

1<sup>ste</sup> Deel

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



## 2<sup>de</sup> trimester 2017

### 1. Koninklijke besluiten tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.04.2017	30.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 228 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 228 wordt een nieuwe paragraaf 1/1 ingevoegd, waarin gedefinieerd wordt wat onder loon in de zin van artikel 103, § 1, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet moet worden verstaan:

Onder loon, als bedoeld in artikel 103, § 1, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet, wordt beschouwd de vergoeding die rechtstreeks of onrechtstreeks door de werkgever in de arbeidsovereenkomst wordt betaald aan de werknemer in de arbeidsovereenkomst ingevolge een binnen een termijn van twaalf maanden na het einde van de arbeidsovereenkomst gesloten overeenkomst op grond waarvan de vroegere werknemer zich ertoe verbindt om geen personeel of zelfstandige medecontractanten af te werven van zijn vroegere werkgever, hetzij in eigen naam en voor eigen rekening, hetzij in naam en voor rekening van één of meerdere derden, en/of zich ertoe verbindt om geen soortgelijke activiteiten uit te oefenen als dewelke hij uitoefende bij zijn vroegere werkgever, hetzij door zelf een onderneming uit te baten, hetzij door in dienst te treden van een concurrerende werkgever.”

28.04.2017 - Editie 2	27.04.2017	Koninklijk Besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
28.04.2017 - Editie 2	27.04.2017	Koninklijk Besluit tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van de artikelen 154 tot 156 en van de artikelen 159 tot 168 van de programmawet van 19 december 2014

#### Samenvatting van de wijzigingen

Die Koninklijke besluiten zijn bedoeld om de duur van de wachttijd in het kader van de verzekering voor arbeidsongeschiktheid op te trekken van 6 naar 12 maanden voor de arbeidsongeschiktheden die vanaf 1 mei 2017 aanvatten.

16.06.2017	23.05.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 16 december 1963 tot samenstelling van de commissies belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomsten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit:

- wordt artikel 2 vervangen waarin de samenstelling wordt vastgelegd van de commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomst tussen de verpleeg-inrichtingen en de verzekeringsinstellingen
- wordt een artikel 10*bis* ingevoegd waarin de samenstelling van de vertegenwoordiging van alle verzekeringsinstellingen wordt vastgelegd
- worden in artikel 10 de woorden “2, f” geschrapt
- worden de woorden “acht werkende en acht plaatsvervangende leden” vervangen door de woorden “negen werkende en negen plaatsvervangende leden” in 1° en 2° van artikel 14 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

22.06.2017 - Editie 1	12.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
-----------------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit worden in de artikelen 225 en 226*bis* neutraliseringsmaatregelen ingevoerd om het behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast of van gerechtigde zonder gezinslast - alleenstaande - mogelijk te maken, ondanks de verhoging van het bedrag van het minimumpensioen van de zelfstandigen.

De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die, vóór die revalorisatie van het voormelde minimumpensioen op 1 augustus 2016, reeds de hoedanigheid van gerechtigde met persoon ten laste of van met een alleenstaande gelijkgestelde gerechtigde bezat, behoudt die hoedanigheid ondanks de toepassing van de verhoging van het minimumpensioen van de persoon die voornamelijk de gezinslast kan doen ontstaan uit hoofde van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde en die met die gerechtigde samenwoont. Voor de latere toepassing van die neutralisatiemaatregel is het bovendien noodzakelijk dat de gerechtigde zich nog steeds in dezelfde situatie bevindt.

## 2. Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.04.2017 - Editie 1	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 9, c), 11, § 2, en 14, g), van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 9, c) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 424056-424060: “De indicatie die de uitvoering van de verstrekking 424056-424060 rechtvaardigt evenals de resultaten met uittreksel uit de tracés, worden bewaard in het medisch dossier van de patiënte en ter beschikking gehouden van de adviserend arts en van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV.”
- het tweede lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 424233-424244 wordt vervangen door “De verstrekkingen 423010-423021, 423032-423043, 424071-424082, 424093-424104 en 424012-424023 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekking 474250-474261.”

In artikel 11, § 2 worden de rangnummers “431211-431222” in de omschrijving van de verstrekking 355014-355025 opgeheven.

In artikel 14, g) worden de verstrekkingen 431211-431222 en 432235-432246 opgeheven.

25.04.2017	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de tijdelijke tariefaanpassing voor de verstrekkingen CMV en toxoplasma gondii, in afwachting van de aanpassing van de nomenclatuur met betrekking tot de taskforcemaatregel CMV en toxoplasma gondii tijdens de zwangerschap, wordt geannuleerd. De sleutelletterwaarden worden gewijzigd van 0,018575 in 0,031700
- het systematisch screenen op het cytomegalovirus tijdens de zwangerschap wordt niet meer vergoed. Nieuwe verstrekkingen worden gecreëerd om de terugbetaling tijdens de zwangerschap mogelijk te maken bij klinisch vermoeden van een acute CMV-infectie
- er zullen tijdens de zwangerschap maximaal twee screenings op toxoplasma gondii kunnen worden uitgevoerd. Nieuwe verstrekkingen worden gecreëerd voor de screening tijdens de zwangerschap.

25.04.2017	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, c), van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 20, § 1, c) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de rubriek I. Diagnostische handelingen, onder het opschrift Endoscopieën van het spijsverteringsstelsel langs orale weg, wordt in de verstreking 473056-473060 tussen het tweede lid en het derde lid een lid ingevoegd, luidende: “De verstreking wordt maximum een keer per 3 jaar toegekend, tenzij de rechtvaardiging voor een kortere termijn in het verslag van het onderzoek wordt vermeld.”;

2° in de rubriek II. Therapeutische handelingen wordt in de verstreking 473211-473222, vóór het eerste lid een lid ingevoegd, luidende: “De handeling wordt niet uitgevoerd voor een diminutieve poliep ≤ 5 mm in het rectosigmoid.” en wordt in de verstreking 473955-473966, vóór het eerste lid een lid ingevoegd, luidende: “De handeling wordt niet uitgevoerd voor een diminutieve poliep ≤ 5 mm in het rectosigmoid.”

26.04.2017	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 21, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

De omschrijving en de toepassingsregels van de verstreking 532770-532781 (Fotodynamische therapie) worden vervangen.

26.04.2017	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 18, § 2, A), b) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 18, § 2, A), b) wordt een toepassingsregel ingevoegd vóór de toepassingsregel die volgt op de verstreking 442013-442024, luidende: “De beperking “geldig voor drie maanden” geldt niet voor het gebruik van alfa-stralers. In dat geval mag de verstreking maximaal 6 maal worden aangerekend per behandeling.”

26.04.2017	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, h), § 1, I, 4°, en 16 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, h), § 1, I, 4° wordt de toepassingsregel die volgt op de verstreking 246610-246621 als volgt vervangen: “De verstrekkingen 246610-246621, 246595-246606 en 246912-246923 kunnen niet aangerekend worden voor refractieve heelkunde.”

Artikel 16 wordt aangevuld met een paragraaf 6, luidende: “In afwijking van § 5 kan bij de verstrekkingen 246595-246606, 246610-246621, 246632-246643 en 246912-246923 geen operatieve hulp worden aangerekend behalve indien deze verricht wordt door een geneesheer-specialist in opleiding voor oftalmologie.”

19.05.2017 - Editie 2	07.05.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
-----------------------	------------	--

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit worden verduidelijkingen en preciseringen aangebracht in artikel 8 van de nomenclatuur inzake verpleegkunde vanaf 1 juli 2017.

29.06.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 33 <i>bis</i> , § 1, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 33*bis*, § 1, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in A,

- a) wordt de volgende verstrekking na de verstrekking 588556-588560 ingevoegd:  
“589831-589842 Opsporen van de EGFR-mutatie B 8000 (Diagnoseregels 1,13, 128)”;
- b) in de verstrekking aangeduid met de rangnummers “588556-588560” :
  - 1) worden in de omschrijving de woorden “voor therapiekeuze bij het mammacarcinoom in de diagnostische investigatiefase” opgeheven;
  - 2) wordt de betreffende waarde door “B 5000” vervangen;
  - 3) wordt de bepaling “Diagnoseregels 1, 13” aangevuld met de woorden “, 127”;
- c) wordt de betreffende waarde van de verstrekking 587016-587020 vervangen door “B 1800”;
- d) wordt de betreffende waarde van de verstrekking 587031-587042 vervangen door “B 1800”;

2° in de rubriek “Diagnoseregels”,

- a) worden de volgende diagnoseregels toegevoegd:

“127. De verstrekking 588556-588560 mag alleen maar voor de therapiekeuze bij het mamma- of maagcarcinoom worden aangerekend.

128. De verstrekking 589831-589842 mag alleen maar voor de therapiekeuze bij het niet-kleincellig, niet-squamous longcarcinoom worden aangerekend.”;

- b) worden in de regels 1 en 13 de woorden “en 589691-589702” vervangen door de woorden “589691-589702 en 589831-589842”.

29.06.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, § 1, C, I, 24, § 1, 24bis, § 1, en 26, § 8, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 3, § 1, C, I worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE,

- a) wordt, onder het opschrift 2/Urine, de verstrekking 126556-126560 opgeheven;
- b) wordt, onder het opschrift 9/Diversen, de verstrekking 126851-126862 opgeheven.

In artikel 24, § 1, 7 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE,

- a) worden de verstrekkingen 549570-549581, 550211-550222, 550933-550944, 550690-550701, 550712-550723 opgeheven;
- b) wordt de volgende verstrekking vóór de verstrekking 550454-550465 ingevoegd:

“549592-549603 Microscopisch opzoeken van zuur- en alcoholresistente bacillen in een klinisch monster B 250 (Maximum 1)”;

c) in de verstrekking 550476-550480,

- 1) wordt de betreffende waarde “B 400” vervangen door “B 600”;
- 2) worden de woorden “(Cumulatieregels 342)” toegevoegd na de woorden “(Maximum 1)”;

d) in de verstrekking 550491-550502,

- 1) wordt de betreffende waarde “B 600” vervangen door “B 1200”;
- 2) worden de woorden “(Diagnoseregels 123)” na de woorden “(Maximum 1)” toegevoegd;

e) worden de volgende verstrekkingen na de verstrekking 550491-550502 ingevoegd:

“549614-549625 Bepalen van de gevoeligheid van Mycobacterium tuberculosis-complex voor 3 antibiotica van de eerste lijn: Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol B 1000 (Maximaal 1)

549636-549640 Bepalen van de gevoeligheid van Mycobacterium tuberculosis-complex voor Pyrazinamide B 400

(Maximaal 1)”;

2° in de rubriek “Cumulatieregels” wordt de volgende regel toegevoegd:

“342.

De verstrekking 550476-550480 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking 556872-556883.”;

3° in de rubriek “Diagnoseregels”,

- a) worden de regels 67 en 73 opgeheven;
- b) wordt de volgende regel toegevoegd:

“123.

De verstrekking 550491-550502 mag enkel worden aangerekend aan de ZIV op basis van een gemotiveerde aanvraag indien de cultuur positief is voor zuur- en alcoholresistente bacillen en indien de identificatie voor het Mycobacterium tuberculosis-complex negatief is”.

Artikel 24*bis*, § 1 van dezelfde bijlage wordt aangevuld als volgt:

“556872-556883 Opzoeken van nucleïnezuur van Mycobacterium tuberculosis-complex in klinische monsters B 2000 (Maximaal 1) (Cumulregel 342)

De verstrekking 556872-556883 mag enkel worden aangerekend aan de ZIV voor een patiënt die niet behandeld is voor tuberculosis sinds meer dan 7 dagen, indien :

- 1) in het rechtstreeks onderzoek zuur- en alcoholresistente bacillen werden aangetoond;
- 2) of er een sterk klinisch en radiologisch vermoeden is van tuberculosis;
- 3) of het monster op invasieve weg verkregen is (langs bronchoscopische weg, punctievochten, bipten).

De verstrekking 556872-556883 mag maximum 3 maal per jaar worden aangerekend.”

In artikel 26, § 8 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het Koninklijk Besluit van 26 augustus 2010, worden de rangnummers “549570-549581” uit de lijst van verstrekkingen geschrapt.

30.06.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, l) en 15, § 7 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, l) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden in de verstrekking 317295-317306 de volgende wijzigingen aangebracht.

De omschrijving en de toepassingsregels van de verstrekking 312491-312502 worden ingevoegd.

In artikel 15 wordt paragraaf 7 als volgt vervangen: Alle aanvragen met betrekking tot de verstrekking 317295-317306 moeten via de verzekeringsinstelling aan de Technische Tandheeskundige Raad worden gezonden met een formulier dat door de praktiserende is ingevuld en ondertekend en waarvan het model is opgenomen in bijlage 59 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Ze mogen worden aangerekend aan de ZIV indien de Raad daartoe toestemming heeft verleend, ten belope van het door hem vastgestelde bedrag binnen de perken van de voor die toestellen vastgestelde bedragen.”



### 3. 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
20.04.2017 - Editie 2	09.04.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, § 16 <sup>bis</sup> , eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft

#### Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 2 worden de woorden “bedoeld in de artikelen 32 en 33” vervangen door de woorden “bedoeld in artikel 32”
- in artikel 4, tweede lid, worden de woorden “of van het ministerieel besluit van 5 mei 2006” vervangen door de woorden “van het Ministerieel Besluit van 5 mei 2006” en worden de woorden “van het Koninklijk besluit van 10 april 2014 tot vaststelling van de ontvankelijkheidsvoorwaarden, de termijnen en de praktische modaliteiten voor aanvragen tot prijsvaststelling, aanvragen tot prijsverhoging, prijskennisgevingen en (prijs)meldingen van geneesmiddelen, met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties, en grondstoffen, als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht” ingevoegd tussen de woorden “of op basis van de gepubliceerde wetenschappelijke literatuur” en de woorden “is vastgesteld door of gemeld aan de Minister”
- in artikel 7, eerste lid, worden de woorden “van hun SIS-kaart of een daarmee gelijkgesteld attest” opgeheven
- bijlage 1 wordt vervangen.

