait derrière la caisse du snack pour noter les commandes et encaisser l'argent des clients en date des 9 juillet 2014 et 6 août 2014
- les contrôleurs sociaux ont constaté que Madame ... se trouvait derrière le comptoir, à la caisse du snack, en train de compléter une souche TVA et d'encaisser l'argent, en date du 10 octobre 2014, sur le temps de midi
- de l'audition, en date du 10 octobre 2014, de Madame ... , travailleuse à temps partiel, il résulte que Madame ... travaillait au sein du snack
- interrogée sur place le 10 octobre 2014, Madame ... a reconnu qu'elle venait au snack une à deux fois par semaine depuis l'ouverture de l'établissement en 2011, sans pouvoir préciser les dates exactes, et qu'à cette occasion, elle apportait une aide à sa fille lors du coup de feu de midi
- lors de son audition en date du 10 octobre 2014, la fille de Madame ... a précisé qu'elle avait ouvert son établissement à partir du 19 juillet 2011 et a admis qu'il lui arrivait de solliciter l'aide de sa mère au snack, pour l'encaissement, sans pouvoir en préciser la fréquence.

Madame ... a exercé cette activité sans avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil et sans en avoir informé son O.A.

Il est dès lors établi que Madame ... a exercé une activité, consistant en une aide au sein du snack ... , exploité par sa fille, Madame ... , et n'ayant pas donné lieu à une autorisation préalable, incompatible avec la perception d'indemnités d'incapacité de travail.

L'O.A. est fondé à revendiquer le remboursement des indemnités d'incapacité de travail perçues par Madame ... pour la période durant lesquels elle a accompli le travail non autorisé, soit du 19 juillet 2011 au 10 octobre 2014, à concurrence de deux journées par semaine et excepté durant ses hospitalisations (du 17.09.2012 au 20.09.2012 et du 07.07.2013 au 08.07.2013) et durant ses séjours à l'étranger (du 31.07.2012 au 10.09.2012, du 09.04.2013 au 17.04.2013 et du 13.08.2014 au 17.09.2014).

Madame ... a commis des manœuvres frauduleuses, car celle-ci s'est abstenue de déclarer la reprise de cette activité, ce qui lui a permis d'obtenir des prestations sociales dont elle était consciente qu'elles étaient illicites, comme en atteste le fait qu'elle a initialement nié toute activité lors du contrôle le 10 octobre 2014 ("*... je suis venue ce jour pour dîner en compagnie de mon compagnon ... ; je ne vis pas avec ce monsieur, Mme ... ne sait pas comment rédiger les souches TVA et c'est donc moi qui l'ai fait. (...) Vous me dites que vous m'avez déjà vue tenir la caisse alors que mon ami n'est pas là. C'est exact. Chez nous, il est coutume de s'entraider en famille. C'est dans ce contexte que je viens apporter mon aide lors du coup de feu à midi. (...) J'insiste sur la fréquence c'est-à-dire je viens une à deux fois par semaine. (...)*" (la cour met en gras)).

Il s'ensuit que le délai de prescription applicable dans le cas présent est celui de cinq ans.

C'est donc de manière justifiée que l'O.A. sollicite la condamnation de Madame ... à lui rembourser la somme de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités perçues indûment entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.

Compte tenu, d'une part, de la durée de la période infractionnelle et de son attitude initiale de déni lors du contrôle du 10 octobre 2014, d'autre part, des aveux et de l'absence d'antécédents de l'intéressée, l'INAMI est fondé à exclure Madame ... du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières, en application de l'article 168quinquies, § 2, 3^o, a, b, et § 3, alinéa 1, 3^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et ce sans l'octroi d'un sursis.

Eu égard à l'exclusion du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières, c'est de manière justifiée que l'O.A. sollicite la condamnation de Madame ... à lui rembourser la somme de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités perçues indûment entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.

Dans ces conditions, l'appel n'est pas fondé.

La Cour confirme le jugement du 3 décembre 2018, en ce que la 4^e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi :

- dans les causes portant les numéros de rôle général n^{os} 15/864/A et 15/2673/A:
 - déclare les demandes fondées dans la mesure qui suit
 - annule la décision de l'O.A. du 21 novembre 2014
 - dit pour droit que Madame ... a repris une activité non déclarée et non autorisée entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014
 - condamne Madame ... à payer à l'O.A. le montant de 14.044,15 EUR à titre d'indemnités indûment perçues entre le 19 juillet 2011 et le 10 octobre 2014.
- dans la cause portant le numéro de rôle général n^o 15/4942/A :
 - déclare la demande non fondée
 - confirme la décision de l'INAMI du 29 juillet 2015.

- dans les causes portant les numéros de rôle général nos 15/864/A, 15/2673/A, 15/4942/A, 15/5744/A et 16/1518/A :
 - déclare la demande de Madame ... non fondée
 - déclare la demande de l'O.A. fondée
 - confirme la décision de l'O.A. du 24 septembre 2015
 - condamne Madame ... à payer à l'O.A. le montant de 1.337,19 EUR à titre d'indemnités indûment versées entre le 29 juillet 2015 et le 31 août 2015.

5. Dépens

a) En droit

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements prévus aux articles 579, 6^o, 580, 581 et 582, 1^o et 2^o, en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux, selon l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause, selon l'article 1022, alinéa 1, du Code judiciaire.

Le tarif des indemnités de procédure, fixé dans l'arrêté royal du 26 octobre 2007¹⁵, opère une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une affaire évaluable en argent, soit celle au cours de laquelle une condamnation au paiement d'une somme d'argent est formellement demandée¹⁶.

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1er juin 2016¹⁷.

À la demande d'une des parties, éventuellement formulée sur interpellation par le juge, celui-ci peut, par décision spécialement motivée, soit réduire l'indemnité soit l'augmenter, sans pour autant dépasser les montants maxima et minima prévus par le Roi, en tenant compte de la capacité financière de la partie qui succombe, pour diminuer le montant de l'indemnité, de la complexité de l'affaire, des indemnités contractuelles convenues pour la partie qui obtient gain de cause et du caractère manifestement déraisonnable de la situation, selon l'article 1022, alinéa 3, du Code judiciaire.

Conformément au principe dispositif, le pouvoir d'appréciation du juge n'est susceptible de s'exercer en ce qui concerne le montant de l'indemnité de procédure que si une des parties au moins le demande¹⁸.

Cela étant, indépendamment du montant de l'indemnité de procédure, il incombe au juge d'appliquer le barème applicable au cas d'espèce.

Le relevé des dépens ne constitue d'ailleurs pas une chose demandée ou une demande au sens de l'article 1138, 2^o, du Code judiciaire¹⁹.

15. M.B., 09.11.2007.

16. H. BOULARBAH, "Les frais et dépens, spécialement l'indemnité de procédure", in *Actualités en droit judiciaire*, CUP, vol. 145, (dir.) H. BOULARBAH et F. GEORGES, Bruxelles, Larcier, 2013, p. 372.

17. J.T., 2016, pp. 411-412.

18. J.-F. VAN DROOGHENBROECK et B. DE CONINCK, "La loi du 21.04.2007 sur la répétibilité des frais et honoraires d'avocat", J.T., 2008, p. 44.

19. Cass. (1^{re} ch.), 15.06.2007, rôle n^o C.04.0555.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

Par ailleurs, une contribution de 20 EUR est due pour chaque acte introductif d'instance qui est inscrit à l'un des rôles visés aux articles 711 et 712 du Code judiciaire, par toute partie demanderesse, selon les articles 4, § 2, alinéa 1, et 5, § 1^{er}, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Aucune contribution n'est toutefois perçue dans le chef de la partie demanderesse si celle-ci introduit une demande visée aux articles 579, 6^o, 580, 581 et 582, 1^o et 2^o, du Code judiciaire concernant les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux personnellement, selon l'article 4, § 2, alinéa 2, 3^o, de la loi du 19 mars 2017.

Sauf si la partie qui succombe bénéficie de l'aide juridique de deuxième ligne ou de l'assistance judiciaire, la juridiction liquide le montant de la contribution au fonds dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens, selon l'article 4, § 2, alinéa 3, de la loi du 19 mars 2017.

Il découle de cette disposition que l'exemption de paiement de la contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, lors de l'inscription au rôle de l'acte introductif d'instance, tel l'appel, n'exonère nullement la juridiction de statuer sur ladite contribution dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens.

La Cour de cassation confirme le fait que l'absence de perception de la contribution lors de l'introduction de l'instance n'exonère nullement le juge de la liquider dans la décision qui prononce la condamnation aux dépens²⁰.

Les dépens comprennent la contribution visée à l'article 4, § 2, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, précise l'article 1018, alinéa 1, 8^o, du Code judiciaire.

La loi du 19 mars 2017 est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2017 à la suite de l'arrêté royal du 26 avril 2017²¹.

b) En l'espèce

La demande originaire de Madame ... s'inscrit dans les contestations visées à l'article 580, 2^o, du Code judiciaire et ne présente aucun caractère téméraire ni vexatoire.

