Studiën

DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN EN DE ARBEIDSONGEVALLEN

Inleiding

Een van de belangrijkste beginselen van het burgerlijk recht is het verbod om de schadeloosstellingen voor eenzelfde schade te cumuleren. Dit beginsel wordt ook toegepast in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Krachtens artikel 136, § 2, lid 1, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de prestaties geweigerd indien voor de schade door een andere wetgeving schadeloosstelling is verleend. De term “andere wetgeving” heeft met name betrekking op de Arbeidsongevallenwet, de Wet op de beroepsziekten en het gemeen recht van de burgerlijke aansprakelijkheid.

Het onderwerp van de onderhavige studie handelt over de toepassing van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 op de arbeidsongevallen.

Het eerste hoofdstuk is gewijd aan de studie van de reglementeringen die van toepassing zijn in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in de arbeidsongevallen. Daarna behandelen we de toepassingsvoorwaarden van de regel van de niet-cumulatie. De verplichting voor de verzekeringsinstelling om de schade voorlopig te vergoeden en de subrogatoire vordering die eruit voortvloeit, komen in het derde hoofdstuk aan bod. Verder analyseren we de middelen waarover de verzekeringsinstellingen beschikken om de schade op te sporen die uit een arbeidsongeval voortvloeit. Ten slotte eindigen we met de toepassing van de verschilregel op de arbeidsongevallen.

HOOFDSTUK 1: UITEENZETTING VAN DE WETTELIJKE BEPALINGEN

Afdeling 1: Reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Artikel 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 bevat meerdere beginselen.

In het eerste lid van die bepaling wordt het verbod toegelicht om de schadeloosstelling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor dezelfde schade en door een andere wetgeving waaronder met name de wetgeving op de arbeidsongevallen, te cumuleren.

Daarna voorziet die bepaling in de regel betreffende het recht op het verschil tussen de schadeloosstelling door de andere wetgeving en de schadeloosstelling door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Wanneer de schadeloosstelling die door de wetgeving op de arbeidsongevallen is toegekend, lager is dan de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het beginsel van de weigering tot uitbetaling van de prestaties wordt echter gematigd door de verplichting voor de verzekeringsinstelling om de schade te vergoeden in afwachting dat ze door de andere wetgeving wordt vergoed. Indien de verzekeringsinstelling een voorlopige vergoeding heeft toegekend en de schade effectief wordt vergoed door de andere wetgeving, moeten de toegekende prestaties worden teruggevorderd. Om er zeker van te zijn dat die vergoeding wordt teruggevorderd, wordt in artikel 136, § 2, lid 4 de indeplaatsstelling door de verzekeringsinstelling ten opzichte van de debiteur van de schade geregeld.

Afdeling 2: Wetten die de schadeloosstelling van de arbeidsongevallen regelen

Er zijn verschillende wetgevingen die de schadeloosstelling van arbeidsongevallen regelen.

De wet die van toepassing is op de werknemers in de privé-sector is de Arbeidsongevallenwet van 10 april 1971[1].

De arbeidsongevallen van het personeel van de overheid worden geregeld door de Wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector[2].

Er bestaan ook bijzondere wetgevingen die betrekking hebben op specifieke categorieën van werknemers zoals, bijvoorbeeld, de militairen en het statutair personeel van de NMBS.

Sommige personen vallen niet onder een wetgeving die de schadeloosstelling van arbeidsongevallen regelt. Het gaat, bijvoorbeeld, om de vrije beroepen, de zelfstandigen, beheerders van vennootschappen en werklozen.

HOOFDSTUK 2: DE REGEL VAN DE NIET-CUMULATIE

Als de schade waarvoor de sociaal verzekerde een schadeloosstelling eist, een arbeidsongeval is, moet de verzekeringsinstelling de toekenning van de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen weigeren. Die regel van de niet-cumulatie vereist twee voorwaarden: de schade moet wettelijk worden beschouwd als een arbeidsongeval en de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en die welke door de arbeidsongevallenverzekering zijn toegekend, moeten dezelfde schade of hetzelfde deel van de schade dekken.

Afdeling 1: Definitie van een arbeidsongeval

Het begrip arbeidsongeval omvat het ongeval dat op de werkplaats zelf plaatsvindt en het ongeval op weg naar en van het werk.

A. Het arbeidsongeval

In de rechtspraak wordt het begrip arbeidsongeval omschreven als een plotse gebeurtenis die aan de basis ligt van of aanleiding is tot een van de oorzaken van een lichamelijk of psychisch letsel met de dood of een arbeidsongeschiktheid of minstens medische kosten tot gevolg, en die tijdens en door de uitoefening van de arbeidsovereenkomst heeft plaatsgevonden[3].

---

1 Voor uitleg in verband met het toepassingsgebied van die Wet, zie L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Brussel, Larcier, 2007, p. 43 e.v.

2 Zie nota: J. JACQMAIN, "Risques professionnels dans le secteur public : révision de la loi du 3 juillet 1967 et de ses arrêtés d'exécution", *Chron. D.S.*, 2007, p. 515.

3 Arbeidshof Bergen, 27 mei 1998, www.juridat.be; Arbeidshof Bergen, 16 juni 1999, www.juridat.be. Zie ook L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Brussel, Larcier, 2007, p. 58 e.v.

Het eerste gegeven in die definitie is het bestaan van een plotse gebeurtenis. Plots is geen synoniem met ogenblikkelijk. De gebeurtenis kan zich over een zekere tijd uitstrekken. Ze moet echter in tijd en ruimte lokaliseerbaar zijn[4]. Het voorval moet bijzonder zijn[5]. Er wordt niet geëist dat het voorval abnormaal zou zijn. Volgens de rechtspraak kan de normale uitoefening van de dagtaak een plotse gebeurtenis worden op voorwaarde dat tijdens de uitoefening ervan een element kan worden gevonden dat het letsel heeft veroorzaakt[6]. Kunnen als plotse gebeurtenissen worden beschouwd: een val[7], een ruzie, een fysieke inspanning of nog, stresserende werkomstandigheden[8].

De plotse gebeurtenis moet een letsel hebben veroorzaakt. Het letsel betreft een fysieke of psychische aantasting dat de dood, een arbeidsongeschiktheid of minstens medische verzorging met zich brengt[9].

Het slachtoffer moet het bewijs leveren van het bestaan van de plotse gebeurtenis en het letsel. Indien dit het geval is, wordt het letsel, behoudens tegenbewijs, geacht zijn oorzaak te vinden in een ongeval[10]. Het gaat om een weerlegbaar vermoeden. De wetsverzekeraar zal dit kunnen weerleggen door aan te tonen dat het letsel niet door de plotse gebeurtenis wordt veroorzaakt.

Het ongeval moet tijdens en door de uitvoering van de arbeidsovereenkomst hebben plaatsgevonden[11]. Het Hof van Cassatie[12] definieert het verloop van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst met verwijzing naar het gezag van de werkgever. Het ongeval doet zich voor tijdens de uitvoering van de overeenkomst, wanneer de werknemer op het tijdstip van het ongeval onder het gezag staat van zijn werkgever.

De bewijslast moet door het slachtoffer worden geleverd. Als die aantoont dat het ongeval heeft plaatsgevonden tijdens de uitvoering van de overeenkomst wordt het, behoudens tegenbewijs, geacht als overkomen door het feit van de uitvoering van die overeenkomst[13]. Aangezien dit vermoeden weerlegbaar is, kan de wetsverzekeraar het verwerpen door aan te tonen dat het ongeval niet gekoppeld is aan de uitvoering van de arbeidsovereenkomst. Rekening houdende met de rechtspraak blijkt echter dat dit vermoeden zelden wordt weerlegd[14].

B. <u>Het ongeval op weg naar het werk</u>

Het ongeval op weg naar het werk vereist een plotse gebeurtenis, een letsel en het feit dat het ongeval op weg naar of van het werk heeft plaatsgevonden.

