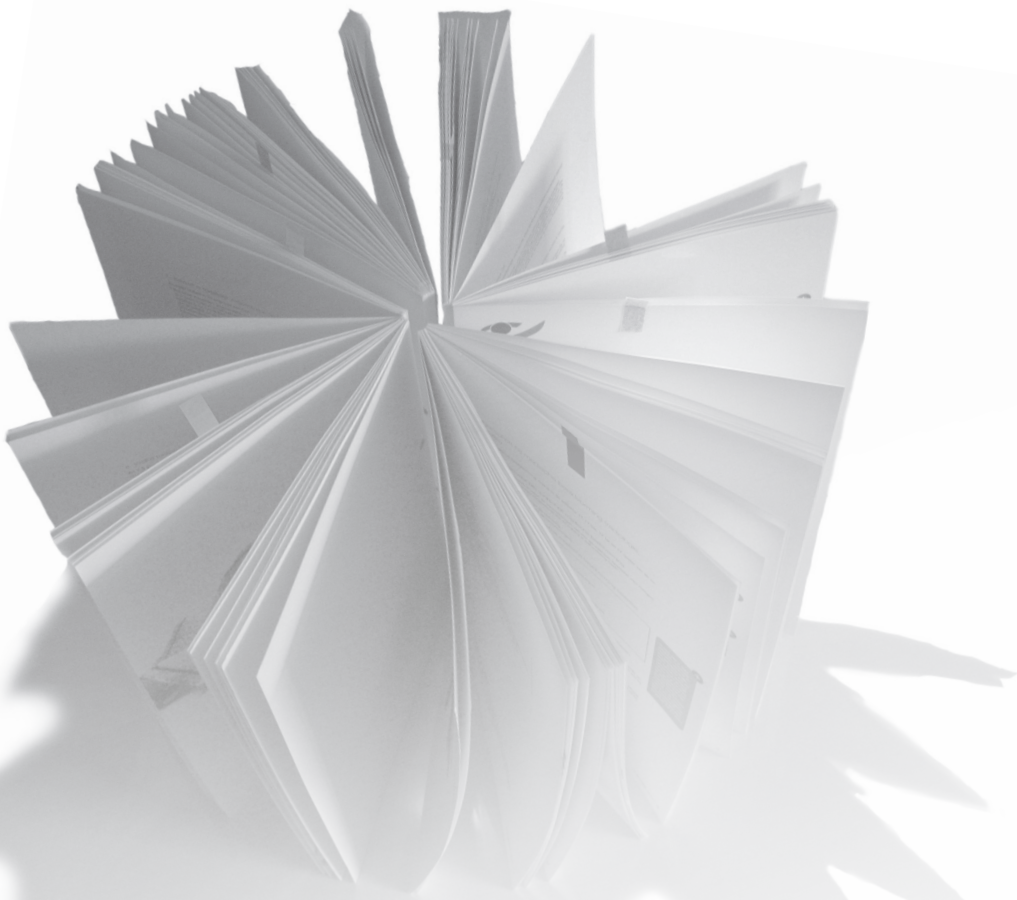


1^e Deel Studies



Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (2016-2017)

In deze kroniek wordt een overzicht geboden van de rechtspraak van de Raad van State, Franstalige kamer (6^e k.) en Nederlandstalige kamer (7^e k.), met betrekking tot geschillen waarin zorgverleners tegenover de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle stonden.¹

Door Inge MEYERS, Attaché en Paul-André BRIFFEUIL, Adviseur
Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
Juridische directie

RvS (6^e k.), 8 juli 2016, nr. 235.399, B.²

[Ontvankelijkheid van het middel – Expertise / Billijk proces / Rechten van verdediging / Tegensprekelijke debatten – Bewijs – Beoordelingsbevoegdheid – Extrapolatie](#)

Een verzoeker kan geen gebruik maken van de synthesememorie om het beroep aan te vullen, noch door bezwaren te formuleren die niet zijn aangevoerd in de uiteenzetting van de middelen van het verzoekschrift, noch door een onduidelijkheid of ontoereikendheid van de bezwaren die daarin zijn geformuleerd weg te werken.

Omdat de expertise niet werd verricht naar aanleiding van een beslissing van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep, moest ze op zich geen tegensprekelijk karakter hebben. Bovendien werd het tegensprekelijk karakter van de procedure die voor die twee administratieve rechtscolleges werd gevolgd, rechtens genoegzaam verzekerd.

Het administratief rechtscollege beoordeelt soeverein de waarde van de bewijzen die de partijen hun bezorgden.

De DGEC heeft kunnen oordelen dat de materiële elementen van de inbreuk allemaal aanwezig waren door zich meer bepaald te baseren op de overeenstemmende getuigenissen van de verzekerden en op verschillende onderzoekselementen die de zorgverlener tijdens zijn verhoren niet ernstig heeft betwist.

Hoewel de DGEC de bewijslast niet volstrekt kan omkeren, blijft het gemeenrecht inzake bewijslast van toepassing.

De DGEC en vervolgens het administratief rechtscollege, bij wie de vordering of het beroep is ingesteld, kunnen zich dan overeenkomstig artikel 1353 van het Burgerlijk Wetboek baseren op feitelijke vermoedens.

De extrapolatiemethode kan op een geldige manier in overweging worden genomen als die methode in combinatie met andere bewijsmiddelen kan worden beschouwd als een onderdeel van de gewichtige, bepaalde en met elkaar overeenstemmende vermoedens die ten laste kunnen worden gelegd van de zorgverlener en als met de aangevoerde argumenten rekening wordt gehouden in de motivering van de beslissing van het administratief rechtscollege.

(verworpen)

1. De voorgaande kronieken zijn gepubliceerd in het I.B. - RIZIV 2012/1, 2014/2 en 2015/4.
2. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 30.04.2015.

RvS (6^e k.), 28 oktober 2016, nr. 236.325, Y.K.³

Non bis in idem – Ontvankelijkheid van het middel – Artikel 2, n) en 141, § 5 GvU-wet - Afwezigheid van motivatie of tegenspraak in de motieven

Het principe *non bis in idem* is niet van toepassing wanneer de concrete feitelijke omstandigheden in twee verschillende zaken niet dezelfde of in hoofdzaak dezelfde zijn. In dat verband is het van weinig belang dat er een gelijkenis bestaat tussen personen, tijd en ruimte.

In een administratief cassatieberoep moet een middel vanaf het inleidend verzoekschrift de ter ondersteuning aangevoerde wettelijke bepalingen nauwkeurig beschrijven en uitvoerig uiteenzetten in welk opzicht het administratief rechtscollege die bepalingen zou hebben geschonden.

De verzoeker voert in het cassatieverzoekschrift een schending van de bewijskracht aan. De verzoeker vermeldde echter niet welke wettelijke bepaling de basis vormt van de regel waarvan een schending wordt opgeworpen, zodat die kritiek onontvankelijk is.

De aanvullingen bij het verzoekschrift in de memorie van antwoord en de samenvattende memorie werden laattijdig aangebracht en kunnen niet in aanmerking worden genomen, aangezien geen schending van enige wettelijke bepaling van openbare orde en enig algemeen rechtsbeginsel wordt aangevoerd.

Overwegende dat de verzoeker een zorgverlener met de hoedanigheid van verpleegkundige was, berust de aangevochten beslissing bijgevolg op een juiste interpretatie van artikel 2, n) van de GvU-wet.

In de aangevochten beslissing wordt overigens niet verwezen naar de toepassing van artikel 141, § 5 van de GvU-wet, maar naar artikel 141, § 1 van die wet waarvan de schending niet door de eiser wordt aangevoerd. Ervan uitgaande echter dat het middel moet worden opgevat als zijnde querulant wegens enerzijds de onnauwkeurige verwijzing naar artikel 141, § 1 van de GvU-wet en anderzijds de miskennis van artikel 141, § 5 van dezelfde wet, moet erop worden gewezen dat in de laatste alinea van die laatste bepaling hoe dan ook uitdrukkelijk is bepaald dat de zorgverlener verplicht is om de waarde van de betrokken verstrekkingen terug te betalen. De aangevochten beslissing schendt die bepaling dus niet. Door aan te geven dat krachtens de wet “de waarde van de onverschuldigde verstrekkingen moet worden terugbetaald door de zorgverlener” en niet door de persoon die de terugbetaling van de verstrekkingen heeft ontvangen, heeft de Kamer van beroep haar beslissing voldoende en adequaat gemotiveerd.

Verzoeker hekelt het gebrek aan motivering of de tegenstrijdigheid in de motivering van de beslissing, aangezien niet wordt gemotiveerd waarom de vennootschap ... niet wordt beschouwd als de zorgverlener, terwijl tegelijkertijd wordt erkend dat zij de terugbetalingen heeft ontvangen. Die kritiek is echter onontvankelijk bij gebreke van vermelding van de wettelijke bepalingen waarop zij is gebaseerd.

(verworpen)

3. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 17.03.2016.

RvS (7^e k.), 3 november 2016, nr. 236.344, D.⁴

Startpunt beroepstermijn / Begrip woonplaats – Handvest van de sociaal verzekerde – Terugbetaling is geen straf – Ontvankelijkheid van het middel

De toepasselijke termijn om beroep aan te tekenen is de termijn zoals ze wettelijk voorzien was ten tijde van de kennisgeving van de beslissing.

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing is onontvankelijk en kan niet tot cassatie leiden.

Om het begrip “woonplaats” te definiëren wordt gebruik gemaakt van artikel 36 van het Gerechtelijk Wetboek. Bij gebreke aan andersluidende wetgeving is die bepaling ook van toepassing op de huidige procedure. De beroepstermijn gaat in op de datum waarop de aangetekende brief aan de woonplaats van de zorgverlener is aangeboden, zonder rekening te houden met de datum waarop de zorgverlener de brief daadwerkelijk bij de post heeft afgehaald.

De zorgverlener kan niet beschouwd worden als een “sociaal verzekerde” in de zin van artikel 2, 7^o, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de Sociaal Verzekerde en hij kan zich dus niet beroepen op de beroepstermijn van drie maanden zoals voorzien door het Handvest van de Sociaal Verzekerde.

De terugbetaling is geen straf, maar een herstelmaatregel. De rechtswaarborgen die overeenkomstig artikel 6 van het EVRM gelden voor strafvervolgingen zijn hierop niet van toepassing.

(verworpen)

RvS (7^e k.), 3 november 2016, nr. 236.345, D. S.⁵

Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Ontvankelijkheid van het middel – Verzet adviserend arts / Bevoegdheid DGEC – Artikel 149 GW

De Kamer van beroep oordeelt met volle rechtsmacht. De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle bij het RIZIV, maar een onafhankelijk administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar niet dat zij deel uitmaakt van deze dienst of van het RIZIV.

Het gaat om een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

Dat de leden die in de administratieve rechtscolleges zetelen in hun hoedanigheid van zorgverstreker ook controle krijgen van het RIZIV en er door worden opgevolgd en betaald, doet op zichzelf geen afbreuk aan de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid ervan.

4. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 29.09.2015.

5. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 12.10.2015.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen. De leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen hebben slechts een raadgevende stem. De raadgevende leden zetelen in de Kamer van beroep overigens niet in de hoedanigheid van vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling of de beroepsgroep die hen heeft voorgedragen, maar in persoonlijke naam. Dat houdt in dat zij vrij en naar eigen goeddunken oordelen.

De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing, maar bijvoorbeeld tegen de regelgeving, kan niet tot cassatie leiden.

Artikel 8, § 7, 3^o, derde lid van de nomenclatuur heeft betrekking op de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de desbetreffende verstrekkingen. Die tegemoetkoming is verschuldigd aan de patiënt, en niet aan de zorgverlener. Deze bepaling bevat dus een waarborg voor de patiënt, maar heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de toepassing van de evaluatiecriteria.

De omstandigheid dat door de adviserend arts geen verzet wordt gedaan, ontslaat de verpleegkundige niet van de verplichting de forfaitaire honoraria slechts aan te rekenen voor zover aan de in de nomenclatuur gestelde voorwaarden van fysieke afhankelijkheid is voldaan en slechts voor zover de verstrekkingen werden uitgevoerd. Het ontbreken van verzet vanwege de adviserend arts ontnemt niet het onrechtmatig karakter aan de vastgestelde feiten.

Artikel 8, § 7, 3^o, derde lid van de nomenclatuur vormt geen beletsel voor de controleorganen van het RIZIV om na de verzetstermijn, toegekend aan de adviserend arts, op te treden tegen verpleegkundigen die de evaluatieschaal verkeerd hebben toegepast.

De door artikel 149 van de Grondwet opgelegde verplichting aan de rechter om zijn rechterlijke uitspraak te motiveren heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redengeving uiteenzet - al ware die redengeving verkeerd of onwettig - die hem ertoe brengt die beslissing te nemen en de aangebrachte excepties en beroepsgrievens te verwerpen of in te willigen. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, maakt een schending uit van artikel 149 van de Grondwet.

(verworpen)

RvS (6^e k.), 10 november 2016, nr. 236.398, RIZIV t./I.Z.Z.
RvS (6^e k.), 10 november 2016, nr. 236.399, RIZIV t./
C.S.-L.
RvS (6^e k.), 10 november 2016, nr. 236.400, RIZIV t./C.L.⁶

Koninklijk besluit van 23 juni 2003 - Chronische hemodialyses / Nationale overeenkomst van 24 januari 1996

De Koning heeft uitvoering gegeven aan artikel 71*bis*, §§ 1 en 2 van de GVU-wet door de goedkeuring van het koninklijk besluit van 23 juni 2003. Dat intussen opgeheven koninklijk besluit bevatte een hoofdstuk 1 met als titel: “*Tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse*”. Daaruit blijkt dat de Koning de tegemoetkoming in de kosten voor hemodialyse in een erkend centrum voor chronische hemodialyse heeft willen beperken tot de chronische hemodialyses met uitsluiting van andere vormen van hemodialyse.

De Kamer van beroep heeft dus terecht geoordeeld dat dit besluit alleen betrekking had op de chronische hemodialyses.

Aangezien uit de aangevochten beslissing van de Kamer van beroep niet blijkt dat de Koning de voorwaarden en het bedrag van een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten voor de hemodialyses die worden uitgevoerd in die centra voor patiënten met acute nierinsufficiëntie of in een dienst voor intensieve zorg via een andere uitvoeringsmaatregel van de voormelde wettelijke bepaling zou hebben vastgesteld, mocht zij echter niet beslissen dat een dergelijke tegemoetkoming in die gevallen kon worden toegestaan.

Daaruit volgt dat de Kamer van beroep haar beslissing niet wettelijk heeft verantwoord. Die vaststelling wordt niet ontkracht door de omstandigheid dat het RIZIV de facturatie van forfaits voor acute hemodialyses in de voormelde centra in de praktijk al vele jaren heeft toegestaan.

In artikel 60 van de wet van 22 augustus 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg worden de gevallen vermeld waarin een financiële tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt toegestaan voor hemodialyses. In de tweede paragraaf ervan wordt de Koning de bevoegdheid gegeven om enerzijds de voorwaarden te bepalen waarin de verzekering voor geneeskundige verzorging een tegemoetkoming betaalt voor de kosten voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse dat is erkend door de bevoegde overheid en anderzijds om het bedrag van die tegemoetkoming vast te stellen.

Daaruit volgt dat een dergelijke tegemoetkoming slechts mag worden toegekend voor zover de Koning heeft bepaald dat de verzekering voor geneeskundige verzorging een tegemoetkoming betaalt voor de kosten voor een hemodialyse in een erkend centrum voor hemodialyse.

De nationale overeenkomst ziekenhuizen - verzekeringsinstellingen van 24 januari 1996 heeft bijgevolg geen voldoende grondslag meer om een dergelijke tegemoetkoming te rechtvaardigen.

(vernietiging)

RvS (7^e k.), 26 januari 2017, nr. 237.164, D.⁷

Bevoegdheid DGEC

De opdracht om de verstrekkingen te controleren op het vlak van de realiteit en conformiteit houdt in dat de DGEC nagaat of de prestaties van de artsen reëel zijn en in overeenstemming met de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werden verstrekt en in voorkomend geval de overtredingen bestraft.

De DGEC is niet bevoegd om de voorwaarden die gesteld werden in een besluit dat geen uitvoeringsbesluit is van de GvU-wet, te controleren. De beoordeling of voldaan is aan de normen qua medische bestaafing wordt niet opgenomen in artikel 139 van de GvU-wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen noch in de opsomming van de verboden handelingen opgesomd in artikel 73*bis* van dezelfde wet. Bijgevolg is de DGEC niet bevoegd om op basis van het voormelde artikel 139 te beoordelen of voldaan werd aan de erkenningsvoorwaarden en vervolgens een sanctie op te leggen.

(vernietiging)

RvS (7^e k.), 28 september 2017, nr. 239.245, NV A. en T.D.⁸

Artikel 159 GW – Extrapolatie / Feitelijk vermoeden / Artikel 1353 Burgerlijk Wetboek

De omstandigheid dat de beoordeling van de bodemrechter van de wettigheid van een interpretatieregule niet overeenstemt met het standpunt van een partij vormt op zich geen schending van artikel 159 van de Grondwet. De interpretatieregule is geen reglement, noch een akte.

De DGEC en de administratieve rechtscollages mogen zich, met inachtneming van het recht op tegenspraak, baseren op feitelijke vermoedens en een onbekend feit afleiden uit één of meer gekende feiten, voor zover die feiten vaststaan en de afgeleide vermoedens overeenkomstig artikel 1353 van het Burgerlijk Wetboek gewichtig, precies en met elkaar overeenstemmend zijn.

Het bewijs door extrapolatie kan in combinatie met andere bewijsmiddelen beschouwd worden als gewichtige precieze en met elkaar overeenstemmende vermoedens waarbij in de motivering rekening wordt gehouden met de argumenten van de verzoekende partijen. De bodemrechter beoordeelt op onaantastbare wijze de bewijswaarde van de hem voorgelegde gegevens. Hij stelt de feiten die hij als feitelijke vermoedens beschouwt op onaantastbare wijze vast en de wet laat het in beginsel aan zijn oordeel en beleid over welke gevolgtrekking hij als feitelijk vermoeden daaruit maakt.

De Kamer van beroep oordeelt als rechter in laatste aanleg op onaantastbare wijze over de feitelijke toedracht van de zaak. Haar beoordeling dienaangaande kan door de Raad van State, optredend als cassatierechter, niet worden overgedaan.

(verworpen)

7. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 14.03.2016.

8. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 12.09.2016.

RvS (7^e k.), 31 oktober 2017, nr. 239.727, D.K.⁹

Interesten / Artikel 156, § 1 van de GvU-wet

Op basis van artikel 156, § 1, tweede lid van de GvU-wet, laatst gewijzigd door de wet van 17 juli 2015, brengen de verschuldigde sommen interesten op bij gebrek aan betaling binnen de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de beslissing, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn.

(vernietiging voor wat betreft het startpunt van de interesten)

RvS (7^e k.), 31 oktober 2017, nr. 239.729, B.¹⁰

Terugbetaling is geen straf – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / Cassatierechter / Volle rechtsmacht KvB – Ontvankelijkheid van het middel – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid - Artikel 149 GW

De terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties is geen straf, maar een herstelmaatregel. De rechtswaarborgen die gelden voor strafvervolgingen in de zin van de artikelen 6 en 7 EVRM zijn bijgevolg voor de Kamer van beroep niet van toepassing.

Als cassatierechter komt het de Raad van State niet toe de beoordeling van de feitenrechter over te doen. De Raad van State kan het oordeel van de Kamer van beroep in verband met de impact van het tijdsverloop van het dossier dus niet overdoen. Het feit dat er in andere dossiers werd geoordeeld dat de impact van het lange tijdsverloop op de bewijsvoering onderzocht moest worden, toont op zich niet aan dat het RIZIV werkt met twee maten en twee gewichten, noch dat het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel geschonden werd.

Als cassatierechter komt het de Raad van State niet toe op zijn beurt te onderzoeken of de aangevoerde inbreuken bewezen zijn. Hij kan enkel nagaan of de feitenrechter daartoe rechtmatig heeft besloten.

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. Haar beslissing komt in de plaats van die van de beslissing die in eerste aanleg is genomen.

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing is niet ontvankelijk.

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar niet dat zij deel uitmaakt van deze dienst of van het RIZIV. Het gaat om een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer van beroep en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer van beroep is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

9. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 27.09.2016.

10. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 22.11.2016.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen met een raadgevende stem. De raadgevende leden zetelen niet in de hoedanigheid van vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling of de beroepsgroep die hen heeft voorgedragen, maar in persoonlijke naam.

Dat houdt in dat zij vrij en naar eigen goeddunken oordelen. De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

De enkele omstandigheid dat de zittingen van de Kamers in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.¹¹

De kritiek van verzoekster met betrekking tot de transparantie van de vergoedingen van de leden van de Kamers is loutere opportuniteitskritiek en kan niet tot cassatie van de bestreden beslissing leiden.

De wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de materiële motiveringsplicht als beginsel van behoorlijk bestuur zijn als dusdanig niet van toepassing op jurisdictionele beslissingen zoals de bestreden beslissing.

De bij artikel 149 van de Grondwet opgelegde verplichting aan de rechter om zijn rechterlijke uitspraak te motiveren, heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement van de Kamer van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de DGEC heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redengeving uiteenzet, al ware die redengeving verkeerd of onwettig, die hem ertoe brengt die beslissing te nemen en de aangebrachte excepties en beroepsgrievens te verwerpen of in te willigen. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, maakt een schending uit van artikel 149 van de Grondwet.

(verworpen)

RvS (6^e k.), 14 november 2017, nrs. 239.864 en 239.865, J.

Wraking van twee leden van de Kamer van beroep – Prejudiciële vragen aan het Grondwettelijk Hof¹²

De Raad van State heeft de volgende vijf prejudiciële vragen gesteld:

1. Schendt artikel 145 van de GvU-wet, de artikelen 10, 11 en 151, § 1, van de Grondwet, het algemene beginsel van onafhankelijkheid en van onpartijdigheid van de rechter en artikel 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, in zoverre het, zowel wegens met name § 1, derde lid, 2^o, en vijfde lid, en § 7 ervan als wegens de parlementaire voorbereiding met betrekking tot dat artikel, in die zin moet worden geïnterpreteerd dat het erin voorziet dat twee adviserend artsen uit de kandidaten die door de verzekeringsinstellingen op dubbele lijsten zijn voorgedragen, door de Koning worden benoemd als werkende leden van de kamers van beroep die bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zijn ingesteld, kamers die in artikel 161 van de Grondwet bedoelde administratieve rechtscolleges vormen, en als “vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen” zitting erin hebben?

11. Zie art. 145, § 3, eerste lid van de GvU-wet.

12. Bericht B.S. 10.01.2018, blz. 1092.

2. Dient dezelfde vaststelling van ongrondwettigheid van die bepaling te worden gedaan aangezien rekening moet worden gehouden met de paritaire gemengde samenstelling van de kamer van beroep, die uitdrukkelijk door de wetgever is gewild tussen de “vertegenwoordigers” van de verzekeringsinstellingen en de “vertegenwoordigers” van de representatieve beroepsorganisaties van de verstrekkers van gezondheidszorg?

3. Dient, indien de eerste twee prejudiciële vragen bevestigend worden beantwoord, dezelfde vaststelling van ongrondwettigheid van die bepaling te worden gedaan naargelang die “vertegenwoordigers” stemgerechtigd zijn of een raadgevende stem hebben in de kamer van beroep?