L'INAMI et l'O.A. doivent dès lors supporter les dépens, chacun par moitié, en application de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

Le barème applicable est celui des affaires évaluables en argent, eu égard à la demande de titre exécutoire formulée par l'O.A.

En conséquence, l'appel est fondé uniquement en ce qui concerne les dépens.

La Cour réforme le jugement du 3 décembre 2018, en ce que la 4^e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Charleroi, condamne l'INAMI et l'O.A., chacun pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, liquidés par Madame ... au montant de 131,18 EUR.

...

POUR CES MOTIFS,

LA COUR,

20. Cass. (3^e ch.), 26.11.2018, rôle n^o S.18.0037.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

21. M.B., 27.04.2017.

Statuant contradictoirement,

Reçoit l'appel.

Dit que l'appel est fondé uniquement en ce qui concerne les dépens.

...

III. Arbeidshof van Bergen, 22 april 2020

Niet-toegestane activiteit - Afwezigheid van *non bis in idem*
- Bedrieglijk opzet met onverschuldigd bedrag - Administratieve sanctie

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

Een hervatting van de activiteit onderbreekt de arbeidsongeschiktheid als zij ofwel beroepsmatig, ofwel onbetaald is, maar leidt tot een besparing van kosten. Het begrip "activiteit" is zeer ruim en is niet bij wet bepaald. Door bij particulieren metalen op te halen en aan gieterijen te verkopen en schroot op te kopen, heeft de verzekerde een activiteit hervat zonder voorafgaande toestemming van de adviserend arts.

Het feit dat hij op strafrechtelijk vlak werd vrijgesproken in verband met het vervoer van afvalstoffen gelet op het ontbreken van beroepshoedanigheid, heeft geen gevolgen voor de vastgestelde hervatting van zijn activiteit.

Hij heeft gedurende de gehele betwiste periode zonder toestemming en met frauduleuze bedoelingen een activiteit verborgen gehouden en uitgeoefend. De verjaringstermijn voor de terugvordering van het onverschuldige bedrag is bijgevolg 5 jaar.

Aangezien hij de activiteit gedurende de hele betwiste periode heeft uitgeoefend, kan hij niet de toepassing genieten van artikel 101 en wordt de administratieve sanctie bevestigd.

A.R. 2019/AM/46
... t./RIZIV en V.I.

...

3. Fondement de l'appel

Monsieur ... est en incapacité de travail depuis le 9 avril 1999. L'Auditorat a transmis à l'INAMI une enquête de police au terme de laquelle, Monsieur ... avait exercé une activité de ferrailleux, sans déclaration préalable de cette activité, tout en bénéficiant des indemnités AMI.

L'INAMI a procédé à l'audition de Monsieur ... le 30 octobre 2014 et un rapport a été rédigé le 17 novembre 2014. Un *pro justitia* a été notifié à l'appelant ainsi qu'à sa mutuelle.

Par décision du 24 décembre 2014, l'INAMI informe Monsieur ... que les faits repris dans le procès-verbal du 17 novembre 2014 sont passibles d'une sanction administrative et l'invite en outre à faire valoir ses moyens de défense.

L'O.A. notifie ensuite à Monsieur ... la récupération d'un indu de 44.875,79 EUR pour la période du 1^{er} février 2010 au 31 octobre 2012, pour avoir repris une activité, sans autorisation préalable du médecin conseil.

Par décision du 6 avril 2016, l'INAMI a infligé une sanction administrative à Monsieur

Un recours a été introduit par Monsieur ... contre les décisions précitées et le tribunal du travail a confirmé les décisions de l'INAMI et de l'O.A., sous la seule réserve de l'irrecevabilité du recours contre la "décision de l'INAMI du 24 décembre 2014" qui n'est pas en effet une décision susceptible de recours mais une lettre d'information.

L'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 exige la cessation de toute activité : professionnelle, principale ou accessoire, ou activité non professionnelle, en ce compris si le titulaire ne perçoit pas de rémunération ou de revenus en espèces, mais fait l'économie de dépenses, augmentant ainsi indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. Arr., 1982, p.651 ; Cass., 23.04.1990, J.T.T., 1990, p.466 ; Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p.401).

La notion d'activité est très large, selon l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, puisqu'elle couvre toute activité à caractère productif par laquelle l'intéressé accroît son patrimoine (C.T. Bruxelles, 20.06.2013, R.G. 2011/AB/813).

Pour qu'il y ait incapacité de travail, il faut que le travailleur ait cessé toute activité. S'il n'y a pas de définition légale de la notion d'activité au sens de cette disposition, il ne faut pas la limiter à un travail ou à une activité professionnelle.

Eu égard à l'arrêt du 23 avril 1990 de la Cour de cassation (Cass., 23.04.1990, R.G. 8720-8854), ce terme vise aussi toute activité à caractère productif, par laquelle l'assuré augmente son patrimoine.

Par ailleurs, l'article 101, § 2 précise que le titulaire qui a effectué un travail, sans l'autorisation requise est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours et la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé.

En l'espèce, il convient d'examiner l'ensemble des pièces produites au débats.

Le procès-verbal du 7 octobre 2012 rédigé par les inspecteurs de la zone police de Charleroi est libellé comme suit :

"Relation probable des fait

... et ... font les mitrilles pour arrondir leur fin de mois. ... leur donne parfois un coup de main dans cette tâche. C'est ainsi que le 2 octobre 2012 vers 19.15 hrs, ils se trouvent sur l'entité de Waterloo pour faire les "grosses poubelles" (période des encombrants). Ils circulent dans le véhicule de ... qui tracte une remorque.

Arrivés rue de l'Infante, ils chargent dans la remorque des grilles métalliques, une lessiveuse et autres objets métalliques.

Aucun n'a de registre de commerce pour cette activité ou les autorisations ad hoc.

"Éléments d'enquête

Lors de la visite domiciliaire effectuée chez ... et reprise dans le procès-verbal subséquent CH X166209/12, nous avons constaté la présence de 3 remorques stationnées sur la propriété de l'intéressé, ...

- *l'une d'elle est un "plateau" pour transporter une voiture (propriété de ...)*
- *la seconde est une remorque double essieu équipée d'un haut-parleur (propriété de ...). Des restes de débris métalliques reposent dans celle-ci*

- la troisième est une remorque double essieu (propriété de ...). Celle-ci est vide.

Nous relevons la présence d'une vieille machine à laver qui repose dans le jardin du domicile de ... , à côté des remorques.

... occupe une vaste demeure quatre façades, de belle facture, avec terrains.

Il nous a montré deux véhicules de standing (Mercedes CLS et CLK) dont il se dit propriétaire ainsi qu'un troisième véhicule qu'il conduisait, à savoir une VW Caddy immatriculée ... au nom de ... (concombine de l'intéressé).

Le domicile de ... , bien qu'il consiste en une seule et unique habitation, est repris sous deux numérotations, à savoir :

le n° ...

le n° (...)

Recherches au niveau d'établissements d'achat de mitrilles

Le 8 octobre 2012, nous nous rendons au sein des principaux établissements achetant de la mitraille.

1) au niveau de ... (sis à ...) : (...)

- ... est connu en tant que vendeur mais uniquement pour les années 2010 et 2011. Il a obtenu 2.442,50 EUR de gain (14 ventes réalisées à son nom)

Le listing des ventes est annexé au présent.

2) au niveau de la fonderie ... (sis à ...) (...)

- ... est connu en tant que vendeur. Du 29 septembre 2010 au 27 mars 2012, il a effectué 3 ventes pour un montant total de 1.236,10 EUR.

(...)

PROCES-VERBAL D'AUDITION : (...)

Suspect.

Nom : ...

Prénom (s) : ... (...)

Je suis un ami de ...

Vous m'avez avisé de ses déclarations, à savoir que je l'accompagnerais lors de collecte de mitrilles. Effectivement, le mardi 2 octobre 2012, je me suis bien rendu avec ... à Waterloo à la recherche de mitrilles. C'était le jour des grosses poubelles sur l'entité de Waterloo. On a donc quitté Charleroi avec ma VW Caddy immatriculée ... (propriété de ma copine) car ... ne peut pas circuler. Il n'a pas de permis de conduire, donc, je prends donc le volant pour lui. Attachée à la Caddy, se trouvait ma remorque qui est équipée d'un haut-parleur. Ce jour-là, on n'a pas branché l'appareil car c'était les grosses poubelles.

On a tourné sur Waterloo et on a chargé divers broles métalliques. Les gens nous donnaient des mitrilles et certains les mettaient même dans la remorque. Une fois la remorque chargée, on a repris la direction de Charleroi. Le lendemain, on est allé revendre chez ... le fruit de la récolte, soit +/- 400 Kg de fer. On a obtenu +/- 60 EUR. Tout l'argent est allé à ... car, moi, je n'ai pas besoin d'argent. C'est pour lui faire plaisir. Je ne lui ai même rien demandé pour l'essence consommée. C'est un ami qui essaye de tourner dans le droit chemin et je veux l'aider.