---

4 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Brussel, Larcier, 2006, p. 309; Arbeidshof Bergen, 25 november 2003, *J.T.T.*, 2004, p. 475.

5 Cass., 20 januari 1997, *J.T.T.*, 1997, p. 292.

6 Cass., 26 februari 1990, *Pas.*, 1990, p. 754; Cass., 3 april 2000, *Pas.*, 2000, p. 219.

7 Arbeidshof Bergen, 18 januari 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 337; Arbeidshof Brussel, 24 april 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 341.

8 Arbeidshof Luik, 6 juni 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 339.

9 J.-F. FUNCK, Droit de la sécurité sociale, Brussel, Larcier, 2006, p. 310.

10 Artikel 9 van de Ongevallenwet van 10 april 1971.

11 Artikel 7, lid 1, van de Ongevallenwet en artikel 2 van de Wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector.

12 Cass., 22 februari 1993, *Pas.*, 1993, p. 200; *J.T.*, 1993, p. 516.

13 Artikel 7, lid 2, van de Arbeidsongevallenwet en artikel 2, lid 2, van de Wet van 3 juli 1967.

14 Zie nota: Arbeidshof Gent, 8 juni 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 344.

Onder de weg naar en van het werk wordt verstaan het normale traject[15] dat de werknemer moet afleggen om zich van de drempel van zijn hoofd- of tweede verblijfplaats[16] te begeven naar de plaats waar hij werkt, en omgekeerd[17].

Het traject blijft normaal indien de werknemer noodzakelijke en redelijkerwijze te verantwoorden omwegen maakt om zich samen met een of meer collega's te verplaatsen of om kinderen weg te brengen of op te halen naar of van de kinderopvangplaats of school[18].

Sommige plaatsen worden gelijkgesteld met de werkplek. Het gaat met name om plaatsen waar de werknemer zelfs buiten de arbeidsuren, met de uitdrukkelijke of stilzwijgende toelating van de werkgever, een opdracht als vakbondsafgevaardigde of vertegenwoordiger van de werknemers vervult, om plaatsen waar de werknemer een vergadering van de ondernemingsraad of het veiligheidscomité bijwoont, of nog, om plaatsen waar hij met de uitdrukkelijke of stilzwijgende toelating van de werkgever vormingslessen bijwoont welke tijdens de normale arbeidsuren plaatshebben[19].

De wetgever heeft overigens verschillende trajecten van en naar het werk met elkaar gelijkgesteld. We verwijzen, onder andere, naar het traject van de plaats waar hij werkt naar de plaats waar hij zijn eetmaal neemt of het zich aanschaft, en omgekeerd, en het traject van de plaats waar hij werkt naar de plaats waar hij leergangen volgt met het oog op zijn beroepsopleiding, en van die plaats naar zijn verblijfplaats[20].

Afdeling 2: Schadeloosstelling van de volledige of gedeeltelijke schade door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en door de arbeidsongevallenverzekering

Men moet zich afvragen welke schade door de arbeidsongevallenverzekering en door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt vergoed en nagaan of het om dezelfde volledige of gedeeltelijke schade gaat waardoor de regel van de niet-cumulatie moet worden toegepast.

De schadeloosstelling van de arbeidsongevallen is gedeeltelijk en forfaitair. Ze is gedeeltelijk in die zin dat alleen sommige schade vergoedbaar is. Het gaat om medische verzorging in ruime zin, de arbeidsongeschiktheid die het resultaat is van het arbeidsongeval en, in voorkomend geval, het overlijden. De schade aan de goederen van de werknemer, met uitzondering van prothesen, de psychische schade, de esthetische schade behalve in het geval ze de arbeidsgeschiktheid zou beïnvloeden, worden niet vergoed. De schadeloosstelling van de arbeidsongevallen is forfaitair in die zin dat de vergoeding, in tegenstelling tot de ongevallen van het gemeen recht, niet bepaald wordt op basis van de werkelijke schade die het slachtoffer heeft geleden. Die steunt op twee parameters: de arbeidsongeschiktheid en het basisloon van het slachtoffer dat begrensd is.

De verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dekt hetzelfde gebied van schadeloosstelling. Ze kent dus prestaties toe van geneeskundige verstrekkingen, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en begrafeniskosten.

---

15 Zie nota: Cass., 27 januari 2003, www.juridat.be.
16 Artikel 8, § 1, lid 4, van de Arbeidsongevallenwet
17 Artikel 8, § 1, lid 2, van de Arbeidsongevallenwet en artikel 2, lid 3, 1°, van de Wet van 3 juli 1967.
18 Artikel 8, § 1, lid 2, 1° en 2°, van de Arbeidsongevallenwet.
19 Artikel 8, § 1, lid 3, van de Arbeidsongevallenwet.
20 Artikel 8, § 2, 1° en 2°, van de Arbeidsongevallenwet.

A. De arbeidsongeschiktheid

De arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een arbeidsongeval wordt in de rechtspraak en de rechtsleer omschreven als het verlies of de vermindering van de economische waarde van de getroffene op de algemene arbeidsmarkt[21].

In de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt de arbeidsongeschiktheid omschreven in artikel 100 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 als de onderbreking van alle werkzaamheid als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot minstens 66% in verhouding tot de beroepencategorie waartoe de sociaal verzekerde behoort vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Om als arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen moet de betrokkene een vermindering van het verdienvermogen van ten minste 66% halen. Dit is niet zo bij arbeidsongevallen.

In een op 5 oktober 1992 gewezen arrest[22], achtte het Hof van Cassatie dat de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die krachtens de Arbeidsongevallenwet worden toegekend en die welke krachtens de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 worden toegekend, dezelfde schade dekken. De regel van de niet-cumulatie is dus van toepassing.

In een arrest van 25 november 2002[23] heeft het Hof van Cassatie beslist dat de prestaties van de moederschapsverzekering en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voorzien in de Arbeidsongevallenwet samen de schade dekken die bestaat uit het verlies of de vermindering van het vermogen om door te werken geld te verdienen. Als het om dezelfde schade gaat, is de cumulatie van uitkeringen die ingevolge een arbeidsongeval worden toegekend met prestaties van de moederschapsverzekering niet toegelaten [24].

B. De geneeskundige verzorging in ruime zin

Het slachtoffer van een arbeidsongeval heeft recht op de geneeskundige, heelkundige, farmaceutische en verplegingszorgen en, onder bepaalde voorwaarden, op de prothesen en orthopedische toestellen die ingevolge het ongeval nodig zijn[25]. Worden ook ten laste genomen de kosten voor verplaatsing die voortvloeien uit het ongeval[26].

De terugbetaling van sommige zorgen hangt af van de voorafgaande toestemming van de wetsverzekeraar[27] of het Fonds voor arbeidsongevallen[28]. Het gaat om de terugbetaling van kinesitherapiekosten, heelkundige ingrepen onder lokale of volledige anesthesie en opnames vanaf de kennisgeving van genezenverklaring zonder bestendige ongeschiktheid of vanaf de datum waarop de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont[29].

---

21 Cass., 3 april 1989, *J.T.T.*, 1989, p. 362; Cass., 28 mei 1990, *Chron. D.S.*, 1991, p. 12.
22 Cass., 5 oktober 1992, *Pas.*, 1992, p. 1115.
23 Cass., 25 november 2002, *J.T.T.*, 2003, p. 163.
24 Zie ook: Arbeidshof Brussel, 13 maart 2006, *Bull. Ass.*, 2006, p. 326; *Chron. D.S.*, 2007, p. 357.
25 Artikel 28 van de Arbeidsongevallenwet en artikel 3 van de Wet van 3 juli 1967.
26 Artikel 33 van de Arbeidsongevallenwet en artikel 5 van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000 tot vaststelling van de voorwaarden en het tarief voor geneeskundige verzorging toepasselijk inzake arbeidsongevallen, B.S., 22 november 2000.
27 Voor de arbeidsongevallen die na 1 januari 1988 plaatsvonden.
28 Voor de arbeidsongevallen die vóór 1 januari 1988 plaatsvonden.
29 Artikel 4 van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000.