4. Zou, indien de eerste drie prejudiciële vragen bevestigend worden beantwoord, dezelfde vaststelling van ongrondwettigheid van die bepaling moeten worden gedaan indien zou moeten worden geoordeeld dat artikel 145 van de GvU-Wet in die zin kan worden geïnterpreteerd dat het de verzekeringsinstellingen toestaat artsen die geen adviserend artsen zouden zijn, voor te dragen als kandidaten die hen moeten vertegenwoordigen?

5. Zou, indien de eerste vier prejudiciële vragen bevestigend worden beantwoord, dezelfde vaststelling van ongrondwettigheid van die bepaling moeten worden gedaan indien zou moeten worden geoordeeld dat artikel 145 van de GvU-Wet in die zin kan worden geïnterpreteerd dat het inhoudt dat zowel de leden van de kamer van beroep die als “vertegenwoordigers” van de verzekeringsinstellingen zijn benoemd als die welke als “vertegenwoordigers” van de representatieve beroepsorganisaties van de verstrekkers van gezondheidszorg zijn benoemd, worden voorgedragen en benoemd wegens hun technische kennis van de materie en onafhankelijk dienen te handelen bij het vervullen van hun opdracht als rechter, zij het met louter raadgevende stem tijdens de beraadslaging?

(schorsing van de procedure)

2^e Deel

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



3^{de} trimester 2017

1. Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.08.2017	11.08.2017	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid

Samenvatting van de wijzigingen

Deze wijzigingen van de GVV-wet beogen om in het licht van het algemene rechtsbeginsel van rechtszekerheid de nodige stabiliteit te verschaffen aan de zorgverleners over het tot stand komen van de akkoorden en overeenkomsten door deze voor te leggen aan de Ministerraad met een financieel schema. Op deze manier kan de regering toezien op de goede uitvoering van de akkoorden en de overeenstemming ervan met het door de regering vastgestelde budget. Het akkoord van de Ministerraad zal samen met de teksten van de overeenkomsten en akkoorden in het Belgisch Staatsblad worden gepubliceerd. Daardoor wordt eveneens het belang van deze overeenkomsten en akkoorden bevestigd.

De besluitvormingsprocedure wordt verbeterd door de inspecteur van financiën van rechtswege te laten deelnemen aan de vergaderingen van de Commissie voor Begrotingscontrole zodat deze reeds in een vroeger stadium van het dossier inzake krijgt en de daaropvolgende adviesprocedure kan vergemakkelijkt worden.

De zorgverleners zullen beter betrokken worden bij de besluitvorming van het College van Artsendirecteuren bij het onderhandelen van revalidatieovereenkomsten middels aanduiding, via het Verzekeringscomité, van experts.

Tenslotte worden de regels voor de toetreding tot akkoorden en overeenkomsten geharmoniseerd waardoor er eveneens meer transparantie komt voor de inwerkingtreding ervan. Ter compensatie voor de toetreding tot de akkoorden en overeenkomsten en het respecteren van de tariefzekerheid voor de patiënten, zullen de zorgverleners die na het effectief genieten van hun pensioen nog een activiteit uitoefenen, verder andere sociale voordelen kunnen genieten. Voor de vergoeding van de opleiding van artsen in niet-universitaire ziekenhuizen wordt een rechtsgrond gecreëerd binnen de GVV-Wet¹.

Er wordt ook een artikel *9quater* ingevoegd in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, waarin het platform "NewAttest" wordt ingevoerd; hierdoor kan het RIZIV snel en op een beveiligde manier toegang krijgen tot alle gegevens die nodig zijn voor de uitoefening van zijn verschillende opdrachten.

In de wet wordt ook het bedrag vastgelegd van de administratiekosten van de vijf landsbonden en van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

1. Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, parl. stuk, Kamer van Volksvertegenwoordigers, gewone zitting 54-2599/001, blz.3 -6.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.07.2017	18.12.2015	Wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van zelfstandigen met het oog op wijziging van de aanvraagprocedure voor een adoptieuitkering

Samenvatting van de wijzigingen

De leden 2 en 4 van artikel 6, § 1 van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van zelfstandigen worden vanaf 14 juli 2017 opgeheven (de termijnen om de aanvraag bij zijn ziekenfonds in te dienen).

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2017	05.09.2017	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

Dit koninklijk besluit wijzigt de artikelen 225 en 226*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 door een nieuwe neutralisatiemaatregel vast te leggen naar aanleiding van de invoering:

- 1) van de eenmalige betaling van een inhaalpremie aan sommige gerechtigden van een minimumpensioen in het werknemers- en het zelfstandigenstelsel, in december 2016;
- 2) van de verhoging met 0,7 % van het minimumpensioen dat aan sommige rechthebbenden wordt toegekend in het werknemers- en het zelfstandigenstelsel, vanaf 1 januari 2017.

Via deze neutralisatiemaatregel behoudt de als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die, vóór de toekenning van de voormelde inhaalpremie of de herwaardering van het voormelde minimumpensioen, reeds de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast of van gerechtigde gelijkgesteld aan een alleenstaande had, de toekenning van deze hoedanigheid, ondanks deze inhaalpremie of de verhoging van het minimumpensioen die wordt toegekend aan de persoon die voornamelijk de gezinslast kan doen gelden uit hoofde van de arbeidsongeschikte gerechtigde en die met deze gerechtigde samenwoont. Voor de latere toepassing van deze neutralisatiemaatregel is het bovendien onontbeerlijk dat de gerechtigde zich nog steeds in dezelfde situatie bevindt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2017	10.09.2017	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 wat betreft de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité

Samenvatting van de wijzigingen

De stemmingsprocedure leidde tot onevenwichtige situaties waarbij de principes van een paritair beslissingsmodel werden doorkruist. Om dit te verhelpen, voorziet het koninklijk besluit in een gekwalificeerde dubbele meerderheid in de eerste zitting, gevolgd door een gewone dubbele meerderheid in een eventuele tweede zitting. Zo zijn de beslissingen pas genomen wanneer er een akkoord wordt bereikt, zowel op de bank van de verzekeringsinstellingen als op de bank van de zorgverleners. Door de invoering van een meerderheid op elke bank bij het vaststellen van het voorstel van het Verzekeringscomité, wordt gestimuleerd dat bij de voorbereiding ervan de zorgverleners deugdelijk worden betrokken.

Bijgevolg wordt er een paragraaf *7bis* ingevoegd in artikel 10, luidende:

“§ *7bis*. Wanneer het Verzekeringscomité de bevoegdheden uitoefent bepaald in de artikelen 39 of 22 van de wet en de betrokken maatregel de uitvoering betreft van een bepaling opgenomen in een overeenkomst of een akkoord, beoogd in hoofdstuk V van de wet, worden de beslissingen genomen met een meerderheid van tweederde van de stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen enerzijds en van de groep samengesteld uit de zorgverleners anderzijds. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de onthoudingen.

Indien die meerderheid niet wordt bereikt, maar dat enerzijds de meerderheid wordt gehaald van de aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, en anderzijds de meerderheid wordt gehaald van de stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden van de groep, samengesteld uit de zorgverleners, legt de voorzitter dezelfde voorstellen op de volgende vergadering ter stemming voor.

Indien opnieuw de meerderheden bedoeld in het vorige lid worden behaald, is de beslissing genomen.”

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
08.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel <i>37bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel *37bis*, § 1, C, 1^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met de woorden “, 101275, 101290”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een arts-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige

Samenvatting van de wijzigingen

De in artikel 1 vermelde tabel wordt aangevuld met de codenummers 101275 Raadpleging arts-specialist voor otorhinolaryngologie en 101290 Raadpleging geaccrediteerd arts-specialist voor otorhinolaryngologie.

Artikel 3, tweede lid, wordt vervangen door: "De vermindering van het persoonlijk aandeel is niet verschuldigd indien toepassing gemaakt wordt van de derdebetalersregeling".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 53, § 1, dertiende lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de verplichte verificatie door verpleegkundigen van de identiteit van de patiënt door lezing van een elektronisch identiteitsmiddel

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, is van toepassing op de verpleegkundigen die verstrekkingen verlenen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming overeenkomstig 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, tenzij deze verstrekkingen worden gefactureerd via een verzorgingsinstelling, en dit vanaf 1 oktober 2017.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra

Samenvatting van de wijzigingen

In dit koninklijk besluit wordt het forensisch psychiatrisch centrum van Antwerpen opgenomen in het financieringsbesluit voor forensische psychiatrische centra en wordt de financiering ervan geregeld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2017 - Editie 2	05.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot uitvoering van hoofdstuk III <i>bis</i> van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 13, tweede lid, worden de woorden “het door de Koning verminderde” vervangen door de woorden “het met 100 EUR verminderde”
- in artikel 16, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 1. het eerste lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Dit bedrag wordt geïndexeerd overeenkomstig artikel 37 *quaterdecies*, § 2, van de wet.”;
 2. in het tweede lid worden de woorden “of een rechthebbende van het statuut bedoeld in artikel 37 *vicies*/1 van de wet” ingevoegd tussen de woorden “waarvoor het recht op maximumfactuur wordt onderzocht” en de woorden “maakt de verzekeringsinstelling”.
- in artikel 25, tweede lid, worden de woorden “het door de Koning verminderde” vervangen door de woorden “het met 100 EUR verminderde”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2017 - Editie 1	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, §§ 1, A, en 2, en 19, § 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 18 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. in § 1, A,
 - a. wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 444253-444264 door “K 840” vervangen;
 - b. wordt de verstrekking 444275-444286 opgeheven;
 - c. wordt de toepassingsregel die voorafgaat aan de verstrekking 444290-444301 als volgt vervangen: “De verstrekking 444231-444242 kan niet gecumuleerd worden met verstrekkingen uit de rubriek A2 (bijkomende honoraria).”;

- d. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 444356-444360 door “K 221” vervangen;
- e. wordt de betreffende waarde van de verstrekking 444371-444382 door “K 71” vervangen;
- f. worden de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd na de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 444371-444382: “444614-444625
LokalisatieCTopnameuitgevoerd bij de verstrekking 444356-444360 (eerste simulatie) en/of bij de verstrekking 444371-444382 (tweede simulatie) K 79
De verstrekking 444614-444625 is niet op dezelfde dag aanrekenbaar als een verstrekking van artikel 17, § 1, 11°.”.

2. In § 2, onder de bepaling A, a), worden de rangnummers “444275-444286” opgeheven.

In artikel 19 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. in § 1, in de rubriek Categorie 1, onder het opschrift Niet-maligne aandoeningen, wordt het eerste streepje door de woorden “(curatieve bestraling, geen preventieve bestraling)” aangevuld;
2. in § 5, in het vijfde lid, worden de woorden “en voor de intraluminale curietherapie bedoeld onder rangnummer 444275-444286” opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17 <i>bis</i> en 17 <i>quater</i> , 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 17 *bis* wordt de betreffende waarde van de verstrekkingen 460456-460460 en 461215-461226 telkens vervangen door “N 94,19”.

In artikel 17 *quater* wordt de betreffende waarde van de verstrekkingen 469814-469825 en 469630-469641 telkens vervangen door “N 94,19”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, 11° <i>ter</i> en 12°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voegt in artikel 17, § 1, 11° *ter*, de verstrekkingen 459933-459944 en 459955-459966 en hun toepassingsregels toe.

Na het tweede lid wordt het volgende lid ingevoegd: “Een verstrekking uitgevoerd met een computergestuurde tomograaf (CT) kan niet worden aangerekend als een verstrekking die is uitgevoerd met een Cone Beam computergestuurde tomograaf (CBCT) en omgekeerd.”;

Het derde lid wordt vervangen door: “De verstrekkingen 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966 kunnen voor dezelfde indicatie niet worden gecumuleerd met de overeenkomstige verstrekkingen 459690-459701, 377230-377241, 307252-307263, 307230-307241, 458732-458743.”;

In het vierde lid worden de woorden “voor de verstrekking 459852-459863” vervangen door de woorden “voor de verstrekkingen 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966,”;

In de bepaling onder 12^o,

1^o wordt het punt 14 van de omschrijving van de verstrekking 460670 door de woorden “, 459933, 459955” aangevuld;

2^o wordt het punt 6 van de omschrijving van de verstrekking 461016 door de woorden “, 459933, 459955” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, d), 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 dit koninklijk besluit worden in artikel 14, d) de toepassingsregels voor de verstrekking 244952-244963 en de voorwaarden voor de tegemoetkoming voor de verstrekking 244974-244985 aangevuld met de bepaling onder c), luidende: “c) in geval van peritoneale carcinomatosis door ovariumcarcinoom, is de patiënt eerder behandeld met systemische chemotherapie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 11, §§ 4 en 5, 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 11 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o in paragraaf 4 wordt de volgende verstrekking na de verstrekking 355316-355320 ingevoegd: “355132-355143

Punctie van een lymfeklier K 4”;

2^o in paragraaf 5 worden de rangnummers “355132-355143” tussen de rangnummers “354255-354266” en “355316-355320” ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.07.2017	18.06.2017	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 de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

1. in de rubriek 1/CHEMIE, wordt de hoofding 4/Faeces als volgt aangevuld:

“544751-544762

Doseren van calprotectineB 1600
(Maximum 1) (Diagnoseregels 122)”;

2. de rubriek Diagnoseregels wordt als volgt aangevuld:

“122

De verstrekking 544751-544762 mag alleen aan de ZIV worden aangerekend voor de follow-up van een bewezen ziekte van Crohn. Deze test mag alleen aan de ZIV worden aangerekend wanneer een arts-specialist de test voorschrijft in een van de disciplines die tot de inwendige pathologie behoren, en dit maximaal twee keer per jaar.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.07.2017	18.06.2017	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:

1° in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed:

a) worden de volgende verstrekkingen na de verstrekking 540772-540783 ingevoegd:

“587930-587941

Doseren van cystatine C B 800
(Maximum 1) (Cumulregel 343) (Diagnoseregels 125)

587952-587963

Doseren van jodium in het serum of het plasma B 1400
(Maximum 1) (Diagnoseregels 126)”;

b) wordt de omschrijving van de verstrekking 540772-540783 vervangen als volgt:

“Doseren van fructosamine
(Maximum 1) (Cumulregel 18) (Diagnoseregels 124)”;

c) wordt in de omschrijving van de verstrekking 543255-543266 de cumulregel “343” ingevoegd na de woorden “Cumulregel 8”;

2° de rubriek “Cumulregels” wordt aangevuld luidende:

“343

De verstrekkingen 587930-587941 en 543255-543266 mogen onderling niet worden gecumuleerd.”;

3° de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld luidende:

“124

De verstrekking 540772-540783 mag enkel worden aangerekend aan de ZIV bij een diabetische zwangere vrouw of voor een diabetische patiënt met een hemoglobinopathie of een chronische hemolyse.

125

De verstrekking 587930-587941 mag enkel worden aangerekend aan de ZIV bij een kind van 1 tot 3 jaar oud of bij patiënten die een niertransplantatie hebben gehad.

126

De verstrekking 587952 - 587963 mag enkel worden aangerekend aan de ZIV bij zwaar verbrande patiënten bij een totaal verbrand oppervlak van meer dan 15 % of bij patiënten met een ruim huidverlies (syndroom van Lyell, necrotiserende fasciitis,...) die een plaatselijke behandeling met jodium krijgen.”;

4° in de diagnoseregels “3” worden de rangnummers “540772-540783” opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2017	23.05.2017	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 301593-301604 wordt gewijzigd
- de verzekeringstegemoetkoming voor tandprothesen in geval van overlijden van de patiënt tijdens de confectieperiode wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 15 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

Artikel 15 wordt aangevuld met een paragraaf 19, luidende: “§ 19. In geval van een gemetastaseerd tumoraal proces mag de verstrekking 243051-243062, 243036-243040, 244053-244064, 244016-244020, 244031-244042, 243110-243121, 241474-241485, 241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 242056-242060, 242012-242023, 242034-242045 voor 100 % gecumuleerd worden met de verstrekking 242336-242340, 242314-242325, 242292-242303, 244856-244860, 243235-243246.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, j), 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, j) wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking 260514-260525 door “K 430” vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2017	18.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het 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 - Rechtzetting

Samenvatting van de wijzigingen

In het Belgisch Staatsblad nr. 168 van 29 juni 2017, bladzijden 69110 en 69111, moeten de volgende correcties in artikel 1 worden aangebracht:

1° de nummers “127” en “128” moeten telkens worden vervangen door de respectievelijke nummers “21” en “22”;

2° in 2°, wordt de bepaling onder b) als volgt vervangen:

“b) in regel 1 worden de woorden “en 587893-587904” vervangen door de woorden “, 587893-587904 en 589831-589842”;

c) in regel 13 worden de woorden “De verstrekking 588556-588560 mag” vervangen door de woorden “De verstrekkingen 588556-588560 en 589831-589842 mogen”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 2, 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 2, B worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de verstrekkingen 101275 en 101290 worden na de verstrekking 102653 ingevoegd;

2° de omschrijving van de verstrekking 102012 wordt als volgt gewijzigd:

“Raadpleging in de spreekkamer door een andere arts-specialist dan die, vermeld onder de nrs. 101275, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102314, 102351, 102734, 102896 en 103456”;

3° de omschrijving van de verstrekking 102535 wordt als volgt gewijzigd:

“Raadpleging in de spreekkamer door een ander geaccrediteerde arts-specialist dan die, vermeld onder de nrs. 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 en 103471”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, 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 2, B worden de verstrekking 103250 en toepassingsregels na de verstrekking 102756 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.09.2017	05.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging 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 a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. In § 2, a) prenatale zittingen, wordt het tiende lid “De verstrekkingen 422052, 428131 en 428153 omvatten het verloskundig onderzoek (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de noodzakelijke parameters) van de zwangere vrouw, met inbegrip van de eventuele monitoring en alle andere technische verstrekkingen die door de vroedvrouw mogen worden verricht” opgeheven;

2. In § 2, a) prenatale zittingen, wordt het voorlaatste lid vervangen als volgt: “De verstrekkingen 422030, 428094, 428116, 422052, 428131, 428153, 422870, 428175, 428190, 422892, 428212 en 428234 mogen dezelfde dag worden gecumuleerd met een consultatie van een arts-specialist in de gynaecologie-verloskunde, indien de zwangere vrouw door de vroedvrouw doorverwezen wordt wegens het vermoeden van een aandoening, die in het dossier van de rechthebbende moet worden vermeld. Deze verstrekkingen omvatten het verloskundig onderzoek (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de noodzakelijke parameters) van de zwangere vrouw, met inbegrip van de eventuele monitoring en alle andere technische verstrekkingen die door de vroedvrouw mogen worden verricht.”;
3. In § 4, 1) in de verplegingsinrichting waar de patiënte is gehospitaliseerd, wordt het derde lid betreffende de verstrekking 422240 opgeheven;
4. 4^o In § 5 wordt vóór de verstrekking 422450 een lid ingevoegd luidende: “De verstrekkingen 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 en 428632 kunnen niet worden geattesteerd indien, tijdens dezelfde verzorgingsdag, ook een verstrekking 422435, 428492, 428514, 422472, 428691 of 428713 werd verleend en geattesteerd.”;
5. In § 5 wordt het veertiende lid aangevuld met de volgende zinnen: “In uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld in de volgende situaties: tijdens de opname van het kind in een ziekenhuis, een afstandskind of het overlijden (in utero of perinataal) van het kind, is het toegelaten dat het kind niet aanwezig kan zijn tijdens deze verstrekkingen. Indien de motivering van deze afwezigheid duidelijk in het dossier is vermeld, kan de vroedvrouw deze verstrekkingen attesteren voor de verzorging verleend aan de moeder, zelfs in afwezigheid van het kind.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.09.2017	19.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging 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 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. § 1, 3^o, IV. wordt vervangen door IV. Verstrekkingen verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden (561540-564701);
2. § 11, eerste lid wordt vervangen als volgt: “De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3^o, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 2^o bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater of 14quinquies vastgestelde situatie bevindt.”;

3. § 12, 1^o, tweede lid wordt vervangen als volgt: “Voor de rechthebbenden, hierboven vermeld in a), mag een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend tijdens de hele duur van het verblijf in die functies of diensten. De verstrekking 564701 mag enkel aangerekend worden voor de rechthebbenden vermeld in a). Ze is niet cumuleerbaar met de verstrekking 561540. Voor de rechthebbenden, hierboven vermeld in b), mag maximum 14 keer een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend gedurende de dertig dagen die volgen op de dag waarop één van de verstrekkingen vermeld in b) is aangerekend.”;
4. § 12, 2^o wordt vervangen als volgt: “2^o Voor de rechthebbenden die zich in een van de situaties omschreven in het voorgaand lid bevinden, kan een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend indien de kinesitherapeut beschikt over een medisch voorschrift dat deze tweede zitting duidelijk rechtvaardigt.

In het geval van de verstrekking 564701 moet dit medisch voorschrift de noodzaak vermelden om een tweede zitting uit te voeren gedurende een globale gemiddelde duur van 30 minuten. In voorkomend geval is de kinesitherapeut ertoe gehouden een kopie van dit voorschrift voor te leggen aan de adviserend arts in het kader van een controle *a posteriori*. Dit voorschrift moet het volgende vermelden:

- a) de nomenclatuurcodenummers en de betrekkelijke waarde van de ontvangen reanimatiebehandeling of van de uitgevoerde heelkundige ingreep;
- b) de datum van de ingreep of de datum van de opname in de dienst intensieve verzorging of voor pasgeborenen;
- c) de gewenste frequentie per week en per dag.”

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2017	30.06.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 23 ^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In geval van de verrichting van een niet-toegelaten arbeid op zondag, wordt de mogelijkheid ingevoerd om de uitkering die is toegekend voor de eerste voorafgaande vergoedbare dag waarop de gerechtigde geen arbeid heeft verricht, terug te vorderen (aangezien zondag een niet-vergoedbare dag is).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.07.2017	11.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging, wat betreft de administratieve sancties, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Deze reglementaire wijzigingen hebben tot doel het systeem van administratieve sancties, die worden uitgesproken ten aanzien van de zelfstandigen die een inbreuk hebben begaan op de bepalingen van de reglementering inzake de uitkerings- en moederschapsverzekering voor de zelfstandigen, te versterken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.07.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

De wachttijd voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de regeling voor zelfstandigen blijft onveranderd. Gelet op de verlenging van de wachttijd voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de regeling voor werknemers, ondergaat het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten echter enkele formele wijzigingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.08.2017	11.08.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 29, § 4 wordt aangevuld met een lid, luidende: “De uitkeringen kunnen eveneens, zonder beperking, samen genomen worden met de vergoedingen toegekend met toepassing van de wet van 18 juli 2017 betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme.”.

6. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbers of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In het artikel 4 wordt de bepaling onder 1^o aangevuld met de woorden “, 101275, 101290”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2017	21.07.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbers of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 4, 1^o wordt aangevuld met het rangnummer “103250”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2017 - Editie 2	30.06.2017	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden het bedrag, de voorwaarden en de modaliteiten bepaald overeenkomstig dewelke de huisarts een jaarlijkse tegemoetkoming van het RIZIV kan genieten in de kosten voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2017 - Editie 2	31.07.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

Samenvatting van de wijzigingen

Een financiële tegemoetkoming van 366.536,27 EUR wordt voor het jaar 2017 toegekend aan de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.08.2017 - Editie 2	31.07.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

Samenvatting van de wijzigingen

Op 19 oktober 2015 hebben de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en de federale overheid een Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken goedgekeurd, met als titel: "Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid".