À votre question, je ne savais pas que collecter les mitrilles était interdit. Vous m'avez avisé qu'il faut des autorisations (législation sur l'environnement et le transport de déchets ainsi qu'un registre de commerce).

À votre question, je n'ai accompagné ... que 2 fois pour cette collecte. En effet, les grosses poubelles n'ont lieu que deux fois par an.

À votre demande, moi, je ne fais pas la collecte de mitrilles.

À votre question je suis chauffeur poids lourds pour la société ... , sise en France (adresse inconnue).

Mais la société a un dépôt à Anvers.

À votre demande, suite aux dires de ... , confirme bien ne l'avoir accompagné que deux fois.

Je l'aide à vider les mitrailles à ... c'est tout. Je ne l'aide pas à charger les mitrailles lors des tournées.

Je reconnais entreposer la remorque de ... chez moi car il n'a pas de place pour l'entreposer ailleurs."

Monsieur ... a été poursuivi au pénal et en degré d'appel, un arrêt a été rendu par la Cour d'appel de Mons l'acquittant des préventions mises à sa charge. Selon la Cour "il n'apparaît nullement à l'examen des éléments issus de l'information répressive que le prévenu aurait agi, à titre professionnel condition d'incrimination expressément requise au regard des infractions mises à sa charge".

Par ailleurs, il faut tenir compte de l'audition de Monsieur ... du 7 octobre 2012 à la police de Charleroi et procès-verbal de constatations de l'INAMI du 17 novembre 2014 précisant ce qui suit :

"Dans son audition, il a reconnu avoir accompagné un ami, M. ... , lors de la collecte de mitrailles le 2 octobre 2012 à Waterloo. Il a avoué qu'il conduisait sa propre camionnette à laquelle était accrochée une remorque équipée d'un haut-parleur. Il a reconnu avoir chargé divers "brôles métalliques". Il a ajouté que les gens leur donnaient des mitrailles et que d'autres les jetaient dans la remorque. Il a déclaré être allé le 3 octobre 2012, avec son ami, vendre la récolte (+/- 400 kg de fer pour un montant de +/-60 EUR à la société Il a précisé avoir laissé l'argent à son ami, M.

Notons que lors de la visite domiciliaire en date du 7 octobre 2012, les policiers ont constaté la présence de 3 remorques stationnées sur la propriété de l'intéressé

- *un "plateau" pour transporter une voiture (propriété de l'assuré)*
- *une remorque double essieu équipée d'un haut-parleur (propriété de l'assuré)*
- *une remorque double essieu (propriété de M. ...).*

(...)

(...) à l'examen des ventes effectuées par l'assuré aux sociétés de ferrailles, on constate qu'il a déposé pour 13.900 kg de "cisaille", 519 kg de "inox vieux", 338 kg de "batteries avec acides", Ces tonnages relèvent plus d'une activité de ferrailleur que de simples dépôts à titre personnel.

Au vu des résultats des investigations effectuées par les inspecteurs de Police et auprès des sociétés de récupération de mitrailles, il est légitime de reprocher à l'assuré d'avoir repris une activité de ferrailleur pendant une période au cours de laquelle il a eu droit aux indemnités de l'assurance maladie obligatoire.

De tout quoi, il résulte des éléments ci-dessus que l'assuré

- *a repris une activité sans autorisation pour la période s'étalant du 27 février 2010 au 3 octobre 2012*
- *n'a pas averti son O.A. de la reprise d'une activité*
- *n'a pas déclaré à son O.A. les revenus découlant de son activité".*

Ces éléments établissent effectivement l'existence d'une activité économique pour les considérations suivantes :

1° L'arrêt de la Cour d'appel de Mons acquittant Monsieur ... est sans incidence sur le présent litige, soumis à la cour de céans. La Cour doit déterminer si effectivement Monsieur ... a exercé une activité sans autorisation préalable durant la période litigieuse au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La Cour d'appel de Mons a considéré dans un arrêt coulé en force de chose jugée, que Monsieur ... n'était pas un professionnel et l'a acquitté des préventions mises à sa charge, eu égard à l'absence de cette qualité. Cet arrêt n'a jamais dit que Monsieur ... n'exerçait pas une activité. La qualité de professionnel de Monsieur ... ou non n'a donc aucune incidence en l'espèce.

2° La police de Charleroi a relevé lors de la visite domiciliaire la présence de trois remorques dont deux lui appartenant, soit un plateau pour transporter une voiture et une remorque équipée d'un haut-parleur. Il s'agit d'un élément objectif établissant l'existence d'une activité.

3° Il faut relever l'existence à plusieurs reprises de ventes, réitérées dans le temps. Il en est ainsi, de ventes de mitrailles aux établissements ... entre le 27 février 2010 et le 13 février 2011 pour un montant avéré de 2.442, EUR. Monsieur ... était bien connu en qualité de vendeur de cette société (14 ventes sont relevées). Par ailleurs, il a vendu divers matériaux également aux Établissements ... pour une somme de 1.236,10 EUR (ventes des 29.09.2010, 02.11.2011, 27.03.2012).

4° L'activité de Monsieur ... est confirmée aussi par l'audition de Madame Cette personne aidait son compagnon Monsieur ... à ramasser les mitrailles. Il résulte de son audition que son compagnon était accompagné dans ce travail par Monsieur Elle parle de ramassage sur Waterloo, avec une remorque. Pour les trajets, elle parle de l'utilisation de leur voiture et de la camionnette de Monsieur Elle ajoute : "... a également sa propre remorque qui est munie d'un haut-parleur. Ce dernier fonctionne pour alerter les gens de la collecte des métaux. ... aide presque chaque fois à la collecte des métaux".

L'audition de cette personne infirme totalement la version de Monsieur ... selon laquelle il vend des objets personnels, sans utilisation de remorque avec haut-parleur. Il n'est donc absolument pas crédible.

5° Monsieur ... confirme ses propos et précise qu'il partage moitié par moitié le bénéfice de la récolte des ferrailles et divers métaux avec Monsieur Monsieur ... n'est pas crédible lorsqu'il dit faire cette activité gratuitement pour faire plaisir.

6° Plusieurs factures d'achats sont établies par les acquéreurs de mitrailles au nom de Monsieur ...

7° En 2009, Monsieur ... a fait l'acquisition en outre d'un immeuble. Il a été contraint de vider celui-ci, de ses encombrants et a en outre réalisé des travaux importants. Ces travaux par ailleurs attestés par diverses personnes révèlent bien une activité lui permettant de réaliser un profit économique pour lui-même ou pour autrui (en ce sens C.T. Mons, 03.04.1992, Bull. INAMI 1992, 5, p.338).

Tous les éléments convergent incontestablement pour établir l'existence d'une activité sans autorisation préalable durant la période litigieuse.

Non seulement, le principe *non bis in idem* ne peut trouver application en l'espèce car les préventions mises à charge de Monsieur ... concerne le statut de professionnel alors qu'en l'espèce, il s'agit de déterminer si oui ou non, il a exercé une activité au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, sans autorisation préalable.

Pour pouvoir bénéficier des indemnités prévues par l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, il faut notamment avoir cessé toute activité.

La cour tout comme le tribunal ont mis en exergue l'existence d'une activité continue de Monsieur ... , durant la période litigieuse, pour les considérations de fait et de droit énoncées ci-dessus. Par ailleurs c'est à juste titre que l'O.A. a fait application de la prescription de 5 ans, vu l'intention frauduleuse avérée. Monsieur ... de manière continue a exercé et a exercé une activité pendant toute la période litigieuse, sans autorisation préalable justifiant vu l'existence d'une fraude la récupération de l'indu telle que réclamé, par l'O.A., en vertu de l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994. L'exclusion de Monsieur ... est fondée sur base des articles 100 et 168 *quinquies*, § 2, 3° de la loi du 14 juillet 1994.

Monsieur ... sollicite à titre subsidiaire l'article 101 de la loi du 14 juillet 1994. En l'espèce, les éléments du dossier ne lui permettent pas d'en bénéficier, dans la mesure où il a exercé son activité durant toute la période litigieuse.

L'appel de Monsieur ... n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

...

Dit l'appel de Monsieur ... recevable et non fondé.

Confirme le jugement dont appel.

...

IV. Arbeidsrechtbank te Henegouwen, afdeling Doornik, 18 maart 2020

Verstrekkingen geneeskundige verzorging – Bijzonder solidariteitsfonds – Bestaan van therapeutisch alternatief

Na te controleren of is voldaan aan de voorwaarden van de aangevoerde bepalingen, wordt in casu vastgesteld dat de aanvraag geen betrekking heeft op een geneesmiddel en dat het geen innoverende geneeskundige techniek betreft.

De verzekeringsinstelling had wel degelijk voorgesteld om in het kader van een bijstandsovereenkomst een IPV-beademingstoestel ter beschikking te stellen bij de patiënt thuis. Het bestaan van een therapeutisch alternatief voor de tussenkomst van het Bijzonder Solidariteitsfonds kan worden bevestigd.