26.04.2017	09.04.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings, 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 verstrekkings en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen
------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in hoofdstuk I, A, worden in de omschrijving van de verstrekking 771131 de woorden “die houder is van een Diabetespas” geschrapt en worden de bepalingen van de punten 2 en 4 vervangen
- in hoofdstuk I, B, worden in de omschrijving van de verstrekking 771153 de woorden “die houder is van een Diabetespas” geschrapt en worden de bepalingen van de punten 1, 2 en 4 vervangen
- de bepalingen van het hoofdstuk I, C worden geschrapt.

## 4. Andere Koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.04.2017 - Editie 1	27.03.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier

### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit wordt het honorarium geregeld van de huisarts voor het beheer van het globaal medisch dossier voor de patiënten die, tussen het jaar van hun 45<sup>e</sup> verjaardag tot het jaar van hun 75<sup>e</sup> verjaardag, het statuut “chronische aandoening” hadden, en dat op 1 januari 2016.

03.05.2017 - Editie 2	19.04.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen in 2013, 2014 en 2015
-----------------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen, wordt voor het jaar 2013 vastgesteld op 1.631.914 EUR, voor 2014 op 3.255.770 EUR en voor 2015 op 5.843.506 EUR.

08.05.2017	18.04.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit zijn nieuwe vergoedingsvoorwaarden ingevoerd vanaf 1 november 2017.

10.05.2017	23.04.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

Er wordt een artikel *6bis* ingevoegd, luidende als volgt:

“§ 1. Voor de patiënten die recht hebben op een machtiging van de adviserend arts voor de parenterale voeding, wordt een tegemoetkoming van 30 EUR voor de toediening van elektrolyten toegekend op de dagen waarop geen parenterale voeding werd gegeven.

§ 2. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode 751951 die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd.”

Bijlage I wordt vervangen.

19.06.2017	23.05.2017	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 deel I, a) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 24 oktober 2002:

- er worden in hoofdstuk 1, § 1 bepalingen ingevoegd en geschrapt
- er worden in hoofdstuk 1, § 3 bepalingen ingevoegd en geschrapt
- er worden bepalingen geschrapt in hoofdstuk 1, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12 en § 13
- er worden bepalingen geschrapt in hoofdstuk 2, afdeling 2, 1°, b).

19.06.2017	23.05.2017	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 deel I, a) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 24 oktober 2002:

- er worden bepalingen ingevoegd en geschrapt in hoofdstuk 1, § 1
- er worden bepalingen geschrapt in hoofdstuk 2, afdeling 2, 1°, b).

12.06.2017	23.05.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van bijlage II bij 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

Met dit Koninklijk besluit worden de crêpewindels opgenomen in hoofdstuk VI van bijlage II bij 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.

13.06.2017	25.05.2017	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

Met het Koninklijk besluit wordt artikel 1, 3° als volgt vervangen door:

“3° begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen”: gestructureerd en gedocumenteerd verstrekken van informatie en peilen naar de verwachtingen en ervaringen van de patiënt

- i. bij de opstart van een nieuwe geneesmiddelentherapie voor een chronische aandoening of voor een wijziging van farmacologische klasse in het kader van een bestaande chronische aandoening of
- ii. wanneer de patiënt in de loop van de behandeling van zijn chronische aandoening nood heeft aan bijkomende gepersonaliseerde begeleiding of
- iii. bij de aflevering van acute medicatie die een bijzondere opvolging vereist.”

Artikel 4, 1° wordt als volgt vervangen:

“1° de begeleidingsgesprekken voor goed gebruik van geneesmiddelen “inhalatiecorticosteroiden” bij de behandeling van astma, die bestaan uit een informatiegesprek en een opvolgingsgesprek;”

22.06.2017 - Editie 1	14.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten
-----------------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 april 2017 is de lijst van de specialiteiten die in aanmerking komen voor het beschikbaarheidshonorarium, uitgebreid tot de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die door de minister van Volksgezondheid erkend zijn om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

5. Ministeriële besluiten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2017 - Editie 2	14.04.2017	2 ministeriële besluiten tot wijziging van het ministerieel Besluit van 21 november 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
19.05.2017 - Editie 2	15.05.2017	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk Besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
20.06.2017 - Editie 2	16.06.2017	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk Besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
30.06.2017	28.06.2017	1 ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk Besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.05.2017 - Editie 2	15.05.2017	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 I van bijlage I: de §§ 20004, 20005, 20006 en 20007 worden ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	19.04.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" 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 wijzigingen aangebracht in bijlage I: er wordt een opschrift "L.11 Implantaat voor de verankering van externe prothesen" toegevoegd, alsook de vergoedingsvoorwaarden L-§ 29 die met die verstrekking overeenstemmen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	19.04.2017 15.05.2017	2 ministeriële besluiten tot wijziging van hoofdstuk "C. Oto-rino-laryngologie" 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

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de lijst die als bijlage I is bijgevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	16.05.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "H. Gynecologie" 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 wijzigingen aangebracht in de lijst die als bijlage I is bijgevoegd.

6. Verordeningen		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	27.02.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt het formulier C-Form-I-07 gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	20.03.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt het formulier C-Form-02 gewijzigd, het formulier C-Form-I-10 toegevoegd en het formulier C-Form-I-02 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2017	20.03.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden een nieuwe bijlage, de bijlage XII, en het formulier H-Form-I-01 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2017	19.12.2016	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het artikel 23, § 5, wordt als volgt aangevuld: “De verstrekking 312491-312502 die in artikel 14, I van de nomenclatuur is opgenomen, impliceert het opmaken door de zorgverlener van het document voorzien onder bijlage 59*bis*. Het dient door de zorgverlener en de patiënt te worden ondertekend, en wordt in het patiëntendossier bewaard”. Een bijlage 59*bis* wordt ingevoegd (Formulier betreffende het plaatsen van een opbeetplaat 312491-312502).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2017	15.05.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Bijlage 59 wordt vervangen.

## 7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

12.04.2017

**Interpretatieregel 12 betreffende de verstrekkingen van artikel 14, g) (Gynaecologie)** stelt dat de laserbehandeling (vaporisatie) van laaggradige dysplastische laesies, condylomen of ectropion van de baarmoederhals niet mag worden geattesteerd onder het codenummer 353231-353242 K26, 47 Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procedé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumours van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet-traumatische letsels, volledige behandeling, en dat vanaf 1 januari 2012.

Belgisch Staatsblad

12.04.2017

#### Interpretatieregel 19 betreffende de verstrekkingen van artikel 2

Een raadpleging in de kinderneurologie voor een rechthebbende van 15 jaar of ouder wordt op dezelfde manier getarifeerd door alle artsen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie ongeacht hun basisopleiding. De geneesheer die houder is van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie gebruikt de verstrekking 102174 of 102675.

## Belgisch Staatsblad

24.05.2017

In **interpretatieregel 3 betreffende de verstrekkingen van artikel 21** worden de belichtingsvelen voor de verstrekking 532770-532781 Fotodynamische therapie gedefinieerd.

## Belgisch Staatsblad

01.06.2017

**De interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten op basis van imatinib** preciseert in welke paragraaf en onder welke voorwaarden de patiënten die over een toestemming voor vergoeding van Glivec beschikken overeenkomstig paragraaf 2370000, vanaf 1 december 2016 een toestemming kunnen krijgen voor de verderzetting van de vergoeding.

## Belgisch Staatsblad

20.06.2017

**De interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten op basis van bendamustine** bepaalt in welke mate een farmaceutische specialiteit op basis van bendamustine mag worden terugbetaald voor patiënten die lijden aan non-hodgkinlymfoom, indien ze niet in monotherapie wordt toegediend.

## Belgisch Staatsblad

28.06.2017

**Interpretatieregel 12 betreffende de verstrekkingen van artikel 14, h) (Oftalmologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen** preciseert dat de verstrekking 245136-245140 niet kan worden aangerekend voor het plaatsen van meatusbuisjes of punctum plugs. Deze verstrekking is voorbehouden voor het plaatsen van canaliculaire sondes doorheen de traanzak tot in de neus.

De voormelde interpretatieregel heeft uitwerking op 1 januari 2011.

## 8. Akkoorden

Belgisch Staatsblad

Datum

Titel

12.04.2017

27.03.2017

Nationaal Akkoord Artsen - Ziekenfondsen 2017

Op 27 maart 2017 heeft de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor de periode van 27 maart 2017 tot 31 december 2017.

In dat akkoord wordt het volgende bevestigd:

- de bepalingen van het op 22 december 2015 ondertekende akkoord worden niet gewijzigd en blijven van toepassing tot 31 december 2017
- het sociaal statuut is voor 2017 verworven voor de artsen die toegetreden waren tot het op 22 december 2015 ondertekende akkoord en die toetreden tot het nieuwe akkoord dat op 27 maart 2017 is ondertekend.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.05.2017 - Editie 1	12.04.2017	Nationaal Akkoord Tandheelkundigen - Ziekenfondsen

Op 12 april 2017 heeft de Nationale Commissie Tandheelkundigen - Ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten dat voor de jaren 2017 en 2018 geldig is.

### Terugbetaling

- De persoonlijke aandelen van de patiënt blijven ongewijzigd in 2017
- De persoonlijke aandelen zullen ook in 2018 ongewijzigd blijven voor de kinderen, de preventieverstrekingen en de patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming
- De tandverzorging voor kankerpatiënten die soms al met zeer dure behandelingen worden geconfronteerd, zullen beter worden terugbetaald.

### Tarieven

- De honoraria worden aangepast aan de verhoging van de kosten van het materiaal en het instrumentarium
- Er worden maximumtarieven vastgelegd voor bepaalde technische verstrekkingen, bv. voor het gebruik van bioactief materiaal
- De NCTZ zal tegen 1 december 2017 een akkoord moeten vinden over de indexering van de honoraria vanaf 1 januari 2018.

### Gezondheidsdoelstellingen en toegankelijkheid

De NCTZ heeft meer bepaald de volgende doelstellingen vastgelegd:

- toename van het aantal rechthebbenden die tijdens een kalenderjaar een beroep doen op tandheelkundige zorg
- verbetering van de mondgezondheid bij jongeren, jongvolwassenen en voorkeurgerechtigden
- afname van het aantal edentate ouderen van > 65 jaar
- een substantieel aantal patiënten verzorgd aan conventietarieven en toename van verzorging aan conventietarieven
- toename van de elektronische gegevensdeling met zorgverleners en elektronische facturatie
- afstemming van het lokale zorgaanbod (tandartsen en hulpkrachten in de tandartspraktijken) op de zorgnood.

### Mondzorgtraject

Het mondzorgtraject is in 2016 in werking getreden. Het voorziet in een gunstigere terugbetaling voor de patiënten die regelmatig naar de tandarts gaan. Dankzij sensibiliseringscampagnes die de ziekenfondsen eind 2015 hebben gevoerd, heeft de aankondiging van het mondzorgtraject meer patiënten ertoe aangezet om naar de tandarts te gaan. Van 2014 tot 2015 stelt men een toename vast met 10 % van verschillende patiënten die een tandarts hebben geraadpleegd. De NCTZ zullen het mondzorgtraject evalueren in de loop van 2018 en het, als dat nodig is, aanpassen. Regelmatig naar de tandarts gaan blijft een belangrijk aandachtspunt, waarop meer bepaald door de promotie van het mondzorgtraject de aandacht wordt gevestigd.

### **Sociale voordelen**

De Commissie geeft het advies dat die voordelen jaarlijks moeten worden geïndexeerd overeenkomstig de evolutie van het gezondheidsindexcijfer dat op 30 juni van het vorige jaar is vastgesteld.

### **Anti-fraudemaatregelen**

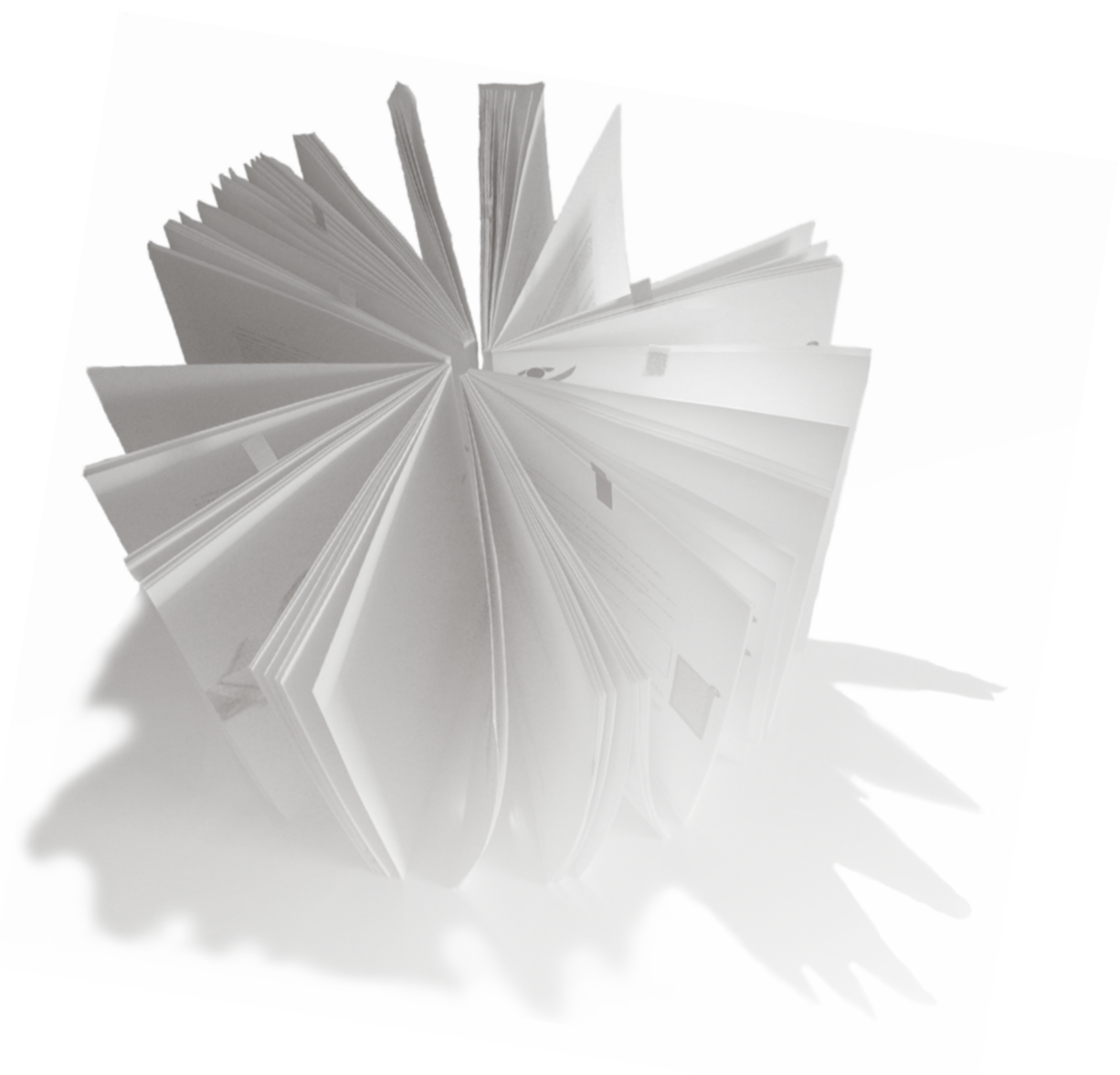
De NCTZ blijft inzetten op anti-fraudemaatregelen teneinde oneigenlijke uitgaven te vermijden. Bijgevolg neemt ze meer bepaald deel aan het "Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017":