In het kader van dit plan worden er in een bepaalde regio pilootprojecten opgezet om de modaliteiten inzake de organisatie van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken uit te testen.

Het koninklijk besluit van 31 juli 2017 is de wettelijke basis van de pilootprojecten. De projectoproep werd op 18 augustus 2017 gelanceerd en eindigde op 18 september 2017.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.09.2017	30.08.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 4, § 1, eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht vanaf 1 september 2017:

- a) in de bepaling onder 1°, wordt het getal "12.071,57" vervangen door het getal "12.276,79";
- b) in de bepaling onder 2°, wordt het getal "14.103,01" vervangen door het getal "14.342,76";
- c) in de bepaling onder 3°, wordt het getal "9.660,14" vervangen door het getal "9.824,36";
- d) in de bepaling onder 4°, wordt het getal "11.082,71" vervangen door het getal "11.271,12".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.09.2017	05.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

Het basisbedrag van de adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen en meewerkende echtgenoten wordt bij dit koninklijk besluit verhoogd met 1,7 % vanaf 1 september 2017.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2017	10.09.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling voor het kalenderjaar 2017 van de bedragen van de vergoedingen voor de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die op 1 maart 2000, 28 november 2000, 26 april 2005, 18 juli 2005, 4 februari 2011, 25 februari 2011 en 24 oktober 2012 door de federale regering werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en van de maatregelen die zijn voorzien in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorzien in de akkoorden van 4 maart 2010 en 17 maart 2010, voor zover zij betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag wordt voor 2017 vastgesteld op 97.328.949 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2017	05.09.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op peterschap en op de maatregel van bijkomend verlof vanaf het kalenderjaar 2017

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag wordt voor 2017 vastgesteld op 18.706.246 EUR.

7. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2017 - Editie 2	13.07.2017	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
25.08.2017	18.08.2017	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
25.08.2017	22.08.2017	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
15.09.2017	22.08.2017	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 (blz. 81193) - Erratum
20.09.2017 - Editie 2	15.09.2017	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

Samenvatting van de wijzigingen

In de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I, bijlage II en bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.08.2017	22.08.2017	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
15.09.2017	22.08.2017	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 - Erratum
20.09.2017 - Editie 2	15.09.2017	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

In het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I en in hoofdstuk II van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.07.2017	15.05.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "D. Urologie en nefrologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I: het opschrift "D.4 Prostaat" wordt aangevuld met "182055 - 182066 Geheel van medische hulpmiddelen gebruikt bij de behandeling van benigne prostaathyperplasie door middel van laserenucleatie" en de vergoedingsvoorwaarde D- § 09 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.07.2017	01.06.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1, worden de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift "L.3.1.4. Centromedullaire nagel voor lidmaatverlenging":

- de verstrekking 167952-167963 wordt geschrapt
- de verstrekking 167974-167985 en haar vergoedingsmodaliteiten worden vervangen.

In de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de nominatieve lijst 34211 behorende bij de verstrekking 167952-167963 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34212 behorende bij de verstrekking 167974-167985, die als bijlage is gevoegd bij dit besluit, wordt aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2017	20.06.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "K. Heelkunde in het algemeen" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1, wordt het opschrift "K.1 Weefsellijmen" met de volgende verstrekking aangevuld: "182195-182206 Chirurgische lijm voor inwendig gebruik die specifiek is bestemd om te worden gebruikt bij contact met longweefsel (per ingreep)" en er worden wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde K- § 01.

In de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2, wordt een nieuwe nominatieve lijst 32904, behorende bij de verstrekking 182195-182206 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.07.2017	13.07.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, gevoegd als bijlage 1, wordt in de vergoedingsvoorwaarde F- § 23, "2.1.1. b)" vervangen als volgt: "De verplegingsinrichting dient voor de toetreding tot de overeenkomst over een ervaring te beschikken van 50 de novo linkszijdige structurele procedures of linkszijdige katheterablatieprocedures, waarvan minstens 25 een transeptale punctie door een intact septum omvatten (476033-476044 en/of 589551-589562), per jaar berekend als het gemiddelde over de jaren 2013 tot 2015. Per dag mag voor eenzelfde rechthebbende slechts een van beide verstrekkingen in rekening gebracht worden voor de berekening van de 25 transeptale puncties."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.07.2017	04.07.2017	Ministerieel besluit ter vastlegging van het model van aanvraagformulier voor erkenning van een laboratorium van klinische biologie

Samenvatting van de wijzigingen

Het aanvraagformulier voor erkenning of vernieuwing van erkenning van de laboratoria van klinische biologie wordt vervangen.

8. Verordeningen		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2017	03.07.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 23, § 1 wordt vervangen
- in artikel 23, § 4, wordt het laatste lid gewijzigd
- bijlage 56 wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.07.2017	29.05.2017	2 verordeningen tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening wordt het formulier F-Form-II-06 in bijlage VII vervangen en wordt het formulier L-Form-II-02 in bijlage XI toegevoegd.

9. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

06.07.2017

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

Interpretatieregel 06 wordt ingevoegd: het restaureren van een gefractureerde blijvende tand met gebruik van afgebroken glazuur-dentinefragmenten van deze tand wordt beschouwd als “vulling van een caviteit” of “opbouw”.

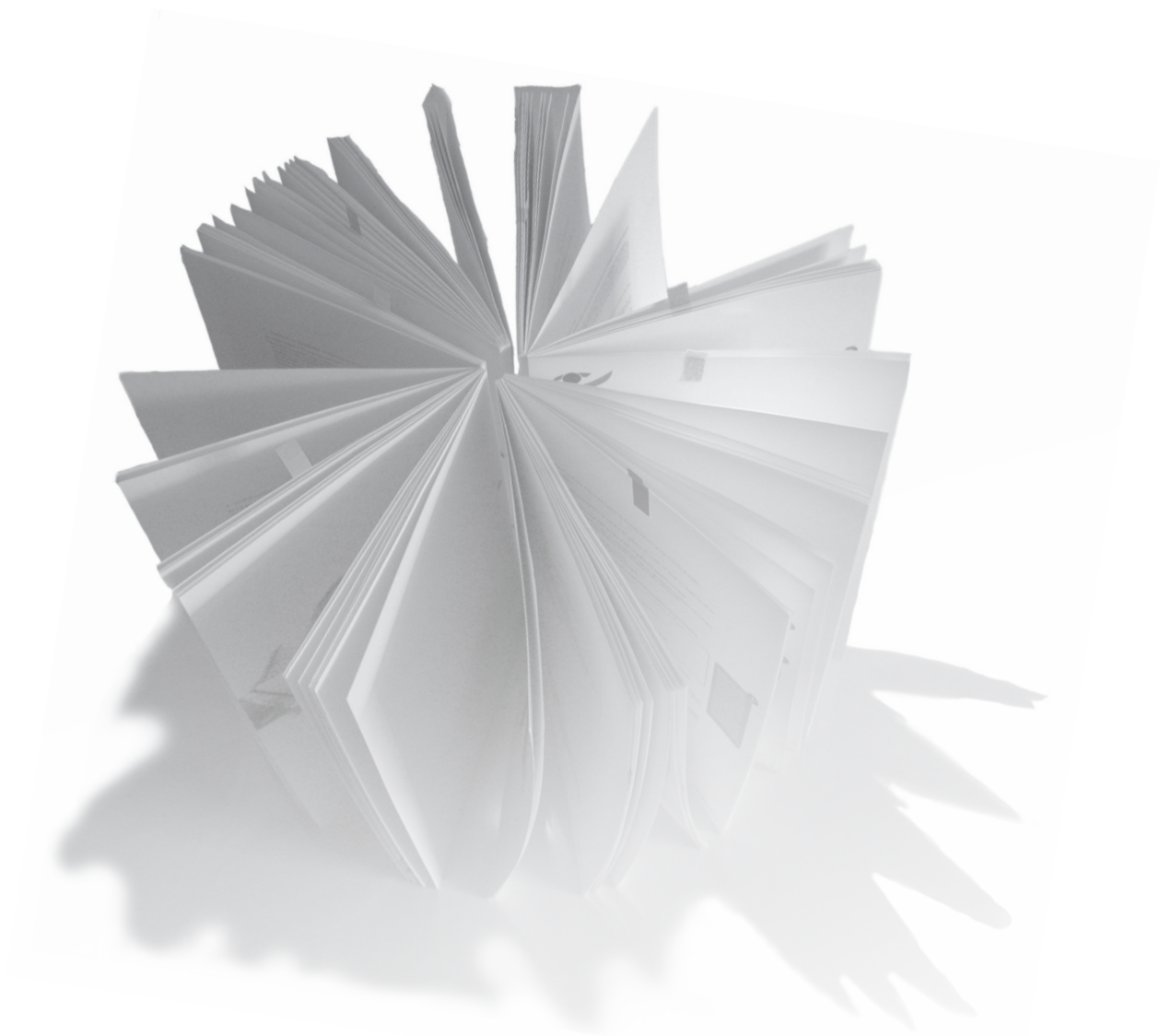
Interpretatieregel 04 wordt vervangen: de toevoeging van kunsthars *in situ* aan de basis van een tandprothese mag niet worden geattesteerd onder nummers voorzien voor het vervangen van de basis van een onder- en bovenprothese. Deze verstrekking mag geattesteerd worden, naargelang het geval, onder de nummers voorzien voor het herstellen van een onder- of bovenprothese.

10. Richtlijnen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.09.2017	19.04.2017	Richtlijnen tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Deze richtlijn heeft tot doel om de grenzen van het begrip “ernstige, nauwkeurige en overeenstemmende aanwijzingen van bedrog” in de zin van artikel 77sexies, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, af te lijnen.

3^e Deel
Rechtspraak



Grondwettelijk Hof, 30 november 2017

Wettelijke basis: artikel 2, 7^o en 5, 2^o van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg

Medisch ongeval zonder aansprakelijkheid - "Vermijdbare" schade rekening houdende met de huidige stand van de wetenschap - Voorwaarde inzake ernst - Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Wanneer de schade die door een aanvrager wordt aangevoerd, haar oorzaak niet vindt in een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, kan die door het Fonds worden vergoed als die schade het gevolg is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zoals bepaald in artikel 2, 7^o van de wet van 31 maart 2010 en voor zover de schade voldoet aan ten minste een van de 4 voorwaarden inzake ernst zoals bedoeld in artikel 5 van dezelfde wet.

Het "abnormale karakter" van de schade zoals bedoeld in artikel 2,7^o van de wet van 31 maart 2010 wordt als een objectief en relevant criterium beschouwd in het licht van de door de wetgever nagestreefde doelstellingen en die keuze houdt niet alleen rekening met de grenzen van de medische wetenschap maar ook met de financiële leefbaarheid van dit nieuwe systeem. Bovendien kunnen de gevolgen van dat criterium niet als onevenredig met de door de wetgever nagestreefde doelstellingen worden beschouwd; bijgevolg is dat criterium toepasbaar op alle personen die beweren het slachtoffer te zijn van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en kunnen ze, in geval van weigering van schade-loosstelling door het Fonds, beroep aantekenen bij de rechtbank van eerste aanleg.

Met betrekking tot de voorwaarde inzake ernst van de schade zoals bepaald in artikel 5,2^o van de wet van 31 maart 2010, berust het verschil in behandeling op een objectief criterium, namelijk het al dan niet bestaan van een beroepsactiviteit uitgeoefend door het slachtoffer en is het redelijk verantwoord omdat het op rechtmatige wijze beoogt de vergoedingsregeling ten laste van het Fonds te beperken tot de schade die een minimale ernstdrempel vertoont, om zijn begroting binnen realistische en haalbare perken te houden. Door de slachtoffers die geen beroepsactiviteit uitoefenen, uit te sluiten van het toepassingsgebied van artikel 5,2^o, meent het Hof bovendien dat niet op onevenredige wijze afbreuk wordt gedaan aan hun rechten, aangezien de ernst van hun schade in aanmerking kan worden genomen op basis van het derde criterium zoals bepaald door de wet van 31 maart 2010, als ze bijzonder ernstige stoomissen vertonen, inclusief van economische aard, die hun levensomstandigheden verstoren.

In fine besluit het Hof dat de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet zijn geschonden door de artikelen 2, 7^o en 5, 2^o van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

A.R. nr. 136/2017

...

II. De feiten en de rechtspleging in het bodemgeschild

De eiseres voor de verwijzende rechter raadpleegt in juli 2011 een orthopedisch chirurg, naar aanleiding van een breuk. Die chirurg past een osteosynthese toe, waarbij uitwendig een plaat wordt geplaatst. Drie weken later raadpleegt de eiseres voor de verwijzende rechter haar behandelende arts die de diagnose stelt van een infectie met de staphylococcus aureus ter hoogte van het litteken. De eiseres ondergaat, van augustus 2011 tot juli 2013, een antibiotherapie, twee ziekenhuisopnames, een huidtransplantatie, een tweede osteosynthese en een kinesitherapeutische behandeling.

Zij dient op 28 november 2012 een aanvraag voor advies in bij het Fonds voor de Medische Ongevallen (hierna : het FMO), dat op 16 maart 2015 besluit dat de beroepsbeoefenaars die de ingreep hebben verricht niet aansprakelijk zijn en dat er geen sprake is van een «medisch ongeval zonder aansprakelijkheid». De eiseres voor de verwijzende rechter betwist de conclusie van het FMO en dagvaardt het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna : het RIZIV) voor de Rechtbank van eerste aanleg Luik om, in hoofdorde, de beslissing van het Fonds voor de Medische Ongevallen te horen tenietdoen en, in ondergeschikte orde, een college van experts-artsen te horen aanwijzen, belast met een tegensprekelijke expertise in het kader van artikel 17, § 2, van de wet van 31 maart 2010.

Bij vonnis van 18 april 2016 verklaart de verwijzende rechter de vordering ontvankelijk en stelt hij, alvorens ten gronde uitspraak te doen, aan het Hof de voormelde prejudiciële vragen.

III. In rechte

- A -

A.1.1. In hun identieke memories beschrijven de Ministerraad en het RIZIV de ontwikkeling van de wetgeving tot de aanneming van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Met die wet beoogde de wetgever een systeem van burgerlijke aansprakelijkheid te behouden en er, in specifieke gevallen, een schadeloosstelling aan toe te voegen ten laste van de nationale solidariteit, door aan slachtoffers een nieuw subjectief recht toe te kennen via de vergoeding van bepaalde gevolgen van gezondheidszorg die geen verband houden met een fout begaan door de zorgverlener.

A.1.2. De wetgever beoogde niet alle schade die voortvloeit uit een verstrekking zonder fout te vergoeden, maar alleen de schade die zich niet had moeten voordoen rekening houdend met onder meer de huidige stand van de wetenschap, met inbegrip van het hoogste niveau ervan, zijnde de schade die voortvloeit uit een zorgverstrekking waarvoor het slachtoffer niet de optimale voorwaarden heeft kunnen genieten die het zouden hebben toegelaten die schade te vermijden. Uit de parlementaire voorbereiding van de wet zou blijken dat de wetgever daarbij ook de ziekenhuisinfecties beoogde.

A.2. In het licht van de parlementaire voorbereiding van de wet zetten de Ministerraad en het RIZIV de twee voorwaarden uiteen die vereist zijn om een vergoeding toe te kennen aan slachtoffers van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid: enerzijds, het abnormale karakter van de schade en, anderzijds, het voldoende ernstige karakter ervan.

Abnormale schade wordt gedefinieerd als schade die zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Twee (alternatieve) subcriteria worden aldus aangereikt: de huidige stand van de wetenschap, die wordt bepaald door het vermijdbare karakter van het ongeval, alsook de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.

De Ministerraad en het RIZIV wijzen in dat verband erop dat, ook al kunnen ziekenhuisinfecties niet 100 % worden vermeden en zij dus niet beantwoorden aan het eerste subcriterium - zoals de verwijzende rechter heeft bevestigd -, die infecties niettemin kunnen worden gekwalificeerd als abnormaal in het licht van het tweede subcriterium van de wet.

Wat het criterium van de ernst van de schade betreft, preciseren de Ministerraad en het RIZIV dat de wetgever de kosten van het vergoedingssysteem op een redelijk peil heeft willen houden en het voortbestaan van het Fonds heeft willen waarborgen.

A.3. De Ministerraad en het RIZIV voeren aan dat de eerste prejudiciële vraag ontkennend dient te worden beantwoord. Volgens hen is het doel van de wetgever, te weten het invoeren van een nieuw subjectief recht dat afwijkt van de gemeenrechtelijke schuldaansprakelijkheid en dat het recht op vergoeding uitbreidt tot een welbepaalde categorie van patiënten die het slachtoffer zijn van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, waarbij tegelijkertijd het voortbestaan van het Fonds voor de Medische Ongevallen wordt gewaarborgd, legitiem.

De wetgever heeft de vergoeding van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid beperkt tot de patiënten die het slachtoffer zijn van abnormale schade die wordt bepaald in het licht van de twee voornoemde subcriteria, die objectieve criteria zijn. Het criterium van de huidige stand van de wetenschap, dat wordt beoordeeld in het licht van het vermijdbare karakter van de schade, maakt het mogelijk om slachtoffers van infecties die gekend zijn en die in theorie kunnen worden vermeden, te vergoeden, in tegenstelling tot infecties die, in de huidige stand van de wetenschap, niet gekend zijn. In tegenstelling tot hetgeen de verwijzende rechter beweert, zouden dus niet alle ziekenhuisinfecties van vergoeding zijn uitgesloten. Alleen de ongekende infecties zouden dat zijn.

Het zou aldus gaan om een objectief verschil tussen bepaalde infecties die gekend zijn en andere die niet gekend zijn.

Ten slotte zou het criterium van de huidige stand van de wetenschap, dat wordt beoordeeld in het licht van het vermijdbare karakter van de schade, evenredig zijn met het nagestreefde doel. Het zou immers toelaten een categorie van slachtoffers die tot hiertoe van elke vergoeding zijn uitgesloten, te vergoeden, waarbij tegelijkertijd de financiële leefbaarheid van die regeling, die volledig met overheidsmiddelen wordt gefinancierd, wordt gevrijwaard.

A.4.1. Volgens de Ministerraad en het RIZIV zou de tweede prejudiciële vraag eveneens ontkennend moeten worden beantwoord. Zij preciseren dat artikel 5, 2^o, van de wet een van de mogelijke voorwaarden vastlegt die de patiënt zal moeten vervullen om aan te tonen dat de abnormale schade die hij heeft geleden ernstig genoeg is om de vergoeding te genieten, *in casu* een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet-opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden. Dat zou een keuze van de wetgever betreffen om aldus het slachtoffer van bepaalde feiten die schade van een zekere omvang berokkenen, te vergoeden. Het verschil dat daaruit voortvloeit zou kunnen worden verklaard door het feit dat de situatie van een patiënt die een beroepsactiviteit uitoefent en die van een patiënt die er geen uitoefent, niet vergelijkbaar zijn omdat zij, *de facto*, niet dezelfde schade lijden.

A.4.2. In ondergeschikte orde voeren de Ministerraad en het RIZIV aan dat het verschil in behandeling tussen de patiënten die een beroepsactiviteit hebben en die welke er geen hebben, redelijk verantwoord is. Personen die niet werken kunnen immers geen schade lijden als gevolg van arbeidsongeschiktheid, in tegenstelling tot diegenen die wel werken. Het criterium van economische schade zou een objectief criterium zijn. Dat verschil in behandeling zou niet klaarblijkelijk onredelijk zijn omdat de schade van patiënten die niet werken nog als voldoende ernstig kan worden beschouwd volgens artikel 5, 3^o, van de wet. Het verschil in behandeling zou, ten slotte, evenredig zijn met het doel van de wetgever dat erin bestaat de kosten van dat vergoedingssysteem op een redelijk peil te houden en het financiële voortbestaan van het Fonds voor de Medische Ongevallen te waarborgen.

- B -

B.1. Aan het Hof wordt gevraagd of de artikelen 2, 7^o en 5, 2^o van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna: de wet van 31.03.2010) bestaanbaar zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

B.2.1. In artikel 2, 7°, van de wet van 31 maart 2010, dat in de eerste prejudiciële vraag in het geding is, wordt het begrip “medisch ongeval zonder aansprakelijkheid” gedefinieerd als:

“een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”.

B.2.2. De wet van 31 maart 2010 regelt de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, onverminderd het recht van het slachtoffer van de schade of diens rechthebbenden om de vergoeding ervan te vorderen voor de hoven en rechtbanken overeenkomstig de regels van het gemeen recht.

B.2.3. Een “Fonds voor de Medische Ongevallen” (afgekort: FMO) werd opgericht binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bij artikel 137^{ter} van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 4, 1°, van de wet van 31 maart 2010 schrijft voor dat het FMO het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht vergoedt wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 van de wet bepaalde voorwaarden inzake ernst.

B.2.4. Artikel 5, 2°, van de wet van 31 maart 2010, dat in de tweede prejudiciële vraag in het geding is, bepaalt dat de schade ernstig genoeg is indien aan een van de volgende voorwaarden is voldaan:

“1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden”.

Ten aanzien van de context van de in het geding zijnde bepalingen

B.3.1. Een eerste wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg werd op 15 mei 2007 afgekondigd om patiënten en hun rechthebbenden te vergoeden voor schade die het gevolg is van een verstrekking van gezondheidszorg, van het ontbreken van een verstrekking van gezondheidszorg die de patiënt rechtmatig mocht verwachten rekening houdend met de stand van de wetenschap, of van een infectie die werd opgelopen naar aanleiding van een verstrekking van gezondheidszorg.

De wetgever wilde een systeem invoeren dat slachtoffers van schade die het gevolg is van een verstrekking van gezondheidszorg een snellere, eenvoudigere en rechtvaardigere vergoeding zou waarborgen, omdat was gebleken dat die slachtoffers in de meeste gevallen onmogelijk de fout van een zorgverlener, de schade en het oorzakelijk verband tussen beide konden aantonen, teneinde zulk een vergoeding te verkrijgen (Parl. St., Kamer, 2006-2007, DOC 51-3012/1, pp. 3 e.v.).

B.3.2. Toen de wetgever vaststelde dat er geen politieke consensus meer was om de wet van 15 mei 2007, zoals die voorlag, uit te voeren, heeft hij beslist om het systeem te wijzigen overeenkomstig het model voor vergoeding van medische schade dat sinds 2002 in Frankrijk van kracht is, mits bepaalde varianten en aanpassingen aan de Belgische context (Parl. St., Kamer, 2009-2010, DOC 52-2240/001 en DOC 52-2241/001, pp. 3 en 9).

Het was de bedoeling om, met een nieuwe wet, een systeem in te voeren dat de tekortkomingen van het vergoedingssysteem van het medische-aansprakelijkheidsrecht zou wegwerken door de patiënt in staat te stellen de talrijke hindernissen die hij kan ondervinden om een vergoeding te krijgen, te overwinnen, zoals een onduidelijke aansprakelijkheid wanneer men schade oploopt in een ziekenhuisomgeving, de bewijslast van een fout die volledig bij de patiënt ligt, de onmogelijkheid om duidelijk vast te stellen of een schadegeval te wijten is aan een fout dan wel aan een medisch risico, de moeilijkheid om een oorzakelijk verband te bewijzen tussen de fout en de geleden schade, of nog het vooruitzicht van hoge financiële kosten en een aanslepend proces met onzekere uitkomst, dat heel wat patiënten mogelijk ontmoedigde om stappen te ondernemen tegen een zorgverlener.