Wanneer het slachtoffer vrije keus van geneesheer heeft[30], worden de kosten van geneeskundige verzorging terugbetaald op basis van het tarief van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met inbegrip van het remgeld. Indien de honoraria dit tarief overschrijden, is het verschil ten laste van het slachtoffer. De kosten voor geneeskundige zorgen die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, worden, mits de voorafgaande toestemming van de wetsverzekeraar, terugbetaald tegen hun werkelijke kostprijs, voor zover die prijs redelijk is in vergelijking met het tarief dat wordt aangerekend voor vergelijkbare verstrekkingen die in de nomenclatuur zijn opgenomen[31].

Wanneer het slachtoffer vrije keus van apotheker heeft, worden de farmaceutische producten vereist voor zijn behandeling volledig ten laste genomen. De terugbetaling gebeurt op voorlegging van een medisch voorschrift[32].

Indien een opname noodzakelijk is, en het slachtoffer vrije keus van verplegingsinrichting heeft, worden de verplegingskosten door de wetsverzekeraar of het Fonds voor arbeidsongevallen gedragen ten belope van de normale verpleegdagprijs zoals hij is vastgesteld krachtens de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987[33].

Indien de werkgever of de wetsverzekeraar een erkende medische dienst heeft ingesteld of er zich bij heeft aangesloten, kan de getroffene de zorgverlener niet vrij kiezen[34]. De getroffene moet zich tot een erkende medische dienst wenden. In dit geval zijn de medische kosten volledig ten laste van de wetsverzekeraar. Indien de getroffene zich niet tot de opgelegde medische dienst wendt, is de terugbetaling beperkt tot het tarief van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen[35].

De getroffene heeft ook recht op prothesen en orthopedische toestellen die ingevolge het ongeval nodig zijn en op de terugbetaling van de onderhouds- en vervangingskosten van de toestellen. Het Hof van Cassatie heeft in haar arrest van 23 januari 1995[36] het begrip prothese ruim gedefinieerd. Onder prothesen en orthopedische toestellen dient te worden verstaan de kunstmatige hulpmiddelen die een valide persoon niet behoeft en die, als gevolg van een arbeidsongeval, nodig zijn om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te steunen of te vervangen dan wel het gebruik of de functies ervan te bevorderen.

HOOFDSTUK 3: DE SUBROGATOIRE VORDERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Afdeling 1: Grondslag

De subrogatoire vordering van de verzekeringsinstelling wordt in artikel 136, § 2, lid 4, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 geregeld. Met die subrogatoire vordering heeft de sociaal verzekerde enerzijds recht op het bedrag van de verleende prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in afwachting dat de wetsverzekeraar de schade effectief vergoedt en anderzijds moet die schade niet door de gemeenschap worden gedragen[37].

---

30 Dit is niet het geval wanneer de werkgever of de wetsverzekeraar bij een erkende medische dienst is aangesloten.

31 Artikel 1, lid 3, van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000.

32 Artikel 2 van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000.

33 Artikel 3 van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000.

34 Artikel 29 van de Arbeidsongevallenwet.

35 Artikel 4*bis* van het Koninklijk besluit van 17 oktober 2000.

36 Cass., 23 januari 1995, *Pas*., 1995, p. 61.

37 Cass., 3 april 2006, *J.T.T.*, 2006, p. 289.

Voorafgaand aan de indeplaatsstelling moet de verzekeringsinstelling een voorlopige schadeloosstelling toekennen[38]. Wanneer een gerechtigde de hulp van zijn verzekeringsinstelling inroept, moet laatstgenoemde hem het bedrag van de prestaties van geneeskundige verzorging en uitkeringen toekennen in afwachting dat het arbeidsongeval door de wetsverzekeraar wordt vergoed. Die tussenkomst van de verzekeringsinstelling is wel onderworpen aan de verplichte mededeling door de sociaal verzekerde van een aantal gegevens zoals bedoeld in artikel 295 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996[39].

Wanneer de verzekeringsinstelling voorlopig is tussengekomen en de wetsverzekeraar nadien beslist om het ongeval ten laste te nemen, neemt de verzekeringsinstelling wettelijk de plaats in van de rechten van de getroffene ten opzichte van de wetsverzekeraar.

Afdeling 2: Definitie van de subrogatoire vordering

Door de subrogatoire vordering neemt de verzekeringsinstelling de plaats in van de sociaal verzekerde ten opzichte van de wetsverzekeraar. De vordering van de verzekeringsinstelling is gebaseerd op de rechten van de sociaal verzekerde[40]. Door de indeplaatsstelling draagt de sociaal verzekerde zijn rechten over aan de verzekeringsinstelling. Laatstgenoemde kan alle rechten uitoefenen die de sociaal verzekerde had kunnen uitoefenen. De wetsverzekeraar kan ten opzichte van de verzekeringsinstelling alle middelen, argumenten en uitzonderingen inroepen die hij tegen de rechthebbende had kunnen gebruiken zoals, bijvoorbeeld, de verjaring van de vordering[41].

De subrogatie is wettelijk. Ze werkt van rechtswege en is aan geen enkele vormvoorwaarde onderworpen.

Het subrogatierecht ontstaat pas op het ogenblik dat de verzekeringsinstelling de prestaties van de geneeskundige verzorging en uitkeringen aan haar sociaal verzekerde heeft betaald[42]. Die betaling zet het mechanisme van de subrogatie in werking.

Wanneer de wetsverzekeraar eerst de getroffene vergoedt ten opzichte van de verzekeringsinstelling en hij later met een subrogatoire vordering van de verzekeringsinstelling wordt geconfronteerd, kan de betaling van de wetsverzekeraar niet als verzet worden aangevoerd indien de wetsverzekeraar hem overeenkomstig zijn wettelijke plicht niet op de hoogte heeft gesteld van zijn intentie om de rechthebbende te vergoeden[43]. In dat geval moet de wetsverzekeraar een dubbele betaling doen. Hij moet de verzekeringsinstelling immers haar voorschotten terugbetalen hoewel hij de getroffene al heeft vergoed. De getroffene krijgt twee schadeloosstellingen voor dezelfde schade. Indien de wetsverzekeraar daarentegen de verzekeringsinstelling heeft ingelicht over zijn intentie om de rechthebbende te vergoeden en het ziekenfonds ondanks alles toch is tussengekomen, zal er sprake zijn van een terugvorderbaar onverschuldigd bedrag uit hoofde van de sociaal verzekerde[44].

---

38 Artikel 136, § 2, lid 3, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

39 Zie hoofdstuk 4, afdeling 3.

40 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Brussel, Larcier, 2006, p. 294.

41 Dienaangaande zie: O. DE LEYE, «Les actions subrogatoires de l'organisme assureur contre l'assureur-loi», *J.T.T.*, 1994, p. 186.

42 Ph. GOSSERIES, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère (Art. 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994)", *J.T.T.*, 2000, p. 273.

43 Artikel 136, § 2, lid 6 en 7, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.

44 Arbeidshof Bergen, 10 november 2005, www.juridat.be.

In een arrest van 3 december 2001[45] heeft het Hof van Cassatie beslist dat zolang de schade van degene die ziekte- en invaliditeitsuitkeringen ontvangt niet effectief is vergoed krachtens een andere wet, kan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de verzekeringsinstelling niet verwijten dat ze haar subrogatoire vordering waarop ze krachtens artikel 136, § 2, lid 4 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 recht heeft, niet heeft ingesteld. Met andere woorden, de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is niet bevoegd om de verzekeringsinstellingen te verplichten de subrogatoire vordering uit te voeren of hen te verwijten dat ze die vordering niet instellen zo lang de schade door de andere wetgeving niet effectief is vergoed.

Afdeling 3: Omvang en beperkingen van het subrogatierecht

Krachtens artikel 136, § 2, lid 4, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 geldt de indeplaatsstelling tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die verschuldigd zijn en die de schade geheel of gedeeltelijk vergoeden.