- de NCTZ zal tijdens de duur van dit akkoord een datum voorstellen voor de verplichte verificatie van de identiteit via elektronische lezing bij elektronische facturatie
- de NCTZ zal ook haar volle medewerking verlenen aan de methodiek van patiëntenprofielen, dit met het oog op de uitwerking van een methodologie evenals wat het vaststellen van de drempelwaarden betreft
- correcte en consequente toepassing van de regelgeving met betrekking tot het vermelden van de tandnummers op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

De NCTZ zal binnen het kader van dit Nationaal Akkoord bijkomende initiatieven nemen teneinde de doelmatige zorg te versterken en fraude tegen te gaan:

- ze herneemt het standpunt rondom het systematisch niet-innen van het persoonlijk aandeel (zie vorig Nationaal akkoord). De NCTZ stelt als norm dat elke tandheeskundige in ten minste 70 % van alle door de tandheeskundige geattesteerde verstrekkingen het volledige persoonlijke aandeel moet aanrekenen
- neemt het initiatief tot de uitvoering inzake de reductie van cashbetalingen en de verplichte prijsraming
- is van oordeel dat een vaststelling van een graad van herhaald attesteren op eenzelfde tand in een kalenderjaar van meer dan 12 % een indicator is voor mogelijke fraude
- heeft vernomen dat sommige softwarepakketten de potentieel attesteerbare prestaties (voor dat kalenderjaar) automatisch aanduiden. De NCTZ wil dergelijke functionaliteiten tegengaan en zal hiertoe de gepaste maatregelen nemen in de loop van dit akkoord.

2<sup>de</sup> Deel  
Rechtspraak



## I. Arbeidshof van Brussel (8<sup>e</sup> k.), 18 januari 2017

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de  
verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en  
uitkeringen, artikel 34, 12<sup>o</sup>

Ministerieel Besluit van 6 november 2003, artikel 16, § 3  
Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende  
de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, artikelen  
21 *quater* en 21 *sexies*

*De prestaties die worden verricht door een persoon welke het visum van de FOD Volksgezondheid niet werd verleend, kunnen niet in aanmerking worden genomen voor de controle op de tewerkstelling van twee voltijds equivalenten verpleegkundigen.*

*Aangezien dat argument niet onmiddellijk werd ingeroepen, kan niet worden besloten dat daarvan werd afgezien; de materie is immers van openbare orde.*

A.R. 2014/AB/179  
RIZIV/R.F. sa

...

### I. Faits et antécédents

**1.** La résidence F. est une maison de repos pour personnes âgées (MRPA). Elle est agréée pour 42 lits. Elle a ouvert le 3 novembre 2008 et son agrément provisoire lui a été confirmé, le 18 novembre 2008.

Elle bénéficie du financement de l'INAMI. Entre le 3 novembre 2009 et le 8 février 2012, l'INAMI a adressé divers courriers fixant le montant de ce financement (voir Partie II du dossier de pièces de la résidence).

**2.** Le 14 octobre 2011, l'INAMI a adressé à la R.F., le courrier suivant :

*“Dans le cadre de la régularisation du montant forfaitaire octroyé à votre établissement pour les trois premiers trimestres de votre activité, nous avons procédé à une vérification approfondie des données communiquées via notre application internet. Sur base des constats, nous avons décidé d'examiner l'ensemble des trimestres confirmés. Et lors de ces contrôles, nous avons constaté que, pour certaines personnes, les jours et/ou les heures mentionnées dans notre application ne correspondent pas aux données de la déclaration ONSS. Vous trouverez, ci-dessous, les discordances constatées : (...)  
Il est également apparu que certains prestataires de soins ne disposent pas de la qualification renseignée ou ne sont pas enregistrés comme le prévoit notre législation.*

*Or, pour pouvoir être pris en considération dans les normes de personnel, ils doivent obligatoirement disposer d'un numéro d'enregistrement attribué par l'INAMI et/ou par le SPF Santé publique. (...)*

*Nous vous informons que de nouveaux décomptes finaux seront recalculés en fonction de ces nouveaux éléments et ce aussi bien pour les mesures en matière de dispense de prestations de travail et de fin de carrière que pour l'harmonisation des barèmes. Les montants des différentes interventions forfaitaires feront également l'objet de révisions.” (voir pièce 1)*

Le 8 décembre 2011, la R.F. a transmis ses observations à l'INAMI.

**3.** Par courrier recommandé du 28 juin 2012, l'INAMI a communiqué à la R.F. sa décision finale précisant notamment :

*"Pour les discordances constatées entre les données introduites dans l'application internet et celles déclarées à l'ONSS, nous prenons acte des modifications que vous avez acceptées. Pour les autres, à l'exception de votre remarque concernant les prestations de C.M., nous maintenons nos changements. (...)*

*Un récapitulatif de toutes les modifications se trouve en annexe de la présente.*

*En application de l'article 174 de la loi coordonnée du 14 juillet 2004 et en fonction de tous les éléments repris dans cette lettre, tous les décomptes finaux seront recalculés et ce aussi bien pour le financement de l'harmonisation des barèmes que pour celui des mesures de fin de carrière. Ces documents vous parviendront par courrier séparé.*

*Il sera également procédé au recalcul du montant de l'intervention forfaitaire, et ce depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Tous ces nouveaux prix sont joints à ce courrier." (voir pièce 3)*

Par divers courriers datés du 28 juin 2012 (voir Partie III du dossier de pièces de la résidence), l'INAMI a transmis à la R.F. les modifications apportées dans les montants de l'allocation forfaitaire octroyée ainsi que de l'allocation partielle pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 décembre 2012.

**4.** Par requête du 13 juillet 2012, la R.F. a demandé au Tribunal du travail de Bruxelles, l'annulation des décisions du 28 juin 2012 par lesquelles l'INAMI a réduit ses allocations journalières forfaitaires pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 décembre 2012.

Elle demandait donc le rétablissement des décisions antérieures qui avaient fixé le financement à un montant total de 603.371,60 EUR.

Le Tribunal du travail de Bruxelles a, dans son jugement du 10 janvier 2014, ordonné la réouverture des débats.

Le tribunal a considéré, notamment, ce qui suit :

*"1) La prise en compte du nombre de lits agréés plutôt qu'effectifs est tout simplement contraire au sens commun lorsque - comme en l'espèce - celui-ci est inférieur à celui-là (et pouvant même entraîner un effet pervers que certaines institutions finissent par faire agréer moins de lits qu'elles n'en ont en réalité) et ne peut être ici pris en compte;*

*2) Le refus de prise en compte du personnel fonctionnant en convention d'insertion professionnelle paraît, quant à lui, justifié par la nécessité évidente d'une réelle formation qualifiée et certifiée par un diplôme acquis et reconnu;*

*3) L'invocation du délai d'un an, allégué par l'Institue{t} revient à ignorer l'adage patere legem quam ipse fecist, puisque, reniant ses cinq propres courriers (...), il modifie unilatéralement a posteriori les conditions financières qu'il y avait lui-même fixé;".*

**5.** L'INAMI a fait appel du jugement par une requête reçue au greffe le 24 février 2014.

## II. Objet de l'appel et des demandes

**6.** L'INAMI demande à la cour du travail de déclarer la demande originaire non fondée et de rétablir ses décisions du 28 juin 2012.

**7.** La R.F. demande à la cour du travail,

- à titre principal :

de dire que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 suppose à la fois que la maison de repos n'héberge pas un certain nombre de cas lourds et qu'elle ne dispose pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier,

de constater qu'elle occupait, pendant les périodes de référence, les 2 équivalents temps plein de personnel infirmier nécessaires,

de constater aussi en ce qui concerne le forfait de l'année 2010, que les décisions de l'INAMI ne sont pas adéquatement motivées au fond et en la forme et ont été adoptées en violation du principe général du délai raisonnable,

- à titre subsidiaire :

de dire pour droit que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, en ce qu'il applique indistinctement une même réduction d'allocations aux institutions répondant à ses conditions d'application, sans tenir compte de la plus ou moins grande importance du déficit de personnel constaté, est disproportionné et doit, par conséquent être écarté sur la base de l'article 159 de la Constitution, de telle sorte que les décisions du 28 juin 2012 sont privées de base légale,

- en conséquence :

d'annuler les décisions de l'INAMI datées du 28 juin 2012 et de condamner l'INAMI à maintenir les allocations initialement octroyées.

## III. Discussion

### A. Le cadre juridique et l'objet de la discussion

**8.** L'article 34 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance soins de santé et indemnités définit les prestations de santé.

Parmi ces prestations figurent celles qui sont fournies par les maisons de repos et de soins agréées (art. 34, 11<sup>o</sup>) ainsi que celles qui sont fournies par les maisons de repos pour personnes âgées (art. 34, 12<sup>o</sup>).

Sur base de l'article 35, alinéa 4, de la loi coordonnée, l'article 147, § 3, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 précise que l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations fournies par les maisons de repos pour personnes âgées consiste en une allocation journalière, appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Sur la même base, les articles 148 et 150 de l'arrêté royal d'exécution fixent, respectivement pour les maisons de repos et de soins et pour les maisons de repos pour personnes âgées, des catégories de bénéficiaires suivant leur degré de dépendance.

Selon l'article 37, § 12, de la loi coordonnée, le Ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11<sup>o</sup>, 12<sup>o</sup> et 13<sup>o</sup> de la loi coordonnée.

L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 12<sup>o</sup>, a, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, été fixée par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

**9.** L'allocation comprend plusieurs parties, dont une partie A1 qui correspond au "financement du personnel normé selon les dispositions du chapitre II".

Selon l'article 17 de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, dans la version applicable en l'espèce,

*"Le montant de base du financement du personnel normé est égal à : la somme du nombre d'équivalents temps plein dans une qualification précise x le coût salarial de cette qualification où :*

- *le nombre d'équivalents temps plein est fixé en application des articles 8, 9, 11, 14, 15 et 16*
- *le coût salarial est fixé en application des articles 13 et 16, § 2.*

*Le cas échéant, ce montant est réduit selon les dispositions de l'article 12, sauf en cas d'application des dispositions de l'article 16, § 2 ou § 3.*

*Le montant du financement du personnel normé par jour et par bénéficiaire s'élève à : Montant de base du financement du personnel normé/nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence (....)"*

**10.** En pratique, pour avoir droit à la partie A1, la maison de repos doit ainsi établir qu'elle occupait pendant la période de référence, un nombre d'équivalents temps plein correspondant à ce que prévoit le chapitre II de l'arrêté ministériel.

La période de référence court du 1<sup>er</sup> juillet de l'année J au 30 juin de l'année J + 1, tandis que l'année de facturation (c.-à-d. la période d'octroi de l'allocation), court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année J + 2.

En l'espèce, le litige concerne les années de facturation 2010, 2011 et 2012. Les périodes de référence courent donc respectivement :

- du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 30 juin 2009 (pour l'année de facturation 2010)
- du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 30 juin 2010 (pour l'année de facturation 2011)
- du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 30 juin 2011 (pour l'année de facturation 2012).

Il ressort des conclusions d'appel que la norme dont l'application est au cœur du litige, est l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel qui dans la version applicable en l'espèce, précisait :

- “§ 3. Dans les institutions qui, au cours de la période de référence, n'hébergent pas en moyenne au moins 10 patients classés dans la catégorie B et/ou C, ou qui n'hébergent pas en moyenne au moins 40 % de patients classés dans la catégorie B et/ou C par rapport au nombre moyen de lits agréés, et qui ne disposent pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, le financement, visé à l'article 17, du personnel normé est fixé en tenant compte de la moitié du financement de la norme visée à l'article 2 pour les catégories B et C.”.

Il résulte de ce texte que si la maison de repos n'héberge pas au moins 10 pensionnaires de catégories B, C, Cc, Cd ou D et/ou que ces 10 pensionnaires ne représentent pas 40 % du nombre de lits, pour lequel elle est agréée, le financement est celui qui correspond :

- à l'article 17 si elle dispose en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier
- à l'article 17 mais avec un financement *réduit de moitié pour les catégories B et C*, si elle ne dispose pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

**11.** En l'espèce, il n'est pas contesté que la R.F. qui n'héberge que peu de cas lourds, n'héberge pas au moins 10 pensionnaires de catégories B, C, Cc, Cd ou D qui représenteraient au moins 40 % du nombre de lits pour lequel elle est agréée.

Les parties sont d'accord pour dire que le litige se limite donc à la question de savoir si la R.F. occupait pendant les périodes de référence, au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

S'il est répondu positivement à cette question, il y a lieu de confirmer le financement qui a été accordé; s'il y est répondu négativement, il faut faire application de l'article 16, § 3 : le financement dû est alors celui de l'article 17, mais avec réduction de moitié pour les catégories B et C.

L'impact de cette réduction est très significatif (la cour se réfère aux tableaux repris en pp. 16 et 17 des dernières conclusions de la résidence); pour la période de facturation du 1<sup>er</sup> juillet 2010 au 31 décembre 2012, au lieu d'un financement de 603.371,6 EUR, elle n'aurait droit qu'à 366.855,9 EUR.