Het was eveneens de bedoeling te voorkomen dat de beroepsbeoefenaars, die meer te maken krijgen met een “procescultuur”, medisch defensief gedrag zouden aannemen, maar ook de problemen inzake verzekeringen te verhelpen aangezien meerdere verzekeraars zich uit de markt hadden teruggetrokken of geen verzekering meer aanboden voor dat type verstrekkingen, terwijl andere verzekeraars de premies aanzienlijk hadden verhoogd (*ibid.*, pp. 5 tot 7).

B.3.3. De wetgever heeft twee grote vernieuwingen willen opnemen in de wet van 31 maart 2010: het recht op vergoeding van schade die voortvloeit uit medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, enerzijds, en het inrichten van een minnelijke geschillenprocedure via een fonds voor de vergoeding van medische ongevallen, anderzijds.

B.3.4. De memorie van toelichting van de in het geding zijnde wet preciseert, wat het nieuwe recht op vergoeding bij ontstentenis van aansprakelijkheid betreft:

“Naast het gemeen aansprakelijkheidsrecht voorziet het ontwerp echter in een nieuw subjectief recht ten voordele van de patiënt zodat hij een schadeloosstelling kan krijgen wanneer hij niet het slachtoffer is van een feit waarvoor een zorgverlener aansprakelijk is maar wel van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, dat wil zeggen zonder dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener vaststaat. Op deze basis kan de patiënt vergoed worden voor *abnormale* schade die hij oploopt ingevolge een verstrekking van gezondheidszorg, voor zover de schade niet toe te schrijven is aan de toestand van de patiënt. De schade moet worden beschouwd als abnormaal wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap op het moment waarop de verstrekking van gezondheidszorg wordt verricht, met de toestand van de patiënt en de objectief voorspelbare evolutie ervan.

Het onderscheidende criterium is dus of de schade al dan niet is toe te schrijven aan de aansprakelijkheid van een zorgverlener. Het criterium “aansprakelijkheid” kreeg de voorkeur op het engere criterium van de fout, omdat dit dan niet zou toelaten rekening te houden met aansprakelijkheidsgevallen die te wijten zijn aan feiten of aan iemand anders, zoals dat bij voorbeeld is voorzien in artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek.

De schadevergoeding, die eveneens integraal zal zijn, zal ten laste van de nationale solidariteit zijn, en zal aan het slachtoffer worden gestort via het Fonds voor medische ongevallen, gefinancierd door de administratiekosten van het RIZIV. Noch de verzekeraars noch de zorgverleners komen dus tussen in de vergoeding van deze soort schade.

Om van het Fonds een schadeloosstelling te krijgen zal de schade echter net zoals in Frankrijk een minimale ernstdrempel moeten vertonen, dewelke moet bepaald worden in de wet, en dit om het budget van het Fonds binnen realistische en haalbare perken te houden.

Om dezelfde reden wordt ook voorzien de vergoeding van schade uit te sluiten die haar oorsprong vindt in een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel, en die niet terugbetaalbaar is krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het lijkt inderdaad weinig opportuun om de nationale solidariteit te laten opdraaien voor de vergoeding van prestaties die enkel naar goeddunken van de patiënt worden verwezenlijkt. Het criterium zal daarom de eventuele terugbetaling van de verstrekking zijn door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Maar zodra het slachtoffer beantwoordt aan de voorwaarden om een schadeloosstelling te krijgen, is de vergoeding integraal, net zoals in het gemeenrecht.

De vergoeding kan worden gevraagd ofwel voor de rechtbank, in het kader van een geding dat rechtstreeks tegen het Fonds wordt ingespannen, ofwel via de minnelijke procedure bij het Fonds, bepaald door dit ontwerp.

Het recht van de patiënten op vergoeding van een schade als gevolg van gezondheidszorg wordt dus aanzienlijk verruimd.

Dankzij dit nieuwe recht waarover het slachtoffer beschikt en dat financieel ten laste is van de Staat, zal het overigens mogelijk zijn om de procedures tegen de zorgverleners aanzienlijk te verminderen. Momenteel hebben de slachtoffers die een vergoeding willen vragen namelijk geen andere keuze dan de aansprakelijkheid van de zorgverlener voorop te stellen, en daarbij op zoek te gaan naar het geringste element dat op een fout zou kunnen lijken. Voortaan zal het slachtoffer in de hypothesen waarin blijkt dat de aansprakelijkheid van de zorgverlener buiten kijf staat zich rechtstreeks tot het Fonds kunnen wenden om te worden vergoed, zonder met alle mogelijke middelen te moeten proberen bewijzen dat de zorgverlener aansprakelijk is.

De ziekenhuisinfecties zullen hetzelfde systeem volgen als de andere soorten schade. Zo kan een ziekenhuisinfectie toe te schrijven zijn ofwel aan de aansprakelijkheid van een zorgverlener, ofwel aan een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. In de eerste hypothese zal ze worden vergoed overeenkomstig het gewone aansprakelijkheidsrecht door de persoon die verantwoordelijk is voor de schade. Ze zal inzonderheid integraal vergoed worden ongeacht de ernst van de schade die ze heeft aangericht. In de tweede hypothese zal zij indien zij gekenmerkt wordt door de ernstdrempel die door de wet is bepaald het voorwerp uitmaken van een schadevergoeding door het Fonds. De schadevergoeding zal ook hier altijd integraal zijn, overeenkomstig het gemeenrecht” (*ibid.*, pp. 11-12).

Ten aanzien van de eerste prejudiciële vraag

B.4. De verwijzende rechter vraagt het Hof of artikel 2, 7°, van de wet van 31 maart 2010 bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet indien het in die zin wordt geïnterpreteerd dat het een onderscheid maakt naargelang de schade al dan niet volledig vermijdbaar is in de huidige stand van de wetenschap, zodat schade verbonden aan een infectie die gekend is in de huidige stand van de wetenschap – zoals een ziekenhuisinfectie met de *staphylococcus aureus* – maar die niet volledig kan worden vermeden, wordt uitgesloten van het toepassingsgebied van de wet, terwijl schade verbonden aan een evenzeer gekende infectie maar die had kunnen worden vermeden op grond van de huidige stand van de wetenschap, wel erin is opgenomen.

B.5. Zoals blijkt uit de tekst van het in het geding zijnde artikel 2, 7°, dient aan meerdere voorwaarden te zijn voldaan om als slachtoffer van schade die is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid aanspraak te kunnen maken op een vergoeding met toepassing van de in het geding zijnde wet.

B.6.1. Die voorwaarden zijn verduidelijkt in de bespreking van artikel 2 van de ontworpen wet. Zo mag de aansprakelijkheid van een zorgverlener niet in het geding zijn bij een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg. Het ongeval mag niet voortvloeien uit de gezondheidstoestand van de patiënt, omdat de schade verband moet houden met een verstrekking van gezondheidszorg en niet met de verergering van de aandoening waaraan de patiënt lijdt. Het is bijgevolg de bedoeling dat de onvoorzienbare gevolgen van een verstrekking worden vergoed, zoals de onvoorzienbare of weinig waarschijnlijke neveneffecten van een behandeling (*ibid.*, p. 24).

B.6.2. Wanneer het ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg aan die eerste twee voorwaarden voldoet, kan een vergoeding slechts worden toegekend indien het ongeval voor de patiënt tot een abnormale schade heeft geleid.

De memorie van toelichting van de in het geding zijnde wet verduidelijkt in dat verband:

“Een schade kan uiteraard het gevolg zijn van een verstrekking van gezondheidszorg die perfect werd uitgevoerd. Tijdens een heelkundige ingreep wordt er in de meeste gevallen namelijk een “blessure” toegebracht aan de patiënt. Dat houdt daarom echter nog geen vergoedbare schade in krachtens het gemeen recht van de medische aansprakelijkheid, voor zover de zorgverlener geen fout heeft begaan tijdens de ingreep. Er is bijgevolg geen enkele reden waarom deze schade vergoed zou kunnen worden in een systeem van vergoeding zonder aansprakelijkheid. Het is dus noodzakelijk dat de schade een abnormaal karakter vertoont om op deze basis vergoed te kunnen worden. Het ontwerp voorziet hieromtrent uitdrukkelijk twee criteria: de schade is abnormaal indien ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief te verwachten evolutie. Deze criteria kunnen als volgt worden toegelicht:

a. *De huidige stand van de wetenschap*: indien bij de huidige stand van de kennis de schade vermeden had kunnen worden, zal ze als abnormaal beschouwd moeten worden, aangezien een zorgverlener die naar behoren op de hoogte is van de stand van de wetenschap de gepaste maatregelen had kunnen nemen om te vermijden dat ze zich zou voordoen. Er moet worden verduidelijkt dat de stand van de wetenschap moet worden ingeschat op het moment waarop de verstrekking van gezondheidszorg wordt verricht. Over de handelingen van de zorgverlener kan immers niet worden geoordeeld op basis van kennis die niet bestond op het moment waarop hij de handeling heeft verricht.

b. *De toestand van de patiënt en zijn evolutie die objectief kon worden verwacht*: de schade is eveneens abnormaal indien de schade niet het gevolg is van de specifieke toestand van de patiënt, die wordt bepaald in functie van zijn voorgeschiedenis, zijn specifieke kenmerken zoals zijn leeftijd en zijn fysieke mogelijkheden, maar ook in functie van de pathologie waarvoor de zorg wordt verstrekt, van een andere pathologie, of in functie van de behandeling die hij onderging om die te behandelen, etc... De toestand van de patiënt wordt beoordeeld op de datum waarop de betwiste verstrekking van gezondheidszorg plaatsvond. De schade mag evenmin het gevolg zijn van de “natuurlijke” verergering van zijn oorspronkelijke gezondheidstoestand omdat die te voorzien en onvermijdelijk is. Het al dan niet normale karakter van de schade moet dus worden ingeschat in functie van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt, en van wat men redelijk kan voorzien als de evolutie daarvan. Het overlijden of een ernstige schade toegebracht aan een patiënt die volkomen gezond is, zal aldus in principe makkelijker als abnormaal worden beschouwd dan dezelfde schade bij een patiënt van wie de algemene gezondheidstoestand zwak en reeds achteruitgegaan is. Het betreft een toestand die geval per geval ingeschat zal moeten worden in functie van de aard van de aangehaalde schade en van de kenmerken van de gezondheidstoestand van de patiënt.

De Raad van State geeft kritiek op artikel 2, 7^o, tweede zin, waarin bepaald is dat “*de schade veroorzaakt door een ongeval dat het gevolg is van een gezondheidszorgverstrekking van een zorgverstrekkers abnormaal is wanneer het ongeval zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie*”.

De Raad van State denkt hieruit te kunnen afleiden dat er wordt verwezen naar “*schade die had kunnen worden vermeden en die dus voortvloeit uit een fout van de zorgverstrekkers, terwijl men juist het omgekeerde lijkt te willen bedoelen*”.

De regering deelt deze mening niet.

Wanneer in de wet wordt verwezen naar “*de huidige stand van de wetenschap*”, wordt de huidige stand van de wetenschappelijke kennis, alsook het hoogste niveau ervan, bedoeld (over dit concept, zie bij analogie CJCE, nr. C-300/95, 27.05.1997 (Commissie c/ Verenigd Koninkrijk en Noord-Ierland), Rec. CJCE, 1997, I, 2649, conclusies van de advocaat-generaal G. Tesauo).

De fout wordt daarentegen beoordeeld op basis van de externe plaats- en tijdsomstandigheden waarin de auteur van de gewraakte daad zich bevond.

Alhoewel in de universitaire ziekenhuizen artsen kunnen worden gevonden die toegang hebben tot de wetenschappelijke kennis van het hoogste niveau en die beschikken over hoogtechnologisch materiaal, is het niet vanzelfsprekend om dezelfde voorwaarden in het kabinet van een dorparts te vinden. Er is geen fout in hoofde van deze arts indien hij geen zorg- en onderzoeksmiddelen aanwendt waarover hij niet beschikt. Er moet daarentegen worden vastgesteld dat de patiënt in deze omstandigheden schade kan lijden die zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige toestand van de wetenschap. Deze hypothese wordt bedoeld in de tekst van artikel 2, 7^o, tweede zin van het ontwerp” (*ibid.*, pp. 24 tot 26).

B.6.3. Wat de ziekenhuisinfecties betreft, preciseert de memorie van toelichting:

“Er moet worden opgemerkt dat ziekenhuisinfecties hetzelfde systeem zullen volgen als de schade als gevolg van gezondheidszorg. Zo kunnen ziekenhuisinfecties hun oorzaak vinden hetzij in de aansprakelijkheid van een zorgverlener hetzij in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Ze kunnen tevens tot geen van deze twee categorieën behoren. Indien een ziekenhuisinfectie te wijten is aan de aansprakelijkheid van een zorgverlener of indien ze beantwoordt aan de voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, zal ze worden vergoed in functie van het overeenstemmende stelsel, waarbij ze natuurlijk bij de hypothese van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zal vergoed worden indien zij de in artikel 5 van het ontwerp bepaalde ernstgraad vertoont. Het is niet de bedoeling dat het Fonds de infecties vergoedt die als enige gevolg hebben dat het ziekenhuisverblijf enkel met een paar dagen verlengd wordt. Het is hierbij trouwens evident dat preventie het meest doeltreffende wapen tegen ziekenhuisinfecties blijft” (*ibid.*, pp. 27-28).

B.6.4. Voorts heeft de minister van Volksgezondheid met betrekking tot ziekenhuisinfecties ook nog geantwoord:

“Er werd voorgesteld om, wat de ziekenhuisinfecties betreft, een vermoeden van aansprakelijkheid van de ziekenhuizen in te stellen. In dit wetsontwerp vallen die infecties onder de algemene vergoedingsregeling: als een fout wordt aangetoond, zal de verzekeraar van de zorgverstrekker de schade vergoeden; wordt een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid aangetoond, dan treedt het Fonds op.

In Frankrijk geldt wél een vermoeden van aansprakelijkheid van de ziekenhuizen voor ziekenhuisinfecties die schade teweegbrengen die onder het wettelijk bepaalde schadeniveau blijft. Zo de schade dat niveau daarentegen overschrijdt, geldt een vermoeden van therapeutisch risico en treedt het Franse Fonds op. Die in Frankrijk uitgewerkte oplossing zorgt voor een betere schadeloosstelling in geval van een ziekenhuisinfectie, doordat de minder zware schadegevallen worden vergoed door de ziekenhuizen en de verzekeraars van die ziekenhuizen. Die oplossing is echter gegroeid uit historische evolutie van dit vraagstuk in Frankrijk: de Franse rechtspraak heeft er geleidelijk voor gezorgd dat de ziekenhuizen ter zake aansprakelijk worden gesteld.

In België ligt de situatie vandaag anders en zou een dergelijk vermoeden het algemene evenwicht waarop dit wetsontwerp is gebouwd, danig verstoren” (Parl. St., Kamer, DOC 52-2240/006, pp. 86 en 87).

B.7.1. Volgens de Ministerraad en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV) zou de verwijzende rechter verkeerdelijk ervan uitgaan dat het in aanmerking nemen van de huidige stand van de wetenschap bij het bepalen van het al dan niet abnormale karakter van de schade, erop zou neerkomen dat alle ziekenhuisinfecties worden uitgesloten.

B.7.2. Tijdens de parlementaire voorbereiding van de wet van 31 maart 2010 is het probleem van de vergoeding van schade ten gevolge van ziekenhuisinfecties meermaals aan bod gekomen. Uit de verschillende verklaringen vermeld in B.6 blijkt ondubbelzinnig dat de wetgever de schade ten gevolge van ziekenhuisinfecties niet heeft willen uitsluiten van de nieuwe regeling, maar deze aan dezelfde voorwaarden heeft willen onderwerpen als alle andere schade als gevolg van gezondheidszorg.

B.7.3. Door een onderscheid te maken “naargelang de schade al dan niet *volledig* kan worden vermeden in de huidige stand van de wetenschap”, schrijft de *verwijzende* rechter aan de in het geding zijnde bepaling een onderscheid toe dat niet erin wordt gemaakt. Door enkel de schade te beogen die “zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap”, wordt in die bepaling immers enkel een onderscheid gemaakt naargelang de schade al dan niet kan worden vermeden rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap.

B.7.4. Voor schade ten gevolge van infecties, leidt dat criterium ertoe dat schade die verbonden is aan een infectie die in de huidige stand van de wetenschap gekend was maar niet kon worden vermeden van het toepassingsgebied van de wet wordt uitgesloten, terwijl dat niet het geval is voor schade ten gevolge van een gekende infectie die op grond van de huidige stand van de wetenschap wel had kunnen worden vermeden. Bij wijze van voorbeeld van een infectie die gekend was, maar niet kon worden vermeden, vermeldt de *verwijzende* rechter de ziekenhuisinfectie met de staphylococcus aureus.

B.7.5. De *verwijzende* rechter stelt het Hof dus een vraag over het verschil in behandeling dat ontstaat doordat de wetgever de toekenning van schadevergoeding als gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, en meer specifiek de schade ingevolge een infectie, onder meer afhankelijk maakt van de al dan niet vermijdbaarheid ervan in de huidige stand van de wetenschap. In zoverre schade veroorzaakt door de ziekenhuisinfectie met de staphylococcus aureus volgens de *verwijzende* rechter in de huidige stand van de wetenschap niet vermijdbaar zou zijn, komt zij op grond van de in het geding zijnde bepaling niet voor vergoeding in aanmerking.

Bij de omschrijving van het begrip “abnormale schade” houdt de wetgever niet enkel rekening met de “vermijdbaarheid” van de schade rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, maar ook met de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare situatie. Nu dat laatste criterium buiten de vraagstelling van de *verwijzende* rechter valt, betreft het Hof het niet in zijn onderzoek.

B.8. Zoals blijkt uit de in B.6.2. aangehaalde parlementaire voorbereiding van de wet, dient abnormale schade te worden begrepen als schade die had kunnen worden vermeden door een zorgverlener die naar behoren op de hoogte is van de huidige stand van de wetenschap met inbegrip van het hoogste niveau ervan, en die bijgevolg de gepaste maatregelen had kunnen nemen om te vermijden dat die schade zich zou voordoen.

B.9.1. Zoals uit de totstandkoming van de in het geding zijnde bepaling blijkt, heeft de wetgever met de wet van 31 maart 2010 naar een evenwicht gezocht tussen verschillende bekommernissen.

B.9.2. Enerzijds, heeft hij het willen mogelijk maken dat slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg kunnen worden vergoed, ook zonder dat de aansprakelijkheid van een zorgverlener vaststaat. Aldus wordt het recht van de patiënten op vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg verruimd. Anderzijds, is het nooit de bedoeling geweest van de wetgever dat alle schade als gevolg van gezondheidszorg die geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, voor vergoeding door het Fonds voor de Medische Ongevallen in aanmerking zou kunnen komen. Zo wordt, naast andere beperkingen, onder meer vereist dat de schade abnormaal is en ernstig.

B.9.3. In het licht van de aldus nagestreefde doelstellingen hanteert de wetgever een objectief en pertinent criterium van onderscheid in zoverre krachtens de wet van 31 maart 2010 enkel schade die vermijdbaar was rekening houdend met de huidige hoogste stand van de wetenschap en die daardoor als abnormaal kan worden beschouwd, voor vergoeding via het Fonds voor de Medische ongevallen in aanmerking komt en in zoverre schade die zelfs in de huidige hoogste stand van de wetenschap niet kan worden vermeden, ten laste blijft van de benadeelde.

Aldus houdt die keuze niet alleen rekening met de grenzen van de medische wetenschap maar ook met de belangen van de gemeenschap en met de financiële houdbaarheid van het nieuwe systeem. Zoals zij is opgevat in de wet van 31 maart 2010, is de vergoeding voor schade als gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid immers ten laste van de nationale solidariteit en wordt zij aan de slachtoffers betaald via het Fonds voor de Medische Ongevallen dat gefinancierd wordt door de administratiekosten van het RIZIV.

B.10.1. Het Hof dient nog te onderzoeken of de gevolgen van de maatregel niet onevenredig zijn met de door de wetgever nagestreefde doelstellingen.

B.10.2. De omschrijving van “abnormale schade” in artikel 2, 7°, van de wet van 31 maart 2010 leidt ertoe dat enkel schade die in de huidige stand van de wetenschap niet kan worden vermeden, wordt uitgesloten van het toepassingsgebied van de wet. Doordat de wetgever hiermee heeft willen refereren aan de hoogste stand van de medische wetenschap worden de vergoedingsmogelijkheden via het Fonds voor de Medische Ongevallen ruim opgevat. Het criterium van de “vermijdbaarheid” in de huidige stand van de wetenschap is bovendien een evolutief criterium, zodat schade die thans niet voor vergoeding in aanmerking komt, dat in de toekomst wel kan zijn.

Voorts gelden de gevolgen van de in het geding zijnde bepaling op gelijke wijze voor alle vormen en alle benadeelden van schade als gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Ten slotte kan de benadeelde, wanneer het Fonds voor de Medische Ongevallen besluit dat er geen aanleiding is tot vergoeding van de schade veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, onverminderd zijn gemeenrechtelijke rechtsvorderingen, voor de rechtbank van eerste aanleg, overeenkomstig het Gerechtelijk Wetboek een vordering instellen tegen het Fonds om de vergoeding te krijgen waarop hij meent recht te hebben krachtens de wet (art. 23).

B.10.3. Rekening houdend met het voorgaande kunnen de gevolgen van de maatregel niet als onevenredig met de door de wetgever nagestreefde doelstellingen worden beschouwd.

B.11.1. Specifiek wat schade ingevolge infecties betreft, heeft het criterium van “vermijdbaarheid rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap” om het abnormale karakter van de schade te bepalen niet tot gevolg, in tegenstelling tot hetgeen de verwijzende rechter lijkt aan te nemen, dat de schade ten gevolge van ziekenhuisinfecties van het toepassingsgebied van de wet wordt uitgesloten; naast het feit dat dit niet het doel van de wetgever was, kan worden aangenomen dat, indien de kwaliteit van de verstrekte zorg en de bekwaamheid van de zorgverleners niet hebben toegelaten de schade te voorkomen, dat is omdat de huidige stand van de wetenschap dat niet toeliet. In dat opzicht werden slachtoffers van schade als gevolg van een ziekenhuisinfectie ook niet anders behandeld dan alle andere slachtoffers van schade als gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Voor het overige is het onderscheid in behandeling dat ontstaat bij de vergoeding van schade ingevolge gekende infecties, naargelang de schade in de huidige stand van de wetenschap al dan niet kon worden vermeden, redelijk verantwoord om de redenen vermeld in B.9 en B.10.

B.11.2. Artikel 2, 7°, van de wet van 31 maart 2010 is bijgevolg niet onbestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre het abnormale schade definieert als schade die zich niet had mogen voordoen in de huidige stand van de wetenschap, waardoor het ertoe leidt dat schade als gevolg van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, waaronder schade als gevolg van een infectie, al dan niet kan worden vergoed, naargelang die schade vermijdbaar dan wel niet vermijdbaar was, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap.