A.R. 18/45/A - A.R. 18/151/A

... t./RIZIV en V.I.

...

III. Décisions querellées et position de l'INAMI

La décision prise par le Collège des médecins-directeurs le 4 octobre 2017 et notifiée le 24 octobre 2017 (R.G. 18/45/A) refuse de faire droit à la demande d'intervention financière en vue de l'acquisition d'un percussionnaire pour le traitement du fils de la demanderesse (budget d'environ 9.000,00 EUR).

L'INAMI motive sa position sur base du fait que la demande ne répond pas à au moins l'un des critères cumulatifs déterminés par les articles 25bis, 25ter, 25quater et 25quinquies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

En l'occurrence :

- il existe au moins une alternative thérapeutique : possibilité de bénéficier d'une convention "assistance ventilatoire à domicile" en exécution de laquelle la mutuelle de la demanderesse mettrait à disposition au domicile du patient un appareil percussionnaire (art. 25bis -indications rares-, 25ter -affection rare- et 25quinquies -interventions en faveur d'enfants malades chroniques-)
- la demande ne concerne pas une technique médicale innovante (art. 25quater)
- la demande ne porte pas sur un médicament (art. 25quater/1).

La décision prise le 7 février 2018 et notifiée le 23 février 2018 (R.G. 18/151/A) fait suite à une demande de révision introduite en date du 4 janvier 2018 et confirme celle datée du 4 octobre 2017 au motif qu'aucun élément nouveau n'est invoqué.

IV. Recours et position de la partie demanderesse

La partie demanderesse conteste les susvisées et estime que la demande d'intervention financière pour l'acquisition d'un percussionnaire (appareil de nature à améliorer les capacités respiratoires de son fils) est justifiée.

Dans ses conclusions, elle expose que :

- le recours à un percussionnaire est indispensable pour le traitement de son fils atteint de mucoviscidose
- sa demande répond à l'ensemble des conditions cumulatives exigées par la réglementation pour obtenir le bénéfice d'une intervention du Fonds spécial de solidarité institué auprès de l'INAMI
- à titre subsidiaire, une mesure d'expertise pourrait être ordonnée pour le confirmer.

V. Décision du tribunal

a) Rappel des principes applicables

En Belgique, la prise en charge des soins de santé est strictement réglementée.

Conformément aux dispositions de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, il convient donc pour chaque type de maladie et de lésion de s'en référer à la nomenclature qui définit le type de soin qui peut être prodigué et le nombre maximal de prestations qui peut être pris en charge (remboursé) dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Il ne peut être question d'intervenir financièrement en dehors de la nomenclature.

La jurisprudence considère que la nomenclature des prestations de santé est une disposition d'ordre public et d'interprétation stricte.

À titre illustratif, la Cour du travail de Mons, en son arrêt du 8 mai 1998, a estimé que : *“Quant à l'application de l'article 28, § 2bis, 3° de la nomenclature des prestations de santé (NPS), la Cour considère que cette disposition qui fixe les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé est d'ordre public et dès lors d'interprétation stricte ; que cette norme a été élaborée de manière légale ; que la Cour est tenue de l'interpréter et de l'appliquer ; que la Cour n'est pas le législateur ; que telle est l'exigence de l'état de droit que la Cour doit garantir ; que ce n'est pas la seule nécessité médicale qui doit être considérée pour apprécier l'article 28, § 2bis, 3° ; que la Cour doit vérifier si l'appelant réunit les conditions telles que fixées légalement par l'article , § 2bis 3° susdit ; qu'il ne saurait dès lors être question d'invoquer l'équité ou la justice sociale pour passer outre à l'application de l'article 28, § 2bis, 3° susdit qui trace légalement les limites de l'intervention de l'assurance soins de santé au vu de la nomenclature des prestations de santé”* (C.T. Mons, 6^e Ch., 08.05.1998, R.G. 13949, Inédit).

Plus récemment la Cour du travail de Bruxelles a adopté la même position de principe : *“Le caractère d'ordre public de la nomenclature des prestations de santé la rend de stricte interprétation. Il ne revient dès lors pas au juge de l'appliquer en équité ou en opportunité.”* (C.T. Bruxelles, 21.05.2015, R.G. 2014/AB/1057, <http://www.terralaboris.be>).

Ces principes sont également applicables aux hypothèses dans lesquelles une personne malade peut bénéficier de l'intervention du Fonds spécial de solidarité institué par l'article 25 de la loi coordonnée qui stipule, en son alinéa 3, que "*Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une intervention lorsque les conditions fixées dans la présente section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif (...). Le Fonds accorde uniquement des interventions dans les coûts de prestations de santé pour lesquelles, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger.*"

Le Tribunal se doit dès lors de vérifier si les conditions prévues par la réglementation sont remplies de sorte qu'une intervention serait possible en faveur

b) Application au cas d'espèce

Il sera tout d'abord relevé que le cas d' ... a été jugé digne d'intérêt par la décision querellée ("*Le Collège des médecins-directeurs ne doute en rien du caractère digne d'intérêt de votre demande (...)*").

Cela étant, il ressort des pièces et explications fournies que la demande formée par Madame ... n'entre pas dans le champ d'application de l'article 25^{quater}/1 de la loi du 14 juillet 1994 (puisque'elle ne porte pas sur un médicament).

Le tribunal relève également qu'il n'est pas non plus soutenu que le percussionnaire souhaité relèverait d'une technique médicale innovante de sorte que l'article 25^{quater} de la même loi ne trouve pas non plus à s'appliquer.

Au niveau des articles 25^{bis}, 25^{ter} et 25^{quinquies}, force est de constater que Madame ... ne semble pas/plus contester que son organisme d'assurance maladie invalidité ait proposé de mettre à la disposition de son fils un percussionnaire dans le cadre d'une convention d'assistance puisque le dossier de pièces de la partie demanderesse déposé au greffe le 18 décembre 2019 contient une "*convention relative aux modalités d'intervention de ... dans le cadre de son service ...*" aux termes de laquelle il est prévu que "*... fera l'acquisition d'un respirateur percussionnaire adapté aux besoins de ... (...) (et) mettra ce matériel à disposition de Madame ... ou de la personne désignée par elle pour administrer à ... les soins au moyen de cet appareillage*".

Certes, il n'est pas certain que cette convention (dont l'exemplaire produit n'est pas revêtu de la signature de la demanderesse) soit entrée en vigueur.

À cet égard, le tribunal ne peut que déplorer le manque de collaboration et de transparence de Madame ... à qui il a été demandé à plusieurs reprises de clarifier la situation de son fils (et de confirmer que ce dernier bénéficiait de tous les soins adéquats) et à qui il a été proposé de venir en personne à l'audience pour s'expliquer.

Quoi qu'il en soit, sur base des éléments qui lui sont soumis, le tribunal considère qu'une alternative à l'intervention du Fonds de solidarité existait bien et qu'il n'est pas soutenu (ni a *fortiori* démontré) que la convention ... susvisée n'était pas de nature à permettre à ... de bénéficier des soins requis par son état.

Le recours est déclaré non fondé.

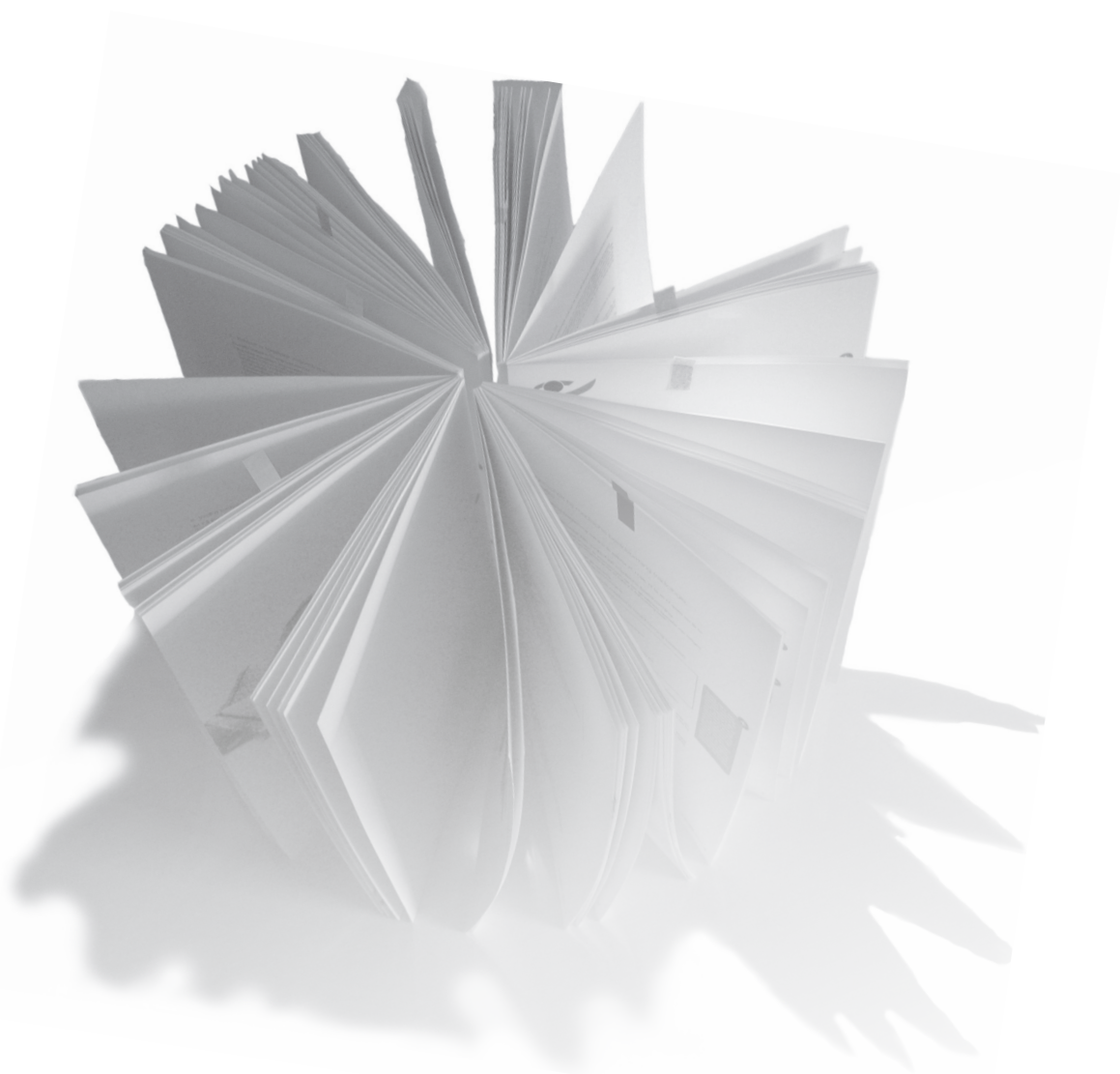
PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement conformément à l'article 747 du Code judiciaire,