Dans la mesure où l'occupation de “cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation”, semble admise, la discussion ne porte en réalité que sur la question de savoir si pendant les périodes de référence, la R.F. occupait *au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier*.

## B. Occupation de deux praticiens de l'art infirmier

**12.** Actuellement, l'INAMI concentre son argumentation sur le fait que plusieurs infirmiers occupés pendant les périodes de référence, ne disposaient pas du visa du SPF Santé publique, de sorte que leur occupation ne pouvait pas être prise en compte pour voir si le seuil de deux équivalents temps plein était atteint.



Il s'agit des infirmiers suivants :

- T.K.O. qui a obtenu son visa le 22 avril 2014
- J.N. qui a obtenu son visa le 15 juillet 2011
- M.A.D.G. qui a obtenu son visa le 10 décembre 2010
- O.D. qui a obtenu son visa le 5 septembre 2010
- M.E.N. qui n'a pas obtenu de visa
- R.N. qui n'a pas obtenu de visa.

La R.F. soutient que l'absence de visa est sans incidence, s'agissant d'une condition qui ne concerne pas l'employeur, mais aussi que l'argument est invoqué tardivement par l'INAMI.

**13.** En vertu de l'article 21<sup>quater</sup> de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé :

*"Nul ne peut exercer l'art infirmier ( ... ) s'il n'est porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions fixées par l'article 21<sup>sexies</sup>".*

En vertu de l'article 21<sup>sexies</sup>, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 :

*"Les praticiens visés à l'article 21<sup>quater</sup> ne peuvent exercer l'art infirmier que s'ils ont préalablement fait viser leurs titres par la Commission médicale prévue à l'article 36 et compétente en raison du lieu où ils comptent s'établir.*

*Lors de la formalité du visa, la commission procède à l'enregistrement de l'intéressé conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier.*

*Le visa est octroyé contre paiement d'une redevance. Le Roi fixe les montants et les modalités de paiement de cette redevance".*

Ces textes sont clairs : le visa est une formalité sans laquelle une personne ne peut pas exercer l'art infirmier en Belgique.

C'est dès lors à juste titre que l'INAMI considère que les prestations effectuées par une personne qui ne dispose pas du visa prévu par l'article 21<sup>sexies</sup>, de l'arrêté royal n° 78, ne peuvent être prises en compte pour la vérification de l'occupation de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier : ces personnes qui ne peuvent exercer l'art infirmier, peuvent compter comme autre personnel de soin ou de réactivation mais pas comme personnel infirmier.

Il est indifférent que l'absence de visa ne donne pas lieu à sanction à charge de l'employeur : il appartient à celui-ci, s'il souhaite que les prestations puissent être comptabilisées au titre du personnel infirmier, de s'assurer que le personnel qu'il engage, se trouve dans les conditions légales d'exercice de cette profession; or, tel n'est pas le cas d'un infirmier qui ne satisfait pas à l'article 21<sup>sexies</sup>.

C'est vainement que la R.F. fait valoir que l'argument tiré du défaut de visa est invoqué tardivement : la matière étant d'ordre public, l'INAMI n'est pas susceptible d'avoir renoncé à cet argument en ne l'ayant pas invoqué immédiatement le cas échéant, cet argument aurait d'ailleurs pu être soulevé d'office par le tribunal ou la cour du travail.

## C. Conséquences

**14.** De ce que les prestations effectuées par les infirmiers avant qu'ils aient disposé du visa, ne peuvent être prises en compte, il découle non seulement que la plupart des rectifications de prestations proposées par la R.F. ne peuvent être prises en considération mais aussi qu'il y a lieu d'éliminer du décompte une série de prestations qui ont été déclarées par la résidence et qui, en réalité, étaient antérieures à l'obtention du visa.

C'est ainsi que pour les périodes de référence antérieures au 30 juin 2011, aucune prestation d'infirmier ne peut être comptabilisée pour Madame T.K.O., pour Madame J.N., pour Madame M.E.N. et pour Madame R.N. qui, soit n'ont pas obtenu leur visa, soit l'ont obtenu après le 30 juin 2011.

Il apparaît ainsi que peuvent seulement être prises en compte, les prestations mentionnées dans les tableaux dont question au point 4.4. (pp. 17-18) des dernières conclusions de l'INAMI.

La différence entre l'occupation théorique de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier et la réalité qui, après élimination des prestations effectuées par des infirmiers sans visa, est respectivement pour les différentes périodes de référence de 1,174; 1,111 et 1,032 équivalent temps plein, est donc très significative.

Les rectifications proposées par la R.F. sont, soit sans pertinence car elles concernent des prestations de personnes sans visa (voy. en particulier, les rectifications effectuées pour Madame T.K.O., Madame J.N. et Monsieur A.D.G. avant le 4<sup>e</sup> trimestre 2010), soit largement insuffisantes pour compenser la révision découlant de l'élimination des prestations effectuées sans visa.

Dans ces conditions, conformément à l'argumentation de l'INAMI reprise dans ses dernières conclusions d'appel, la cour décide de confirmer les décisions du 28 juin 2012.

**15.** C'est à tort que la R.F. invoque une violation du principe du délai raisonnable, de l'obligation de motivation formelle, du principe de proportionnalité ou encore des principes d'égalité et de non-discrimination :

- a) Il ne résulte d'aucune disposition légale que la vérification des déclarations effectuées quant à l'occupation du personnel, doit être faite par l'INAMI dans un délai déterminé et doit nécessairement intervenir dans un délai plus court que le délai de prescription.

En l'espèce, les échanges de correspondance intervenus avant les décisions litigieuses établissent, du reste, que l'INAMI a exercé ses pouvoirs de contrôle dans un délai relativement bref, et en tout cas, dans un délai raisonnable.

- b) Les décisions du 28 juin 2012 contenaient une motivation suffisamment précise, ayant permis à la R.F. d'en connaître le fondement, en droit et en fait.

La circonstance que dans le cadre du débat judiciaire de nouveaux arguments ont été avancés et ont finalement été retenus, est sans incidence.

Dans la mesure où la cour exerce un contrôle de pleine juridiction avec pouvoir de substitution, l'éventuelle inadéquation de la motivation initiale ne peut faire obstacle à ce que la cour se prononce sur les droits et obligations des parties en tenant compte de l'évolution des arguments.

- c) L'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 ne prévoit pas une sanction mais une modalité de calcul particulière de l'allocation dans l'hypothèse où les normes de personnel ne sont pas respectées.

Le principe de proportionnalité n'est dès lors pas applicable.

Il n'y avait donc pas lieu de prévoir un affinement des modalités de calcul de manière à ce que la diminution du financement soit proportionnelle à la mesure dans laquelle les normes de personnel n'ont pas été atteintes.

d) Enfin, sur la question de savoir si le Ministre n'a pas violé les articles 10 et 11 de la Constitution en adoptant des règles de calcul trop générales, la Cour rappelle que, se référant à la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, elle a décidé à propos d'autres dispositions de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 :

*"De manière générale, une norme peut, sans violer les articles 10 et 11, de la Constitution appréhender la diversité des hypothèses de manière forfaitaire, sans entrer dans le détail des situations individuelles, mais par le recours à des catégories qui ne correspondent à la réalité qu'avec un certain degré d'approximation. Des raisons d'efficacité, de coût ou d'organisation administrative peuvent justifier le recours à de telles approximations"* (Cour trav., 13.10.2010, 2007/AB/49679 et jurisprudence citée, [www.juridat.be](http://www.juridat.be)).

La circonstance que l'article 16, § 3, de l'arrêté ministériel traite de manière uniforme le fait de ne pas atteindre les normes de personnel ne permet pas de conclure à une violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Pour autant que de besoin, il y a lieu de ne pas perdre de vue qu'en réalité, pendant les périodes de référence litigieuses, la résidence était assez éloignée d'une occupation de deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

**16.** En conséquence, l'appel de l'INAMI est fondé.

**POUR CES MOTIFS,**

**La Cour du travail,**

Statuant contradictoirement;

Déclare l'appel recevable et fondé;

Dit les demandes de la R.F. non fondées,

Confirme les décisions de l'INAMI du 28 juin 2012,

Réforme en conséquence le jugement dont appel,

Condamne la R.F. aux dépens liquidés à 1.320 EUR à titre d'indemnité de procédure par instance.

...

## II. Arbeidshof van Luik, 20 juni 2017

Wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde, artikel 23

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, artikel 328 - Begrip “overmacht”

*Overmacht kan niet worden ingeroepen wanneer uit de neergelegde stukken blijkt dat de tegenpartij gedurende de periode waarin het beroep kan worden ingesteld, namelijk binnen drie maanden na de kennisgeving van de beslissing of na de kennisneming van de beslissing door de sociaal verzekerde zonder kennisgeving, andere administratieve stappen heeft gezet. Bijgevolg is het beroep onontvankelijk omdat het te laat is ingesteld.*

A.R. nr. 2016/AN/14 en 2016/AN/15

RSVZ/D.E., V.I., RIZIV en RIZIV/D.E., RIZIV, V.I.

...

### I. Les antécédents du litige

1. La première décision ouvrant le litige a été prise le 12 septembre 2013.

L'O.A. a informé Monsieur E., que l'indemnisation de son incapacité de travail à raison de 32,73 EUR par jour lui serait allouée à partir du 28 juin 2013. Cette décision faisait suite à une décision antérieure du médecin conseil de l'O.A. refusant d'autoriser le travail de Monsieur E. pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 28 juin 2013.

Le premier recours formé par Monsieur E., par une requête du 21 mars 2014, était dirigé contre l'O.A. Monsieur E. sollicitait l'indemnisation de son incapacité de travail du 1<sup>er</sup> mars 2012 au 28 juin 2013.

2. La deuxième décision litigieuse a été prise par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ci-après l'INAMI, le 9 octobre 2014. L'INAMI a refusé à Monsieur E. la suspension de la prescription pour raison de force majeure.

Par une requête du 30 avril 2015, Monsieur E. a contesté cette décision, sollicité la levée de la prescription et d'être indemnisé en raison de son incapacité de travail pour la période du 29 février au 31 mars 2012.

3. La troisième décision contestée a été adoptée le 7 avril 2015 par l'Institut national d'assurance sociale pour travailleurs indépendants ci-après l'INASTI. L'INASTI a refusé d'assimiler la période de maladie ou d'invalidité allant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013 à une période d'activité en qualité de travailleur indépendant. L'INASTI s'est fondé pour ce faire sur la considération que, pendant la période en cause, Monsieur E. était resté mandataire et associé actif de la sprl A.

Par une requête du 22 juin 2015, Monsieur E. a contesté cette décision et sollicité l'assimilation qui lui était refusée.

4. Par un jugement du 18 décembre 2015, rendu par défaut de toutes les défenderesses, le tribunal a joint les demandes de Monsieur E. Il les a déclarées recevables et fondées.

Il a ainsi déclaré la prescription suspendue pour cause de force majeure. Il a condamné l'INAMI à autoriser l'O.A. à payer à Monsieur E. les indemnités d'incapacité de travail du 29 février au 31 mars 2012, majorées des intérêts. Il a condamné l'INASTI à assimiler toute la période d'incapacité puis d'invalidité à partir du 20 décembre 2011 à des périodes d'activité professionnelle.

Il a dit le jugement exécutoire par provision et a condamné chaque partie défenderesse à 120,25 EUR de dépens.

5. Par son appel, l'INASTI sollicite la réformation du jugement en ce qu'il accorde à Monsieur E. le bénéfice de l'assimilation sans discontinuer à partir du 20 décembre 2011. Il demande la confirmation de sa décision du 7 avril 2015 refusant cette assimilation du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013.

6. Par un autre appel principal, l'INAMI demande la réformation du jugement en ce qu'il a dit la demande de Monsieur E. relative à la période du 29 février au 31 mars 2012 recevable et fondée.

## II. Les faits

7. Le 29 décembre 2005, Monsieur E. a constitué, avec Madame D. F., la sprl A. Lors de l'assemblée générale de constitution, Monsieur E. a été désigné comme gérant avec un mandat rémunéré.

8. Le 20 décembre 2011, Monsieur E. a été victime d'un accident entraînant une incapacité de travail.

9. Le 20 août 2013, l'O.A. a reconnu l'incapacité de travail de Monsieur E., à partir du 20 décembre 2011.

Le 12 septembre 2013, l'O.A. a adopté la première décision qui ouvre le litige, indemnisant Monsieur E. pour son incapacité de travail à partir du 28 juin 2013.

10. Le 12 novembre 2013, le médecin-conseil de l'O.A. a autorisé Monsieur E. à exercer une activité pendant son incapacité de travail, à raison de six heures par semaine.

11. Le 16 décembre 2013, Monsieur E. a sollicité de l'O.A. l'assimilation de ses périodes de maladie à des périodes d'activité.

12. Le 7 mai 2014, l'O.A. a accepté d'indemniser l'incapacité de travail depuis le 20 décembre 2011, sous réserve d'une réduction de 10 % en raison de la déclaration tardive de l'incapacité de travail et de la prescription.

13. Le 24 juillet 2014, l'O.A. a demandé à l'INAMI, en faveur de Monsieur E., la suspension de la prescription pour force majeure, pour la période du 29 février au 31 mars 2012.

Le 9 octobre 2014, l'INAMI a pris la deuxième décision litigieuse, refusant la suspension de la prescription. Cette décision a été notifiée à Monsieur E. par un envoi recommandé du même jour (pièce 2 du dossier de l'INAMI).

14. Le 7 avril 2015, l'INASTI a pris la dernière décision attaquée.

### III. La position des parties

#### La position de l'INASTI

15. L'INASTI maintient que Monsieur E. a exercé une activité professionnelle pendant la période pour laquelle il sollicite l'assimilation. Il était en effet gérant unique de la sprl A. et a perçu des rémunérations à ce titre. L'exercice d'un mandat suffit à créer une présomption d'exercice d'une activité indépendante. Par ailleurs, les revenus perçus provenaient de ce mandat. Même le mandat de liquidateur qu'a exercé Monsieur E. suffisait à conclure à l'exercice d'une activité.

Par conséquent, la condition de cessation d'activité n'était pas remplie.