B.12. De eerste prejudiciële vraag dient ontkennend te worden beantwoord.

Ten aanzien van de tweede prejudiciële vraag

B.13. Met de tweede prejudiciële vraag wil de verwijzende rechter van het Hof vernemen of artikel 5, 2°, van de wet van 31 maart 2010 bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het de patiënten die geen beroepsactiviteit zouden uitoefenen, uitsluit van het begrip “voldoende ernstige schade”, gedefinieerd als schade die voor de patiënt leidt tot een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet-opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden. Daaruit zou een discriminerend verschil in behandeling voortvloeien tussen, enerzijds, de slachtoffers van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid die een beroepsactiviteit uitoefenen en, anderzijds, die welke geen beroepsactiviteit uitoefenen.

B.14.1. De Ministerraad en het RIZIV voeren aan dat de in het geding zijnde categorieën van personen niet vergelijkbaar zijn, aangezien de slachtoffers die een beroepsactiviteit uitoefenen en die welke er geen uitoefenen niet dezelfde schade lijden.

B.14.2. In beide gevallen gaat het om patiënten die het slachtoffer zijn van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid en die hun aanvraag tot vergoeding niet kunnen indienen op grond van het gemeen recht van de medische aansprakelijkheid, zodat die twee categorieën wel met elkaar kunnen worden vergeleken.

B.15.1. Zoals is vermeld in B.2.3., blijkt uit artikel 4 van de wet van 31 maart 2010 dat de schade moet beantwoorden aan een van de in artikel 5 van de wet bepaalde voorwaarden inzake ernst, om in aanmerking te komen voor een vergoeding vanwege het Fonds voor de Medische Ongevallen.

B.15.2. Vier voorwaarden inzake ernst werden in artikel 5 van de wet vastgelegd om de kosten van het vergoedingssysteem van het Fonds op een redelijk peil te houden, waardoor het voortbestaan ervan zou kunnen worden gewaarborgd (Parl. St., Kamer, DOC 52-2240/001 en DOC 52-2241/001, p. 36).

B.15.3. Met betrekking tot artikel 5 vermeldt de memorie van toelichting:

“Op dit ogenblik heeft het Federaal kenniscentrum van de gezondheidszorg zich voor zijn meest recente studie over de budgettaire impact (Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg, Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België, KCE reports 107A) gebaseerd op criteria die grotendeels geïnspireerd zijn op het Franse recht (cf. art. L1142-1 van de Code de la santé publique en art. 1 van het decreet van 04.04.2003).

Deze criteria inzake de graad van ernst houden zowel rekening met de gevolgen van de geleden schade op het beroepsleven (2^o en 3^o), zoals de impact van een functioneel gebrek op de professionele mogelijkheden van het slachtoffer, als met de gevolgen op het privéleven, met name de moeilijkheden om zijn leven te leiden zoals vroeger (1^o en 3^o).

Anderzijds worden de twee kwantitatieve drempels (1^o en 2^o) genuanceerd door overwegingen van kwalitatieve aard (3^o).

Naar analogie met de Franse wetgeving wordt dus in een vergoeding voorzien wanneer:

[...]

2^o de patiënt lijdt aan een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden.

In het gemeenrecht verwijst ongeschiktheid naar de gevolgen van de invaliditeit op het vermogen van het slachtoffer om economische activiteiten uit te oefenen (ongeschikt om zijn beroep uit te oefenen, ongeschikt om het huishouden te doen). Ongeschiktheid belet het slachtoffer niet noodzakelijk om te werken. Ondanks zijn ongeschiktheid kan hij werken mits er extra inspanningen worden geleverd. Het slachtoffer kan ook niet werken maar wel verder een beroepsinkomen genieten (omwille van zijn arbeidscontract of zijn statuut). In dit opzicht vermeldt het Hof van Cassatie (Cass., 08.03.1976, Pas., 1976, I, 740) dat de materiële schade ten gevolge van de aantasting van de lichamelijke integriteit en de arbeidsgeschiktheid van het slachtoffer niet alleen tot uiting komt in de vermindering van diens economische waarde op de arbeidsmarkt (ongeacht het verlies of het behoud van zijn inkomen), maar ook in de noodzakelijkheid van een grotere krachtsinspanning bij het volbrengen van zijn normale taak, hetgeen moet vergoed worden.

Er moet ook worden op gewezen dat een depressie geen aantasting van de lichamelijke integriteit van een persoon inhoudt, maar wel de oorzaak kan zijn van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

Voor het overige kunnen het Fonds en de rechbanken op dit vlak terugvallen op eerdere bestaande rechtspraak.

3° de schade bijzonder ernstige problemen in het leven van de patiënt, ook op economisch vlak, veroorzaakt.

Ingevolge de opmerking van de Raad van State, wijst de regering erop dat dit criterium een kwalitatief criterium is dat de twee bovenvermelde kwantitatieve criteria nuanceert. Het gaat er hier om dat er moet rekening worden gehouden met de schade die een ernstige en aanzienlijke impact heeft op het leven van het slachtoffer, zonder dat aan één van de eerste twee voorwaarden is voldaan.

Er moet rekening worden gehouden met de “situationele” impact van het functioneel gebrek dat verschillend is naargelang de levensomstandigheden van het slachtoffer (bv. gevolgen op relationeel, zintuiglijk, sportief, familiaal vlak).

Dit criterium zal per geval moeten worden beoordeeld, omdat dit per definitie zal variëren in functie van de bestaansvoorwaarden van het slachtoffer. Het heeft dus zowel betrekking op het privéleven als op het beroepsleven. De voorwaarde is echter wel dat de problemen bijzonder ernstig moeten zijn. Dit criterium heeft niet als doel alle schade te vergoeden die onder één van de grenzen bedoeld in de punten 1° en 2° ligt. Het moet evenwel mogelijk zijn om tegemoet te komen voor schade, zonder dat er wordt beantwoord aan de 2 criteria, inzake de kwantificering van de schade inzake de permanente invaliditeit of de totale tijdelijke ongeschiktheid, die het slachtoffer dermate treft dat een niet-vergoeding van het slachtoffer in strijd zou zijn met de geest van deze wet” (*ibid.*, pp. 37 tot 40).

B.15.4. De minister van Volksgezondheid preciseerde nog het volgende tijdens de bespreking in de bevoegde Kamercommissie:

“b) Mensen die niet werken

Zoals de memorie van toelichting preciseert, duidt in het gemeen recht de onbekwaamheid de repercussies aan van de invaliditeit op de geschiktheid van het slachtoffer om bezigheden van economische orde uit te voeren, zoals zijn beroep uit te oefenen of huishoudelijke taken te verrichten.

Het gaat dus om een ruim begrip dat mettertijd werd omschreven door de rechtspraak en dat dus niet uitsluitend op de uitoefening van een bezoldigd beroep betrekking heeft.

Maar een persoon die geen economische activiteiten uitvoert kan dus niet in aanmerking komen voor dit begrip. Voor deze personen zal, naast het criterium betreffende de permanente invaliditeit, het derde ernstcriterium ook tussen kunnen komen: het zal dan over hypothesen gaan waarbij de schade bijzonder ernstige stoornissen zou hebben veroorzaakt, inclusief van economische aard, bij de levensomstandigheden van het slachtoffer.

Dit criterium van kwalitatieve aard werd speciaal voorzien voor het verzachten van het zuivere kwantitatieve karakter van de twee eerste criteria en dit om te kunnen dienen als vangnet voor de slachtoffers wiens schade niet zou voldoen aan de voorwaarden van ernst in verband met de permanente invaliditeit en de werkonbekwaamheid” (Parl. St., Kamer, 2009-2010, DOC 52-2240/006, p. 91).

B.16. Het in het geding zijnde verschil in behandeling berust op een objectief criterium, namelijk het al dan niet bestaan van een beroepsactiviteit uitgeoefend door de patiënten die het slachtoffer zijn van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid. Het Hof moet niettemin nagaan of dat verschil in behandeling redelijk verantwoord is. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen; het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie is geschonden wanneer vaststaat dat er geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

B.17. De wetgever streeft een legitiem doel na wanneer hij patiënten die het slachtoffer zijn van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid die onttrokken zijn aan het gemeenrechtelijke aansprakelijkheidsrecht, wil vergoeden. Rekening houdend met het grote aantal schadegevallen die uit zulke ongevallen kunnen voortvloeien, vermocht de wetgever op rechtmatige wijze ervan uit te gaan dat de vergoedingsregeling ten laste van het Fonds voor de Medische Ongevallen moest worden beperkt tot de schade die een minimale ernstdrempel vertoont, om de begroting van het Fonds voor de Medische Ongevallen binnen realistische en haalbare perken te houden.

De wetgever vermocht eveneens ervan uit te gaan dat verschillende criteria inzake de graad van ernst moesten worden aangenomen voor de beoordeling van de schade die wordt geleden door personen die een beroepsactiviteit uitoefenen en door die welke er geen uitoefenen. Het is immers niet zonder redelijke verantwoording om op de personen die een beroepsactiviteit uitoefenen een kwantitatief criterium toe te passen dat, van nature, moeilijk zou kunnen worden overgenomen voor de personen die geen inkomsten uit arbeid ontvangen en voor wie de geleden schade wordt gevoeld op het vlak van de levenskwaliteit die zou verminderen door de schade waarvan zij het slachtoffer zijn.

Door de slachtoffers die geen beroepsactiviteit uitoefenen uit te sluiten van het toepassingsgebied van het in het geding zijnde artikel 5, 2^o, wordt niet op onevenredige wijze afbreuk gedaan aan hun rechten, aangezien zij een vergoeding kunnen genieten wanneer de abnormale schade die zij lijden wegens een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid beantwoordt aan de in artikel 5, 3^o, bedoelde ernstdrempel, die een kwalitatief criterium vormt dat meer aangepast is aan hun situatie.

B.18. De tweede prejudiciële vraag dient ontkennend te worden beantwoord.

Om die redenen,

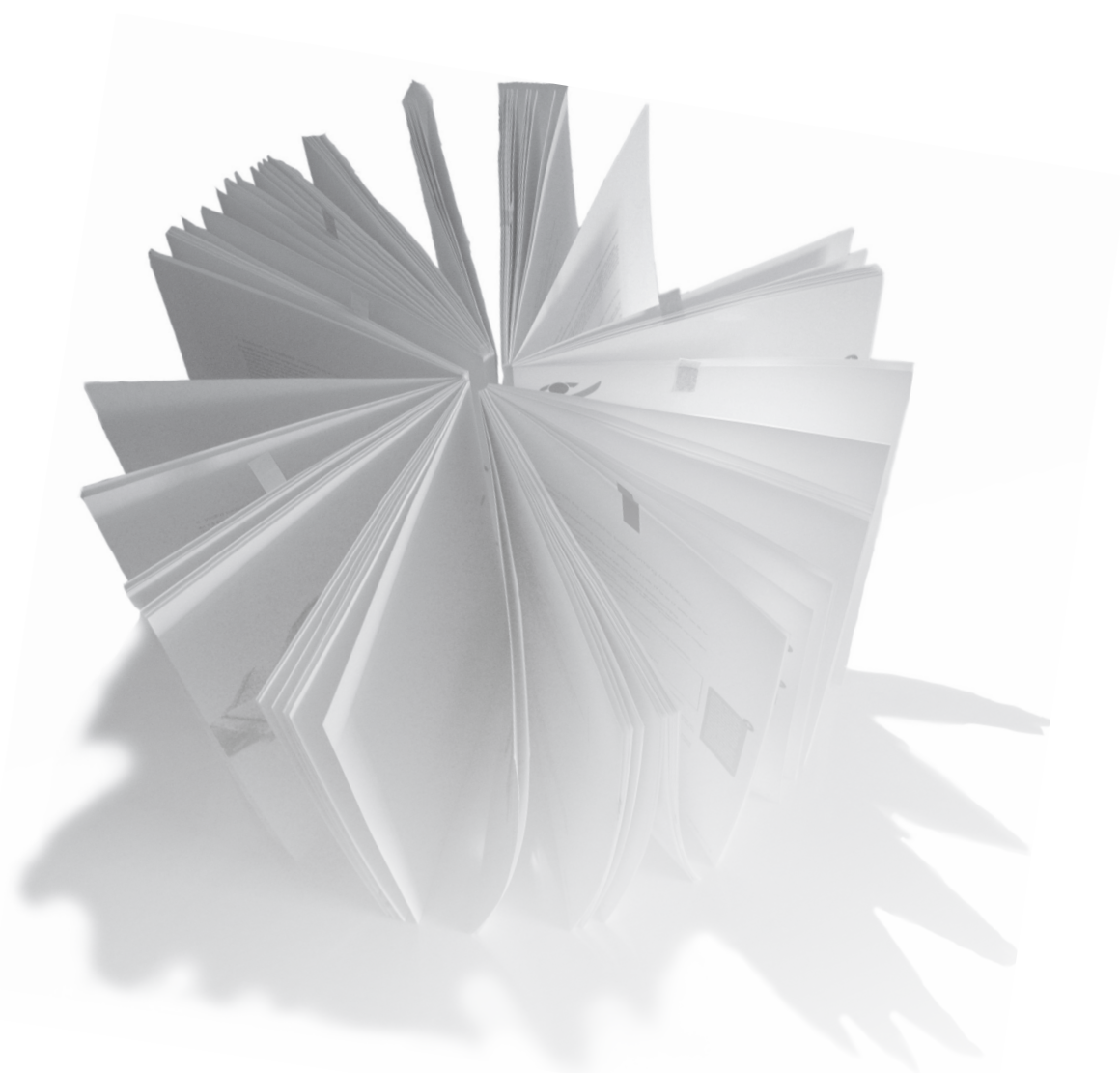
HET HOF,

zegt voor recht:

De artikelen 2, 7^o, en 5, 2^o, van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg schenden de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Arbeidsongeschikte personen

Specifieke opleidingen en begeleidingsprogramma's voor de herintegratie op de arbeidsmarkt – Versterking van de samenwerkingsakkoorden tussen het RIZIV en de gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten – Overeenkomsten en raamovereenkomsten - Resultaten

Vraag nr. 1808, gesteld op 17 augustus 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer CALOMNE, volksvertegenwoordiger¹

In het regeerakkoord staat dat de samenwerkingsakkoorden tussen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling zullen worden versterkt om te voorzien in specifieke opleidingsmogelijkheden en in begeleidingsprogramma's voor de herintegratie op de arbeidsmarkt van arbeidsongeschikte personen.

Welke resultaten werden op dat vlak geboekt in 2016 en in (het eerste semester van) 2017?

Antwoord

Gelet op het toenemende aantal arbeidsongeschikte gerechtigden, heeft het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) de laatste jaren verschillende initiatieven genomen met het oog op de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen door middel van opleiding of begeleiding.

Een van die initiatieven is de versterking van de samenwerking tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en alle Gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling. De kracht van dit samenwerkingsproject ligt in de multidisciplinaire aanpak en het respecteren van ieders competenties.

- De Gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling kunnen rekenen op de medisch-sociale expertise van de adviserend artsen op het gebied van arbeidsongeschiktheid
- De adviserend artsen van de ziekenfondsen kunnen gebruik maken van de expertise van de Gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling inzake beroepsoriëntatie, van de bepaling en de begeleiding van trajecten, de versterking van de competenties (in het kader van opleidingen of op de werkplek), hulp bij het solliciteren, het zoeken naar werk, het schrijven en beantwoorden van brieven en op gesprek gaan
- De Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV is verantwoordelijk voor de uitkeringsverzekering en bepaalt de voorwaarden tot uitvoering van de socioprofessionele re-integratie van de als arbeidsongeschikt erkende gerechtigden.

De samenwerking tussen de voormelde partijen is reeds sinds enkele jaren operationeel en werd ondertussen vastgelegd in overeenkomsten en raamovereenkomsten.

1. Bulletin 137, Kamer, gewone zitting 2017-2018, blz. 237.

Nieuwe evoluties bezorgen de versterking van die samenwerking:

Op 1 januari 2017 werden nieuwe raamovereenkomsten gesloten met de VDAB, het Forem, het AWIPH, Actiris, PHARE en Bruxelles Formation. Die overeenkomsten zorgen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel voor trajecten op maat van arbeidsongeschikte personen die niet naar hun laatste werkplek kunnen terugkeren en ander werk moeten zoeken.

De bepalingen van die overeenkomsten zijn een aanvulling op de reeds bestaande maatregelen voor socioprofessionele re-integratie die in werking zijn getreden bij de invoering van het re-integratieplan op 1 december 2016 voor alle personen die sinds 1 januari 2016 arbeidsongeschikt zijn.

De tabel hieronder bevat een overzicht van die raamovereenkomsten:

Vlaanderen :	Wallonië
Overeenkomst: 01.10.2012 Toepassing: 12.12.2012 Actoren: RIZIV-NIC-VDAB-GTB	Overeenkomst: 15.01.2013 Actoren: RIZIV-NIC-Forem-AWIPH Toepassing: 30.04.2013
Raamovereenkomst: 01.01.2016 Actoren: RIZIV-VICO-VDAB-GTB Inwerkingtreding: 01.01.2016	Overeenkomst: 01.01.2017 Actoren: RIZIV-NIC-Forem-AWIPH Toepassing: 01.01.2017
Raamovereenkomst: 01.01.2017 Actoren: RIZIV-VICO-VDAB-GTB Inwerkingtreding: 01.01.2016	

Brussel :
Actoren: RIZIV-NIC-ACTIRIS-VDAB Brussel: Opleiding PHARE Overeenkomst: 06.11.2013 Toepassing: 10.03.2014
Actoren: RIZIV-NIC-ACTIRIS-VDAB Brussel: Opleiding PHARE Overeenkomst: 01.01.2017 Toepassing: 01.01.2017

Het RIZIV en de Gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling hebben hun samenwerking versterkt om de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen in 2016 en 2017 te ondersteunen, vorm te geven en te begeleiden. Een administratieve vereenvoudiging heeft gezorgd voor een vlotter beheer van de trajecten voor socioprofessionele re-integratie en voor een betere tenlasteneming van het aantal arbeidsongeschikte personen vanaf 1 januari 2017.

De onderstaande tabel toont de evolutie van het aantal arbeidsongeschikte personen die hebben deelgenomen aan een traject voor socioprofessionele re-integratie in het kader van een van de overeenkomsten tussen de Gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en voor personen met een handicap, het RIZIV en de verzekeringsinstellingen.

De samenwerking met de voormelde partners verloopt op een constructieve manier en werpt ook zijn vruchten af. Het aantal re-integratietrajecten dat door de adviserend artsen is opgestart op basis van een overeenkomst is gestegen van 773 in 2012 tot 14.826 aan het einde van het eerste trimester van 2017.

De tabel hieronder toont de verdeling per Gewest:

Aantal trajecten voor socioprofessionele re-integratie opgestart door adviserend artsen door middel van de overeenkomsten met de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling				
Jaar	VDAB	Actiris	Forem/AViQ	Totaal aantal trajecten opgestart in België
Q4 – 2012	773			773
2013	2.372		202	2.574
2014	1.641	53	396	2.037
2015	2.280	78	441	2.721
2016	3.790	152	1.135	4.925
Q1 – 2017	1.453	42	301	1.796
Totaal per Gewest	12.309	325	2.475	14.826

Er moet nog worden opgemerkt dat 36 % van de betrokkenen die een opleiding bij de VDAB hebben gevolgd, effectief werk heeft gevonden.

II. Sociale bescherming van grensarbeiders

België en buurlanden - Optrekking van de pensioenleeftijd – Geen gelijke tred – Arbeidsongeschiktheidsuitkering – Sociaalrechtelijke leemte – Budgettaire kost – Pro-rataregeling

Vraag nr. 1840, gesteld op 18 september 2017, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer S. VERHERSTRAETEN, volksvertegenwoordiger¹

Door de programmawet van 19 april 2014 is het grensarbeiderscomplement hervormd. Door de hervorming zullen zij met een carrière als grensarbeider het complement pas toegekend krijgen als de buitenlandse wettelijke pensioenleeftijd wordt bereikt en het pensioen betaalbaar is. Voor de hervorming kon dat al op de Belgische pensioenleeftijd.

Deze hervorming heeft tot gevolg dat grensarbeiders die in Nederland werk(t)en geconfronteerd worden met een sociaalrechtelijk vacuüm tussen het bereiken van de Belgische pensioenleeftijd en het ingaan van het buitenlands pensioen. Die lacune – waar ook de Federale Ombudsman in zijn jaarverslag van 2016 op wijst – heeft betrekking op de situatie waarin een grensarbeider een vervangingsinkomen (wegens ziekte of werkloosheid) ontvangt.

Wanneer de betrokkene 65 wordt en thans de Belgische pensioenleeftijd bereikt, eindigt zijn recht op het vervangingsinkomen maar kan deze geen buitenlands pensioen ontvangen omdat de Nederlandse pensioenleeftijd hoger ligt dan 65 jaar. Bijgevolg is er in tussentijd geen recht op een sociale uitkering. De optrekking van de pensioenleeftijd in onze buurlanden die geen gelijke tred houdt met de Belgische hervorming terzake ligt aan de basis van deze sociaalrechtelijke leemte.

Om deze leemte te ondervangen en de sociale bescherming van deze groep te garanderen zou de maximumleeftijd van de werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering kunnen worden opgetrokken om deze te laten doorlopen tot de leeftijd dat de grensarbeider zijn volle pensioenaanspraken kan opvragen.

1. a) Hoeveel grensarbeiders zagen een arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigen wegens het bereiken van de pensioenleeftijd? Graag een uitsplitsing voor 2016 en de eerste acht maanden van 2017.

b) Hoeveel grensarbeiders zullen dit jaar nog een arbeidsongeschiktheidsuitkering zien eindigen wegens het bereiken van de pensioenleeftijd?

2. Wat is de budgettaire kost van een uitzondering op de maximumleeftijd van 65 jaar voor grensarbeiders?
3. Welke initiatieven overweegt u om grensarbeiders sociale bescherming te bieden tot de buitenlandse pensioenleeftijd en de sociaalrechtelijke leemte te verhelpen?

Antwoord

Wat de uitkeringsverzekering betreft, verwijs ik u naar mijn antwoord van 7 maart 2017 op de gelijkwaardige vragen nrs. 13311 en 17025 aan mij gesteld door uw collega's mevrouw Willaert en meneer Van Quickenborne (*Integraal verslag*, K., 2016-2017, CRIV 54 COM 610, p. 10-12).

In die zin heeft de afschaffing van het grensarbeiderscomplement voornamelijk een financiële impact op de personen met een Nederlandse carrière als grensarbeiders die invalide werden erkend als laatst Belgisch verzekerde voor 1 mei 2010 en nog overeenkomstig de voormalige Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 (die van toepassing blijven voor personen die invalide werden erkend voor 01.05.2010) enkel van België een invaliditeitsuitkering ontvangen (die een einde neemt bij het bereiken van de pensioenleeftijd in België).

Voor deze categorie van invaliden voorziet artikel 48, § 3 van Verordening (EG) 883/2004 evenwel in de oplossing, in de zin dat deze personen bij het bereiken van de pensioenleeftijd in België (en de stopzetting van hun Belgische invaliditeitsuitkering) ter overbrugging bij de bevoegde Nederlandse instelling UWV een aansluitende geprorateerde Nederlandse invaliditeitsuitkering (WAO/WIA) kunnen aanvragen tot het bereiken van de pensioenleeftijd in Nederland. Dit impliceert wel dat zij dienen te voldoen aan de voorwaarden voor een dergelijke uitkering zoals bepaald in de Nederlandse wetgeving.

