

1^{ste} Deel

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



I. Wettelijke en reglementaire wijzigingen

1. Wetten tot wijziging van de gecoördineerde GVU-wet van 14.07.1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.05.2016	16.05.2016	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 84:

- 1) Toekenning van de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde:
 - tijdens de periode gedekt door de uitwinningvergoeding verschuldigd aan een handelsvertegenwoordiger of een vergoeding die voortvloeit uit een overeenkomst tot niet-concurrentie en/of niet-afwijking (vanaf 01.10.2013)
 - op de eerste werkdag na het einde van de betaling van een overgangsuitkering voorzien in de pensioenwetgeving, voor de personen die arbeidsongeschikt zijn geworden of zich in een tijdvak van moederschapsbescherming bevinden, uiterlijk de eerste werkdag na afloop van dit door de overgangsuitkering gedekte tijdvak (vanaf 01.01.2016).
- 2) Actualisatie van een aantal uniforme begrippen met betrekking tot arbeidstijdgegevens ten behoeve van de sociale zekerheid:
 - de afschaffing van het begrip “carensdag”
 - de terminologische aanpassing van de concepten “omgezet moederschapsverlof” (in plaats van “vaderschapsverlof” bedoeld in de arbeidswet van 16.03.1971”) en “vaderschapsverlof of geboorteverlof” (in plaats van “vaderschapsverlof” bedoeld in de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten”)
 - de aanpassing van de beschrijving van het begrip “adoptieverlof”.
- 3) Uitstel van de datum van inwerkingtreding van de maatregel van schorsing van de uitkeringen gedurende een periode van hechtenis of gevangenzetting (01.01.2016 in plaats van 01.07.2015).

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
02.02.2016	19.01.2016	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

Artikel 233: schorsing van de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdens de periode waarin de gerechtigde het voorwerp vormt van een maatregel van hechtenis of gevangenzetting.

15.02.2016

01.02.2016

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 tegemoetkoming in de kosten voor de revalidatieverstrekingen in het kader van de revalidatie-overeenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren

Samenvatting van de wijzigingen

Vereenvoudiging van de aanvraagprocedure in het kader van een nieuwe revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren (registratie in het Qermid-systeem en schrapping van het patiëntenformulier) wat leidt tot een wijziging van de volgende bepalingen:

In artikel 138, 2°, g) wordt de bepaling onder g) aangevuld met de woorden: “(...), met uitzondering van de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren waarvoor de bepaling onder 1° van toepassing blijft.”

Artikel 139 van hetzelfde besluit, wordt aangevuld met een lid, luidende : “De aanvragen om tegemoetkoming betreffende de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren worden ingediend door de toetredende verplegingsinrichtingen volgens de procedure vastgesteld door het Verzekeringscomité en opgenomen in de betreffende overeenkomst.”

Artikel 140, § 1, van hetzelfde besluit wordt aangevuld met de woorden: “(...), met uitzondering van de aanvragen betreffende de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren waarvoor de aanvraag door de toetredende verplegingsinrichtingen bij het College van Geneesheren-directeuren en de adviserend geneesheer wordt ingediend volgens de procedure vastgesteld door het Verzekeringscomité en opgenomen in de betreffende overeenkomst.”

Artikel 141, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren wordt de beslissing enkel meegedeeld aan de medische directie van de betrokken verzekeringsinstellingen en aan de betrokken verplegingsinrichtingen.”

30.03.2016

13.03.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 252 en 276 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingen in de artikelen 252 en 276 wordt de toekenning van het recht op geneeskundige verstrekingen afhankelijk gemaakt van de effectieve betaling van de eerste trimestriële sociale bijdrage die verschuldigd is aan het sociaal statuut van de zelfstandigen. De rechten zullen hun dus slechts worden toegekend vanaf de eerste dag van het trimester van onderwerping aan het sociaal statuut wanneer de eerste sociale bijdrage zal zijn betaald.

Hetzelfde zal gelden als ze een vrijstelling van bijdrage krijgen voor de eerste trimestriële sociale bijdrage die verschuldigd is.

04.05.2016	21.04.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van het onderzoek naar de juiste gezinssituatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde wordt via dit Koninklijk besluit een bijzondere neutralisatiemaatregel ingevoerd in de reglementering van de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen.