#### La position de l'INAMI

16. L'INAMI considère que le recours de Monsieur E. contre sa décision de refus de suspension de la prescription est irrecevable car tardif.

Il considère que Monsieur E. ne démontre aucune force majeure qui justifierait cette tardiveté.

#### La position de l'O.A.

17. L'O.A. n'a pas conclu ni comparu.

#### La position de Monsieur E.

18. Dans le cadre du recours dirigé contre l'INAMI et portant sur l'indemnisation de la période du 29 février au 31 mars 2012, Monsieur E. demande la confirmation du jugement. Il fait valoir qu'il n'était pas dans un état médical et psychologique lui permettant de contester dans le délai légal la décision prise par l'INAMI le 9 octobre 2014. Le cas échéant, il sollicite que cet état puisse être prouvé par une expertise médicale.

19. Dans le cadre du recours portant sur l'assimilation des périodes d'incapacité, Monsieur E. demande également la confirmation du jugement. Il fait valoir que son état de santé était tel qu'il n'a pu exercer aucune activité pendant la période en cause. Il renvoie notamment à ses fiches fiscales qui montrent l'absence de perception de revenus, hormis des avantages de toute nature ou des montants reçus dans le cadre d'une assurance de groupe.

### IV. La décision de la Cour

#### La connexité

20. Les appels de l'INASTI et de l'INAMI doivent être joints pour connexité. Les exigences de l'administration d'une bonne justice commandent en effet que ces appels, dirigés tous deux contre le même jugement, soient jugés en même temps.

#### La recevabilité des appels

21. Le jugement attaqué a été notifié le 22 décembre 2015. Les appels formés les 20 et 22 janvier 2016 l'ont été dans le délai d'appel prescrit à l'article 1051 du Code judiciaire.

Les autres conditions de recevabilités des appels sont remplies.

22. Les appels sont recevables.

### L'appel de l'INAMI

23. L'appel de l'INAMI porte sur le second recours de Monsieur E., ayant pour objet la suspension de la prescription en vue du paiement des indemnités d'incapacité de travail afférentes à la période du 29 février au 31 mars 2012.

24. Cette demande de suspension de la prescription, fondée sur la base des articles 174, alinéa 5, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et 328 de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996, a fait l'objet de la décision régulière de l'INAMI du 9 octobre 2014, notifiée le même jour à Monsieur E.

25. Conformément à l'article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social, sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale compétentes en matière d'octroi, de paiement ou de récupération de prestations, doivent, à peine de déchéance, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification.

Il n'existe pas de délai spécifique plus favorable, le délai prévu par l'article 167 de la loi du 14 juillet 1994 précitée étant de un mois.

26. Formé le 30 avril 2015, le recours de Monsieur E. contre la décision du 9 octobre 2014 l'a été en dehors du délai de trois mois visé au point qui précède.

27. Par ailleurs, les pièces déposées par Monsieur E., si elles font état de difficultés médicales, ne suffisent pas à convaincre de l'existence d'une situation de force majeure, ininterrompue pendant les trois mois ayant suivi la notification de la décision du 9 octobre 2014, justifiant qu'aucun recours n'ait été formé. Au contraire, ces pièces n'expliquent pas de manière claire quelle période elles visent. De même, l'INAMI avance sans être contredit que Monsieur E. a accompli, pendant les trois mois en cause, un certain nombre d'autres démarches administratives de sorte que la cour n'aperçoit pas pourquoi il aurait été incapable d'introduire également un recours contre la décision en cause.

Dans ces conditions, la force majeure invoquée par Monsieur E. n'est pas établie. Monsieur E. ne soulève pas non plus une contestation médicale suffisante pour justifier une mesure d'expertise à ce sujet.

28. La demande originaire de Monsieur E. visant à se voir accorder la suspension de la prescription pour le paiement des indemnités pour la période du 29 février au 31 mars 2012 est par conséquent irrecevable.

29. L'appel de l'INAMI est fondé.

### L'appel de l'INASTI

30. L'appel de l'INASTI porte sur la possibilité, refusée par la décision du 7 avril 2015, pour Monsieur E. de bénéficier de l'assimilation à une période d'activité de son incapacité de travail pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013.

Il s'agit de la période visée par la demande originaire de Monsieur E. C'est incontestablement en statuant *ultra petita* que le tribunal paraît s'être prononcé sur une période ultérieure. Il doit en toute hypothèse être réformé sur ce point.

31. Selon l'article 28, § 3, de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, sauf les exceptions que ce texte prévoit et qui ne sont pas applicables à l'espèce, aucune période ne peut être assimilée si l'intéressé a exercé au cours de celle-ci une activité professionnelle. De même une période assimilée prend fin si l'intéressé reprend une activité professionnelle.

L'activité professionnelle au sens de cette disposition a le même sens que l'activité au sens de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants. Les présomptions d'exercice d'une activité professionnelles établies dans le cadre de ce dernier texte, et notamment celles déduites de l'exercice d'un mandat dans une société commerciale, valent également pour l'application de l'article 28, § 3, de l'arrêté royal du 22 décembre 1967<sup>1</sup>.

32. Selon l'article 3, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal n° 38 précité, on entend par travailleur indépendant toute personne physique, qui exerce en Belgique une activité professionnelle en raison de laquelle elle n'est pas engagée dans les liens d'un contrat de louage de travail ou d'un statut. Est présumée, jusqu'à preuve du contraire, se trouver dans les conditions d'assujettissement, toute personne qui exerce en Belgique une activité professionnelle susceptible de produire des revenus visés à l'article 23, § 1<sup>er</sup>, 1° ou 2°, ou à l'article 30, 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992.

L'alinéa 4 du même texte, dans sa version applicable au moment des faits de la cause, prévoyait que, sans préjudice des dispositions de l'article 13, § 3 - qui n'est pas applicable à l'espèce, les personnes désignées comme mandataires dans une société ou association assujettie à l'impôt belge des sociétés ou à l'impôt belge des non-résidents étaient présumées, de manière irréfragable, exercer, en Belgique, une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant. Cette règle n'était pas seulement une présomption d'exercice d'une activité indépendante, elle présumait également que le lieu d'exercice de cette activité est la Belgique<sup>2</sup>.

33. Selon la Cour constitutionnelle, les exigences d'égalité et de non-discrimination imposaient que cette présomption soit susceptible de preuve contraire, sauf pour les mandataires qui gèrent une société belge de l'étranger<sup>3</sup>. La Cour constitutionnelle a justifié cette exception, c'est-à-dire le maintien de la règle, par la considération que "son caractère irréfragable a pu être jugé nécessaire, pour garantir, comme l'indique le rapport au Roi précité, l'assujettissement au statut social des indépendants de mandataires qui gèrent de l'étranger des sociétés ayant leur siège en Belgique, l'autorité ne disposant pas, vis-à-vis de ces personnes, des renseignements et des pouvoirs dont elle dispose vis-à-vis de celles qui gèrent en Belgique de telles sociétés".

Le droit européen et la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne rendaient également la présomption réfragable pour les activités de gestion d'une société soumise à l'impôt d'un État membre exercées à partir d'un autre État membre<sup>4</sup>.

1. Voy. Cass., 21.03.1983, Pas., p. 789 ; Cass. 24.12.1979, Pas., 1980, 1, p. 504 ; C. trav. Bruxelles, 07.09.2011, R.G. 2009/AB/52793, Juridat ; C. trav. Bruxelles 11.09.2009, R.G. 43.178 ; C. trav. Bruxelles, 08.01.2010, R.G. n° 2007/AB/49.796 ; C. trav. Mons, 29.06.1994, R.G. 10783, Juridat ; C. trav. Liège, 14.10.1980, R.G. 79/6962, Juridat.

2. J. Clesse, "Le statut social du dirigeant d'entreprise" *In Dirigeant d'entreprise : un statut complexe aux multiples visages*, Bruylant, 2000, p. 182 ; S. Gilson et J.F. Neven, "L'assujettissement des associés et mandataires de sociétés commerciales" *in Assujettissement personnel à la sécurité sociale belge et recouvrement des cotisations : questions spéciales*, Kluwer, 2008, p. 139.

3. C. Const., 03.11.2004, n° 176/2004.

4. CJUE, 27.09.2012, C-137/11, Partena / Les tartes de Chaumont-Gistoux.



Le renversement de cette présomption impose d'établir tant l'absence de but de lucre que l'absence d'exercice habituel d'une activité<sup>5</sup>. Ainsi, le mandat à titre gratuit au sein d'une société dormante ne constitue pas l'exercice d'une activité indépendante<sup>6</sup>.

34. En l'espèce, pour la période visée par la décision contestée, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013, Monsieur E. était administrateur de la sprl A., société établie en Belgique et dont il n'est pas contesté qu'elle était assujettie à l'impôt belge des sociétés.

Monsieur E. était donc présumé exercer en Belgique une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant, faisant obstacle à l'assimilation qui forme l'objet du litige.

35. Monsieur E. ne renverse pas cette présomption. Il n'établit pas l'absence tant de but de lucre que d'exercice habituel d'une activité.

Monsieur E. ne dépose absolument aucune pièce dont ces éléments pourraient être déduits.

Au contraire, il était le seul gérant, ce qui implique nécessairement que l'activité d'administration de la société lui incombait (à titre d'exemple, il a tenu des assemblées générales de la sprl A. les 13 et 28.06.2013 -voy. pièce B3 du dossier de l'INASTI).

Il a même rédigé une déclaration sur l'honneur du 7 novembre 2013 (pièce B3 du dossier de l'INASTI) par laquelle il décrivait une activité - certes réduite - de mars 2012 au 28 juin 2013.

La demande adressée à l'O.A. d'exercer une activité à temps partiel confirme également le maintien d'une activité de Monsieur E. au sein de la Société.

Par ailleurs, son mandat n'était pas gratuit puisque les statuts lui conféraient au contraire un caractère rémunéré.

De même, l'absence d'activité de la société ou son caractère "dormant" ne résulte d'aucun élément. Au contraire, cette société avait la qualité d'administrateur d'une autre société, la s.a. A. Les comptes annuels d'A. de l'année 2012 renseignent également une marge brute d'exploitation de 37.133,61 EUR et un bénéfice d'exploitation, ce qui n'est pas compatible avec un caractère strictement "dormant".

Enfin, des revenus de dirigeant d'entreprise ont effectivement été attribués à Monsieur E. par la sprl A., quand bien même ils restaient limités ou bien moindres qu'au cours des années antérieures.

36. La décision de l'INASTI du 7 avril 2015 doit être confirmée. L'appel de l'INASTI est fondé.

## Les dépens

37. Aucun appel n'est formé quant aux dépens de première instance. Le jugement subsiste sur ce point.

38. Les dépens d'appels de Monsieur E. doivent être mis à la charge de l'INASTI et de l'INAMI, chacun pour moitié, par application des articles 1017, alinéa 2, et

**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR DU TRAVAIL,**

Statuant contradictoirement et faisant application de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, spécialement de son article 24 ;

5. C. trav. Bruxelles, 08.09.2010, R.G. 2008/AB/51472, Juridat.

6. Idem et C. trav. Liège, (sect. Namur), 16.10.2007, R.G. 8375/07, Juridat.

1. Joint les appels et les dit recevables,

2. Dit l'appel de l'INAMI fondé ;

Réforme le jugement attaqué en ce qu'il a dit la demande de Monsieur E. dirigée contre l'INAMI recevable, déclaré la prescription suspendue pour cause de force majeure et condamné l'INAMI à autoriser l'O.A. à payer à Monsieur E. les indemnités d'incapacité de travail du 29 février au 31 mars 2012, majorées des intérêts ;

Dit cette demande originaire irrecevable ;

3. Dit l'appel de l'INASTI fondé ;

Réforme le jugement attaqué en ce qu'il a condamné l'INASTI à assimiler toute la période d'incapacité puis d'invalidité à partir du 20 décembre 2011 à des périodes d'activité professionnelle ;

Confirme la décision de l'INASTI du 7 avril 2015 refusant cette assimilation pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 juin 2013 ;

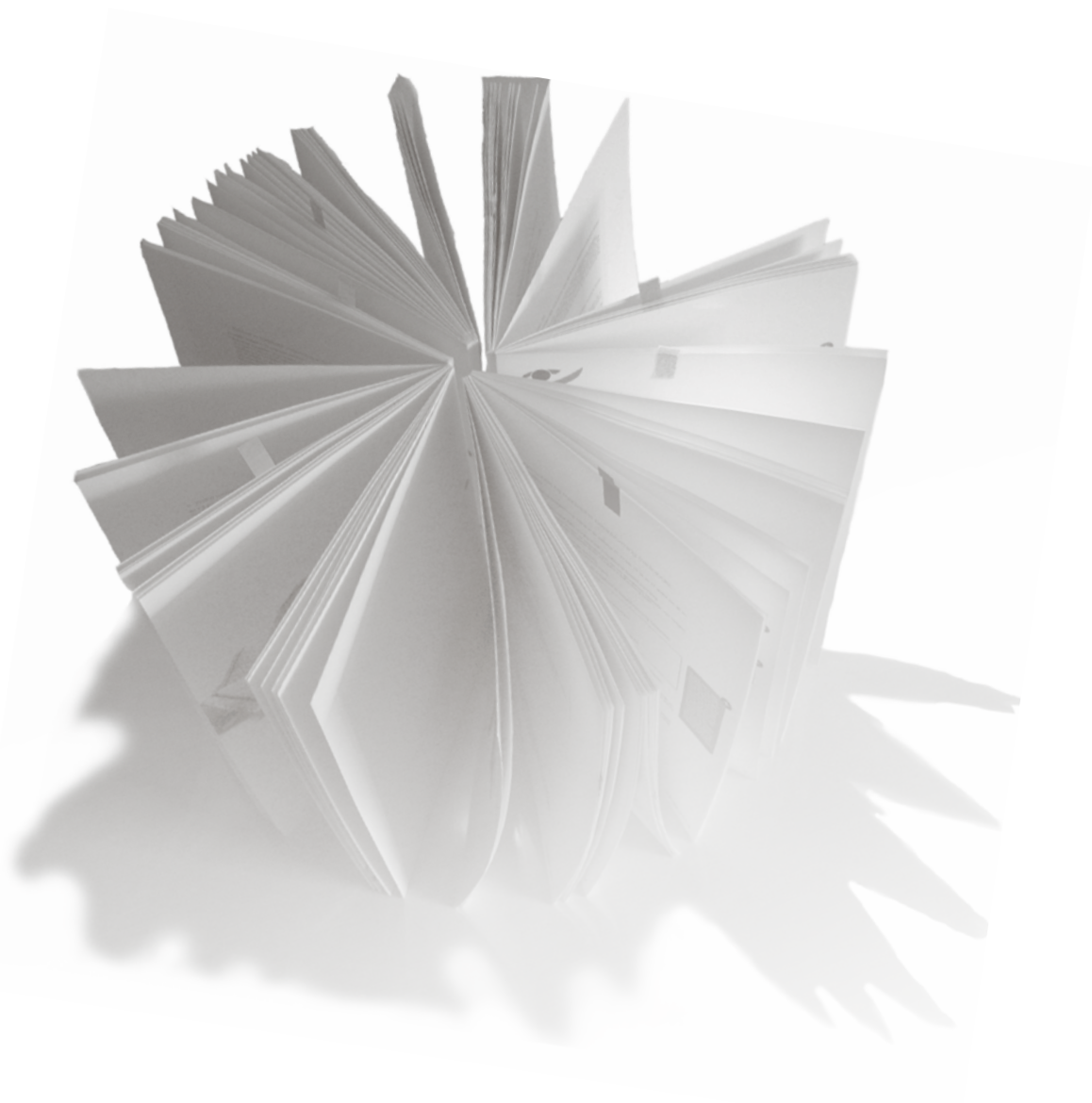
Condamne l'INASTI et l'INAMI, chacun pour moitié, aux dépens d'appel de Monsieur E., actuellement liquidés à **120,25 EUR** à titre d'indemnité de procédure ;

Délaisse à l'INASTI, à l'INAMI et à l'O.A., chacun leurs propres dépens d'appel.