A. "tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties"

Dankzij de subrogatoire vordering kan de verzekeringsinstelling het bedrag van de prestaties die ze aan de sociaal verzekerde heeft verleend, van de wetsverzekeraar terugvorderen.

Ze kan niet meer terugvorderen dan ze betaald heeft. Dit beginsel moet echter worden genuanceerd. Aangezien de verzekeringsinstelling door de subrogatie de rechten en vorderingen van de sociaal verzekerde uitoefent, heeft ze recht op de eventuele intresten die de aan de getroffene verschuldigde bedragen opbrengen[46]. Dit beginsel is door het Hof van Cassatie bevestigd[47].

B. "voor het geheel van de sommen die verschuldigd zijn door de wetsverzekeraar"

De verzekeringsinstelling mag niet meer terugvorderen dan wat de wetsverzekeraar aan de getroffene verschuldigd is[48]. Zo kan de verzekeringsinstelling van de wetsverzekeraar de terugbetaling van zijn voorschotten eisen op voorwaarde dat het gevorderde bedrag niet hoger is dan dat verschuldigd door de Arbeidsongevallenwet[49].

C. "voor de sommen die de schade geheel of gedeeltelijk vergoeden"

De vergoeding door de wetsverzekeraar moet dezelfde schade of hetzelfde deel van de schade dekken als dit wat door de verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste is genomen[50]. De verzekeringsinstelling moet bovendien aantonen dat de prestaties waarvoor hij een vergoeding vraagt een oorzakelijk verband hebben met het arbeidsongeval.

---

45 Cass., 3 december 2001, *J.T.T.*, 2002, p. 153.

46 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 295.

47 Cass., 4 maart 1985, *J.T.*, 1985, p. 385; *Pas.*, 1985, p. 810; *R.W.*, 1985-1986, p. 878; Cass., 12 november 1990, *Pas.*, 1991, p. 270.

48 Brussel, 27 mei 1999, www.juridat.be.

49 Ph. GOSSERIES, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère (Art. 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994)", *J.T.T.*, 2000, p. 273.

50 Cass., 11 oktober 1999, *Pas.*, 1999, p. 524.

Wat de grondslag van de subrogatoire vordering betreft, verwijzen we naar twee recente arresten van het Hof van Cassatie[51].
In haar arrest van 8 oktober 2007[52], acht het Hof van Cassatie dat in geval van gedeelde aansprakelijkheid tussen de sociaal verzekerde en een derde verantwoordelijke, het bedrag van de schade van de rechthebbende, gelijk aan het gedeelte van de medische kosten dat de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te zijnen laste laat, deel uitmaakt van de basis van de subrogatoire vordering van de verzekeringsinstelling. In haar arrest van 21 april 2008[53], stelt het Hof van Cassatie dat "*de verzekeringsinstelling, die aan de getroffene van schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, één van de bij de verplichte verzekering bepaalde prestaties heeft verleend, treedt in de rechten van de getroffene tot beloop van het bedrag van die prestatie, op het totaalbedrag van de geldsommen die de aansprakelijke derde of zijn verzekeraar, rekening houdend met de mogelijke verdeling van de aansprakelijkheid, verschuldigd zijn ter vergoeding van die schade, zonder dat vereist is dat de geldsommen waarvoor de indeplaatsstelling geldt, hetzelfde bestanddeel van de schade vergoeden als dat waarmee de toegekende prestatie overeenstemt, mits het bestanddeel van de schade die door die geldsommen vergoed wordt, de toekenning van een prestatie van de verplichte verzekering kon verantwoorden"*. De basis van de subrogatoire vordering strekt zich dus uit tot het geheel van de bedragen die verschuldigd zijn aan de getroffene voor zover die bedragen een onderdeel van de schade vergoeden die door de verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste is genomen. Worden dus uitgesloten van de subrogatie de bedragen die morele of materiële schade herstellen[54].

Afdeling 4: Verjaring

De subrogatoire vordering van de verzekeringsinstelling is geen vordering die verschilt van deze van het slachtoffer. De verjaringstermijn van de subrogatoire vordering komt dus overeen met die van het hoger beroep van het slachtoffer tegen de wetsverzekeraar[55].

De rechtsvordering tot terugvordering van onverschuldigde vergoedingen ingevolge een arbeidsongeval verjaart na drie jaar[56].

Het Hof van Cassatie heeft benadrukt dat de verjaringstermijn aanvangt op de dag waarop de arbeidsongeschiktheid ingaat zonder onderscheid te maken tussen de tijdelijke en de definitieve ongeschiktheid[57]. In het algemeen valt die dag samen met de dag van het ongeval. Wat de betaling van de medische kosten betreft, de verjaringstermijn begint te lopen vanaf het ogenblik waarop de kosten worden gemaakt.

---

51 Voor een gedetailleerde analyse van die twee arresten zie: S. HOSTAUX, "La subrogation en assurance maladie-invalidité: de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation" (de arresten van 8.10.2007 en 21.4.2008), *J.T.T.*, 2008, p. 313.

52 Cass., 8 oktober 2007, *J.T.T.*, 2008, p. 40.

53 Cass., 21 april 2008, *J.T.T.*, 2008, p. 282.

54 S. HOSTAUX, "La subrogation en assurance maladie-invalidité: de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation" (de arresten van 8.10.2007 en 21.4.2008), *J.T.T.*, 2008, p. 320.

55 Ph. GOSSERIES, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère (Art. 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994)", *J.T.T.*, 2000, p. 274; Arbeidshof Brussel, 13 januari 2003, *Chron. D.S.*, 2004, p. 238.

56 Artikel 69 van de Arbeidsongevallenwet.

57 Cass., 18 juni 2001, *Pas*., 2001, p. 1169.

Afgezien van de gewone schorsings- en stuitingswijzen[58], wordt de verjaring ook gestuit door een ter post aangetekende brief of door een rechtsvordering tot betaling wegens het arbeidsongeval, gesteund op een andere rechtsgrond[59].

HOOFDSTUK 4: ONDERZOEK DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING VAN DE SCHADE DIE VOORTVLOEIT UIT EEN ARBEIDSONGEVAL

De toepassing van de niet-cumulatieregel en, in voorkomend geval, van de uitvoering van de subrogatoire vordering vereist dat de verzekeringsinstelling weet dat de schade uit een arbeidsongeval voortvloeit. Hiervoor worden de werkgevers, de verzekeraars van arbeidsongevallen en de verzekerden wettelijk verplicht om informatie te verschaffen.

Afdeling 1: Verplichtingen van de werkgever

De eerste verplichting van de werkgever is een arbeidsongevallenverzekering aan te gaan bij een erkende verzekeringsonderneming[60]. Zo niet wordt de werknemer, die het slachtoffer is van een arbeidsongeval, vergoed door het Fonds voor arbeidsongevallen[61] dat, in de plaats getreden van de rechten van het slachtoffer, zich tot de werkgever zal wenden om zijn uitgaven terug te vorderen. De openbare instellingen, daarentegen, zijn niet wettelijk verplicht om een verzekering aan te gaan. Ze treden op als hun eigen verzekeraar. De openbare instellingen die geen federale openbare diensten zijn, kunnen echter wel een verzekering aangaan.

Ten tweede moet de werkgever bij een arbeidsongeval dit ongeval bij zijn verzekeringsonderneming aangeven[62] binnen de acht dagen te rekenen vanaf de dag die volgt op het ongeval[63]. De aangifte van het ongeval mag ook door het slachtoffer worden verricht.

Arbeidsongevallen die in de openbare diensten gebeuren, worden zo snel mogelijk door het slachtoffer of door zijn hiërarchische meerdere aangegeven bij de dienst die hiervoor is aangewezen[64].