Het is evenwel belangrijk dat de personen die zich in deze situatie bevinden correct over hun eventueel recht op een geprorateerde Nederlandse invaliditeitsuitkering worden geïnformeerd door alle betrokken actoren langs Belgische en Nederlandse zijde.

Dit onderwerp werd daarom al meermaals besproken tijdens bilaterale overlegmomenten tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het bevoegde Nederlandse orgaan UWV, als tussen het RIZIV en de ziekenfondsen.

Het is voor de organen van de Belgische uitkeringsverzekering evenwel niet mogelijk om deze personen proactief te identificeren en te informeren op basis van de huidige beschikbare databanken. Eventuele loopbanen in Nederland voor personen die invalide werden voor 1 mei 2010 werden niet bijgehouden, aangezien België toch alleen bevoegd was om de invaliditeitsuitkering te betalen. Daarom is het ook niet mogelijk om hier enige cijfers te geven over hoeveel personen het zou kunnen gaan.

In dit verband kan ik evenwel opmerken dat de geviseerde categorie van gerechtigden op een Belgische invaliditeitsuitkering toegekend voor 1 mei 2010 hun carrière als grensarbeider in een andere lidstaat zullen melden in het kader van de toekenning van het Belgisch rustpensioen wanneer zij de pensioenleeftijd in België bereiken.

Vanuit het RIZIV werd de de Federale Pensioendienst verzocht om aandachtig te zijn voor deze problematiek en betrokken personen, correct te informeren over hun rechten in het kader van artikel 48, § 3 (EG) Verordening 883/2004.

U vraagt eveneens naar de budgettaire kost van het laten doorlopen van een invaliditeitsuitkering voor een grensarbeider voor tot het bereiken van de pensioenleeftijd in de staat waarin hij in het verleden heeft gewerkt als grensarbeider. Wij veronderstellen dat, gelet op de vraagstelling, met de notie “grensarbeider” de personen worden bedoeld die als grensarbeider worden aangemerkt in het kader van de regeling op het grensarbeiderscomplement (art. 5, § 7 van het K.B. van 23.12.1996 tot uitvoering van de art. 15, 16 en 17 van de wet van 26.07.1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenen).

Een dergelijke uitzondering zou een aanpassing vergen van het huidige artikel 108 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 dat voorziet in de stopzetting van de Belgische ziekte- of invaliditeitsuitkering vanaf de maand volgend op dewelke de gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd in België bereikt. Verder zou men de impact van dergelijke wijziging moeten bekijken op de pensioenreglementeringen, die in het algemeen voorzien in een cumulverbod tussen rustpensioenen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (art. 25 van het K.B. nr. 50 van 24.10.1967 en art.30*bis* van het K.B. nr. 72 van 10.11.1967).

Het is nog maar de vraag of het toekomt aan de Belgische uitkeringsverzekering om het sneller optrekken van de pensioenleeftijd door andere lidstaten en het wegvallen van het grensarbeiderscomplement te compenseren. Immers wijst de Europese reglementering ter zake, althans wat invaliditeitsuitkeringen betreft, naar de verantwoordelijkheid van de lidstaat waar men als grensarbeider gewerkt heeft voor het overbruggen van het pensioenleeftijdengat.

Personen die in België invalide worden erkend onder de nieuwe coördinatieverordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 in het verleden als grensarbeider in een andere lidstaat hebben gewerkt, vallen wat de coördinatie van hun invaliditeitsprestaties betreft onder de zogenaamde “prorataregeling”. In dat geval ontvangt de betrokkene een gedeeltelijke invaliditeitsuitkering van elke betrokken lidstaat die doorloopt tot het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd in elk van die lidstaten.

Voor personen die nog exclusief door België worden vergoed onder de oude Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 is er de overbruggingsregeling uit artikel 48, § 3 Verordening (EG) 883/2004, zoals hoger aangegeven.

Wij zijn daarnaast van mening dat het laten verderlopen van de Belgische uitkering voor Belgische grensarbeiders in de zin van artikel 5, § 7 van het Koninklijk besluit van 23 december 1996 tot de wettelijke pensioenleeftijd in het buurland een discriminatie zou betekenen, wanneer deze oplossing niet zou gelden voor personen die eveneens exclusief door België vergoed worden onder Verordening (EEG) 1408/71 en 574/72, maar die niet te beschouwen zijn als grensarbeider (in de zin van art. 5, § 7 van het K.B. van 23.12.1996), en die tegen hetzelfde probleem aanlopen van het pensioenleeftijdengat bij stopzetting van hun Belgische invaliditeitsuitkering bij het bereiken van de pensioenleeftijd in België.

Het gaat hier bijvoorbeeld om Nederlandse grensarbeiders (die nooit in België hebben gewoond) die voor 1 mei 2010 invalide geworden zijn terwijl zij in België sociaal verzekerd waren.

Eindelijk, wat mogelijke maatregelen in de werkloosheidssector betreft, valt uw vraag niet onder mijn bevoegdheid maar die van mijn collega meneer Kris Peeters, minister van Werk.

III. Laat vastgestelde aangeboren ziektes

Niet tussenkomen door ziekteverzekeringen – Artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – Instructies voor de adviserend artsen

Vraag nr. 1963, gesteld op 6 november 2017, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer J. PENRIS, volksvertegenwoordiger¹

Ik werd op mijn dienstbetoon gecontacteerd door een jonge dame van 26 jaar die reeds leukemie wist te overwinnen op 15-jarige leeftijd. Ook heeft ze aan de rechterkant reeds een heupprothese gekregen, dit te wijten aan de medicatie die ze diende te nemen tijdens de behandeling van de leukemie. Ze leeft al negen jaar met zware pijnstillers, en liet meerdere onderzoeken uitvoeren naar aanleiding van de aanhoudende pijn aan de heupen. Doch bleef de jonge dame steeds werken met de hevige pijnen.

Ongeveer vier maanden geleden werd bij haar dysplasie aan de heupen vastgesteld, een aangeboren aandoening, die ertoe leidt dat ze geen arbeid meer mag verrichten.

Na het indienen van haar aangifte van arbeidsongeschiktheid, werd deze geweigerd door de mutualiteit. Dit te wijten aan artikel 100, § 1 en/of artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 omwille van volgende reden: het betreft een voorafbestaande toestand.

1. Kan u deze weigering nader verklaren?
2. Welke maatregelen kan u nemen om aan dergelijke dossiers te verhelpen?

Antwoord

De erkenning van arbeidsongeschiktheid waardoor het recht op een uitkering door de ziekteverzekering kan ontstaan, wordt geregeld door artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 100, § 1: Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze gecoördineerde wet, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding, enz.

1. Bulletin nr. 144, Kamer, gewone zitting 2017-2018, blz. 239.

Dit artikel omvat verschillende criteria:

- alle werkzaamheid hebben onderbroken
- als rechtstreeks gevolg van
- het intreden of het verergeren
- van letsels of functionele stoornissen
- waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid
- in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Met andere woorden, alleen die sociaal verzekerden kunnen arbeidsongeschikt worden erkend die op het moment van hun intrede op de arbeidsmarkt beschikten over een voldoende graad van verdienvermogen en die het slachtoffer zijn van een nieuwe aandoening – of een verergering van een bestaande aandoening – waarvan de letsels of functionele stoornissen hun verdienvermogen ernstig hebben verminderd (tot een derde of minder dan een derde) waardoor zij hun werkzaamheid hebben moeten stoppen.

Dit impliceert dat verzekerden, die ondanks hun aangeboren aandoening, op het moment van hun intrede op de arbeidsmarkt, toch nog een voldoende verdienvermogen hadden om op de reguliere arbeidsmarkt te kunnen werken, wel degelijk in aanmerking kunnen komen voor een ziekte-uitkering als aan alle andere voorwaarden is voldaan.

In het bijzonder moet het verlies van verdienvermogen correct worden onderzocht: dit verlies van verdienvermogen moet immers worden vergeleken met “wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid”: met andere woorden de vergelijking moet gebeuren ten ongeveer van het (verminderd) verdienvermogen op het moment van hun intrede op de arbeidsmarkt.

Pas als de verzekerde slachtoffer is van een nieuwe aandoening – of een verergering van de bestaande aandoening – waarvan de letsels of functionele stoornissen zijn/haar verdienvermogen hebben verminderd tot een derde of minder dan een derde, kan hij/zij in aanmerking komen voor een ziekte-uitkering.

In casu komt het er dus op aan:

- te onderzoeken of deze dame op het moment van haar intrede op de arbeidsmarkt een voldoende verdienvermogen had om te arbeiden.

Het feit dat iemand daadwerkelijk heeft gewerkt, kan een argument zijn in zoverre dat het niet gaat om:

- arbeidsplaatsen in een beschermd milieu of waarbij een speciale bescherming was vereist
- pogingen tot tewerkstelling zonder dat deze succesvol kunnen worden genoemd
- te onderzoeken of de letsels of functionele stoornissen als gevolg van de “dysplasie aan de heupen” haar verdienvermogen daadwerkelijk met minstens twee derde hebben verminderd
- tot slot moet worden onderzocht in hoeverre het verminderd verdienvermogen inderdaad een stopzetting van alle werkzaamheid noodzakelijk maakt en dat ten overstaan van de “beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding” met andere woorden ten opzichte van het beroep dat deze dame uitoefende en ten overstaan van alle mogelijke beroepen die zij eventueel zou kunnen uitoefenen.

In casu wordt ook nog melding gemaakt van “geen arbeid meer mogen verrichten”, wat iets anders is dan “geen arbeid meer kunnen verrichten”.

Deze (toch ingewikkelde) aspecten van voorafbestaande toestand en arbeidsongeschiktheid zijn duidelijk gedefinieerd in de instructies voor de adviserend artsen van alle verzekeringsinstellingen en behoren tot hun normale dagdagelijkse kennis en expertise.

Volledigheidshalve melden wij ook nog dat verzekerden die op het moment van hun intrede op de arbeidsmarkt al een sterk aangetast verdienvermogen hadden (namelijk de verzekerden die nooit een verdienvermogen hebben gehad van meer dan een derde op het ogenblik van hun intrede op de arbeidsmarkt) waardoor zij reeds ongeschikt waren om op de reguliere arbeidsmarkt te worden tewerkgesteld, niet in aanmerking kunnen komen voor een ziekte-uitkering.

Deze verzekerden kunnen zich bij arbeidsongeschiktheid wenden tot de Directie-generaal Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid voor de erkenning van een mindervaliditeit en het verkrijgen van een inkomensvervangende tegemoetkoming.

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. *Ostbelgien*-regeling

1. Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te verstrekken aangaande de uitvoering van de *Ostbelgien*-regeling.

Deze regeling werd op 19 juni 2017 door het Verzekeringscomité goedgekeurd (bijlage 1)¹.

De *Ostbelgien*-regeling beoogt een evenwicht tussen het

- versoepelen van het recht op (specialistische) grensoverschrijdende gezondheidszorg in een welomschreven geografische zone in Duitsland voor verzekerden woonachtig in de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt op basis van het Europese Unierecht en de Belgische reglementering, en
- het optimaal aanwenden van het medische aanbod in de Duitstalige Gemeenschap, onder meer in de twee algemene ziekenhuizen.

Vanaf 1 juli 2017 mogen de documenten E.112 IZOM EMR+ en de eIZOM-kaart niet meer gebruikt worden om in Duitsland geneeskundige zorg te krijgen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

2. De *Ostbelgien*-regeling – Algemeen

2.1. Personele werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling is van toepassing op elke persoon die van de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan genieten, en zijn woonplaats heeft in de Oostkantons of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

2.2. Geografische werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling voorziet in bijzondere bepalingen met betrekking tot de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg verleend door zorgverleners (artsen-specialisten en verplegingsinstellingen) werkzaam in de regio Aachen, en de arrondissementen Bitburg, Daun en Prüm (= hierna : “de Duitse grensstreek”).

2.3. Materiële werkingsfeer

De *Ostbelgien*-regeling heeft betrekking op de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg, in de Duitse grensstreek, mits deze zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt gedekt.

1. Hier niet gepubliceerd.

De *Ostbelgien*-regeling is niet van toepassing op de bijzondere regeling betreffende de toegang tot revalidatieverstrekingen in Duitsland voor rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die hun woonplaats in de Oostkantons hebben (zie Omzendbrief V.I. 2017/1 van 04.01.2017 of de Omzendbrief V.I. die hiervoor in de plaats treedt).

3. De *Ostbelgien*-regeling – Inhoud

3.1. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Algemeen

Het algemeen principe is dat er geen toestemming (document S2) wordt uitgereikt aan de verzekerde voor een ambulante behandeling door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek. De verzekerde moet de kosten eerst zelf betalen en kan achteraf terugbetaling vragen van zijn Belgische verzekeringsinstelling.


Er wordt voorzien in een bijzondere terugbetalingsregeling. De verzekeringsinstellingen mogen, bij ontvangst van de documenten betreffende ambulante geneeskundige verstrekkingen (bijv. raadpleging) verleend door een arts-specialist in de Duitse grensstreek, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

(1) Indien het gefactureerd bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:

- (i) geneeskundige verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling
 - door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (zoals homeopathie, osteopathie, ...), of 1^{er}
 - niet in aanmerking komen voor een vergoeding tegen gemiddeld vergoedingspercentage (zie verstrekkingen vermeld onder punt 4)

in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en

- (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant, enz.).

 In het geval de arts-specialist in de Duitse grensstreek een verzamelfactuur maakt waarbij hij bijvoorbeeld 5 raadplegingen in één factuur samenbrengt waardoor het totaalbedrag van de verzamelfactuur de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dan mogen de verzekeringsinstellingen elke raadpleging apart beschouwen en vergoeden tegen het gemiddeld vergoedingspercentage.

(2) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:

- (i) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 294, § 1, 13^o, van de K.B. van 03.07.1996);

- (ii) of een aanvraag tot tarifiering naar de bevoegde instelling in Duitsland te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van de Duitse verplichte ziekteverzekering (aandacht: deze optie is enkel mogelijk in de situaties waarin een voorafgaande toestemming – document S2 – is afgegeven).

! De verzekerde dient geïnformeerd te worden dat hij het recht heeft om de terugbetaling tegen een gemiddeld vergoedingspercentage te weigeren en hij de terugbetaling kan vragen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens artikel 294, § 1, 13^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

> Voorbeeld 1

Ambulante specialistische geneeskundige zorg voor een kind tot en met 14 jaar verleend door arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk

- zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
- zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

> Voorbeeld 2

Geneeskundige verstrekkingen verleend door arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist, bijv. door een huisarts, werkzaam op het Belgisch grondgebied

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, namelijk


- zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %
- zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

3.2. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – Uitzonderingen

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **ambulante specialistische geneeskundige zorg**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen in afwijking van de algemene regeling voor ambulante specialistische geneeskundige zorg – zie punt 3.1 – een toestemming (document S2) uitreiken onder de volgende voorwaarden :

- (i) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro) psychiatrie;
- (ii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder) psychiatrie;
- (iii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (iv) ;
- (iv) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2) uitreiken voor medische beeldvorming – meer bepaald het gebruik van een CT-scanner, MRI, NMR of PET-scanner voor aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed – indien deze plaats vindt in het kader van een raadpleging van Duitse arts-specialist (aandacht: in dit geval kan een document S2 *a posteriori* uitgereikt worden voor de regularisatie van de medische beeldvorming).

 Er dient steeds een (medisch-)inhoudelijke controle plaats te vinden om na te gaan of de geneeskundige verstrekkingen waarvoor een document S2 wordt afgeleverd door de federale verplichte verzekering voor geneeskundige zorg wordt vergoed dan wel of de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld.

3.3. Geneeskundige zorg in een ziekenhuis

In het kader van de *Ostbelgien*-regeling dient onder “geneeskundige zorg in een ziekenhuis” te worden verstaan geneeskundige zorg:

- die een opname van minimum één nacht in een verplegingsinrichting vereist
- in het kader van een daghospitalisatie.

In de situatie dat een verzekerde, die onder de *Ostbelgien*-regeling valt, **geneeskundige zorg in een ziekenhuis**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen een toestemming (document S2) uitreiken aan verzekerden, die door de *Ostbelgien*-regeling worden gevisieerd, wanneer de ziekenhuisopname/daghospitalisatie plaats vindt

- (i) op doorverwijzing – al dan niet via een gespecialiseerde dienst Spoedgevallen – van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2) uitreiken naar aanleiding van

- (ii) een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 werd uitgereikt (zie punt 3.2) ;
- (iii) een raadpleging van een arts-specialist in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

De toestemming kan worden verleend op voorwaarde dat de geneeskundige zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld. De voorwaarden dat

- de geneeskundige zorg binnen een medisch verantwoorde termijn in België kan plaatsvinden, of
- in een in België gelegen gelijkaardige verplegingsinrichting binnen een straal van maximum 25 kilometer van de hoofdverblijfplaats van de verzekerde,

zijn in dit geval niet van toepassing.


3.4. De afgifte van een toestemming (document S2)

De toestemming (document S2) die in toepassing van de *Ostbelgien* regeling wordt uitgereikt, dient de volgende gegevens te vermelden :

- de persoonlijke gegevens van de verzekerde
- een omschrijving van de behandeling met vermelding van het specialisme. In het geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg dient uitdrukkelijk vermeld te worden dat het document S2 niet kan gebruikt worden voor bijvoorbeeld de aankoop van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen zelfs al worden deze voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek
- de naam van het ziekenhuis en/of de naam van de arts-specialist
- in geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg (cf. punt 3.2) wordt de geldigheidsduur beperkt tot zes (6) maanden
- in geval van geneeskundige zorg in een ziekenhuis (cf. punt 3.3) de verwachte reële duur van de behandeling, met vermelding van begin- en einddatum.

Een verlenging van het document S2 vereist een medisch verslag waar het verzoek voor een verlenging grondig wordt gemotiveerd.

In Bijlage 2 gaat een check-list die de verzekeringsinstellingen kunnen gebruiken als hulpmiddel bij de evaluatie of een verzekerde al dan niet voldoet aan de voorwaarden om een document S2 te ontvangen. Deze check-list, die nuttig kan zijn met het oog op het evaluatieverslag van de *Ostbelgien*-regeling, dient in het dossier van de verzekerde te worden bewaard.

 In de hierboven onder 3.2 en 3.3 vermelde situaties dient de verzekerde – in principe – in het bezit te zijn van een toestemming (document S2) voordat de verzorging wordt verstrekt, opdat hij/zij zou kunnen genieten van de tarieven van de Duitse *gesetzliche Krankenversicherung*, met uitzondering van de situatie vermeld onder punt 3.2.(iv).

4. Geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is

Voor de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, geldt de Belgische en Europese reglementering zoals die ook geldt voor de andere Belgische verzekerden.

Op een niet-uitputtende lijst met de geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen vermeld te worden :

- geneeskundige verstrekkingen verleend door een andere zorgverlener dan een arts-specialist
- de in artikel 33, lid 1, van de nomenclatuur opgelijste genetische onderzoeken die voorbehouden zijn aan laboratoria die tot de *erkende centra voor antropogenetica* behoren
- de aankoop van geneesmiddelen
- de aankoop van medische hulpmiddelen

- esthetische chirurgie
- wanneer de verzekerde zich doelbewust naar de Duitse grensstreek begeeft voor prestaties medische beeldvorming
- geneeskundige verstrekkingen door een arts-specialist of verplegingsinstelling, buiten de Duitse grensstreek, zelfs op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het Belgisch grondgebied of werkzaam in de Duitse grensstreek
- andere geneeskundige verstrekkingen die niet expliciet onder het toepassingsgebied van de *Ostbelgien*-regeling vallen.

TOELICHTINGEN BETREFFENDE DE TERUGBETALING

In de situatie dat de verzekeringsinstellingen een vergoeding van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is, dienen toe te kennen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, dienen zij de richtlijnen – zoals uiteengezet in Titel III, Hoofdstuk IV, van Omzendbrief V.I. 2014/440, of de Omzendbrief die hiervoor in de plaats treedt – na te leven.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat des médicaments ou des dispositifs médicaux. Een aanvraag tot terugbetaling kan met andere woorden niet zomaar geweigerd worden op grond van het feit dat de buitenlandse voorschrijver niet het geëigende (Belgische) formulier heeft gebruikt. Indien het buitenlandse voorschrift (al dan niet in samenhang met een medisch verslag) voldoende duidelijke gegevens bevat die toelaten om na te gaan of de Belgische vergoedingsvoorwaarden vervuld zijn, dan kunnen deze gegevens in aanmerking worden genomen bij het vaststellen van de verzekeringstegemoetkoming.

Momenteel worden maatregelen genomen met het oog op een veralgemeend gebruik van het elektronische voorschrift in België. We moeten echter vaststellen dat het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift in een grensoverschrijdende context op dit moment nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen betreffende het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift, heeft de verzekerde steeds de mogelijkheid om een papieren voorschrift te gebruiken.

Sommige geneesmiddelen worden slechts terugbetaald na akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Dit akkoord kan, en moet soms, langs elektronische weg aangevraagd worden. Maar net, zoals bij het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, moeten we vaststellen dat het gebruik van de elektronische aanvraagprocedure in een grensoverschrijdende situatie vandaag nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen voor het grensoverschrijdend gebruik van de elektronische aanvraag, kan een aanvraag ook nog steeds met een papieren document worden ingediend.

Indien er enige onduidelijkheid bestaat over het voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel, dan kan steeds contact opgenomen worden met de buitenlandse voorschrijver.

In het geval een voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of indien de vergoedingsvoorwaarden niet vervuld zijn, dan blijven de kosten ten laste van de verzekerde, behoudens de uitzonderingsmaatregelen die desgevallend van toepassing kunnen zijn.

5. Uitlooperperiode voor bijzondere situaties

De verzekeringsinstellingen kunnen tijdens de opzegperiode van het IZOM-Samenwerkingsakkoord nog steeds een voorafgaande toestemming E.112 IZOM EMR+ afgeven, onder de voorwaarden van het IZOM-Samenwerkingsakkoord, maar met die beperking dat de einddatum de datum van 30 juni 2017 niet mag overschrijden.

In het licht van de *continuïteit van de zorg*, blijkt evenwel dat er nood is aan een uitlooperperiode voor bijzondere situaties, na het einde van de opzegperiode van het IZOM-Samenwerkingsakkoord. Er kunnen zich namelijk situaties voordoen waarbij bijvoorbeeld een voor 30 juni 2017 begonnen behandeling dient verder gezet te worden, of situaties waarbij de verzekerde over de nodige tijd dient te beschikken om de nodige maatregelen te nemen voor het verder zetten van de behandeling in België eerder dan in Duitsland.

De uitlooperperiode voor bijzondere situaties:


- is beperkt in de tijd, meer bepaald voor de periode van 1 juli 2017 tot het einde van de behandeling en uiterlijk tot en met 31 december 2017
- de beslissingen of een verzekerde kan genieten van de overgangsregeling (= afgifte van een document S2) voor de verderzetting van een voor 30 juni 2017 begonnen behandeling wordt toegewezen aan een College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen waarin alle verzekeringsinstellingen zijn vertegenwoordigd.