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



Medische fouten

Derde belangrijkste doodsoorzaak in België (Premisse vereniging) – Fonds voor de medische ongevallen – Aantal klachten voor medische fouten - Aantal schadeclaims voor 2018 en 2019 – Procedures te volgen

Vraag nr. 213 gesteld op 10 december 2019 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door mevrouw JADIN, volksvertegenwoordiger¹

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie leidt 8 tot 12 % van de medische ingrepen in de Europese ziekenhuizen tot medische fouten.

In verband daarmee werd er in de pers onlangs verwezen naar de conclusies van de vereniging Premisse, volgens welke dergelijke fouten de derde belangrijkste doodsoorzaak in België zouden zijn, na kanker en hart- en vaatziekten. Deze vereniging, die zich actief inzet voor de begeleiding van patiënten met medische problemen, hekelt bovendien het feit dat het Fonds voor de medische ongevallen niet alle schadeclaims kan behandelen.

1. Hoeveel klachten voor medische fouten werden er in het lopend jaar geregistreerd?
2. Hoeveel schadeclaims werden er voor 2018 en 2019 bij het Fonds voor de medische ongevallen ingediend? Wat leren ons die cijfers?
3. Welke procedures moet de patiënt die een aanvraag bij het Fonds wil indienen, volgen? Zouden die niet vereenvoudigd kunnen worden?

Antwoord

De daadwerkelijke opstart van het Fonds voor de medische ongevallen verliep met heel wat vertraging. De wet wordt inderdaad gepubliceerd in het *Belgisch staatsblad* op 2 april 2010 maar de bijbehorende koninklijke besluiten liepen lang op zich wachten. Vandaar dat het Fonds startte met een aanzienlijke vertraging.

Anno 2019 kan het Fonds voor de Medische ongevallen meer aanvragen afsluiten dan er nieuwe aanvragen ingediend worden en dit voor het derde jaar op rij.

Het is de intentie van het Fonds om alle aanvragen te behandelen, door de trage en moeizame opstart is er een vertraging in de behandeling van de aanvragen.

1. Het Fonds voor de Medische ongevallen registreerde in 2019 (tot 18.12.2019) 446 nieuwe aanvragen. In 2018 waren dit er 486 voor het ganse jaar.
2. Het Fonds voor de Medische ongevallen registreert een aanvraag en maakt hierbij geen onderscheid of het gaat over een vraag voor informatie of een vraag voor een schadevergoeding.

1. Kamer, 2de sessie van de 55^{ste} legislatuur 2019-2020, p. 258.

Op basis van de gegevens eind 2018, die u terug kan vinden in het jaarverslag 2018, blijkt dat van alle aanvragen die afgesloten werden, 24 % voor een advies van het Fonds onontvankelijk verklaard werden (administratief onontvankelijk en/of aanvragen die op vraag van de patiënt en/of aanvrager worden gestopt of door het Fonds omdat de aanvrager niet meer antwoordt op vragen van het Fonds). 62 % van de afgesloten aanvragen betreffen medische incidenten waarbij er geen aansprakelijkheid of een vergoedbaar medisch ongeval werd weerhouden.

Slechts in 7 % stelde het Fonds in zijn advies dat het gaat over een medisch ongeval waarbij een zorgverlener aansprakelijk is en de schade kleiner is dan bepaald in artikel 5 van de wet.

In 5 % stelde het Fonds in zijn advies dat het gaat over een medisch ongeval waarbij een zorgverlener aansprakelijk is en de schade de ernstgraad zoals bepaald in artikel 5 van de wet bereikt. In deze gevallen kan het Fonds vergoeden indien de zorgverlener en/of zijn verzekeraar deze aansprakelijkheid betwist. Indien het Fonds deze schade vergoedt zal het deze voor de rechtbank terugverdienen.

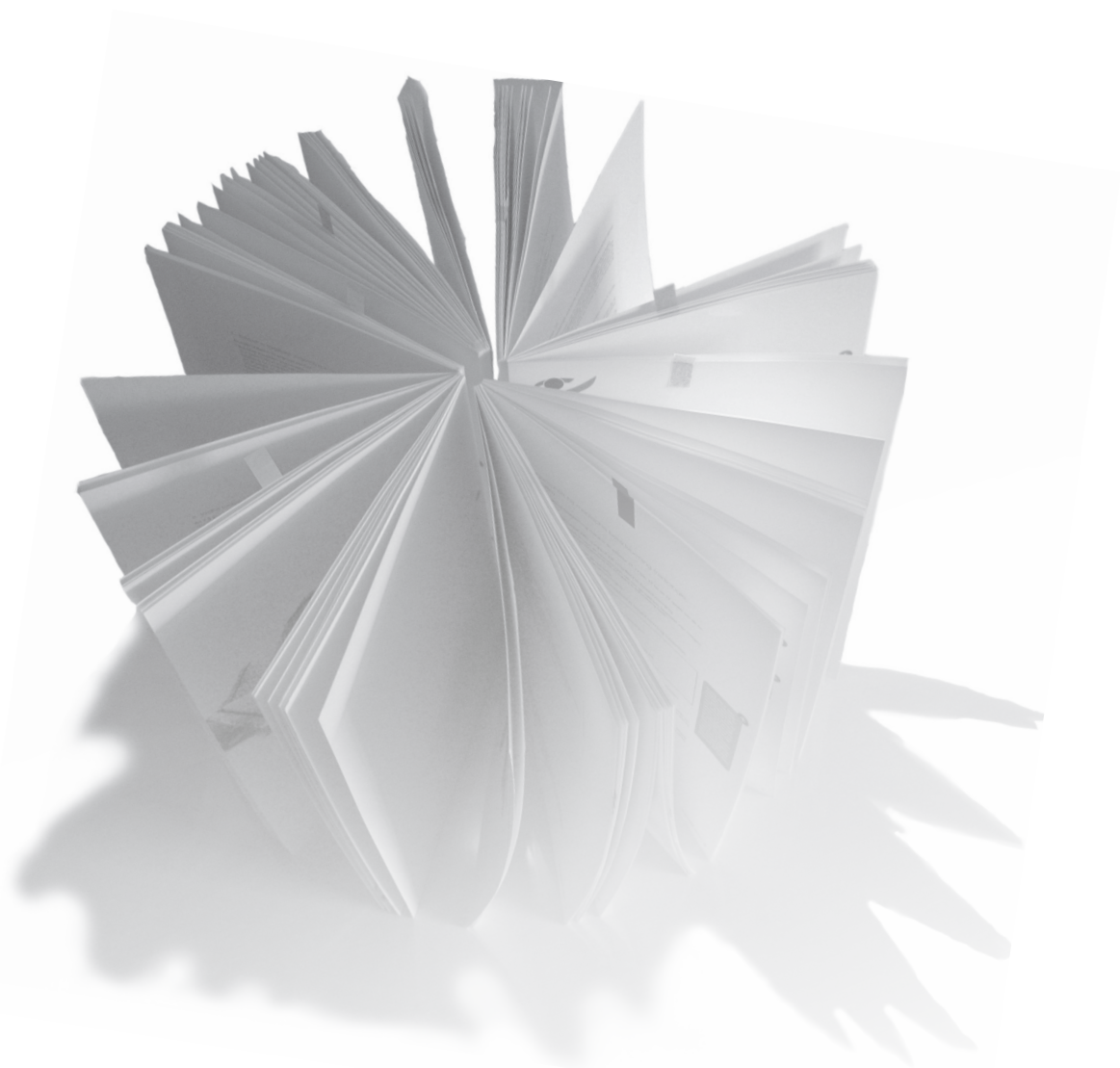
In 2 % stelde het Fonds in zijn advies dat het gaat over een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en vergoedt het Fonds deze schade.