Afdeling 2: Verplichtingen van de wetsverzekeraar

De verplichtingen van de wetsverzekeraar verschillen naargelang hij het ongeval ten laste neemt, weigert het ongeval als een arbeidsongeval te beschouwen of hij twijfels uit met betrekking tot de toepassing van de wet op het ongeval.

A. Erkenning door de wetsverzekeraar van het arbeidsongeval

Als de wetsverzekeraar meent dat het ongeval een arbeidsongeval is, moet hij krachtens artikel 136, § 2, lid 6 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 de verzekeringsinstelling van het slachtoffer verwittigen van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen.

---

58 Krachtens artikel 2244 van het Burgerlijk wetboek vormen een dagvaarding voor het gerecht, een vordering tot betaling, of een beslag betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen, burgerlijke stuiting.

59 Zoals, bijvoorbeeld, een vordering in het gemeen recht tegen de aansprakelijke derde van het ongeval.

60 Artikel 49 van de Arbeidsongevallenwet.

61 Artikel 58, § 1, 3°, van de Arbeidsongevallenwet.

62 Artikel 62 van de Arbeidsongevallenwet.

63 Artikel 2 van het Koninklijk besluit van 12 maart 2003 tot vaststelling van de wijze en de termijn van aangifte van een arbeidsongeval, *B.S.*, 2 april 2003.

64 Artikel 2*bis* van de Wet van 3 juli 1967.

Indien de wetsverzekeraar nagelaten heeft de verzekeringsinstelling te verwittigen, kan hij de betalingen die hij verrichtte ten gunste van het slachtoffer niet aanvoeren tegen de verzekeringsinstelling[65]. Aangezien de wetsverzekeraar rekening moet houden met de subrogatoire vordering van de verzekeringsinstelling, is hij verplicht om de verzekeringsinstelling te betalen wat hij al aan het slachtoffer heeft betaald. Bovendien kan noch de wetsverzekeraar noch de verzekeringsinstelling het bedrag van de sociaal verzekerde terugvorderen dat ze hem al hebben betaald hoewel laatstgenoemde twee schadevergoedingen heeft gekregen voor dezelfde schade[66].

Artikel 136, § 2, lid 5, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 bepaalt dat de overeenkomst die tot stand is gekomen tussen de wetsverzekeraar en de rechthebbende, niet tegen de verzekeringsinstelling kan worden aangevoerd zonder haar instemming.

B. Twijfel aangaande de toepassing van de arbeidsongevallenwet op het ongeval of weigering om het ongeval als een arbeidsongeval te beschouwen

Als de wetsverzekeraar weigert om het geval ten laste te nemen of oordeelt dat er twijfel bestaat inzake de toepassing van de Arbeidsongevallenwet, moet hij, krachtens artikel 63 van de Arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 binnen de dertig dagen die volgen op de ontvangst van de verklaring de verzekeringsinstelling verwittigen waartoe hij aangesloten is[67]. Die informatieverplichting is ook van toepassing op de openbare instellingen maar alleen als het ongeval een personeelslid betreft dat niet de hoedanigheid van statutaire beambte heeft[68].

De termijn van dertig dagen gaat in vanaf de dag na die waarop de wetsverzekeraar de verklaring van het ongeval ontvangt. De wetsverzekeraar is ertoe gehouden de verzekeringsinstelling binnen de voorgeschreven termijn te verwittigen, ook wanneer het slachtoffer zelf zijn verzekeringsinstelling heeft verwittigd[69] en zelfs al werd de identiteit van de verzekeringsinstelling niet meegedeeld in de aangifte van ongeval[70].

Die kennisgeving van de wetsverzekeraar aan de verzekeringsinstelling, vergezeld van een afschrift van de aangifte van het ongeval, geldt als een verklaring van arbeidsongeschiktheid die tijdig bij de verzekeringsinstelling werd ingediend[71].

---

65 Artikel 136, § 2, lid 7, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.

66 P. DE CRAENE, "Indeplaatsstelling van het ziekenfonds – Actualiteitsvragen", *I.B.-RIZIV*, 1996/4, p. 467; Ph. GOSSERIES, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère (Art. 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994)", *J.T.T.*, 2000, p. 260.

67 Artikel 63, § 2, lid 1, van de Arbeidsongevallenwet.

68 Artikel 2*bis* van de Wet van 3 juli 1967.

69 Cass., 6 maart 1989, *J.T.T.*, 1989, p. 363; Cass., 13 maart 1995, *J.T.T.*, 1995, p. 471.

70 Cass., 14 januari 1991, *Pas*., 1991, p. 433; Cass., 7 februari 1983, *J.T.T.*, 1983, p. 382.

71 Artikel 63, § 2, lid 2, van de Arbeidsongevallenwet en artikel 3 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997. Voor de openbare sector zie artikel 2*bis*, lid 2, van de Wet van 3 juli 1967.

Indien de wetsverzekeraar de verzekeringsinstelling van het slachtoffer niet binnen de voorgeschreven termijn verwittigt, moet hij instaan voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn voorzien sedert het begin van de arbeidsongeschiktheid tot en met de dag van de verklaring. Zelfs indien het bestaan van een arbeidsongeval niet is erkend, moet de wetsverzekeraar ook instaan voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die verschuldigd zijn krachtens de wetgeving op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen[72].

In geval van wijziging van het ongeschiktheidspercentage dat aan het slachtoffer werd toegekend, is de wetsverzekeraar eveneens ertoe gehouden de verzekeringsinstelling van het slachtoffer te verwittigen binnen de zeven dagen die volgen op de dag waarop de wijziging van de ongeschiktheidsgraad zich voordoet[73]. Indien die verplichting niet wordt nageleefd, moet de wetsverzekeraar de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden voorzien, op zich nemen vanaf de wijziging van de graad van arbeidsongeschiktheid tot en met de dag van de verklaring[74]. Die informatieverplichting is echter niet van toepassing wanneer de verzekeringsinstelling aan een slachtoffer van een arbeidsongeval uitkeringen toekent maar voor een ziekte die niets te maken heeft met dit ongeval[75].

C. Invoering van een elektronische gegevensuitwisseling tussen de sector van de arbeidsongevallen en de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen

De sector van de arbeidsongevallen en die van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen hebben beslist om een tweezijdige elektronische uitwisseling van sociale gegevens van persoonlijke aard in te voeren om een systematische en automatische toepassing van de informatieverplichtingen voor de wetsverzekeraars mogelijk te maken[76]. Die elektronische uitwisseling betreft alleen de arbeidsongevallen van de privé-sector en de uitkeringssector. Dankzij die gegevensstroom zouden de verzekeringsinstellingen op de hoogte moeten zijn van elk arbeidsongeval in de privé-sector.

Afdeling 3: Verplichtingen van de sociaal verzekerde

De sociaal verzekerde die slachtoffer is van een arbeidsongeval en die prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wil genieten, moet krachtens artikel 295 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996[77] aan zijn verzekeringsinstelling een aantal gegevens meedelen. Die informatie is ondergeschikt aan de toekenning van prestaties. Het doel is om de verzekeringsinstelling in staat te stellen om, indien nodig, haar recht op subrogatoire vordering uit te oefenen.

---

72 L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Brussel, Larcier, 2007, p. 174; Ph. GOSSERIES, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère (Art. 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994)", *J.T.T.*, 2000, p. 261.

73 Artikel 63, § 2, lid 4, van de Arbeidsongevallenwet.

74 Arbeidsrechtbank Namen, 6 februari 1980, *Bull. Ass.*, 1980, p. 381; Cass., 4 januari 1982, *J.T.T.*, 1982, p. 155.

75 Arbeidshof Gent, 21 september 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 360.

76 In verband hiermee zie nota's: Bespreking nr. 04/009 van 6 april 2004 betreffende de uitwisseling van sociale gegevens van persoonlijke aard tussen het Fonds voor arbeidsongevallen en de verzekeringsinstellingen met het oog op de uitvoering van hun wettelijke opdrachten, www.ksz.fgov.be; Omzendbrieven nr. 2004/6 van 10 mei 2004 en nr. 2006/2 van 5 januari 2006 betreffende de elektronische gegevensuitwisseling tussen de sector van de arbeidsongevallen en de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, www.fat.fgov.be.