...

3<sup>de</sup> Deel

Parlementaire vragen en  
antwoorden



## I. Overconsumptie van geneesmiddelen bij kinderen

Overdreven voorschrijfgedrag – Antibioticaresistentie – Antibioticabeleid – Analyse door het RIZIV – Nationaal strategisch plan ter bestrijding van multiresistente organismen – Sensibiliseringscampagnes (BAPCOOC en fagg) – Programma's voor kinderen – Individuele feedback voor huisartsen – Opleiding GRACE INTRO

Vraag nr. 1153, gesteld op 27 september 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid door de heer BLANCHART, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont aan dat twee op drie Belgische kinderen één of meerdere keren per jaar geneesmiddelen slikken. Dat geneesmiddelengebruik begint al op erg jonge leeftijd. Nog volgens die studie krijgen baby's immers al met de zuigfles antibiotica binnen: één op twee patiëntjes krijgt ze toegediend. En naarmate ze opgroeien, maken jonge kinderen snel kennis met luchtwegverwijders, antiallergica en pijnstillers.

Het probleem is dat de meeste van die voorgeschreven geneesmiddelen niet altijd nodig zijn. Zo is het gebruik van antibiotica bij virale infecties nutteloos en kan het de resistentie van sommige ziektekiemen zelfs in de hand werken. Hetzelfde geldt voor luchtwegverwijders, die intussen ook worden gebruikt bij "banale" luchtweginfecties terwijl ze in principe alleen voor de behandeling van astma worden aangeraden.

1. Wat vindt u van die problematiek? Kunt u me meer cijfers bezorgen over die trend om te systematisch geneesmiddelen voor te schrijven voor kinderen? Welke omvang heeft dat fenomeen volgens u?
2. Welke onderzoeken worden er uitgevoerd om die antibioticaresistentie te evalueren?
3. Welke maatregelen heeft u reeds genomen of zult u nemen om dat overdreven voorschrijfgedrag om te keren en het gebruik van antibiotica bij kinderen verder te verminderen?
4. Bestaat er reeds een plan om de diverse stakeholders te sensibiliseren en te responsabiliseren of is er zo'n plan in de maak?

1. Bulletin nr. 116, Kamer, gewone zitting 2016-2017, p. 338.

## Antwoord

1. Het overmatige gebruik van geneesmiddelen in het algemeen is een verschijnsel dat risico's meebrengt voor de personen zelf en dat schade toebrengt aan het gezondheidssysteem. Het overmatige gebruik van antimicrobiële middelen veroorzaakt een bijkomende problematiek: de bacteriële resistentie tegen die antimicrobiële middelen.

Dat probleem is zo ernstig dat de hoogste gezondheidsinstellingen van over de hele wereld overleg plegen om de beschikbare middelen te verzamelen en samen doeltreffende strategieën uit te werken om een antwoord te bieden op die situatie. België neemt actief deel aan die strijd die op internationaal niveau gevoerd wordt en voert op zijn grondgebied een moedig en coherent antibioticabeleid in.

Het antibioticabeleid dat wij volgen, beoogt dat de patiënt enkel met antibiotica behandeld wordt wanneer dat noodzakelijk is en dat hij dan ook niet onnodig wordt blootgesteld aan de ongewenste effecten van die producten. Wanneer de patiënt echt nood heeft aan een antibiotica-behandeling, wordt er ook op toegezien dat hij het juiste antibioticum krijgt, in de juiste dosis en zolang het nodig is.

Op lange termijn draagt een dergelijk antibioticabeleid bij tot een vermindering van de resistentie die sommige bacteriën ontwikkelen tegen antibiotica. Recente studies wijzen op het (overmatige) gebruik van antibiotica tijdens de kindertijd en de ontwikkeling van chronische ziektes op volwassen leeftijd. Die nieuwe overwegingen versterken alleen maar onze bezorgdheid en onze wil om het verschijnsel onder controle te krijgen.

Als we de volledige Belgische bevolking bekijken, is het gebruik van antibioticaproducten in de ambulante geneeskunde, uitgedrukt in aantal pakjes per 1.000 inwoners, met bijna 40 % verminderd sinds de jaren 2000 (van 1.300 naar bijna 800), maar moet dit nog meer verminderen. In het kader van zijn medewerking aan Europese en internationale netwerken die het gebruik van gezondheidszorgproducten en -diensten meten, krijgt België immers regelmatig de kans om zijn resultaten te vergelijken met die van de buurlanden, zoals Duitsland, Frankrijk of Nederland. Uit die vergelijkingen blijkt dat het gebruik van antibiotica in ons land nog te hoog is en dat het verwezenlijken van een aanzienlijke vermindering van dat gebruik een pertinente doelstelling is.

Daarom werden verschillende strategieën ingevoerd en worden die op een gecoördineerde manier gevolgd teneinde het gezondheidssysteem beter te configureren ten aanzien van die kwestie en alle betrokken actoren erbij te betrekken, inclusief de voorschrijvende artsen en het brede publiek. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) bracht in juli 2016 een analyse uit omtrent het gebruik van antibiotica bij kinderen in de ambulante sector.

Die analyse, die de evolutie van het antibioticagebruik per leeftijdscategorie volgt, geeft enerzijds aan dat het gebruik het grootst is tussen de leeftijd van één en zes jaar en anderzijds dat het aantal kinderen tussen 0 en 15 jaar dat antibiotica neemt, tussen 2012 en 2014 gedaald is. Die daling is net meer uitgesproken bij kinderen van één tot zes jaar. Uit de cijfers die het InterMutualistisch Agentschap gepubliceerd heeft, blijkt ook een regelmatige neerwaartse trend in het gebruik van antibiotica bij kinderen onder de 15 jaar tussen 2004 en 2014.

Het is moeilijk om het gebruik bij kinderen op te volgen, want er bestaan momenteel geen betrouwbare en internationaal gevalideerde indicatoren om het antibioticagebruik bij kinderen te meten. Terwijl een theoretische dagelijkse dosis voor de volwassene kan worden vastgelegd (en vastgelegd is, de DDD), schommelen de doses die toegediend worden aan kinderen, enorm, omwille van de morfologische veranderlijkheid door hun groei. De gepastheid van het voorschrijven van antibiotica bij kinderen blijft dus statistisch moeilijk vast te leggen en te beoordelen. België is evenwel in staat om de kenmerken van het voorschrijven bij huisartsen en kinderartsen te evalueren, wat een eerste stap vormt in de aanpak van de kwestie.

2. Diverse bewakingssystemen die specifiek de bacteriële resistentie meten, zijn al vele jaren lang in werking (sommige zijn meer dan twintig jaar oud) en vormen samen een van de belangrijkste elementen in ons antibioticabeleid. Sommige bewakingssystemen zijn typisch voor België en andere beantwoorden aan een Europees protocol; ze worden allemaal aangestuurd in overleg met de betrokken nationale referentielaboratoria en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP).

Het nut van die bewakingssystemen als tools om de situatie op te meten, wordt versterkt door de invoering van een nationaal strategisch plan ter bestrijding van multiresistente organismen dat alle niveaus die betrokken zijn bij dit aspect van de problematiek, samenbrengt met het oog op een grotere doeltreffendheid op het vlak van besluitvorming en acties. Overeenkomstig het concept *One Health*, dat een globale en geïntegreerde visie op gezondheid biedt, wordt de problematiek van de bacteriële resistentie zowel in de menselijke geneeskunde als in de diergeneeskunde opgevolgd.

3. De strijd tegen het verkeerdelijk toedienen van antibiotica aan kinderen houdt de federale overheid al verschillende jaren bezig.

De sensibiliseringscampagnes voor het brede publiek die de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) tussen 2008 en 2013 voerde, toonden een kind dat zwembandjes draagt terwijl er geen water in de buurt is, en hadden tot doel om erop te wijzen dat het volledig ongepast is om heel wat winterziektes te behandelen met antibiotica. Die campagnes, die elk jaar gelanceerd worden tijdens de Europese dag (intussen wereldddag geworden) voor informatieverstrekking rond antibiotica, werden ontwikkeld om in het bijzonder de strijd aan te gaan tegen het irrationele gebruik van antibiotica bij kinderen.

In 2011 lanceerde het Federale Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg) een campagne ten behoeve van het brede publiek "Een geneesmiddel is geen snoepje". Die campagne biedt 12 tips om het publiek te sensibiliseren voor een goed gebruik van geneesmiddelen. Eén van die tips betreft meer bepaald het correcte gebruik van antibiotica. Daarbij wordt eraan herinnerd dat antibiotica enkel gebruikt mogen worden om ernstige bacteriële infecties te behandelen. Die campagne is nog steeds terug te vinden op de website van het fagg.

Speciaal ontwikkelde programma's voor kinderen werden in België uitgewerkt of aan ons land aangepast, om ervoor te zorgen dat het jonge publiek de belangrijkste informatie rond het onderwerp krijgt en om de personen die hen begeleiden, ouders, leerkrachten enz. interessante pedagogische tools aan te reiken. Het gaat meer bepaald om:

- de strip Suske en Wiske, ontwikkeld, gedrukt en verdeeld voor kinderen; op het einde van het stripverhaal worden belangrijke punten nader toegelicht teneinde hen persoonlijker te betrekken, hun nieuwsgierigheid aan te wakkeren en de kwestie in een ruimere wetenschappelijke context te plaatsen
- het programma e-Bug, ontwikkeld voor schoolgaande kinderen en aangeboden aan leerkrachten uit het basisonderwijs en middelbaar onderwijs. Die online opleiding (*e-learning*) biedt didactische leermodules en is aangepast aan de verschillende leeftijdscategorieën
- televisiespots die specifiek ontwikkeld zijn om te worden uitgezonden tijdens Belgische televisieprogramma's rond jongeren (OufTivi). Die spots hebben betrekking op bacteriële resistentie en een goede handhygiëne
- een website (gebruikantibioticacorrect) waar in eenvoudige taal uiteengezet wordt hoe men antibiotica goed moet gebruiken. Daar kunt u de pagina's van de website aandachtig doornemen, de belangrijkste informatie krijgen en vindt u bovendien een mini-vragenlijst (test) waar u in geval van goede antwoorden beloond wordt.

Dat zijn een aantal voorbeelden die aantonen wat de sensibiliseringscampagnes bieden die sinds 16 jaar gevoerd worden, en andere bijkomende initiatieven in het bijzonder aan Belgische jongeren. Maar natuurlijk is het brede publiek in zijn geheel bij die campagnes betrokken. Experts inzake gezondheidspromotie tonen aan dat er programma's op lange termijn nodig zijn om de bevolking bewust te maken en de kennis in de praktijk om te zetten.

4. Parallel met de sensibilisatie van het brede publiek worden ook maatregelen genomen om de artsen meer te sensibiliseren voor het goede gebruik van antibiotica en voor de rol die ze daarin moeten spelen. In de loop van het eerste semester van 2017 zullen de huisartsen individuele feedback krijgen over het voorschrijven van antibiotica, op basis van zes indicatoren.

Die individuele feedback zal verspreid worden in de vorm van een brochure met informatie over de keuze van de geselecteerde indicatoren en de betekenis van de verkregen resultaten; bovendien zal die feedback de huisarts pistes aanreiken om zijn gedragingen in verband met het voorschrijven van antibiotica te verbeteren. Die maatregel is een gezamenlijk initiatief van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid.

In heel het land zal er bovendien, in verschillende fasen, gedurende de tweede helft van 2017 een online opleiding, GRACE INTRO genaamd, uitgerold worden. Dat is een didactische module die artsen geboden wordt om hun competenties inzake communicatie te versterken en hun patiënten beter te begeleiden tijdens raadplegingen waarbij het niet nodig is om antibiotica voor te schrijven. In datzelfde kader zullen artsen brochures voor patiënten krijgen die ze interactief zullen kunnen gebruiken tijdens hun raadplegingen. Ook wordt overwogen om vanaf 2018 een link te leggen tussen de accreditatie van de artsen en hun voorschrijfgedrag.

## II. Overmatig voorschrijven van antibiotica

### Uitblijven van een effect van de sensibiliseringscampagnes – Gedetailleerde studie

Vraag nr. 1423, gesteld op 22 februari 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid door de heer MATHOT, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Het socialistische ziekenfonds Solidaris publiceerde onlangs een studie waarin men de impact wilde meten van de sensibiliseringscampagnes tegen overmatig antibioticagebruik die gericht waren op de voorschrijvers en de bevolking.