3. De wet voorziet voor een aanvraag bij het Fonds een aangetekende brief waarbij een aantal inlichtingen moeten verstrekt worden (zie art. 12 van de wet): de volledige identiteit van de aanvragers, en in voorkomend geval van de patiënt, de datum en een omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg veroorzaakt heeft, een beschrijving van de aangevoerde schade, de identiteit en het adres van de betrokken zorgverleners, opgave van eventuele burgerrechtelijke en strafrechtelijke procedures, alle elementen waarvan de oorsprong en de ernst van de schade kunnen worden beoordeeld, eventuele reeds ontvangen vergoedingen, identiteit van de verzekeringsinstellingen van de aanvrager.

In principe volstaat dus een aangetekende brief met bovenvermelde inlichtingen. Het Fonds stelt nadien een dossier samen, de procedure is gratis voor de aanvrager.

Momenteel wordt onderzocht of een elektronische aanvraag mogelijk kan gemaakt worden.

4^{de} Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. De procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden in het geval van een fiscale herziening

1. Inleiding

Overeenkomstig artikel 37*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt voor de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden (Inkomens MAF), rekening gehouden met de in artikel 6, tweede lid, van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen 1992 bedoelde netto-inkomens, betreffende het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor het recht op de maximumfactuur is onderzocht (voor de MAF 2018 en voorgaande jaren wordt rekening gehouden met de inkomsten van het derde jaar dat voorafgaat). Het bedrag van de gezinsinkomens wordt bepaald op grond van de informatie die wordt verstrekt door de FOD Financiën.

De procedure die moet worden gevolgd om het bedrag van de gezinsinkomens te bepalen is vastgesteld in Hoofdstuk IV van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, tot uitvoering van hoofdstuk III*bis* van titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De modaliteiten en termijnen voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle en de V.I. in het kader van dit proces zijn vastgesteld in omzendbrieven aan de V.I. (rubriek 3998). Deze omzendbrief beschrijft de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur in het geval van een fiscale herziening.

2. Procedure

Wanneer het inkomen van een of meer rechthebbenden die deel uitmaken van het betrokken gezin wordt herzien door de FOD Financiën nadat het recht op de maximumfactuur is toegekend, dient het recht op de maximumfactuur van het betrokken gezin te worden heronderzocht. Een fiscale herziening kan immers tot gevolg hebben dat het gezin onder een andere inkomenscategorie valt.

De te volgen stappen verschillen naargelang de situatie, namelijk het feit of de gegevensuitwisseling zoals beschreven in de omzendbrief V.I. (proces MAF) nog wordt georganiseerd voor het betreffende MAF-jaar of niet.

Indien de directie toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor administratieve controle het gezinsinkomen nog kan opvragen en op basis hiervan de MAF-categorie kan bepalen, dient de V.I. een nieuwe aanvraag in bij Celmaf. De V.I. brengt de directie hiervan op voorhand via mail op de hoogte.



In de mail naar de mailbox dac-acces@riziv-inami.fgov.be vermeldt de V.I. de situatie en ook het INSZ-nummer van betrokkenen, het MAF-jaar en het bestandnummer waarin de nieuwe aanvraag wordt meegedeeld.

Indien de aanvraag betrekking heeft op een afgesloten MAF-jaar dient de V.I. te bepalen tot welke MAF-categorie het gezin behoort. De V.I. zal in dat geval alle rechthebbenden van het betrokken gezin vragen om het aanslagbiljet of het gewijzigde aanslagbiljet van de personenbelasting betreffende het betrokken jaar mee te delen en op basis daarvan het belastbaar netto-inkomen van het betrokken gezin vaststellen.

De artikelen 18 tot 20 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 regelen de situaties waarin de FOD Financiën heeft meegedeeld dat één of meer rechthebbenden van het betrokken gezin niet belastingplichtig zijn of dat zij geen informatie bezit over een of andere rechthebbende van het gezin. Om praktische redenen voorziet het koninklijk besluit dat in die situaties rekening wordt gehouden met het belastbare bruto-inkomen van de betrokken rechthebbenden. Bij een fiscale herziening is er echter wel degelijk een inkohiering gebeurd. De V.I. kan dus het belastbaar netto-inkomen van het gezin bepalen op basis van het gewijzigde aanslagbiljet.

De V.I. deelt het resultaat van de berekening mee aan de directie toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor administratieve controle via de mailbox dac-access@riziv-inami.fgov.be. De mail vermeldt ook de situatie en het INSZ-nummer van betrokken verzekerden en het MAF-jaar. In bijlage¹ worden de bewijsstukken meegestuurd. Indien er na het verstrijken van een termijn van 2 maanden geen reactie werd ontvangen van de DAC, wordt de berekening geacht te zijn goedgekeurd.

3. Informatie van de rechthebbenden

Gezien de gegevensuitwisseling tussen de FOD Financiën en de Dienst voor administratieve controle niet voorziet in een automatische mededeling van de fiscale herzieningen, is het heronderzoek van het recht op de Maximumfactuur in de meeste gevallen afhankelijk van een vraag van de rechthebbenden. In bepaalde gevallen zal de V.I. ook zelf over informatie beschikken op grond waarvan ze kan veronderstellen dat er een fiscale herziening is gebeurd, bijv. wanneer een rechthebbende uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid heeft moeten terugbetalen.

De V.I. zullen daarom in interne bulletins de mogelijkheid om bij een fiscale herziening een herziening van het recht op de Maximumfactuur te vragen voldoende toelichten. Deze mogelijkheid zal ook worden meegedeeld wanneer de V.I. in toepassing van artikel 25 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 een inlichting met betrekking tot hun recht op de Maximumfactuur meedeelt aan de rechthebbenden en wanneer de V.I. zelf over informatie beschikt op grond waarvan ze kan veronderstellen dat er een fiscale herziening is gebeurd.



Omzendbrief V.I. nr. 2020/41 - 3998/49 van 24 februari 2020.

1. Hier niet gepubliceerd..

II. Laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid - Nieuw formulier tot aanvraag van de opheffing van de sanctie wegens laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid (inbegrepen de hervallen en verlengingen)

Van toepassing vanaf 1 maart 2020.

Vervangt omzendbrief nr 2017/167 van 9 juni 2017.

Ingevolge de invoering vanaf 1 maart 2020 van een juridische fictie in het kader van de verificatie van de aangiftetermijn voor de verzendingen via de post van het desbetreffende document (in het bijzonder het geneeskundig getuigschrift) om de arbeidsongeschiktheid bij de adviserend arts van het ziekenfonds aan te geven, wordt het aanvraagformulier tot opheffing van de sanctie wegens laattijdige aangifte van (de verlenging van) de arbeidsongeschiktheid aangepast.

Wij verzoeken u, als bijlage¹, het aangepaste aanvraagformulier te vinden tot opheffing van de sanctie wegens laattijdige aangifte van (de verlenging van) de arbeidsongeschiktheid (toepassing van art. 9 van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, §1, 5^o, van de wet GVU, gecoördineerd op 14.07.1994 of van art. 58^{ter} van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten) dat het formulier vervangt, toegevoegd als bijlage bij de omzendbrief V.I. nr. 2017/167 - 400/44 van 9 juni 2017.

Voor de periodes van arbeidsongeschiktheid die **vanaf 1 maart 2020** laattijdig worden aangegeven, zal enkel het nieuwe formulier nog kunnen worden bezorgd aan de Dienst voor uitkeringen. De informatie bezorgd door middel van het oude formulier zal vanaf dat ogenblik als “onvolledig” worden beschouwd.



Omzendbrief V.I. nr. 2020/45 - 400/45 van 27 februari 2020.

1. Hier niet gepubliceerd.

III. Procedure voor het beheer van vaststellingen van niet-toegelaten cumulatie tussen beroepsinkomsten en VGVU-uitkeringen

In toepassing van artikel 117*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zijn de V.I., voor de vaststelling van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en uitkeringen wegens moederschapsrust, evenals van het bedrag ervan, ertoe gehouden om de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen te raadplegen, evenals de sociale gegevens die beschikbaar zijn in het netwerk van de sociale zekerheid.

Met een schrijven *de dato* 23 januari 2012 heeft de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV aan het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), sector uitkeringen, de oplossingen overgemaakt die de Dienst voor Uitkeringen en de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV gezamenlijk hadden uitgewerkt op basis van voorstellen van het NIC inzake de regularisatie van de cumulaties tussen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en beroepsactiviteiten of verbrekingsvergoedingen, voor zover deze cumulaties kunnen worden vastgesteld door de V.I. op basis van de aangiften aan de RSZ (DmfA) die zij ontvangen.