Voor een aantal situaties is er nu reeds overeenstemming over de te nemen beslissing zonder dat het College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen zich hierover dient uit te spreken:

- bij een reeds begonnen ziekenhuisopname die de datum van 30 juni 2017 overschrijdt, kan een document S2 worden uitgereikt voor de resterende duur van het ziekenhuisverblijf
- een behandeling voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, maar waarbij de behandeling pas na 1 juli 2017 wordt opgestart => afgifte van een document S2 op voorwaarde dat de geneeskundige verstrekkingen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed en/of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld.

Het *ad hoc* College van geneesheren-directeurs van de lokale verzekeringsinstellingen

Het *ad hoc* College is samengesteld uit een adviserend geneesheer van elke verzekeringsinstelling (één per landsbond, één voor Hulpkas voor Ziekte- of Invaliditeitsverzekering en één voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail), bij met kennis van de lokale problematiek.

 De verzekeringsinstellingen delen uiterlijk tegen 30 juni 2017 de namen en de contactgegevens van hun adviserend geneesheer en zijn/haar vervanger in dit *ad hoc* College, aan elkaar mee en aan het RIZIV (rir@riziv.fgov.be).


De verzekeringsinstellingen die een dossier aan het *ad hoc* College wensen voor te leggen, sturen dit dossier door op elektronische wijze naar de effectieve leden, en hun plaatsvervangers, met inbegrip van een voorstel tot beslissing. De leden van het *ad hoc* College bezorgen binnen de 10 werkdagen na ontvangst van het aanvraagdossier hun advies per e-mail aan de andere leden van het *ad hoc* College. Alleen de effectieve leden, of hun vervanger, kunnen een advies uitbrengen. De beslissingen worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen; het advies van de verwijzende verzekeringsinstelling van de rechthebbende wordt niet meegerekend.

Het *ad hoc* College wordt samengeroepen bij staking van stemmen, of wanneer één of meerdere verzekeringsinstellingen niet antwoorden binnen de gestelde termijn.

6. Problemen betreffende de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling

De toepassing van de regeling zal waarschijnlijk aanleiding geven tot een reeks van vragen of situaties waarop de verzekeringsinstellingen dienen te antwoorden.

De moeilijkheden met betrekking tot de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling worden door de verzekeringsinstellingen in overleg met het RIZIV beslecht.

 De verzekeringsinstellingen sturen tweemaandelijks een lijst met de problemen naar het RIZIV (rir@riziv.fgov.be) met het oog op een overleg dat een eenvormige toepassing door alle verzekeringsinstellingen dient te garanderen.

7. Financiële bepalingen

Er dient informatie beschikbaar te zijn over de financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die voortvloeien uit de toepassing van de *Ostbelgien*-regeling. Het is daarom aangewezen om het “Het Boekhoudplan in de praktijk” aan te passen.

Deze aanpassing houdt in dat met het oog op de transparantie van de financiële dimensies van de *Ostbelgien*-regeling, enerzijds, en het boeken van de uitgaven op een eenvormige manier door de verzekeringsinstellingen, anderzijds, een aantal nieuwe codes KG2 wordt toegevoegd, namelijk:

Situatie	KG2
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van een gemiddelde vergoedingspercentage van 75 %	838
uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126)	836
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	853

Een verzekeringsinstelling die gedwongen wordt een beroep te doen op de toekenning van een vergoeding aan de tarieven en de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar aanleiding van het ontbreken van het antwoord op een aanvraag tot tarifiering, vermeldt de uitgaven eveneens onder de CG2 853.

De tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, die niet geviseerd worden door de *Ostbelgien*-regeling, dienen overeenkomstig de huidige van toepassing zijnde boekhoudkundige instructies geboekt te worden.

De Duitse vorderingen worden geboekt op de bijlage T3.

Daarnaast dienen de verzekeringsinstellingen ook de nodige gegevens te verzamelen over de financiële verplichtingen verbonden aan de afgifte van een toestemming (document S2) op basis van volgende elementen, namelijk de verzekerde, de woonplaats van de verzekerde, het document S2 en geldigheidsduur, en de plaats van zorgverlening in Duitsland.

De verzekeringsinstellingen dienen de tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend tot en met 30 juni 2017 en die voortvloeien uit de toepassing van de IZOM-Samenwerkingsovereenkomst onder de daarvoor van toepassing zijnde code(s) KG2 te boeken.

8. Evaluatieregeling

De verzekeringsinstellingen verzamelen alle nuttige gegevens en registreren deze systematisch met het oog op een gecoördineerde evaluatie. De analyse heeft betrekking op:

(1) statistische gegevens inzake


- (i) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaalde bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend op basis van het gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (= KG2 838), en de aard van de behandeling;
- (ii) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaald bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend met toepassing van artikel 294, § 1, 13^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (= KG2 853);
- (iii) het aantal aanvragen en de uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in de Duitse grensstreek – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126) (= KG2 836);
- (iv) het aantal vorderingen E.125/S080, het aantal patiënten waarop deze betrekking hebben, alsook het totaalbedrag van de terugbetalingen verbonden aan de afgifte van een document S2 opgesplitst in:
 - (a) medische hulp;
 - (b) tandheelkundige hulp;
 - (c) geneesmiddelen;
 - (d) ziekenhuisverpleging;
 - (e) andere verstrekkingen.


(2) de afgifte van een document S2

- (i) het aantal uitgereikte documenten S2, alsook het aantal verzekerden;
- (ii) het aantal documenten S2 voor een ambulante specialistische behandeling dan wel specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis;
- (iii) betreft het een eerste afgifte van een document S2 of een verlenging;
- (iv) de aard van de behandeling (bijv. het specialisme) / dienst in het ziekenhuis, alsook het ziekenhuis waar de geneeskundige zorg wordt verleend;
- (v) wat betreft de ambulante specialistische zorg:
 - (a) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro) psychiatrie;
 - (b) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder)psychiatrie;
 - (c) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (d);
 - (d) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt;
 - (e) medische beeldvorming.

(vi) wat betreft de specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis:

- (a) op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt;
- (b) naar aanleiding van een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 werd uitgereikt;
- (c) naar aanleiding van een raadpleging van een arts-specialist in de Duitse grensstreek, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

 De verzekeringsinstellingen stellen voor 31 maart 2018, ten behoeve van het RIZIV (te sturen naar rir@riziv.fgov.be), een evaluatieverslag op over de uitvoering van de Ostbelgien regeling in het vorige kalenderjaar. De statistische gegevens dienen opgeleverd middels de *.xlsx template in Bijlage 3.

 Het *ad hoc* College van adviserend-geneesheren van de lokale ziekenfondsen – waarvan sprake in punt 5 – dient voor 31 maart 2018 een grondig evaluatieverslag op te stellen ten behoeve van het RIZIV (te sturen naar rir@riziv.fgov.be) over de aan haar voorgelegde dossiers (ten minste aantal aanvragen; het aantal weigeringen/toestemmingen; aard van de aanvraag/behandeling).


De verzamelde informatie dient bij te dragen tot

- een betere kennis van omvang van de patiëntenmobiliteit in deze grensstreek en de aard van de medisch-specialistische gezondheidszorg waarvoor men zich naar de Duitse grensstreek begeeft
- het medisch aanbod, zowel ambulant als in de ziekenhuizen, in Oost-België in kaart te brengen
- de medische noden in Oost-België in kaart te brengen.

9. Duur van de *Ostbelgien* regeling

De *Ostbelgien*-regeling treedt op 1 juli 2017 in werking en zal van kracht blijven tot en met 30 juni 2018. De *Ostbelgien*-regeling kan verlengd worden op basis van een grondig evaluatieverslag (zie punt 8).

Van toepassing vanaf 1 juli 2017.

 Omzendbrief V.I. nr. 2017/222 – 392/78, 80/113, 825/5 en 83/473 van 17 juli 2017.

II. Adoptieverlof ten gunste van de zelfstandige gerechtigden - Koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie-uitkering ten gunste van de zelfstandigen

1. Adoptieverlof – Algemene bepalingen

Het adoptieverlof kan beginnen ten vroegste op de dag van inschrijving van het kind in de hoofdverblijfplaats van de gerechtigde en uiterlijk twee maanden na die inschrijving.

De maximumduur van het adoptieverlof hangt af van de leeftijd van het kind:

- het verlof duurt maximaal zes weken indien het geadopteerde kind jonger dan drie jaar is bij het begin van het adoptieverlof
- het verlof duurt maximaal vier weken indien het geadopteerde kind drie tot acht jaar oud is bij het begin van het adoptieverlof.

De maximumduur van het adoptieverlof wordt verdubbeld indien het kind is getroffen door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van minstens 66 procent of door een aandoening die tot gevolg heeft dat minstens vier punten zijn toegekend in de eerste pijler van de medisch-sociale schaal in de zin van de regelgeving betreffende de kinderbijslag.

Indien de gerechtigde ervoor kiest om niet het maximum aantal weken op te nemen, moet het adoptieverlof minstens een week duren, of een veelvoud van een week.

Het adoptieverlof moet zonder onderbreking worden opgenomen. De betrokkene mag tijdens de week of weken adoptieverlof geen enkele beroepsactiviteit ten persoonlijke titel uitoefenen.

Het recht op adoptieverlof neemt een einde op het ogenblik dat het kind de leeftijd van acht jaar bereikt tijdens het adoptieverlof.

2. Adoptieverlof en uitkeringsverzekering

2.1. Verzekerbaarheidsvoorwaarden


2.1.1. HOEDANIGHEID VAN DE GERECHTIGDE

Het adoptieverlof wordt toegekend aan elke zelfstandige gerechtigde zoals bedoeld in artikel 3 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971; het is bijgevolg niet nodig dat de gerechtigde zich in een tijdvak van activiteit bevindt om recht te hebben op adoptieverlof. Bovendien vormt het adoptieverlof geen onderbreking van een tijdvak van primaire ongeschiktheid of van invaliditeit zoals bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid, van het Koninklijk besluit van 20 december 2006.

2.1.2. VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Om recht te hebben op het adoptieverlof, moet de gerechtigde de normale verzekerbare voorwaarde vullen (art. 4, § 2 van het K.B. van 20.12.2006 dat verwijst naar de art. 14 tot 18 van het K.B. van 20.07.1971).

Indien de gerechtigde voldoet aan de normale verzekerbare voorwaarde, vraagt de verzekeringsinstelling een kopie van het verzoekschrift ingediend bij de bevoegde rechtbank of, bij gebrek hieraan, een kopie van de adoptieakte of een bewijs van registratie indien het gaat om de adoptie van een buitenlands kind.

 Als de aanvangsdatum van het adoptieverlof dichtbij de datum van indiening van de aanvraag ligt, kijkt de verzekeringsinstelling op dat ogenblik na of hij aan de verzekerbare voorwaarde voldoet (zelfde referentiekwartalen). Indien de aanvangsdatum van het adoptieverlof nog te veraf ligt, moet de verzekeringsinstelling bij aanvang van het adoptieverlof ("opnieuw") nagaan of de gerechtigde nog steeds aan de verzekerbare voorwaarde voldoet.

2.2. De adoptie-uitkering (art. 7 van het K.B. van 20.12.2006)

De adoptie-uitkering bedraagt 467,47 EUR (sinds 01.06.2017) voor elke week die de gerechtigde opneemt binnen de begrenzing van 4 tot 6 weken (eventueel verdubbeld) die worden toegekend op basis van de leeftijd van het kind bij aanvang van het adoptieverlof. Dat bedrag is gekoppeld aan de schommelingen van de gezondheidsindex.

De adoptie-uitkering wordt in een keer betaald, uiterlijk een maand na de begindatum van het adoptieverlof, zelfs indien het adoptieverlof langer duurt dan een maand (5 of 6 weken indien het kind nog geen drie jaar is bij aanvang van het verlof).

2.3. Cumulatie

Gedurende het tijdvak van adoptieverlof kan de gerechtigde geen aanspraak maken op de uitkeringen wegens primaire arbeidsongeschiktheid, noch op de invaliditeitsuitkeringen die worden toegekend krachtens het Koninklijk besluit van 20 juli 1971.

Tijdens het voormelde verlof wordt de adoptie-uitkering verminderd met het bedrag van de uitkeringen waarop de gerechtigde aanspraak kan maken krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

3. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 14 juli 2017.

De omzendbrief V.I. nr. 2007/297 van 1 augustus 2007 wordt opgeheven.

Bijlage : Aanvraagformulier adoptie - uitkering voor een zelfstandige¹



Omzendbrief V.I. nr. 2017/223 – 47bis/9 van 17 juli 2017.

1. Hier niet gepubliceerd.

III. Proces van aanvraag aangaande bewijsstukken voor de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van gepensioneerde (pensioenattesten)

1. Inleiding


Deze omzendbrief geeft een overzicht van de afspraken die werden gemaakt tussen de directie toegankelijkheidsgegevens, afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens, van de dienst voor administratieve controle en de verzekeringsinstellingen, over de wijze en de modaliteiten waaronder een aanvraag bij de directie, aangaande een bewijsstuk voor de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van gepensioneerde, dient te gebeuren.

Deze afspraken handelen over volgende stappen in de aanvraag :

1. Aanvraagmodaliteiten
2. Ontvankelijkheidsvoorwaarden
3. Antwoordmodaliteiten
4. Handelingen (bij het ziekenfonds en/of de V.I.) die aanvraag voorafgaan: In een latere fase, na verdere bespreking met de pensioeninstanties en de verzekeringsinstellingen, zal aan deze omzendbrief ook een punt worden toegevoegd met een “checklist” van informatievragen die de verzekeringsinstelling aan het lid zelf kan stellen, vooraleer een aanvraag te doen bij de Directie toegankelijkheidsgegevens.

2. Aanvraagmodaliteiten

Elke aanvraag aangaande een bewijsstuk voor de hoedanigheid van gepensioneerde bij de Directie toegankelijkheidsgegevens dient steeds vanuit de verzekeringsinstelling (landsbond) te gebeuren, zodat de landsbond zijn coördinerende rol kan vervullen en eventueel overbodige aanvragen kan filteren. Indien een aanvraag toekomt vanuit een ziekenfonds zal deze worden geweigerd en zal het ziekenfonds worden gevraagd de aanvraag in te dienen via zijn landsbond.¹

 Indien een aanvraag gebeurt via mail wordt het e-mailadres dac-acces@riziv.fgov.be gebruikt. Het onderwerp van de mail wordt als volgt opgemaakt: aanvraag hoedanigheid van gepensioneerde, gevolgd door de naam (voornaam gevolgd door de familienaam) en het INSZ-nummer van de betrokken sociaal verzekerde.

Elke aanvraag moet duidelijk het voorwerp ervan preciseren.

1. *Mutatis mutandis* geldt dit ook voor de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering: de aanvraag dient steeds vanuit de Hulpkas te gebeuren, en niet vanuit een gewestelijke dienst.

De Directie toegankelijkheidsgegevens, afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens, stelde immers vast dat in een zeer groot aantal gevallen, een vraag die werd ingediend als vraag om een *duplicaat*, in werkelijkheid niet als doel had een duplicaat te bekomen, maar dat het na veel bijkomend onderzoek bleek te gaan om diverse andere vragen aangaande de bewijzen van de hoedanigheid van gepensioneerde.

Indien louter de vraag wordt gesteld of de dienst een duplicaat kan opmaken, zal het antwoord bestaan uit: of een duplicaat (bijlage 4), of het antwoord dat er geen duplicaat kan worden opgemaakt, of nog dat het gaat om een attest voor een pensioen dat geen recht genereert op het gebruik als gerechtigde van de hoedanigheid van gepensioneerde, zonder verdere uitleg.

Hier volgen enkele niet-limitatieve voorbeelden van aanvragen binnen het proces aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde:

- persoon X was jarenlang ingeschreven als PTL van persoon Y. Persoon Y overleed op 01.02.2017. Persoon X beschikt ook over een persoonlijk rustpensioen. Het attest werd in 2000 afgeleverd op papier. Het papieren pensioenattest is niet beschikbaar in het ziekenfonds van persoon X en persoon X beschikt er niet meer over. Zou het mogelijk zijn een duplicaat te leveren van het pensioenattest van zijn/haar rustpensioen?
- persoon Z woonde in de periode 10 mei 1999-2 januari 2017 in het buitenland. Sinds 3 januari 2017 woont hij/zij terug in België. Persoon Z beschikt over een eigen rustpensioen, maar zijn/haar attest werd nooit verstuurd omdat hij/zij zich in het buitenland bevond. Het attest is niet beschikbaar in de wachtkamer. Zou het mogelijk zijn de pensioeninstelling te contacteren om het attest te versturen via de flux 101?
- persoon Z beschikt niet over een pensioenattest, maar ontvangt wel maandelijks een betaling van een pensioeninstelling. Zou het mogelijk zijn uit te zoeken wat het pensioen is dat aan de basis ligt van deze betaling. En is het mogelijk een duplicaat op te maken indien het over een eigen rustpensioen gaat?

3. Ontvankelijkheid van de aanvragen

In deze omzendbrief wordt ook gepreciseerd welke aanvragen moeten gebeuren binnen het kader van het proces “aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde” van de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens van de DAC, en welke in het proces “aanvragen aangaande de inschrijving als gerechtigde in hoedanigheid van weduwe/weduwnaar” van de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens van de DAC of welke aanvragen bij de directie internationale relaties van de dienst voor geneeskundige verzorging worden behandeld, en daar derhalve moeten worden ingediend.

3.1. Het proces aanvragen in verband met de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar van de Afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens

In de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens komen ook verschillende aanvragen toe met betrekking tot de inschrijving in de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar. Deze dienen best onderscheiden te worden van de aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde. Beide gaan aan de basis meestal over recht op een pensioen en meestal ook over de vraag voor een duplicaat van het bijhorend pensioenattest. Bij de hoedanigheid van gepensioneerde hebben de vragen vaak betrekking op het rustpensioen, en bij de dossiers aangaande de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar hebben de vragen vaak betrekking op het overlevingspensioen.

Artikel 32, eerste lid, 16° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, maakt in dat opzicht drie elementen duidelijk:

- 1) de wetsbepaling verwijst voor het bewijs enkel naar de burgerlijke staat van weduwe of weduwnaar (zonder bijvoorbeeld te vereisen dat ook een overlevingspensioen of ander voordeel wordt genoten);
- 2) de wetsbepaling preciseert dat het moet gaan om weduwen of weduwnaars van “voornoemde gerechtigden”; het moet derhalve gaan om personen die weduwe of weduwnaar geworden zijn van personen die de hoedanigheid van gerechtigde hadden, zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1° tot en met 15°. We merken hierbij ook op dat de overledene enkel de hoedanigheid van gerechtigde moet hebben, en niet noodzakelijk ook effectief nog recht moest hebben op tegemoetkomingen;
- 3) de wetsbepaling impliceert ook een onmiddellijk chronologisch verband: dat het namelijk moet gaan om personen die weduwe/weduwnaar zijn van de gerechtigde op het moment van overlijden van die gerechtigden.

De omzendbrief V.I. nr. 2014/432 de dato 5 november 2014 preciseert nader hoe de hoedanigheid van gerechtigde weduwe/weduwnaar moet bewezen worden. In het punt 2.14 wordt gesteld dat “de hoedanigheid van deze gerechtigden” op de eerste plaats gebaseerd is op de burgerlijke staat van weduwe of weduwnaar van de personen die op het moment van overlijden gerechtigde waren in de zin van artikel 32, eerste lid, 1° tot en met 15°”, en dat “Het bezit van de hoedanigheid van gerechtigde staat dus los van – bijvoorbeeld – het genot van het overlevingspensioen”. De omzendbrief bepaalt ook verder dat de hoedanigheid in de eerste plaats moet blijken uit de gegevens van het Rijksregister en (...) uit de overlijdensakte, waaruit zal blijken dat het wel degelijk gaat om de weduwe of weduwnaar van een voormalige gerechtigde. In een voetnoot uit de voormelde omzendbrief over het bewijs van de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar wordt bovendien ook gesteld dat “het elektronisch attest met betrekking tot het overlevingspensioen is een indicatie van het mogelijke bezit van deze hoedanigheid.” De omzendbrief stelt dus duidelijk dat het attest van het overlevingspensioen geen bewijs van de hoedanigheid vormt, maar slechts een indicatie van het mogelijke, eventuele bezit van de hoedanigheid.

Dezelfde voetnoot in de omzendbrief maakt ook nog duidelijk dat het attest van het overlevingspensioen een rol speelt in een ander kader dan het bewijs van de hoedanigheid van gerechtigde, namelijk in de optie om een gerechtigde als persoon ten laste in te schrijven (in de situatie waarin het overlevingspensioen beantwoordt aan een loopbaan van minder dan één derde van een volledige loopbaan mag de rechthebbende op dat overlevingspensioen zich nog inschrijven als PTL als aan de andere voorwaarden wordt voldaan voor een inschrijving als PTL).

De aanvraag voor een duplicaat van een attest voor een overlevingspensioen zal de dienst bijgevolg weigeren. Indien de verzekeringsinstelling in zijn vraag specificeert dat hij inlichtingen nodig heeft over de fractie van het overlevingspensioen (het overlevingspensioen was gebaseerd op een loopbaan van $\pm 1/3^{\text{de}}$), om uit te maken of de inschrijving als PTL mogelijk is, zal de dienst deze informatie naar de verzekeringsinstelling doorsturen.



Indien deze aanvragen gebeuren via mail wordt het e-mailadres dac-acces@riziv.fgov.be gebruikt. Het onderwerp van de mail wordt als volgt opgemaakt: aanvraag m.b.t. het gebruik van de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar gevolgd door de naam (voornaam gevolgd door de familienaam) en het INSZ-nummer van de betrokken sociaal verzekerde. Het verschil in onderwerp maakt duidelijk dat het om een andere aanvraag gaat dan bij de hoedanigheid van gepensioneerde. Ook bij deze aanvragen moet duidelijk het voorwerp ervan worden gepreciseerd.

Hier volgen enkele niet-limitatieve voorbeelden van aanvragen binnen het proces aanvraag met betrekking tot het gebruik van de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar:

- wat is de fractie van het overlevingspensioen van persoon A?
- persoon B beschikt niet over een pensioenattest, maar ontvangt wel maandelijks een betaling van een pensioeninstelling. Zou het mogelijk zijn uit te zoeken wat het pensioen is dat aan de basis ligt van deze betaling. En is het mogelijk ons de fractie over te maken indien het over een overlevingspensioen gaat?

Voor het proces aanvraag met betrekking tot het gebruik van de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar wordt naast een ontvangstbevestiging vanwege de afdeling, één typebrief voorzien, namelijk de typebrief met inlichtingen over de fractie van het overlevingspensioen (6).

Indien een aanvraag wordt ingediend binnen het proces aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde en betrokkene heeft naast zijn rustpensioen ook een overlevingspensioen, zal het antwoord van de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens alleen betrekking hebben op het rustpensioen. Als de verzekeringsinstelling informatie wil over beide pensioenen, zal dat in de aanvraag moeten worden aangegeven.

In het antwoord wordt niet ingegaan op het feit dat het attest overlevingspensioen geen bewijsstuk is voor de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar. De afdeling gaat er van uit dat de verzekeringsinstelling hiervan op de hoogte is.