De conclusie van die studie staat als een paal boven water: de informatiecampagnes voor verstandig gebruik van antibiotica hebben geen spectaculair effect op het antibioticagebruik in België.

Er is zelfs een toename met 15 % van de DDD-volumes (*defined daily dose*/ziekenfondslid/dag) die in de periode 2004-2014 werden afgeleverd. Wat die indicator betreft, staat België op de vierde plaats van de Europese landen met het hoogste medicijngebruik.

Gelet op de mogelijke nefaste gevolgen van overmatig antibioticagebruik en de impact ervan op het budget van de gezinnen, meer bepaald na uw beslissing om de terugbetaling van bepaalde antibiotica te verminderen, moet men bijzonder alert zijn op die ontwikkeling.

1. Kunt u bevestigen dat de informatiecampagnes over een verstandig gebruik van antibiotica in België heel weinig invloed hebben?
2. Hoe wilt u ze verbeteren?
3. Zouden, zoals Solidaris voorstelt, de artsen die werk maken van een zelfevaluatieprogramma inzake hun praktijken en antibiotica gerichter voorschrijven op basis van meetbare indicatoren, niet moeten worden beloond?

### Antwoord

1. Op vraag van de Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) heeft de dienst VAXINFECTIO van de Universiteit van Antwerpen een gedetailleerde studie uitgevoerd over het ambulante antibioticagebruik.

De resultaten werden in 2013 gepubliceerd en zijn beschikbaar op de website van het Internationaal Agentschap.

Wanneer de onderzoekers de evolutie van het antibioticagebruik in voormelde sector analyseren, merken ze opmerkelijke verschillen op tussen de evolutie van het gebruik uitgedrukt in *defined daily dose* (DDD) (stijgt) en deze uitgedrukt in verpakkingen (daalt).



Dat verschil lijkt voornamelijk te wijten aan de penicillines omdat het aantal DDD's per verpakking in de loop van de tijd voor amoxicilline (met 50 %) en voor amoxicillineclavulaanzuur (met 70 %) is gestegen. Die beide producten zijn veruit de meest voorgeschreven antibiotica in België, net zoals in alle Europese landen.

De toename van het aantal DDD's per verpakking is gebaseerd op het feit dat de bacteriën steeds resistenter worden voor de werking van de antibiotica. De onderzoekers concluderen dat het ambulante antibioticagebruik in België is gedaald omdat minder mensen antibioticabehandelingen kregen, weliswaar met hogere dosissen.

Anderzijds hebben de onderzoekers ook vastgesteld dat tijdens de studieperiode, de luchtweginfecties waarvoor een antibioticabehandeling nodig was meer met eerste keuze antibiotica behandeld werden, dit wil zeggen de antibiotica die volgens de Belgische richtlijnen worden voorgeschreven, veeleer dan met andere producten.

De sensibiliseringscampagnes hebben geleid tot een daling van bijna 40 % van het antibioticagebruik in de ambulante geneeskunde, van 1.300 verpakkingen per 1.000 inwoners in de jaren 2000 tot bijna 800 vandaag. Een positieve invloed die wordt ondersteund door een reeks andere initiatieven van BAPCOC.

De evolutie van het antibioticagebruik is immers niet alleen het resultaat van de sensibiliseringscampagnes. Tal van andere factoren beïnvloeden het gedrag van patiënten en voorschrijvers. Professionals in gezondheidspromotie tonen aan dat bewustwording en vervolgens het in de praktijk brengen van verworven kennis door de mensen programma's op lange termijn behoeven.

2. Er zijn ook maatregelen genomen om artsen meer te sensibiliseren voor een correct gebruik van antibiotica en van hun rol hierin. Een individuele feedback betreffende het voorschrijven van antibiotica, gebaseerd op zes indicatoren, zal in de loop van 2017 aan de huisartsen bezorgd worden.

Die individuele feedback zal worden verspreid in de vorm van een brochure met daarin informatie over de gekozen indicatoren en de betekenis van de resultaten. Bovendien zal die feedback de huisarts pistes aanbieden om zijn antibioticavoorschrijfgedrag te verbeteren. Die maatregel is een gezamenlijk initiatief van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), de FOD Volksgezondheid en het BAPCOC.

Bovendien zal een online opleiding, GRACE INTRO, in verschillende fases over het hele land uitgerold worden in de tweede helft van 2017. Het is een leermodule toegespitst op luchtweginfecties voor artsen om hun communicatieve vaardigheden te versterken en om de consultaties met hun patiënten beter aan te pakken wanneer het voorschrijven van antibiotica niet nodig is.

3. Het opstellen van het voorschrijfprofiel van alle artsen, beschreven in het eerste deel van het antwoord op de vorige vraag is een objectief element dat zal toelaten om de evolutie van de individuele praktijken te meten. We overwegen om vanaf 2018 de verbetering van het voorschrijfgedrag van de artsen te linken aan het accreditatiesysteem.

### III. Weesgeneesmiddelen

Europese samenwerking – Piloot-projecten – Methodologie van horizonsscanning – Toepasbaarheid op de Belgische situatie – Rapport van het KCE

Vraag nr. 1662, gesteld op 02 juni 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid door juffrouw VAN CAMP, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

De voorbije jaren heb ik u al een aantal vragen gesteld over de Europese samenwerking rond weesgeneesmiddelen. Zo wist u de laatste keer onder meer te vertellen dat vorig jaar ook Oostenrijk tot dit pact is toegetreden maar bevestigde u dat de *horizonscan* nog geen enkel middel had opgeleverd waarrond een eerste samenwerking opgezet kon worden.

1. Welke resultaten heeft deze samenwerking momenteel al opgeleverd? Is de *horizonscan* afgerond en welke resultaten heeft die nu concreet opgeleverd?
2. Hoe ziet de toekomst en het verdere verloop van deze samenwerking er uit? Welke concrete weesgeneesmiddelen zijn geselecteerd voor de samenwerking? Wat is het tijdsplan voor de onderhandelingen hierover?

#### Antwoord

Zoals ik u reeds antwoordde in de commissie van 12 mei 2015, zijn mijn plannen met dit project van schaalvergroting ambitieus.

Het is me dan ook een plezier u mee te delen dat er vooruitgang is geboekt in dit uniek supranationaal experiment.

Sinds de ondertekening van de overeenkomst tussen België en Nederland hebben ook Luxemburg (in september 2015) en Oostenrijk (in juni 2016) zich aangesloten.

Andere landen zijn geïnteresseerd, maar we willen eerst de eerste resultaten consolideren alvorens een uitbreiding te overwegen.

Wat betreft het eerste pilootproject is er een gezamenlijk evaluatierapport geweest, onder gemeenschappelijk auteurswerk van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) en de Wetenschappelijke Adviesraad (ZIN).

Bij mijn weten is het de eerste maal dat in Europa twee lidstaten gezamenlijk hebben geschreven aan een evaluatierapport over een geneesmiddel waarvoor de terugbetalingsprocedures simultaan lopen over de landsgrenzen heen.

In totaal zijn vier piloot-projecten afgerond, een is lopende en twee zijn in initiatiefase.

De samenwerking verloopt op praktisch niveau tussen de respectieve administraties van beide instellingen met rigoureu respect van de wettelijke voorziene termijnen, reactietijden, correspondentie en dergelijke die bij de respectieve terugbetalingsprocedures horen in België en Nederland.

Het Groothertogdom Luxemburg is eveneens op de hoogte gesteld dat het rapport afgewerkt is, conform de gemaakte afspraken tussen de vier lidstaten.

Daarnaast zijn er op meerdere niveaus samenwerkingen, los van de pilootprojecten.

*Terms of Reference* werden ondertekend door de ministers van de vier deelnemende landen en zullen binnenkort gepubliceerd worden.

Gegevensuitwisseling maakt ook deel uit van de samenwerkingsovereenkomst.

De methodologie van *horizonscanning*, zoals onze Nederlandse collega's uitrollen, wordt op dit moment door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht op haar toepasbaarheid op de Belgische situatie.

Het rapport van het KCE werd vorige week goedgekeurd en een methodologie van gezamenlijke *horizonscanning* wordt voorgesteld.

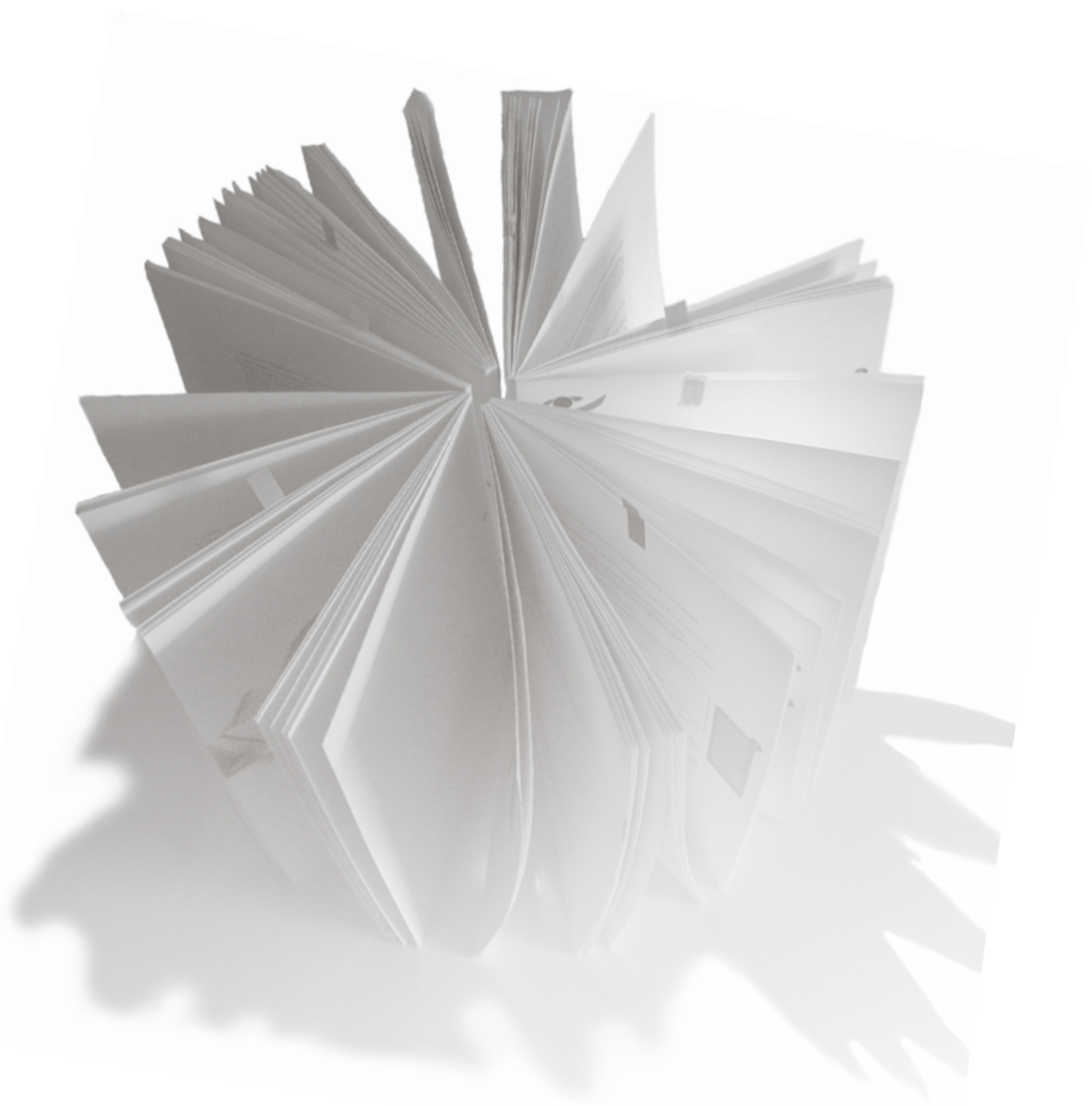
Die methode moet ons helpen in de identificatie van toekomstige medicijnen met significante budgettaire impact of kost per patiënt, die kandidaat voor een gezamenlijke procedure van beoordeling zouden kunnen zijn.

Ik kijk er al naar uit om kennis te nemen van een lijst van toekomstige farmaca waar u naar verwijst.

Het verdere verloop is duidelijk: er komt een intensieve samenwerking op de domeinen die in het akkoord staan: *horizonscanning*, HTA, informatie-uitwisseling en, *last but not least*, een gezamenlijke overeenkomstonderhandeling.



4<sup>de</sup> Deel  
Richtlijnen van  
het RIZIV



# Uitoefenen van een onbezoldigde activiteit: Plaatselijke ruildiensten (LETS en SEL)

Van toepassing vanaf 1 juli 2017.

Deze omzendbrief gaat over de mogelijkheid voor de arbeidsongeschikt erkend gerechtigde om tijdens de arbeidsongeschiktheid activiteiten te verrichten in het kader van de lokale uitwisselings-systemen (LETS in Nederlandstalige landsgedeelte) en “services d’échange locaux” (SEL in het Franstalige landsgedeelte).

Voor een nadere omschrijving van de LETS en de SEL kan worden verwezen naar de volgende toelichting opgesteld door de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA):

## 1. Begripsomschrijving LETS en SEL

Een lokaal uitwisselingssysteem is een plaatselijke en gesloten vereniging van personen die onderling diensten en kennis uitwisselen, waarbij deze ruilactiviteiten gemeten worden in een door de leden gekozen ruileenheid.

Dit lokale uitwisselingssysteem werkt meestal als volgt: een groep personen en/of verenigingen beslissen om diensten uit te wisselen. Hiertoe wordt een ruilmiddel gekozen en een lijst opgesteld waarin iedereen aankondigt welke diensten hij aanbiedt of vraagt. Deze lijst wordt verspreid onder alle leden van de LETS of SEL, samen met ruilbonnen. Indien iemand wenst in te gaan op een vraag of een aanbod, neemt hij rechtstreeks contact op met de aanbieder of de aanvrager. Vervolgens vult hij een ruilbon in die de waarde van het geleende goed of de geleverde dienst preciseert. De centrale administratie van de LETS of SEL verzamelt al deze bonnen om een overzicht te behouden op de situatie van de rekening van elk lid.