77 Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De sociaal verzekerde moet zijn verzekeringsinstelling meedelen dat de schade een arbeidsongeval betreft die kan gedekt worden door een andere wetgeving[78]. Hij moet haar alle gegevens of omstandigheden meedelen waardoor kan worden uitgemaakt of de schadeloosstelling moet geschieden krachtens een andere wetgeving, met inbegrip van de gerechtelijke informaties of handelingen waarvan hijzelf in verband met de schade het voorwerp zou zijn[79]. Hij moet haar ook informeren over elke ingestelde vordering of andere procedure ter verkrijging van de schadeloosstelling. De sociaal verzekerde moet zijn verzekeringsinstelling ook elke informatie verschaffen die hij later zou kunnen ontvangen, bijvoorbeeld, een voorstel tot dading.

In geval van niet-naleving van die informatieverplichting, zijn de toegekende prestaties onrechtmatig en moeten ze worden teruggevorderd[80].

HOOFDSTUK 5: DE VERSCHILREGEL

Afdeling 1: Situering van het probleem

In de tweede zin van artikel 136, § 2, lid 1, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 wordt de regel bepaald van het recht op het verschil ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wanneer de bedragen welke krachtens de wetgeving op de arbeidsongevallen worden verleend, minder belopen dan de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. In die bepaling wordt gestipuleerd dat het bedrag van de verleende prestaties dat wordt toegekend door de andere wetgeving gelijk is aan het brutobedrag verminderd met het bedrag van de sociale zekerheidsbijdragen welke op die prestaties worden ingehouden.

In het kader van de arbeidsongevallen wordt de verschilregel toegepast wanneer de sociaal verzekerde die arbeidsongeschikt is volgens de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, een rente geniet ingevolge een arbeidsongeval en zijn arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling wordt beschouwd als de directe oorzaak van het arbeidsongeval. Dit oorzakelijk verband is echter niet vereist wanneer het gaat om een zelfstandige die een rente geniet voor een arbeidsongeval dat heeft plaatsgevonden terwijl hij een activiteit als werknemer uitoefende. In dit geval worden de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verminderd met het bedrag van de rente zelfs indien er geen oorzakelijk verband is tussen de arbeidsongeschiktheid en het arbeidsongeval[81].

De verzekeringsinstelling moet dus de daguitkering die verschuldigd is in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verminderen met het bedrag van de rente die ingevolge een arbeidsongeval wordt ontvangen.

De toepassing van de verschilregel vereist dat de verzekeringsinstelling op de hoogte is van het feit dat de betrokkene een arbeidsongevallenrente ontvangt. Die informatie kan met name worden ingewonnen door de bijdragebescheiden en het inlichtingsblad uitkeringen dat in geval van arbeidsongeschiktheid moet worden ingevuld, te raadplegen.

De verschilregel vereist tevens de kennis van een aantal beginselen inzake de schadeloosstelling van arbeidsongevallen.

---

78 Artikel 295, § 1, 1°, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

79 Artikel 295, § 1, 2°, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

80 Cass., 23 september 1991, *J.T.T.*, 1992, p. 9.

81 Artikel 29, § 1, 2°, van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

Afdeling 2: Definities van kernconcepten met betrekking tot de schadeloosstelling van de arbeidsongevallen

Onderafdeling 1: Het begrip basisloon

De arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die verschuldigd zijn ingevolge een arbeidsongeval worden berekend op basis van het basisloon van het slachtoffer[82]. Onder basisloon wordt verstaan het loon waarop de werknemer, in de functie waarin hij is tewerkgesteld in de onderneming op het ogenblik van het ongeval, recht heeft voor de periode van het jaar dat het ongeval voorafgaat[83].

Wordt als loon beschouwd ieder bedrag of ieder in geld waardeerbaar voordeel dat rechtstreeks of onrechtstreeks door de werkgever aan zijn werknemer wordt toegekend ingevolge de tussen hen bestaande arbeidsverhouding[84].

Het basisloon is geplafonneerd[85]. Indien het loon hoger is dan dit bedrag, dan zullen de uitkeringen alleen worden berekend op basis van dit maximumbedrag.

Onderafdeling 2: Tijdelijke algehele of gedeeltelijke ongeschiktheid

In het kader van de arbeidsongevallen wordt een onderscheid gemaakt tussen de tijdelijke arbeidsongeschiktheid en de blijvende arbeidsongeschiktheid.

De tijdelijke ongeschiktheid kan volledig of gedeeltelijk zijn.

A. Algehele tijdelijke ongeschiktheid

Het slachtoffer is tijdelijk en algeheel ongeschikt wanneer hij niet meer in staat is om de arbeid te verrichten die hij vóór het ongeval uitoefende. Zijn letsels blijven evolueren. Zijn gezondheidstoestand is niet geconsolideerd. In dit geval heeft hij vanaf de dag die volgt op het begin van die arbeidsongeschiktheid, recht op een dagelijkse vergoeding gelijk aan 90% van zijn gemiddeld dagloon[86]. Het gemiddeld dagloon is gelijk aan het basisloon van het slachtoffer gedeeld door 365[87].

Die vergoeding moet worden gecombineerd met de toekenning van het leefloon[88]. Als de arbeidsongeschiktheid het resultaat is van een arbeidsongeval, wordt het recht op het leefloon uitgebreid. Zowel de arbeiders als de bedienden hebben gedurende een periode van dertig dagen recht op hun loon. Om te vermijden dat het leefloon wordt gecumuleerd met de daguitkeringen wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid, moet de wetsverzekeraar de uitkeringen die verschuldigd zijn aan de werknemer, aan de werkgever storten[89].

---

82 Voor meer uitleg over dit begrip zie L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Brussel, Larcier, 2007, p. 103 e.v.

83 Artikel 34 van de Arbeidsongevallenwet.

84 Artikel 35 van de Arbeidsongevallenwet.

85 Artikel 39 van de Arbeidsongevallenwet. Op 1 januari 2008 was het maximumbedrag 35 099,83 EUR.

86 Artikel 22, lid 1, van de Arbeidsongevallenwet.

87 Artikel 40 van de Arbeidsongevallenwet.

88 Artikelen 54, 70, 72 en 74 van de Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en artikelen 10 en 11 van de Collectieve arbeidsovereenkomsten nr. 12*bis* en 13*bis* van 26 februari 1979 gesloten in de Nationale Arbeidsraad en betreffende het toekennen van een gewaarborgd maandloon aan arbeiders en sommige bedienden in geval van arbeidsongeschiktheid ingevolge ziekte, ongeval van gemeen recht, arbeidsongeval of beroepsziekte.

89 Artikelen 54, § 2, 72, lid 3, en 74 van de Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en artikel 11 van de Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* van 26 februari 1979 en de Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 13*bis* van 26 februari 1979.

B. Gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid

Ingeval de tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedeeltelijk is of wordt, kan de wetsverzekeraar aan de werkgever vragen de mogelijkheid van een wedertewerkstelling te onderzoeken, hetzij in het beroep dat de getroffene voor het ongeval uitoefende, hetzij in een passend beroep dat voorlopig aan de getroffene kan worden opgedragen[90].

De vergoeding van het slachtoffer zal verschillend zijn afhankelijk al naargelang hij aanvaardt of weigert het werk te hervatten.

Indien het slachtoffer de wedertewerkstelling aanvaardt, heeft hij recht op een vergoeding die gelijk is aan het verschil tussen het loon verdiend vóór het ongeval en het loon dat hij ingevolge zijn wedertewerkstelling ontvangt[91].

Ingeval de getroffene met een geldige reden de hem aangeboden wedertewerkstelling weigert of voortijdig verlaat[92], behoudt hij zijn recht op de uitkeringen voor een algehele tijdelijke ongeschiktheid[93].