Deze maatregel neutraliseert de op 1 april 2015 doorgevoerde verhoging van het minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige met een volledige loopbaan (het betreft een verhoging met 10 EUR). Die verhoging vormt een vervroegde gedeeltelijke alignering tussen het minimumpensioen voor zelfstandigen en het minimumpensioen voor werknemers. De volledige alignering wordt vastgesteld op 1 augustus 2016.

Via die neutralisatiemaatregel behoudt de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die vóór die herwaardering van het minimumpensioen op 1 april 2015 de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast of van gerechtigde met gezinslast-alleenstaande had, zijn hoedanigheid, ondanks de ingevoerde verhoging van het minimumpensioen van de persoon die hoofdzakelijk de gezinslast creëert in hoofde van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde en die samenwoont met diezelfde arbeidsongeschikt erkende gerechtigde. Opdat die neutralisatiemaatregel van toepassing blijft, moet de gerechtigde zich bovendien nog altijd in dezelfde situatie bevinden.

09.06.2016	26.05.2016	Koninklijk besluit van 21 april 2016 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

Dat Koninklijk besluit wijzigt artikel 205, § 1, 3^o waarin een vrijstelling van de wachttijd wordt vastgesteld op basis van de “studies”.

De datum van inwerkingtreding van artikel 2 van het voormelde Koninklijk besluit bevat een fout. Die bepaling zal zo snel mogelijk worden vervangen via een nieuw Koninklijk besluit waarin het volgende zal worden bepaald:

- artikel 1, 1^o en 2^o van het Koninklijk Besluit van 21 april 2016 treden in werking op 1 juli 2015
- artikel 1, 3^o van het Koninklijk Besluit van 21 april 2016 treedt in werking op 1 september 2015.

Het gaat meer in het bijzonder om de volgende wijzigingen die voortvloeien uit een wijziging in de reglementering van de werkloosheid:

- 1) “Een alternerende opleiding beëindigen” kan worden beschouwd als “studie” en opent het recht op een vrijstelling van de wachttijd op basis van de “studies” in de sector van de uitkeringen

Datum van toepassing: 1 juli 2015

- 2) De termijn van in principe 13 maanden tijdens welke de verzekerde de hoedanigheid van gerechtigde als werknemer, zelfstandige of gecontroleerde werkloze moet verwerven en die aanvangt na afloop van de “studies” (die in aanmerking kunnen worden genomen in het kader van de vrijstelling van “wachttijd” op basis van studies), wordt verlengd met de periode tijdens welke de jonge werkloze, volgens strengere “diplomaverensten” die van toepassing zijn in de reglementering voor werkloosheid tot 21 jaar, niet in staat was om de hoedanigheid van gecontroleerde werkloze (op basis van de toekenning van integratietegemoetkomingen) te verwerven.

Datum van toepassing: 1 september 2015.

15.06.2016	29.05.2016	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 artikel 211, § 2 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996.

Door die wijziging is de “maatregel van zuivere alignering” van het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering op het bedrag van de werkloosheidsuitkering (die de betrokkene zou hebben ontvangen indien hij niet arbeidsongeschikt was) gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid enkel van toepassing indien het bedrag van de werkloosheidsuitkering lager ligt (of gelijk is aan) het uitgerekende bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien het bedrag van de werkloosheidsuitkering hoger ligt dan het uitgerekende bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering, ontvangt de verzekerde dit laatste (lagere) bedrag (“beperkingsmaatregel”).

Die beperkingsmaatregel is bijvoorbeeld van toepassing in de volgende situaties:

- de verzekerde ontvangt gedurende de drie maanden van de eerste fase van de eerste vergoedingsperiode werkloosheid (fase 11) een werkloosheidsuitkering (= 65 % van het begrensde gederfde loon) die hoger ligt dan het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (= 60 % van het begrensde gederfde loon)
- de verzekerde ontvangt een minimumwerkloosheidsuitkering die hoger ligt dan het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend op 60 % van het begrensde gederfde loon (de uitkeringsverzekering garandeert immers pas vanaf de 1^{ste} dag van de 7^{de} maand van arbeidsongeschiktheid een minimumuitkering).

Datum van inwerkingtreding: die beperkingsmaatregel is van kracht sinds 1 januari 2015 en is van toepassing op elke arbeidsongeschiktheid die vanaf die datum aanvangt.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2016 Editie 2	26.01.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, b) van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Invoering van een nieuwe verstrekking: “Neuronavigatie met inbegrip van de computer-geassisteerde planning bij radiochirurgische behandeling van intracranieële letsels K 400” in artikel 14, b) van de nomenclatuur.