Deze omzendbrief vormt een actualisering van deze instructies ingevolge de vergaderingen van de technische werkgroep “datamatching”. Deze werkgroep werd opgericht op vraag van de Technische Commissie van de dienst administratieve controle tijdens haar vergadering van 23 oktober 2018 en bestaat uit vertegenwoordigers van de V.I. en experts van de DAC.

1. Regularisatie cumulaties - Betrokken uitkeringen

De opsporing van niet-toegelaten cumulaties heeft betrekking op de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bedoeld in de artikelen 87 en 93 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en op de uitkeringen wegens moederschapsrust bedoeld in artikel 114 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. De toekenning van deze prestaties veronderstelt immers een stopzetting van de beroepsactiviteiten (met uitzondering van toegestane werkhervattingen tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid).

2. Toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

De criteria om te bepalen of is voldaan aan de voorwaarden van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (gewone werkhervatting of aangepaste of toegestane werkhervatting), zijn opgesomd in omzendbrief VI nr. 2011/24¹ – 406/8 van 17 januari 2011 en in omzendbrief V.I nr. 2013/312² - 406/12 van 30 september 2013.

1. Gepubliceerd in I.B. nr. 2010/4.
2. Gepubliceerd in I.B. nr. 2013/3.

De gevallen van voltijdse werkhervatting van korte duur of van werkhervatting van beperkte omvang kunnen onderwerp uitmaken van de regularisatieprocedure bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet onder de voorwaarden bedoeld in vorenvermelde omzendbrieven.

3. Regularisatie cumulaties - Vaststelling van het ten onrechte uitgekeerde bedrag

a) Niet-toegelaten werkhervatting:

Het bedrag dat ten onrechte werd uitgekeerd ten gevolge van een niet-toegelaten cumul moet worden vastgesteld van zodra blijkt dat er sprake is van een werkhervatting, ongeacht of deze al dan niet (laattijdig) werd aangegeven door betrokkene en ongeacht of het gaat om een voltijdse of deeltijdse werkhervatting. Wij verwijzen naar het volgende punt wat betreft de vaststelling van de werkhervatting.

b) Verbrekingsvergoeding:

Het onverschuldigde bedrag dient te worden vastgesteld van zodra de verzekeringsinstelling op de hoogte is van de verbrekingsvergoeding (via C4, DmfA, bijdragebons).

4. Regularisatie cumulaties - Opsporing - Behandelingstermijn

Opeenvolgende stappen in de behandeling van dossiers:

- 1) Eerst dient de treffendheid van het geval in de selectie “niet-toegelaten cumuls” te worden nagegaan. Het is immers mogelijk dat men op basis van de elementen in het dossier vaststelt dat de cumul gewettigd is:
 - indien de cumul gewettigd is, zal de taak zich beperken tot het aanbrengen van de eventuele correcties in het dossier of het toevoegen van de nodige informatie
 - indien de cumul daarentegen niet is toegestaan, dient de werkgever te worden bevroegd en dient de verzekerde hiervan op de hoogte te worden gebracht.
- 2) Nagaan of de werkgever en/of de verzekerde geantwoord heeft:
 - indien ja, verdergaan naar stap 4
 - indien niet, een herinnering sturen aan de werkgever, betrokkene op de hoogte brengen en naar hem toe de verjaring stuiten bedoeld in artikel 174 van de gecoördineerde wet.
- 3) Nagaan of de werkgever en/of betrokkene geantwoord heeft op deze herinnering:
 - indien ja, verdergaan naar stap 4
 - indien niet, uiterlijk vóór het einde van de tweede maand volgend op de maand van ontvangst van de oorspronkelijke informatie het onverschuldigde **bedrag vaststellen** op basis van de informatie beschikbaar in het ziekenfonds, inschrijven op de bijzondere rekening en het ten onrechte betaalde bedrag betekenen aan betrokkene.

4) De cumul beoordelen op basis van de inlichtingen verschaft door de werkgever en/of de verzekerde. De niet-toegelaten activiteit is bewezen:

- indien ja, verdergaan naar stap 5
- indien niet, de informatie aanbrengen in het dossier, het dossier is afgesloten.

Deze stap dient te worden uitgevoerd bij ontvangst van de informatie, en ten laatste vóór het einde van de tweede maand volgend op de ontvangst van de oorspronkelijke informatie waaruit een mogelijke niet-toegelaten cumul blijkt.

5) De gebruikelijke terugvorderingsprocedure opstarten: vaststelling van het onverschuldigde bedrag, inschrijving op de bijzondere rekening en het ten onrechte betaalde bedrag betekenen aan betrokkene...

Wanneer het gaat om een werkhervatting met een maximale duur van 10 dagen, dient de V.I. de werkgever niet te bevragen en kan zij het onverschuldigde bedrag becijferen in toepassing van art. 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het ten onrechte uitgekeerde bedrag zal dan worden bepaald overeenkomstig de richtlijnen opgenomen onder punten 5 en 6 (zie hieronder).

In alle andere gevallen (toepassing van art. 100 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994; toepassing van art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 voor een werkhervatting van meer dan 10 dagen) kan de V.I. zich richten tot de verzekerde zelf indien de werkgever niet antwoordt of weigert te antwoorden aan de V.I.. Op die manier heeft de verzekerde de mogelijkheid om, in voorkomend geval, de werkgever te laten bevestigen dat er geen sprake is van een niet-toegestane cumulatie (de verklaring van de sociaal verzekerde alleen volstaat niet om de afwezigheid van een activiteit vast te stellen).

5. Regularisatie cumulaties - Bereik van de operatie

Het RIZIV keurt het voorstel van het NIC goed om in eerste instantie te investeren in mogelijke gevallen van niet-toegelaten cumuls van meer dan 10 dagen, om de RSZ toe te laten zijn controles uit te voeren en om de werkgevers toe te laten eventuele correcties aan te brengen.

Uit inlichtingen ingewonnen bij de RSZ blijkt dat men kan spreken van min of meer stabiele gegevens na 6 maanden die volgen op het kwartaal van aangifte. Deze werkwijze van de RSZ zou toelaten om de gevallen die 9 maanden na het einde van het kwartaal van aangifte in beraad bleven, te onderzoeken. Het RIZIV keurt dit voorstel goed.

6. Regularisatie cumulaties – Instructies bij gebrek aan bijkomende informatie van de werkgever

Zonder bijkomende informatie van de werkgever of de verzekerde kan het in bepaalde gevallen moeilijk worden om de exacte datum van de niet-toegelaten arbeidshervatting te bepalen op basis van de gegevens van de flux A820 (de arbeidsdagen of de vergoede dagen zijn aangegeven, maar deze dagen kunnen in het midden van het kwartaal van de aangifte liggen).

In dit opzicht kunnen we 2 situaties onderscheiden:

a. De arbeidshervatting heeft plaats bij een andere werkgever dan deze waarbij de verzekerde was tewerkgesteld op het moment van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

In dit geval kan de datum van arbeidshervatting worden bekomen door de consultatie van DIMONA.

- b. De arbeidshervatting heeft plaats bij dezelfde werkgever als deze waarbij de verzekerde werkte op het moment van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

In dit geval is het probleem complexer. In bepaalde gevallen, hoewel niet vaak voorkomend, kan de datum van hervatting worden afgeleid uit de DmfA-gegevens:



Bijvoorbeeld: Een verzekerde is arbeidsongeschikt van 3 mei 2010 tot 27 september 2011. Uit de DmfA-gegevens van het vierde kwartaal van 2011 blijkt dat betrokkene gedurende het volledige kwartaal heeft gewerkt.

De DmfA-gegevens van het derde kwartaal tonen 20 gewerkte dagen/5.

Aangezien de arbeidsongeschiktheid een einde heeft genomen op 27 september 2011, kunnen we afleiden:

- dat betrokkene na afloop van zijn arbeidsongeschiktheid 3 dagen (28, 29 en 30.09) heeft gewerkt in het derde kwartaal -> geen niet-toegelaten cumul
- dat betrokkene 17 dagen/5 heeft gewerkt vóór 28 september en dat dit dagen van niet-toegelaten cumul zijn. Door terug te rekenen in de tijd komen we op 5 september 2011 als begindatum van de niet-toegelaten activiteit.

Deze afleiding is echter niet altijd mogelijk.

Bijgevolg, bij afwezigheid van het antwoord van de werkgever en de verzekerde en als de gegevens niet kunnen worden afgeleid uit de DmfA-gegevens, veronderstellen we dat:

- de arbeidshervatting zich situeert in hetzelfde kwartaal als dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen: terugvordering vanaf de eerste dag van de maand volgend op die waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen
- de arbeidshervatting zich situeert in het kwartaal volgend op dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen: terugvordering vanaf de eerste dag van het bovenvermelde kwartaal van hervatting.