Ingeval de getroffene zonder geldige redenen de wedertewerkstelling weigert of voortijdig verlaat, dan heeft hij recht op een vergoeding die overeenstemt met zijn graad van arbeidsongeschiktheid, berekend naar zijn arbeidsmogelijkheden in zijn oorspronkelijk beroep of in een voorlopig beroep dat hem wordt aangeboden[94].

C. Betaling van de tijdelijke algehele of gedeeltelijke ongeschiktheidsuitkeringen

De tijdelijke ongeschiktheidsuitkeringen zijn ten laste van de wetsverzekeraar. Ze worden uitbetaald op dezelfde tijdstippen als de lonen[95] en zijn verschuldigd voor elke dag van ongeschiktheid met inbegrip van zaterdagen en zondagen. Hierop moeten socialezekerheidsbijdragen[96] en bedrijfsvoorheffing[97] worden betaald. Ze worden na een termijn van drie maanden, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen[98].

Onderafdeling 3: Blijvende ongeschiktheid

Indien de letsels niet meer worden verondersteld te evolueren, dan is er sprake van consolidatie. Op dat ogenblik kan de adviserend geneesheer van de wetsverzekeraar een definitieve graad van arbeidsongeschiktheid vaststellen. De blijvende ongeschiktheid veronderstelt het verlies of de vermindering van de economische waarde van het slachtoffer op de arbeidsmarkt[99]. De consolidatie van de letsels betekent niet noodzakelijk dat dit leidt tot een blijvende ongeschiktheid. Het slachtoffer kan genezen zonder gevolgen, met andere woorden, de arbeidsgeschiktheid terugvinden die hij vóór het ongeval had.

---

90 Artikel 23 van de Arbeidsongevallenwet.

91 Artikel 23, lid 2, van de Arbeidsongevallenwet.

92 Omtrent dit begrip zie: M. JOURDAN et S. REMOUCHAMPS, *La réparation des séquelles de l'accident (sur le chemin) du travail*, Waterloo, Kluwer, p. 136 e.v.

93 Artikel 23, lid 3, van de Arbeidsongevallenwet.

94 Artikel 23, lid 4, van de Arbeidsongevallenwet.

95 Artikel 42 van de Arbeidsongevallenwet.

96 Artikel 43 van de Arbeidsongevallenwet.

97 Artikel 39 van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen 1992.

98 Artikel 23*bis* van de Arbeidsongevallenwet.

99 Zie nota: Arbeidshof Brussel, 26 juni 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 360; Arbeidshof Luik, 15 december 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 353.

Indien de wetsverzekeraar van oordeel is dat de letsels zijn geconsolideerd en het slachtoffer zijn economische waarde heeft verloren, legt hij aan het slachtoffer een ontwerpakkoord voor. Ofwel aanvaardt het slachtoffer het voorstel van de wetsverzekeraar. In dat geval moet het akkoord worden goedgekeurd door het Fonds voor arbeidsongevallen. Ofwel weigert hij het voorstel. Dan moet hij zich tot de arbeidsrechtbank wenden. Ingeval van betwisting omtrent de aard of de graad van arbeidsongeschiktheid moet de wetsverzekeraar tijdens de procedure de vergoedingen betalen op basis van de graad die hij voorstelt[100].

Wanneer de graad van blijvende ongeschiktheid is vastgesteld, wordt de dagvergoeding verschuldigd ingevolge tijdelijke arbeidsongeschiktheid vervangen door een jaarlijkse vergoeding. Die vergoeding wordt berekend op basis van het basisloon van het slachtoffer en de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid die hem is toegewezen[101]. Bij het verstrijken van de herzieningstermijn van drie jaar wordt de jaarlijkse vergoeding door een lijfrente vervangen en op dezelfde wijze berekend als de vergoeding[102].

Deze jaarlijkse vergoeding en de rente worden verminderd met 50% indien de graad van gedeeltelijke blijvende ongeschiktheid tussen 1% en 4% bedraagt en met 25% indien de graad van ongeschiktheid tussen 5% en 9% bedraagt[103].

De vergoeding en de rente worden alleen geïndexeerd indien de graad van blijvende ongeschiktheid gelijk is aan of hoger is dan 16%[104].

Onderafdeling 4: De eis tot herziening

Ook al zijn de letsels van het slachtoffer geconsolideerd, toch is een verergering of een verbetering van zijn fysieke en/of psychische toestand altijd mogelijk. In dat geval kunnen de getroffene of zijn rechthebbenden een rechtsvordering instellen waarvan het doel is een herziening te verkrijgen in de hoogte of in de laagte van de graad van blijvende ongeschiktheid[105]. Er zijn twee voorwaarden verbonden aan de eis tot herziening. Er dient een nieuw element te zijn dat onbekend was of redelijkerwijze niet te voorzien was op het ogenblik van de vaststelling van de graad van blijvende ongeschiktheid en dat een wijziging met zich brengt in het verlies van economische waarde van het slachtoffer dat in oorzakelijk verband staat met het arbeidsongeval. Bovendien moet de vordering binnen een termijn van drie jaar worden ingesteld. Die termijn is vooraf bepaald en kan in geen geval worden verlengd, onderbroken of opgeschort. De aanvang van de periode verschilt afhankelijk van de regelingswijze van het ongeluk. Indien het akkoord door het Fonds voor arbeidsongevallen is goedgekeurd, begint de termijn te lopen vanaf de datum van goedkeuring. Indien het ongeval via juridische weg is beslecht, loopt de termijn vanaf een in kracht van gewijsde getreden gerechtelijke beslissing. In geval van genezing zonder blijvende ongeschiktheid vangt de termijn aan vanaf de datum van het ongeval indien de tijdelijke arbeidsongeschiktheid niet langer dan zeven dagen heeft geduurd of vanaf de datum van kennisgeving van de genezenverklaring aan het slachtoffer indien de tijdelijke arbeidsongeschiktheid langer dan zeven dagen heeft geduurd.

---

100 Artikel 63, § 4, van de Arbeidsongevallenwet.
101 Artikel 24, lid 2, van de Arbeidsongevallenwet.
102 Artikel 24, lid 8, van de Arbeidsongevallenwet.
103 Artikel 24, lid 3, van de Arbeidsongevallenwet.
104 Artikel 27, lid 3, van de Arbeidsongevallenwet.
105 Artikel 72 van de Arbeidsongevallenwet.

Indien de eis tot herziening slaagt, zal de rechter een nieuwe graad van blijvende ongeschiktheid vaststellen. In dit geval herinneren we eraan dat de wetsverzekeraar verplicht is om de verzekeringsinstelling van het slachtoffer binnen de zeven dagen volgend op de dag waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen[106].

Onderafdeling 5: De vergoeding voor de hulp van een derde

In artikel 24, lid 4, van de Arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 wordt bepaald dat indien de toestand van de getroffene volstrekt de geregelde hulp van een ander persoon vergt, hij aanspraak kan maken op een vergoeding voor de hulp van een derde persoon. Die vergoeding wordt jaarlijks en bijkomend bij de rente verstrekt. Ze wordt op forfaitaire basis berekend. Ze wordt vastgesteld in functie van de noodzakelijkheid van deze hulp op basis van het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon zoals het op het ogenblik dat de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont, is vastgesteld bij een collectieve arbeidsovereenkomst die afgesloten is in de Nationale Arbeidsraad voor een voltijdse werknemer die minstens eenentwintig en een half jaar oud is en die ten minste zes maanden anciënniteit heeft in de onderneming die hem tewerkstelt.

De vergoeding voor de hulp van een derde persoon volgt de indexaanpassingen en de aanpassingen van het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon[107].

Op die vergoeding worden geen socialezekerheidsbijdragen[108] en bedrijfsvoorheffing ingehouden.

Wat gebeurt er met de toepassing van de verschilregel wanneer het slachtoffer de vergoeding voor steun van een derde persoon geniet ?