26.02.2016	15.02.2016	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 de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, d) van de nomenclatuur wordt de omschrijving van de verstrekking 243316/243320 vervangen door: “Heelkundige behandeling van dunnedarmobstructie door adhesiolyse zoals volgens Noble, Childs of Baker, met inbegrip van de gastrostomie”.

29.02.2016
Editie 1

22.02.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 12, § 3, 2°, d) en 13 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

Naar aanleiding van de overschrijding van de uitgaven voor reanimatie werden maatregelen genomen:

- de voornaamste bron van overschrijding was in artikel 13 B van de nomenclatuur, het toezicht op de tweede dag 211245 en het bijkomend honorarium voor nacht- en weekendwerk 211260. Daarom zijn de maatregelen gericht op die verstrekkingen. In artikel 13 B wordt het toezicht van de dag van ontslag niet meer terugbetaald en worden de mogelijkheden om het bijkomende honorarium aan te rekenen, beperkt. Bovendien worden in § 6 strengere voorwaarden opgelegd
- de toepassingsregel in § 2, 2° verbiedt de cumulering van een reeks verstrekkingen met de toezichtshonoraria van artikel 25 voor de patiënten vanaf 7 jaar.
- in de toepassingsregel in § 5 geldt een cumulatieverbod met de volgende anesthesieverstrekkingen:
 - het cumulatieverbod geldt voor de geassisteerde beademing en de monitoring in artikel 13 A, het toezicht op de eerste dag en de geassisteerde beademing op de eerste dag in artikel 13 B
 - het toezicht op de tweede dag en de beademing op de tweede dag (+) in artikel 13 B mogen worden aangerekend: die patiënten zijn reeds (minstens één dag op voorhand) gehospitaliseerd in de functie en het cumulatieverbod is daarop dus niet van toepassing
 - de limitatieve lijst van verstrekkingen opgesomd in § 5 betekent ook dat andere verstrekkingen van artikel 13 (A, B of C) mogen worden aangerekend op de dag waarop de anesthesieverstrekking wordt verricht. Bovendien betekent dit ook dat de opgesomde verstrekkingen niet mogen worden aangerekend, zelfs indien zij werden aangevangen vóór de anesthesie en houden dus geen rechtstreeks verband met het postoperatieve toezicht
 - de verwijzing naar de waarde van de heelkundige verstrekking in artikel 12, § 3, 2°, d) wordt geschrapt en vervangen door de verwijzing naar de anesthesie in § 5 van artikel 13
 - er wordt tevens een uitzondering gemaakt voor de monitoring of de ambulante opgestarte beademing op de spoed-gevallendienst (voor die ambulante verstrekkingen wordt geen uitzondering gemaakt indien zij worden verricht in een dagziekenhuis).
- wat betreft de toepassingsregel in § 6: de beperking van 15 minuten stemt overeen met het Koninklijk Besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie “eerste opvang van spoedgevallen” moet voldoen om te worden erkend: in artikel 9, § 3 wordt verduidelijkt dat de arts die de permanentie in de intensieve verzorging verzekert ook de permanentie in de gespecialiseerde spoedgevallenzorg voor een periode van 15 minuten moet verzekeren (bij een interventie van de MUG en in afwezigheid van de specialist in spoedgevallenzorg)
- § 7 wat betreft de diensten voor zware brandwonden: het toezicht in 211223 en 211245 en het bijkomende honorarium voor nachtwerk in 211260 mogen niet worden aangerekend. Een dienst voor zware brandwonden wordt gekenmerkt door een lange periode van hospitalisatie met voornamelijk intensieve verpleegkundige verzorging, maar niet alle patiënten hebben tijdens de hospitalisatieperiode een intensief medisch toezicht nodig. Het normale toezicht in artikel 25 is dus op die diensten van toepassing.

Bij de inwerkingtreding van die nieuwe nomenclatuur(verstrekking) op 1 april 2016, kan interpretatieregel 3 van artikel 13, waarin wordt bepaald dat het uitvoeren van een dialyse voor acuut nierfalen (470466 van artikel 20) in een dienst voor zware brandwonden moet worden aangerekend, ook worden geschrapt. Voortaan zal de dialyse 211525 in artikel 13 B mogen worden toegepast.