3.2. De directies internationale relaties en juridische zaken & toegankelijkheid van de dienst voor geneeskundige verzorging

De afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens van de DAC is niet de enige dienst van het RIZIV die aanvragen behandelt met betrekking tot het bewijs van de hoedanigheid van gepensioneerde (en weduwe/weduwnaar). De directie juridische zaken & toegankelijkheid van de dienst voor geneeskundige verzorging is verantwoordelijk voor de reglementaire inschrijvingsvoorwaarden in deze en alle andere hoedanigheden. De directie internationale relaties van DGV is bevoegd voor interpretaties van de inschrijvingsreglementering met een internationaalrechtelijk aspect, maar ook voor aanvragen met betrekking tot bewijsstukken die een inschrijving mogelijk maken indien de betrokken verzekerden uit het buitenland afkomstig zijn of als de verzekerde in het buitenland woont.



In het algemeen kunnen we het volgende stellen met betrekking tot het aanvraagdossier met betrekking tot pensioenattesten met een internationaal aspect die binnen de bevoegdheden vallen van de directie internationale relaties van DGV (rir@riziv.fgov.be) :

- 1) indien een persoon in België woont, maar een ander land wordt aangeduid als land dat de geneeskundige verzorging ten laste neemt (in toepassing van een internationale overeenkomst), dan komt het aan het bevoegde buitenlandse orgaan toe om een document af te leveren, waarmee de betrokken persoon zich bij een Belgische verzekeringsinstelling kan inschrijven;
- 2) indien een persoon in het buitenland woont, maar België werd aangeduid als land dat de geneeskundige verzorging ten laste neemt (in toepassing van een internationale overeenkomst), dan komt het aan zijn Belgische verzekeringsinstelling toe om een document af te leveren, waarmee de betrokken persoon zich kan inschrijven bij de verzekeringsinstelling van zijn woonland;
- 3) indien een persoon in het buitenland woont, maar rechten heeft ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, maar het betrokken attest (in het geval van dit proces een pensioenattest) verloren is gegaan of nooit werd afgeleverd, dan komt het aan RIR toe om zulk attest bij de pensioendienst aan te vragen, waarmee hij zijn rechten ten laste van België kan openen.

De afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens van DAC is wel bevoegd voor aanvragen indien een persoon in België woont, maar tevoren in het buitenland gewoond heeft en hij rechten heeft op geneeskundige verzorging ten laste van de verplichte verzekering, maar het betrokken attest (in het geval van dit proces een pensioenattest) verloren is gegaan of nooit werd afgeleverd, dan is het aan de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens om een attest of duplicaat ervan af te leveren, opdat betrokkene rechten kan openen bij een Belgische verzekeringsinstelling.

Als antwoord op aanvragen die niet ontvankelijk zijn in de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens omdat de materie onder de bevoegdheid valt van de directie internationale relaties van DGV, bestaat 1 typebrief, namelijk typebrief 1.4. (voor verdere informatie hierover, zie punt 4.3).

3.3. Aanvragen duplicaten andere pensioenattesten

Niet elke betaling van een pensioen of een gedeelte van een pensioen, laat een hoedanigheid van gerechtigde ontstaan binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging. De afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens maakt geen duplicaten op voor pensioenattesten die geen rechten op prestaties geneeskundige verzorging openen op basis van de hoedanigheid van gepensioneerde (vb. attesten van overlevingspensioenen, van onvoorwaardelijke pensioenen als gepensioneerde zelfstandige,...).

Als antwoord op aanvragen met betrekking tot het bewijs voor de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van gepensioneerde voor iemand die beschikt over een Belgisch pensioenrecht verschillend van een rustpensioen of over een buitenlands pensioen, wordt 1 typebrief gebruikt, namelijk typebrief 5.2. (geen rustpensioen).

4. Antwoordmodaliteiten (Verwerking aanvragen door de dienst)

4.1. Inleiding

Indien een aanvraag toekomt bij de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens die buiten haar bevoegdheid valt, zal deze worden doorgestuurd naar de bevoegde directie en de VI zal hiervan op de hoogte worden gebracht. Daarna wordt het dossier afgesloten.

Indien een specifieke aanvraag toekomt voor een duplicaat voor een pensioenattest dat geen rechten geeft op het gebruik van de hoedanigheid van gepensioneerde als gerechtigde, zal de aanvraag worden geweigerd wegens niet-ontvankelijk (In deze situaties zal typebrief 5.2 worden verstuurd. Verdere inlichtingen zijn terug te vinden onder punt 4.3).

Indien een aanvraag toekomt bij de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens die binnen onze bevoegdheid valt, zijn er 2 mogelijkheden:

- de aanvraag valt binnen de scenario's zoals voorzien in de beslissingsbomen in bijlage 1 en 2. Dan zal één van de voorziene typebrieven worden gestuurd. (meer hierover in punt 4.3)
- de aanvraag valt buiten deze voorziene scenario's. Het dossier zal worden geanalyseerd en behandeld buiten de scope van dit proces. Ook de afspraken m.b.t. behandelingstermijn en de tweetaligheid van het antwoord vallen hier weg.

4.2. Gebruik van een dossiernummer/antwoorden via mail (dac-acces)

De dienst gaat aan elk aanvraagdossier een specifiek dossiernummer koppelen. Dit dossiernummer wordt mee opgenomen in het antwoord. Het onderwerp van het antwoord (alsook van vragen om aanvullende inlichtingen indien nodig) zal bestaan uit : aanvraag bewijs hoedanigheid gepensioneerde, gevolgd door de naam en het INSZ-nummer van de betrokken sociaal verzekerde en het dossiernummer.



De antwoorden worden verstuurd via mail, vanuit de mailbox dac-acces@riziv.fgov.be. Dit zal ook het geval zijn als een verzekeringsinstelling een aanvraag verstuurt via de gewone post.

Het antwoord wordt steeds in 2 talen opgemaakt, indien het gaat om één van de voorziene typebrieven.

4.3. De beslissingsbomen en bijhorende templates (typebrieven t.a.v. de V.I.)

Rekening houdend met de herziening van het proces “aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde”, herwerkte en actualiseerde de afdeling administratieve toegankelijkheid ook zijn type-antwoorden aan de VI, met referentie naar gemaakte afspraken en genomen omzendbrieven.

De typebrieven zijn opgemaakt in beide landstalen: een typebrief voor een welbepaalde situatie omvat het antwoord zowel in het Nederlands als in het Frans. De teksten bevinden zich in bijlage 3.

Het gaat onder meer om volgende types standaardantwoorden ten aanzien van de verzekeringsinstelling in het proces aanvragen aangaande bewijsstukken voor de hoedanigheid van gepensioneerde:

- typebrief 1.1: Ontvangstbevestiging – Algemeen
- typebrief 1.2: Ontvangstbevestiging – Een herinnering zonder gevolg
- typebrief 1.3: Ontvangstbevestiging – Een herinnering I met wijziging prioriteit
- typebrief 1.4: Ontvangstbevestiging bij aanvragen die voor de directie internationale relaties van DGV zijn
- typebrief 2.1: Antwoord bij verloren gegaan papieren pensioenattest rustpensioen (dat werd afgeleverd voor 2003 of na 2003), met in bijlage het gevraagde duplicaat
- typebrief 2.2.: Antwoord ingeval de flux A101 blokkeert, met in bijlage het gevraagde duplicaat
- typebrief 3: Antwoord ingeval het pensioenattest voor het rustpensioen reeds consulteerbaar is in L101 of in de wachtkamer zit
- typebrief 4: Antwoord ingeval het pensioenattest rustpensioen spoedig zal worden verstuurd via de A101
- typebrief 5.1: Antwoord indien er geen pensioen is en dus ook geen recht op het gebruik als gerechtigde van de hoedanigheid van gepensioneerde
- typebrief 5.2: Antwoord indien er geen rustpensioen, maar alleen een pensioen verschillend van een rustpensioen is, dus geen recht op het gebruik als gerechtigde van de hoedanigheid van gepensioneerde
- typebrief 6: Antwoord indien er alleen een overlevingspensioen is, met inlichting over de fractie van het overlevingspensioen ($\pm 1/3$).

Voor sommige meer complexe vragen zal niet met een typebrief worden gewerkt. Deze antwoorden worden dan uitzonderlijk slechts in één landstaal opgemaakt. Als de verzekeringsinstelling een betaling opmerkt en de afdeling om inlichtingen vraagt op basis van welk pensioenrecht deze uitbetaling gebeurt, zal de afdeling antwoorden op basis van de voorziene typebrieven.

4.4. Behandelingstermijn aanvragen

De dienst streeft er naar de aanvragen te behandelen en beantwoorden binnen een termijn van 2 maanden. Het is dan ook niet nuttig om voor het verstrijken van deze periode een herinnering te sturen.

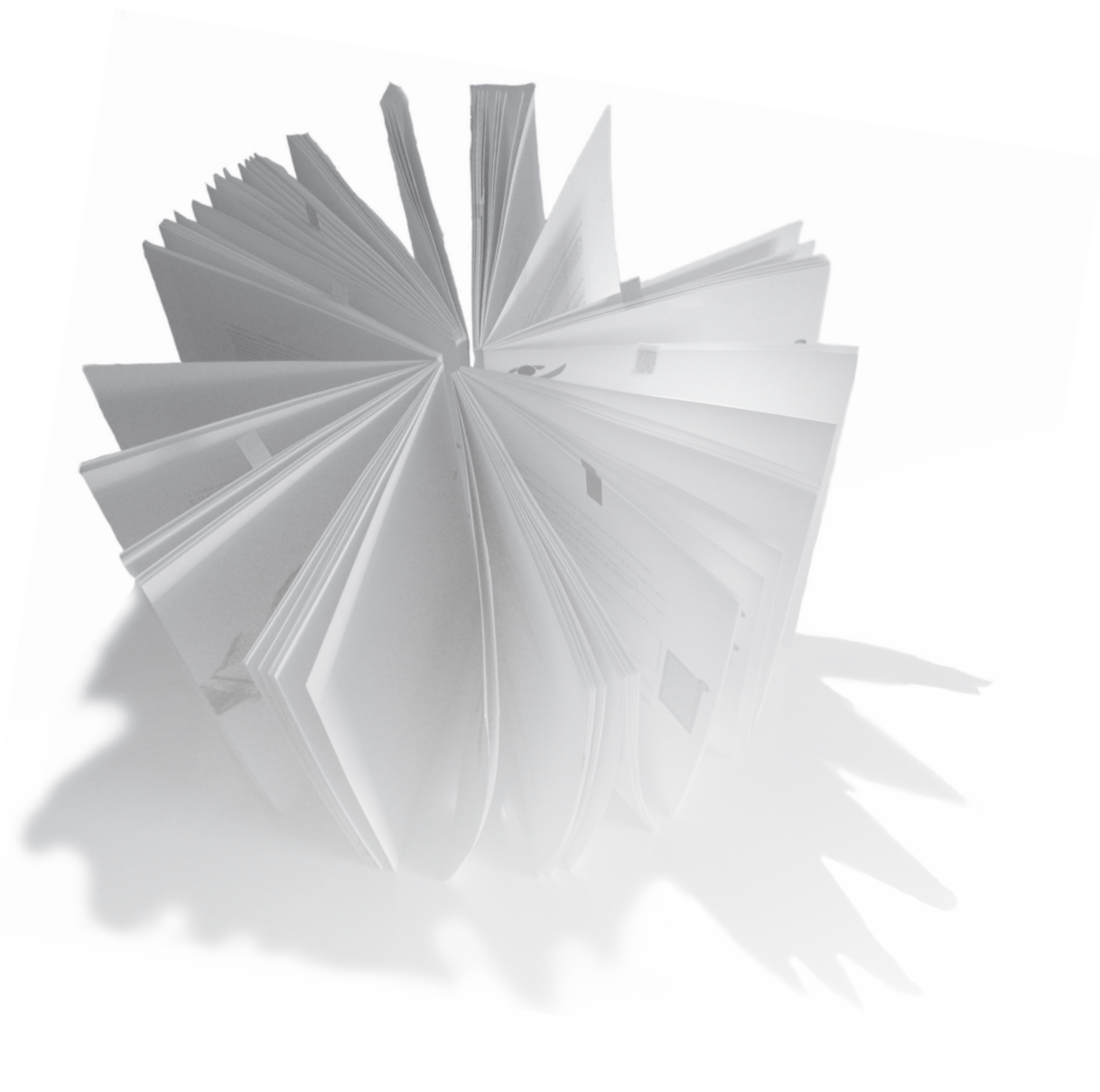
De verzekeringsinstelling heeft de mogelijkheid aan te geven wanneer een dossier prioritair moet worden behandeld. Maar deze mogelijkheid blijft een uitzondering en dient te worden gemotiveerd.

Indien de verzekeringsinstelling voor het verstrijken van de periode van 2 maanden een rappel stuurt om het dossier prioritair te verwerken, wordt ook hier een motivatie verwacht. In bijlage 3 met typebrieven bevinden zich ook twee typebrieven met betrekking tot deze afwijking van de gewone termijn, namelijk een ontvangstbevestiging met een goedkeuring van de aanvraag voor het prioriteren van de verwerking van het dossier (typebrief 1.3) én een antwoord dat de termijn van 2 maanden nog niet werd overschreden (typebrief 1.2).



Omzendbrief V.I. nr. 2017/230 – 241/4 van 24 juli 2017.

6^e Deel
Basisgegevens



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

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch staatsblad van 29 januari 2014 (2^e uitgave) 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 september 2017

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.730,66 EUR	3.467,55 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2017/244 – 3991/291 van 4 augustus 2017.

II. Herwaardering van prestaties op 1 september 2017

1. Basiselementen

a. Algemene regeling

1) Herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011 (recurrentie van 6 jaar) (conjuncturele maatregel)

Met ingang van 1 september 2017 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2011 tot 31 december 2011, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

2) Herwaardering met 1,7 % van de uitkeringen “minimum regelmatig werknemer” voor gerechtigden met last en alleenstaanden tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor loontrekkenden (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor loontrekkenden worden als volgt aangepast op 1 september 2017 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 13.021,31 EUR naar 13.242,67 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 10.420,33 EUR naar 10.597,48 EUR.

Vanaf 1 september 2017 worden de, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “regelmatic werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 58,2677 EUR, afgerond 58,27 EUR
- alleenstaanden: 46,6289 EUR, afgerond 46,63 EUR.

3) Herwaardering met 1,7 % van de uitkering “minimum regelmatig werknemer” voor samenwonenden (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag “minimum regelmatige werknemer” voor samenwonende gerechtigden stijgt op 1 september 2017 van 28,6368 EUR naar 29,1236 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2017 wordt de, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, dagelijkse uitkering voor samenwonende gerechtigden “regelmatic werknemers” als volgt vastgesteld: 39,9809 EUR, afgerond op 39,98 EUR.

4) Herwaardering met 0,9 % van de uitkeringen “minimum niet regelmatig werknemer” tengevolge van de verhoging van de bedragen van het leefloon (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het leefloon worden als volgt aangepast op 1 september 2017 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 10.311,62 EUR naar 10.404,42 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 7.733,71 EUR naar 7.803,31 EUR.

Vanaf 1 september 2017 worden de, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “niet regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 45,7794 EUR, afgerond op 45,78 EUR
- gerechtigden zonder gezinslast: 34,3346 EUR, afgerond op 34,33 EUR.

b. Regeling der zelfstandigen

a) Herwaardering met 1,7 % van de forfaits toegekend aan de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet (conjuncturele maatregel)

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2017, tengevolge van de herwaardering met 1,7 %, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen verhoogt op 1 september 2017 (basis 103,14) voor:

- gerechtigden met gezinslast: van 13.021,31 EUR naar 13.242,67 EUR
- alleenstaande gerechtigden: van 10.420,33 EUR naar 10.597,48 EUR.

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” worden op 1 september 2017 (spilindex 103,04) vastgelegd op respectievelijk 58,2677 EUR, afgerond 58,27 EUR en 46,6289 EUR, afgerond 46,63 EUR.

Het forfait “samenwonende” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet wordt verhoogd met 1,7 % op 1 september 2017.

Het basisbedrag van het forfait samenwonende wordt verhoogd van 25,6138 EUR naar 26,0492 EUR op 1 september 2017 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2017 wordt het, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, forfait samenwonende op 35,7603 EUR vastgelegd, afgerond 35,76 EUR.

b) Herwaardering met 1,7 % van de forfaits toegekend aan de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet (conjuncturele maatregel)

De forfaits voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2017, tengevolge van de herwaardering met 1,7 %, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling.

Deze forfaits worden vastgelegd op 1 september 2017 (spilindex 103,04):

- forfait met gezinslast: 58,2677 EUR, afgerond 58,27 EUR
- forfait alleenstaande: 46,6289 EUR, afgerond 46,63 EUR
- forfait samenwonende: 39,9809 EUR, afgerond 39,98 EUR.

c) Herwaardering met 1,7 % van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie verhoogt van 340,52 EUR naar 346,31 EUR op 1 september 2017 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2017 wordt de, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie op 475,41 EUR vastgelegd, voor elke uitgekeerde week. Het forfaitaire bedrag van toepassing tijdens de periode van halftijdse moederschapsrust bedraagt 237,71 EUR.

2. Toepassingsdatum

1 september 2017



U vindt de tabel D :

http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Uitkeringen_tabel_d.pdf



Omzendbrief V.I. nr. 2017/271 – 45/264 en 482/134 van 4 september 2017.

III. Herwaardering van prestaties op 1 oktober 2017

1. Basiselementen

Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden loonschaal I, vastgesteld door het Aanvullend paritair comité voor bedienden (APCB)

Tabel III in bijlage, vervangt de tabel III die opgegeven werd in omzendbrief V.I. nr 2017/178 – 45/263 van 15 juni 2017 en is van toepassing vanaf 1 oktober 2017 voor de gerechtigden die vanaf deze datum arbeidsongeschikt werden.

2. Toepassingsdatum

1 oktober 2017



Omzendbrief V.I. nr. 2017/289 – 45/266 van 28 september 2017.

Tabel III	Periode vanaf 1 oktober 2017					
Primaire ongeschiktheid	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	60 % van het loon	150 % van de uitkering op 60 %	125 % van de uitkering op 60 %	170 % van de uitkering op 60 %	145 % van de uitkering op 60 %
Categorie van gerechtigde						
<u>0 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering ontvangt ◦ Werkloze die een stage- of opleidingsuitkering ontvangt ◦ Werkloze die een vestigingsuitkering geniet ◦ Verzekerde die over geen enkel referentieloon beschikt bij de aanvang van het risico en die net voor de toepassing van de "dertig dagen-regel" of de voortgezette verzekering een inschakelingsuitkering, een stage-uitkering, opleidingsuitkering of een vestigingsuitkering heeft genoten ◦ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt 	64,9454	38,9672	58,4508	48,7090	66,2442	56,5024
<u>9 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Verzekerde - andere dan de bij de rubriek "0 jaar ervaring" vermelde verzekerden - die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerd werkloze heeft (na bijvoorbeeld de toepassing van de voortgezette verzekering). 	67,0592	40,2355	60,3533	50,2944	68,4004	58,3415

Invaliditeit Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	65 % van het loon	55 % van het loon	40 % van het loon	150 % van de uitkering op 65 %	125 % van de uitkering op 65 %	170 % van de uitkering op 65 %	145 % van de uitkering op 65 %
<u>0 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering ontvangt ◦ Werkloze die een stage- of opleidingsuitkering ontvangt ◦ Werkloze die een vestigingsuitkering geniet ◦ Verzekerde die over geen enkel referentieloon beschikt bij de aanvang van het risico en die net voor de toepassing van de "dertig dagen-regel" of de voortgezette verzekering een inschakelingsuitkering, een stage-uitkering, opleidingsuitkering of een vestigingsuitkering heeft genoten ◦ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt 	64,9454	42,2145	35,7200	25,9782	63,3218	52,7681	71,7647	61,2110
<u>9 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Verzekerde - andere dan de bij de rubriek "0 jaar ervaring" vermelde verzekerden - die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerd werkloze heeft (na bijvoorbeeld de toepassing van de voortgezette verzekering). 	67,0592	43,5885	36,8826	26,8237	65,3828	54,4856	74,1005	63,2033

Deze bedragen houden geen rekening met de toepassing van de minima's.

IV. Herwaardering van prestaties op 1 oktober 2017

I. Basiselementen

a. Algemene regeling

1) Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na twee jaar arbeidsongeschiktheid (retroactief van toepassing op 01.05.2017)


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, afhankelijk van de gezinslast van de gerechtigde.

- Het bedrag toegekend aan de gerechtigden **met** gezinslast wordt geherwaardeerd van 354,7482 EUR naar 395,6130 EUR (basis 103,14)
- Het bedrag toegekend aan de gerechtigden **zonder** gezinslast wordt geherwaardeerd van 354,7482 EUR naar 374,0661 EUR (basis 103,14).

Het basisbedrag toegekend aan gerechtigden waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid minstens één jaar bedraagt maar de termijn van twee jaar niet overschrijdt, blijft onveranderd in vergelijking met mei 2016 en is niet afhankelijk van de gezinslast.

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 (spilindex 101,02).

- Gerechtigde met gezinslast: 532,4555 EUR, afgerond op 532,46 EUR
- Gerechtigde zonder gezinslast: 503,4556 EUR, afgerond op 503,46 EUR.

 Op 1 mei 2017 werd het bedrag van de inhaalpremie die wordt verleend aan de gerechtigden waarvan de duur van de ongeschiktheid op 31 december 2016 minstens 2 jaar had bereikt, geherwaardeerd van 354,7482 EUR naar 374,0661 EUR (Omzendbrief V.I. nr. 2017/132 - 45/262-482/132 van 02.05.2017). In de praktijk heeft de retroactieve aanpassing dus enkel betrekking op de gerechtigden met gezinslast.

2) Verhoging van het forfait "Hulp van derden" met 5% (retroactief van toepassing op 01.05.2017) (conjuncturele maatregel)

Vanaf 1 mei 2017 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering "hulp van derden" van 15,1573 EUR naar 15,9152 EUR (basis 103,14).

- Het aan de spilindex 101,02 geïndexeerde forfait wordt vanaf 1 mei 2017 op 21,4203 EUR, afgerond op 21,42 EUR vastgesteld
- Het aan de spilindex 103,04 geïndexeerde forfait wordt vanaf 1 juni 2017 op 21,8484 EUR, afgerond op 21,85 EUR vastgesteld.

b. Regeling der zelfstandigen

a) Verhoging van het forfait “Hulp van derden” met 5 %

Vanaf 1 oktober 2017 verhoogt het basisbedrag van de forfaitaire uitkering “hulp van derden” van 15,1573 EUR naar 15,9152 EUR (basis 103,14).

Het aan de spilindex 103,04 geïndexeerde forfait wordt vanaf 1 oktober 2017 op 21,8484 EUR, afgerond op 21,85 EUR vastgesteld.

II. Toepassingsdatum

1 oktober 2017



U vindt de tabel D :

http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Uitkeringen_tabel_d.pdf



Omzendbrief V.I. nr. 2017/290 – 45/267 en 482/135 van 28 september 2017.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. K. Hove
Mevr. Sarah Koval
Mevr. Nuray Ozdemir
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Mélissa François
Mevr. Natalia Golovneva
Mevr. Marie Lejeune
Mevr. Charlotte Lefebvre
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Delphine Demaret

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726