De LETS of SEL moeten de volgende kenmerken vertonen:

- een lokale en gesloten vereniging. De uitwisselingen gebeuren plaatselijk en het puntensysteem heeft geen betekenis of economische waarde buiten de groep
- een feitelijke vereniging of een vereniging in rechte. De overgrote meerderheid van de LETS of SEL in Vlaanderen, Brussel en Wallonië zijn opgericht als feitelijke vereniging. In Wallonië en in Brussel bestaat er geen structuur die alle SEL coördineert. In Vlaanderen bestaat er wel een koepelstructuur die belast is met de coördinatie van alle LETS (Lets Vlaanderen VZW). Sommige LETS ontvangen subsidies van de lokale of gewestelijke overheid om te kunnen instaan voor de beheerskosten verbonden aan de LETS of de loonkosten (aanwerving coördinatoren)
- een vereniging zonder winstoogmerk. Het geld circuleert niet binnen de vereniging, met uitzondering van de beheerskosten die gedekt worden door een jaarlijkse bijdrage van de leden, die varieert van 2,5 tot 25 EUR. De vereniging heeft dus geen commercieel karakter
- een vereniging met structuren en interne regels (circulatie van aanbiedingen en vragen, statuut, huishoudelijk reglement, handvest,...)
- een vereniging waarbij de leden vrijwillig aansluiten. In de praktijk zijn de leden van de LETS of SEL natuurlijke personen uit alle geledingen van de maatschappij

- een vereniging waarin elk lid autonoom beslist over zijn eigen uitwisselingen. Het staat de leden volledig vrij om al dan niet een prestatie te vervullen voor een ander lid (geen band van ondergeschiktheid; anders zou het om een arbeidsovereenkomst gaan). De leden hebben ook de vrijheid om de waarde van de uitwisseling te bepalen
- een vereniging waarin de leden op vrijwillige en multilaterale wijze niet-professionele goederen, diensten en kennis uitwisselen. De aangeboden goederen, diensten en kennis zijn niet professioneel: zij behoren niet tot de sfeer van de economische of professionele activiteit van het lid dat ze aanbiedt. Het moet dus gaan om wederzijdse hulp met de volgende kenmerken: sporadisch/onregelmatig, niet-terugkerend en van korte duur
- een vereniging waarin de leden hun activiteiten valoriseren door een puntensysteem zonder geldelijke waarde, geregistreerd in een centrale boekhouding. Elke SEL of LETS bepaalt de waarde van een prestatie, die vaak wordt uitgedrukt in uren. Er is een centraal registratiesysteem van de rekeningen. De leden van de LETS of SEL gebruiken ruilbonnen die centraal geregistreerd zijn. Het registratiesysteem van de rekeningen kan ook gedecentraliseerd zijn. In dat geval houdt elk lid van de LETS of SEL zijn eigen boekhouding bij in een bonnenboekje of op papier. Er is ook een minimum- en maximumdrempel vastgelegd voor de punten om te vermijden dat iemand via de LETS of SEL een activiteit ontwikkelt die regelmatig zou worden
- een vereniging met een sociaal beleid. De LETS of SEL hebben verschillende ambities:
  - het stimuleren van de reflectie en van het individuele en collectieve bewustzijn over het economische en monetaire systeem
  - het in vraag stellen van de heerschappij van de winst, de speculatie en van koning geld
  - het vergroten van de sociale wederzijdse hulp door het aanmoedigen van uitwisseling en solidariteit
  - het versterken van het gevoel tot een plaatselijke gemeenschap te behoren
  - het organiseren van ontmoetingen en zo banden smeden tussen mensen.

## 2. Kenmerken activiteiten binnen LETS en SEL

De activiteiten binnen de LETS en SEL hebben de volgende kenmerken :

- een niet-commercieel doel: het doel is voornamelijk het ontwikkelen van wederzijdse sociale hulp waarbij de ruil en de solidariteit worden bevorderd alsook het organiseren van ontmoetingen om zo de band tussen mensen te bevorderen
- het gaat over een dienst die sporadisch en van korte duur, niet professioneel is
- het doelpubliek is de andere leden, mensen uit alle sociale geledingen
- een compensatie in de vorm van een puntensysteem zonder geldwaarde: het puntensysteem heeft geen enkele betekenis of economische waarde buiten de groep. Het moet duidelijk gaan om een lokaal ruilmiddel waarmee de leden van een SEL of LETS een andere dienst kunnen kopen die wordt georganiseerd door de SEL of LETS.

### 3. Uitoefenen van een activiteit in het kader van een LETS of SEL

Afhankelijk van de concrete omstandigheden kan een LETS of SEL activiteit beschouwd worden als een onbezoldigde activiteit, dan wel als vrijwilligerswerk dat de voorwaarden van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers vervult.

Voor wat betreft de uitoefening van een LETS of SEL activiteit aanvaardt de Dienst voor uitkeringen dat de procedure zoals bepaald voor vrijwilligerswerk dat valt onder de wet van 3 juli 2005 dient te worden toegepast.

De gerechtigde dient dus de **Verklaring van uitoefening van een onbezoldigde activiteit (vrijwilligerswerk in de zin van de wet van 03.07.2005 betreffende de rechten van vrijwilligers (B.S. 29.08.2005))** in te vullen.

Bij de beschrijving van de activiteit dient de betrokkene duidelijk aan te geven dat het om een LETS of SEL activiteit gaat.

Deze verklaring dient niet automatisch jaarlijks te worden ingevuld door de betrokkene, maar dient door hem/haar te worden ingevuld als de adviserend geneesheer een beslissing neemt over de verenigbaarheid van de vrijwilligersactiviteit met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene.

Deze nota moet bewaard worden in het medisch dossier van de betrokkene en het administratief dossier in de verzekeringsinstelling.

Dit formulier is terug te vinden als bijlage bij **Omzendbrief V.I. nr. 2007/46 van 9 februari 2007**<sup>1</sup>.

Tot slot dient deze activiteit te worden aangegeven in de flux RTTP als vrijwilligerswerk.

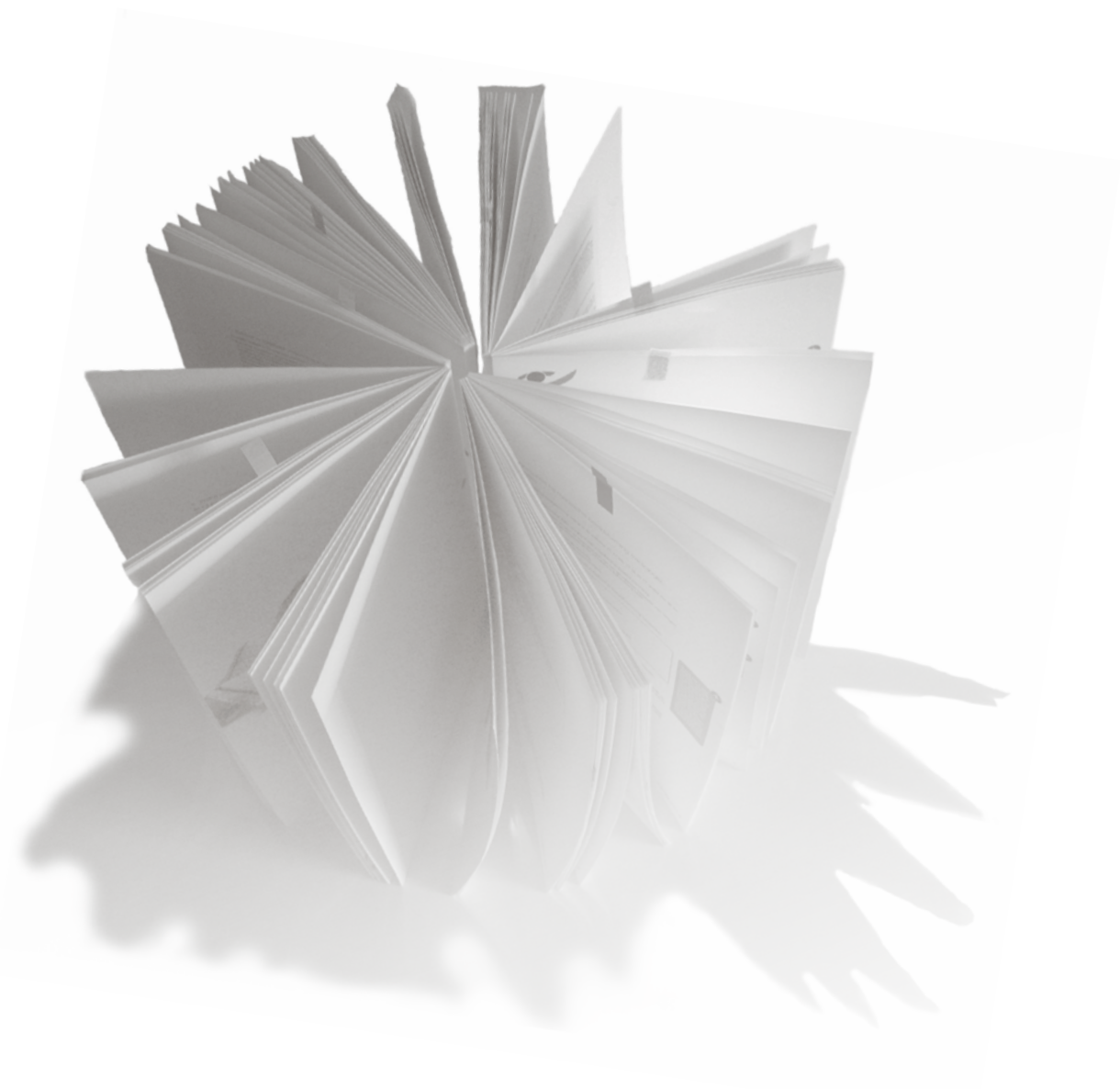


Omzendbrief V.I. nr. 2017/199 – 249/27 van 27 juni 2017.

1. Niet gepubliceerd in het I.B.



5<sup>de</sup> Deel  
Basisgegevens



# I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 mei 2017

Van toepassing vanaf 1 mei 2017.

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2<sup>e</sup> 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, 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.

Op 1 mei 2017:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.363,39 EUR	3.399,56 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2017/154 – 3991/285 van 31 mei 2017.

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


Van toepassing vanaf 1 juni 2017.

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 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
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
<b>Vanaf 1 juni 2017</b>	<b>35.404,25</b>	<b>3.399,56</b>

Jaarlijkse gemiddelde	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (in EUR)
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

 Omzendbrief V.l. nr 2017/158 - 270/71, 273/72, 274/73, 276/122, 2790/71, 2791/71, 2792/70, 3910/1586 en 83/472 van 31 mei 2017.

### III. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Van toepassing vanaf 1 juni 2017.

Heft omzendbrief nr. 2017/155 van 31 mei 2017 op.

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1<sup>o</sup>, eerste lid van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij artikel 2, van het Koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 31.12.1997, 2<sup>de</sup> ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering die **HOGER** is dan het trimestrieel grensbedrag.

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Dat geeft voor de openbare sector en de privé-sector :

1 september 2008 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 10 = 2.148,87 EUR

1 september 2010 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 11 = 2.191,85 EUR

1 mei 2011 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2.235,68 EUR

1 februari 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 13 = 2.280,40 EUR

1 december 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 14 = 2.326,00 EUR

1 juli 2015 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 15 = 2.372,52 EUR

1 juni 2016 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 16 = 2.419,97 EUR

**1 juni 2017 indexering**

**1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 17 = 2.468,37 EUR**

Waarde per trimester		
1 <sup>ste</sup> trimester 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
<b>3<sup>de</sup> trimester 2016</b>	<b>2.419,97*3/3</b>	<b>2.419,97 EUR</b>
<b>4<sup>de</sup> trimester 2016</b>	<b>2.419,97*3/3</b>	<b>2.419,97 EUR</b>
<b>1<sup>ste</sup> trimester 2017</b>	<b>2.419,97*3/3</b>	<b>2.419,97 EUR</b>
<b>2<sup>de</sup> trimester 2017</b>	<b>2.419,97*2/3+2.468,37*1/3</b>	<b>2.436,10 EUR</b>

De omzendbrief 2017/155 moet niet in aanmerking genomen worden.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/159 – 248/64 van 31 mei 2017.

## IV. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 juni 2017

Van toepassing vanaf 1 juni 2017.

Heft omzendbrief nr. 2017/154 van 31 mei 2017 op.

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2<sup>e</sup> 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, 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.

Op 1 juni 2017:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.363,39 EUR	3.399,56 EUR

De omzendbrief 2017/154 moet niet in aanmerking genomen worden.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/160 – 3991/286 van 31 mei 2017.

## V. Herwaardering van prestaties op 1 mei 2017

### Algemene regeling

## Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na twee jaar arbeidsongeschiktheid

### I. Basiselementen

#### Algemene regeling

##### **Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na twee jaar arbeidsongeschiktheid (conjuncturele maatregel)**

Vanaf mei 2017 wordt het bedrag van de inhaalpremie die wordt verleend aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning, gedurende minstens twee jaar arbeidsongeschikt zijn erkend, geherwaardeerd van 354,7482 EUR naar 374,0661 EUR (basis 103,14). Het bedrag toegekend aan de gerechtigden waarvan de arbeidsongeschiktheid minstens één jaar bedraagt maar de termijn van twee jaar niet overschrijdt, blijft onveranderd in vergelijking met mei 2016.

In mei 2017 is het bedrag van de inhaalpremie die verleend wordt aan de gerechtigden waarvan de duur van de ongeschiktheid op 31 december van het voorafgaande jaar minstens 2 jaar heeft bereikt, gelijk aan 503,4556 EUR afgerond op 503,46 EUR (spilindex 101,02).

### II. Toepassingsdatum

1 mei 2017.



U vindt de tabel D op:

[http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/uitkeringen\\_tabel\\_d.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/uitkeringen_tabel_d.pdf)



Omzendbrief V.I. nr. 2017/132 - 45/262 en 482/132 van 2 mei 2017.





Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts  
Mevr. Sarah Koval  
Mevr. Caroline Schellis  
Mevr. Marie Lejeune  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Caroline Lefebre  
Mevr. Françoise Garet  
Mevr. Nuray Özdemir

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726