Eerst dient men zich af te vragen hoe een dergelijke vergoeding door de verzekeringsinstellingen wordt onderzocht. Voor zover op die vergoeding geen socialezekerheidsbijdragen worden ingehouden, worden er hiervoor geen bijdragebons opgesteld. Dergelijke informatie kan uit het inlichtingsblad van de uitkeringen worden gehaald dat door de arbeidsongeschikte gerechtigde is ingevuld. Hij wordt immers gevraagd om hierop de ontvangst van een rente, een vergoeding of een uitkering ingevolge een arbeidsongeval, te vermelden.

Wat de gevolgen van de toekenning van de vergoeding op de verschilregel betreft, moet een onderscheid worden gemaakt tussen het geval waarin het slachtoffer die vergoeding alleen ontvangt voor een arbeidsongeval en het geval waarin hij in beide sectoren een vergoeding geniet.

Indien de sociaal verzekerde die volgens de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen arbeidsongeschikt is, een vergoeding ontvangt voor de hulp van een derde persoon in het kader van de wetgeving op de arbeidsongevallen en die niet in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geniet, dient de vergoeding voor de hulp van een derde persoon wegens een arbeidsongeval niet in aanmerking te worden genomen bij de berekening van de verminderde uitkering die in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigd is.

Wanneer de sociaal verzekerde zowel in de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen als in de sector van de arbeidsongevallen een vergoeding voor de hulp van een derde persoon geniet, moet de uitkering verschuldigd voor de hulp van derden in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor zover de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling beslist dat de twee vergoedingen dezelfde schade dekken, worden verminderd, rekening houdende met het bedrag voor de hulp van derden die door de wetgeving op de arbeidsongevallen wordt toegekend.

---

106 Artikel 63, § 2, lid 4, van de Arbeidsongevallenwet.
107 Artikel 27*bis*, lid 5, van de Arbeidsongevallenwet.
108 Artikel 43, lid 3, van de Arbeidsongevallenwet.

Onderafdeling 6: Andere vergoedingen

A. Bijzondere bijslag

Het slachtoffer kan ten laste van het Fonds voor arbeidsongevallen aanspraak maken op een bijzondere bijslag, zo het bewijs geleverd wordt dat het ongeval op het ogenblik van het schadelijk feit, geen aanleiding gaf tot schadeloosstelling als arbeidsongeval terwijl de toepassing van de wet op het ogenblik van de aanvraag geleid zou hebben tot toekenning van een rente[109]. De bijzondere bijslag wordt niet ambtshalve toegekend. Het slachtoffer moet hiervoor een aanvraag indienen bij het Fonds voor arbeidsongevallen. De bedragen en de toekenningsvoorwaarden van de bijzondere bijslag worden geregeld door artikel 11 van het Koninklijk besluit van 10 december 1987 betreffende de bijslagen verleend in het kader van de Arbeidsongevallenwet van 10 april 1971.

B. Aanvullende bijslag

Het slachtoffer dat een rente geniet, heeft recht op een aanvullende bijslag zo die jaarlijkse vergoeding of rente vóór iedere uitbetaling in kapitaal, eventueel geïndexeerd, minder bedraagt dan een zeker bedrag dat wordt vastgesteld op basis van het percentage van bestendige ongeschiktheid[110]. Die bijslag wordt ambtshalve aan het slachtoffer toegekend.

C. Aanpassingsbijslag

De aanpassingsbijslag wordt door het Fonds voor arbeidsongevallen betaald aan de slachtoffers van een arbeidsongeval dat vóór 1 januari 1988 heeft plaatsgevonden. Met die bijslag wordt de niet-indexering van die rentes gecompenseerd[111].

D. Herwaarderingsbijslag

Om de bijslagen en rentes aan de welvaart aan te passen, heeft de wetgever sedert 1 september 2005 de herwaarderingsbijslagen ingevoerd[112]. Die bijslagen zijn gelijk aan 2% van het bedrag van de werkelijk uitbetaalde rente aan het slachtoffer, en worden eventueel geïndexeerd.

E. Bijslag wegens verergering

Indien na het verstrijken van de herzieningsperiode de toestand van de getroffene blijvend verergert, kan hij aanspraak maken op een bijslag wegens verergering, weliswaar voor zover de graad van arbeidsongeschiktheid na deze verergering, ten minste 10% bedraagt[113].

F. Onderzoek van die bijslagen

Op die verschillende bijslagen worden socialezekerheidsbijdragen ingehouden[114]. Er zouden dus bijdragebescheiden moeten voor worden opgemaakt. De ontvangst van dergelijke bijslagen moet ook in het inlichtingsblad uitkeringen worden vermeld. Die verschillende bijslagen moeten in aanmerking worden genomen bij de berekening van de verschilregel.

---

109 Artikel 27*quater* van de Arbeidsongevallenwet.

110 Voor de bedragen zie artikel 5 van het Koninklijk besluit van 10 december 1987 betreffende de bijslagen verleend in het kader van de Arbeidsongevallenwet van 10 april 1971.

111 Artikelen 3 en 4 van het Koninklijk besluit van 10 december 1987.

112 Artikel 2 van het Koninklijk besluit van 10 december 1987.

113 Artikel 9 van het Koninklijk besluit van 10 december 1987.

114 Artikel 43 van de Arbeidsongevallenwet.

Onderafdeling 7: Het derde in kapitaal

Het slachtoffer van een arbeidsongeval kan na het verstrijken van de herzieningsperiode vragen dat ten hoogste eenderde van de waarde van de hem toekomende rente als kapitaal wordt uitbetaald[115]. Die aanvraag is alleen gewettigd indien het slachtoffer een graad van blijvende ongeschiktheid heeft van meer dan 19%, van 16% tot en met 19% indien het ongeval vóór 1 december 2003 is geregeld en van 10% tot en met 15% indien het ongeval vóór 1 januari 1997 is geregeld. De aanvraag kan op elk ogenblik na het verstrijken van de herzieningstermijn voor de arbeidsrechtbank worden ingediend. Hoewel er socialezekerheidsbijdragen op het kapitaal worden ingehouden[116], blijkt dat er geen enkele bijdragebon is opgemaakt voor het bedrag van het kapitaal dat het slachtoffer heeft ontvangen. Bij lezing van de bijdragebonnen kan alleen een vermindering van het bedrag van de rente een aanwijzing zijn van de ontvangst door het slachtoffer van een deel van de rente in kapitaal. Een andere informatiebron is het inlichtingsblad uitkeringen.

Aangaande het in aanmerking nemen van het kapitaal bij de berekening van het bedrag dat moet worden verminderd met de daguitkering die door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is verschuldigd, moet het bedrag van de volledige rente vóór aftrek van het kapitaal opnieuw worden samengesteld. Heel vaak heeft het slachtoffer eenderde van de rente als kapitaal ontvangen. Om het bedrag van de volledige rente te krijgen, moet dus het bedrag van de verminderde rente met 3/2 worden vermenigvuldigd.

Conclusie

Men ziet het belang in van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. Die bepaling streeft naar een eerlijke en correcte verdeling van de uitgaven van de sociale zekerheid. De vergoeding van de arbeidsongevallen moet door de wetsverzekeraars worden ten laste genomen en niet door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Om dit doel te bereiken, moeten de verzekeringsinstellingen worden geïnformeerd over het feit dat de schade waarvoor hun optreden wordt gevraagd, een arbeidsongeval betreft. We hopen dat de invoering van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de sector van de arbeidsongevallen en de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging ervoor zal zorgen dat de verzekeringsinstellingen op de hoogte zullen zijn van ieder arbeidsongeval. Door die informatie zullen de verzekeringsinstellingen ook hun subrogatoire vordering kunnen instellen, een vordering waarvan de grondslag door de rechtspraak van het Hof van Cassatie is uitgebreid.

Perrine MAISETTI,
attaché sociaal inspecteur
Dienst voor administratieve controle
RIZIV

---

115 Artikel 45 van de Arbeidsongevallenwet.
116 Artikel 43 van de Arbeidsongevallenwet.