18.03.2016
Editie 3

19.02.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, d), f), en § 2, 26, § 4, 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

1° In artikel 20, § 1 van de nomenclatuur wordt de neurodiagnostische polygrafie geschrapt wegens verouderd. Aangezien ze bovendien slecht omschreven is, zou ze kunnen worden gebruikt in de plaats van polysomnografie waarvan het gebruik werd beperkt

2° De polysomnografie (474552-474563) wordt overgeheveld van rubriek 20, d) pediatrie naar rubriek 20, f) neuropsychiatrie. Het nieuwe codenummer is 478133-478144

3° Die polysomnografie (478133-478144) wordt voorbehouden voor patiënten tot de leeftijd van één jaar

4° De polysomnografie wordt momenteel in de neuropsychiatrie (477374-477385) voorbehouden voor patiënten ouder dan één jaar

5° De uitvoering van een polysomnografie wordt beperkt tot één keer per jaar

6° Tot slot blijft de toegang tot die polysomnografieën behouden voor de specialisten die hierover momenteel beschikken.

18.03.2016
Editie 3

19.02.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3*bis*, 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

Volgens de bepaling in punt 7 van de toepassingsregels van artikel 25, § 3*bis* van de nomenclatuur, hebben de artsen die de overgangsmaatregelen genieten bedoeld in artikel 13, §§ 2 en 3 van het Koninklijk Besluit van 27 april 1998, toegang tot de verstrekkingen van een arts-specialist in de urgentiegeneskunde (A 38).

De andere artsen-specialisten die deze overgangsmaatregelen genieten zijn: de arts-specialist in anesthesie-reanimatie, inwendige geneeskunde, cardiologie, gastro-enterologie, pneumologie, reumatologie, heekunde, neurochirurgie, urologie, orthopedische heekunde, plastische heekunde, pediatrie of neurologie.

Er worden vier nieuwe verstrekkingen gecreëerd voor alle artsen-specialisten die in het kader van de overgangsmaatregelen de permanentie op de spoedgevallendienst verzekeren. Het honorarium voor die verstrekkingen is vergelijkbaar met het honorarium voor de raadpleging van de arts-specialist in inwendige geneeskunde. Dat komt overeen met een verstrekking voor de spoedgevallendienst voor een niet-geaccrediteerde arts in A34 en voor een geaccrediteerde arts in A34+Q30.

29.03.2016

13.03.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29 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 § 12 van artikel 29 van de nomenclatuur “Myo-elektrische prothesen”:

1° In punt “4. Aanvraagprocedure en documenten voor de verzekeringstegemoetkoming”: wordt de nomenclatuur aangepast om te verduidelijken dat de test myo-protocol uitsluitend voor het eerste voorschrift moet worden uitgevoerd. Die regel werd al op het voorschrift vermeld

2° In punt “4.2. wordt voor “voorschrijvers” een uitzonderingsregel ingevoegd, die lijkt op de regel die al voor de prothesen van de onderste ledematen bestaat. Door die uitzonderingsregel zullen alle verstrekkingen zonder medisch voorschrift kunnen worden verleend.

25.04.2016
Editie 3

01.04.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34 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

Teneinde bepaalde zware hersenoperaties te herwaarderen en bepaalde termen die in artikel 34 van de nomenclatuur worden gebruikt te verduidelijken:

1° Herziening van de coëfficiënt van de volgende verstrekkingen:

- 589050-589061 (arteriële dilatatie met of zonder stenting) van I 800 naar I 750
- 589116-589120 (hersenoperaties: vasculaire occlusie hoofdzakelijk voor de behandeling van een hersenaneurysma) van I 1000 naar I 1850
- 589595-589606 (plaatsing van een endoprothese bij abdominaal aneurysma) van I 2250 naar I 1850
- 589610-589621 (plaatsing van een endoprothese bij iliaca aneurysma) van I 1200 naar I 750
- 589632-589643 (plaatsing van een endoprothese bij thoraxaneurysma) van I 2250 naar I 1850.

2° Invoering van een nieuwe verstrekking 589816-589820 voor de percutane extractie van een intravasculair of intracardiaal vrijzittend vreemd lichaam (I 800).

25.04.2016
Editie 3

01.04.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 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

Naar aanleiding van de herziening van artikel 14k van de nomenclatuur, dat in werking is getreden op 1 januari 2014, werd de limitatieve lijst voor de verstrekkingen “599480 Coördinatiehonorarium voor het verblijf van een patiënt in een erkend dagziekenhuis” en “597800 Toezichtshonorarium voor het verblijf van een patiënt in een erkend dagziekenhuis voor de geneesheerspecialist die een van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst heeft verricht” niet aangepast.