De datum die op deze manier wordt bepaald, is een benadering. Men kan echter veronderstellen dat, aangezien dit standpunt over het algemeen maximalistisch is, betrokkene al het mogelijke zal doen om van zijn werkgever de noodzakelijke preciseringen te bekomen die toelaten de exacte datum van de hervatting van de niet-toegelaten activiteit te bepalen.

7. Regularisatie cumulaties - Verjaring

De verjaring zal worden gestuit ten opzichte van de verzekerde door middel van hetzelfde aangetekend schrijven als dat waarmee de V.I. de onverschuldigde betaling ter kennis brengt en het bedrag terugvordert.

8. Toepassing van artikel 325 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996

De vaststelling van de onverschuldigde betaling door de V.I. mag niet worden verward met de boeking op de bijzondere rekening van diezelfde onverschuldigde betaling.

Artikel 325. De V.I. boekt het bedrag der ten onrechte betaalde prestaties op een bijzondere rekening:

- a) *vóór het einde van het kwartaal volgend op dat waarin de V.I. zelf de onverschuldigde betaling heeft vastgesteld; ...*

Artikel 326. § 1. De terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties wordt door de V.I. gedaan binnen een termijn van twee jaar, met ingang van de datum van:

a) de vaststelling voor de gevallen bedoeld in artikel 325, a); ...

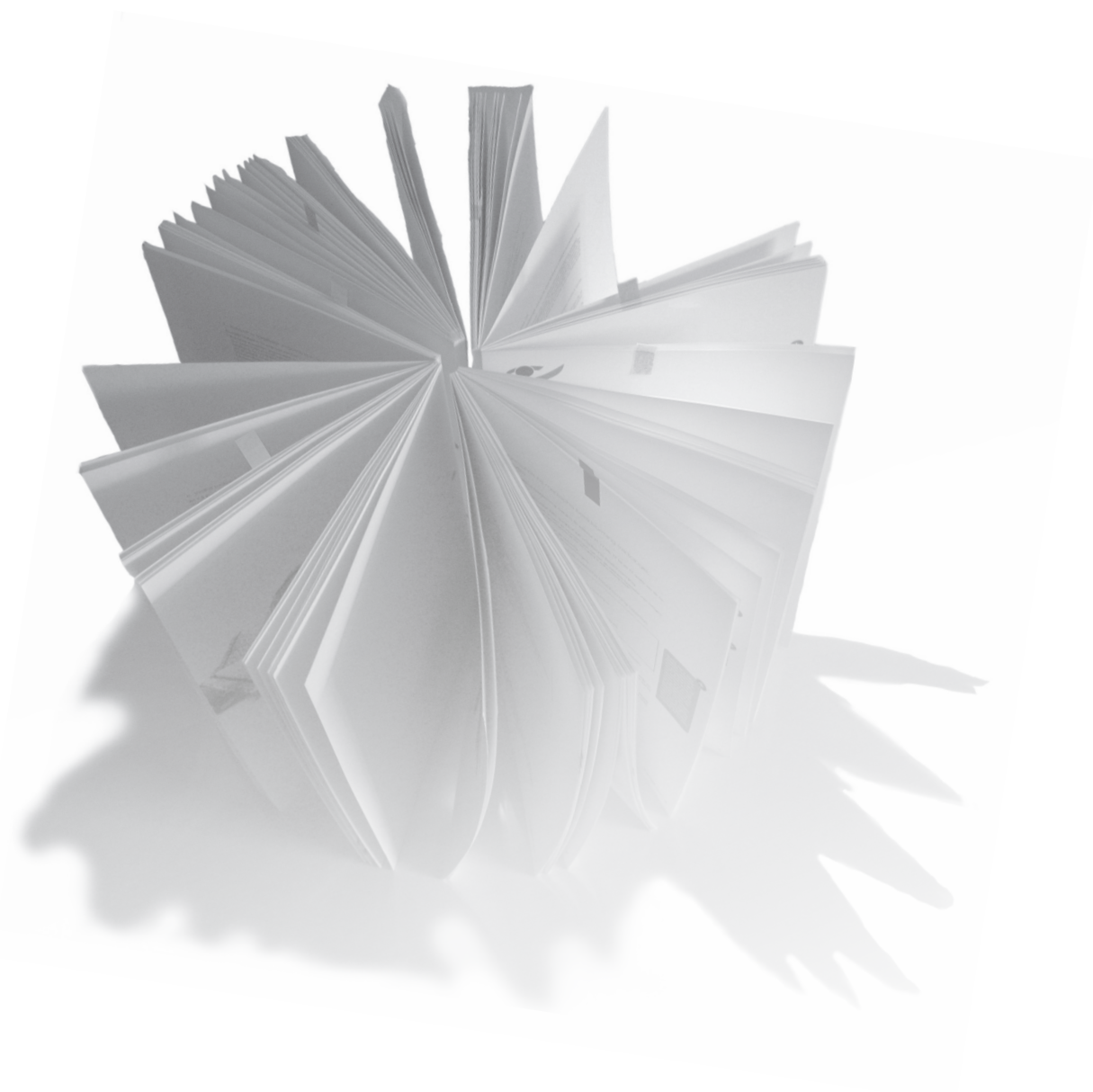
- A. De vaststelling van de onverschuldigde betaling - met andere woorden de creatie van het geschillendossier - dient te gebeuren van zodra de niet-toegelaten cumulatie wordt vastgesteld. Deze datum is variabel (cfr. punt 4) en hangt af van het antwoord van de verzekerde of de werkgever of wordt bepaald bij gebrek aan een antwoord. Deze datum vormt eveneens de start van de terugvorderingstermijn bepaald in artikel 326 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.
- B. In toepassing van artikel 325, a) van datzelfde koninklijk besluit dient de boeking op de bijzondere rekening te zijn gebeurd vóór het einde van het kwartaal volgend op dat waarin de V.I. zelf de onverschuldigde betaling heeft vastgesteld.

De V.I. beschikt dus, vanaf de datum van de vaststelling van de niet toegelaten cumulatie, over een termijn van 1 à 2 kwartalen om het onverschuldigde bedrag op de bijzondere rekening te boeken. Het is echter niet deze boekingsdatum die het startpunt vormt van de termijn bepaald in artikel 326; de datum waarmee wat dit betreft rekening dient te worden gehouden is de datum waarop de cumulatie werd vastgesteld.



Omzendbrief V.I. nr. 2020/24 - 44/256 - 510/52 van 28 januari 2020.

5^e Deel
Basisgegevens



I. Maximumfactuur - Dienstjaar 2020

Van toepassing vanaf 1 januari 2020.

I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2020

a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2019 :	108,78		
-----	=	-----	= 1,0144
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2018 :	107,24		

b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2020

van	0,00	tot	19.277,55
van	19.277,56	tot	29.635,62
van	29.635,63	tot	39.993,73
van	39.993,74	tot	49.920,24
vanaf	49.920,25		

II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2020

Algemeen

Dienstjaar 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72
Dienstjaar 2019	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Dienstjaar 2020	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2018	104,04
Dienstjaar 2019	106,12
Dienstjaar 2020	106,12

III. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2020

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht:

Dienstjaar 2019	477,54
Dienstjaar 2018	468,18



Omzendbrief V.I. nr. 2020/11 – 3998/48 van 17 januari 2020.

II. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten


Van toepassing vanaf 1 januari 2020.

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100) wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60

 Omzendbrief V.l. nr. 2020/14 - 270/79 - 273/80 - 274/81 - 276/130 - 2790/81 - 2791/79 - 2792/78 - 3910/1766 - 83/499 van 20 januari 2020.

III. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2019

Van toepassing vanaf 1 januari 2020.

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad 29 januari 2014 (2^{de} uitg.) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 EUR en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken. Die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorig dienstjaar (2019)	
Gerechtigden	Personen ten laste
19.335,92 EUR	3.579,60 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2020/15 – 3991/313 van 20 januari 2020.

IV. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 15.01.2014) - Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

De vermelde bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Een afronding naar de hogere of lagere EUR naargelang het cijfer van de centiemen hoger of lager is dan 50 en vervolgens wordt gerealiseerd.

Coëfficiënt 1,8492 in 2020

Het bedrag voor 2020 wordt berekend op grond van de instructies van de mechanografie van het kadaster; uitgaande van het bedrag in EUR, vermenigvuldiging met de vastgestelde coëfficiënt en normale afronding op de EUR.

Dat geeft voor 2020 : 1.375 EUR
 229 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2020/48 - 3991/314 van 28 februari 2020.

V. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, §19) vanaf 1 maart 2020 - Spil

Van toepassing vanaf 1 maart 2020.

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad 29 januari 2014 (2^e uitg.) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 maart 2020 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
19.957,16 EUR	3.694,61 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2020/54 - 3991/315 van 2 maart 2020.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Mélissa François
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Charlotte Lefebvre
Mevr. Natalia Golovneva
Dhr. Frank Nassen
Mevr. Delphine Demaret
Mevr. Evelyne Christophe

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726