1° De verstrekking “300333 - 300344 Partiële of totale meniscectomie (arthroscopische verstrekking)” wordt vervangen door de verstrekking “276636 - 276640 Mediale of laterale meniscectomie, ongeacht de techniek”, die ook de verstrekking “290076 - 290080 Exerisis van interne of externe meniscus van de knie (niet-arthroscopische verstrekking)” vervangt.

Het coördinatiehonorarium en de toezichtshonoraria mogen bijgevolg niet meer worden aangerekend voor een arthroscopische meniscectomie die wordt verricht tijdens een daghospitalisatie.

2° De andere codenummers die niet meer bestaan worden geschrapt.

25.04.2016
Editie 3

10.04.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, §§ 1, 11° en 12° en 14 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

Toevoeging van drie nieuwe verstrekkingen met toepassingsregels in artikel 17 in punt 11 van de nomenclatuur “Computer-gestuurde tomografieën”:

1° “459874 - 459885 Computergestuurde tomografie van de hersenen met registreren en clichés, met of zonder contrastmiddel, tegelijkertijd uitgevoerd bij een PET onderzoek, voor diagnostische doeleinden. (N180)”

2° “459896 - 459900 Computergestuurde tomografie met registreren en clichés, met of zonder contrastmiddel, tegelijkertijd uitgevoerd bij een PET-onderzoek dat tenminste een opname van de halsregio tot en met het abdomen omvat, voor diagnostische doeleinden. (N 455)”

3° “459911 - 459922 Computergestuurde tomografie met registreren en clichés, met of zonder contrastmiddel, tegelijkertijd uitgevoerd bij een PET-onderzoek dat tenminste een opname van de halsregio tot en met het abdomen omvat, voor diagnostische doeleinden. (N 260)”.

In de toepassingsregels wordt bepaald dat die verstrekkingen enkel kunnen worden aangerekend met het overeenstemmende PET-onderzoek en niet mogen worden gecumuleerd met de bestaande overeenstemmende CT-scans.

De verstrekkingen 459896 – 459900, 459874 – 459885 en 459911 – 459922 worden toegevoegd aan het “forfait per voorschrift” en aan de “consultancehonoraria”.

De nieuwe verstrekkingen zullen pas in werking treden op 1 januari 2016.

26.04.2016

01.04.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 14, k), 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, k) van de nomenclatuur in de Nederlandse tekst van de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 277815-277826, worden de woorden “hetzelfde operatieveld” door de woorden “dezelfde operatietijd” vervangen.

De Nederlandstalige versie van de toepassingsregel voor bottransplantatie wordt gecorrigeerd in overeenstemming met de Franstalige versie (dans le même temps opératoire = dezelfde operatietijd).

30.05.2016
Editie 1

09.05.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 3, 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 11, § 3 van de nomenclatuur wordt de omschrijving van de verstrekking 355073-355084 vervangen door: “Behandeling van steenvormingen (nier-, gal-, pancreas-, parotisstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle”.

Extracorporele schokgolvenlithotripsie is immers steeds belangrijker geworden in de behandeling van parotisstenen.

30.05.2016
Editie 1

09.05.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, g), 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 20, § 1, g) van de nomenclatuur, wordt in het eerste lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 478030-478041, het woord “102152” opgeheven.

De verstrekking 478030-478041 is bestemd voor de *geaccrediteerde* artsen-specialisten voor reumatologie. De eerste toepassingsregel liet de cumulatie toe met het honorarium voor de raadpleging 102152 en 102653; nu heeft verstrekking 102152 betrekking op de raadpleging in het kabinet door een *niet-geaccrediteerde* arts-specialist voor reumatologie. Om elke dubbelzinnigheid te vermijden, wordt het woord “102152” in die toepassingsregel opgeheven.

31.05.2016

13.05.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, e), 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

Wijziging in artikel 14, e) van de nomenclatuur van de omschrijving van de verstrekkingen 229670-229681 en 229692-229703, zodat deze worden voorbehouden voor de plaatsing van een arterio-veneuze ECMO (extra corporele membraan oxygenatie).

Invoering van een nieuwe verstrekking (229714-229725) voor de veno-veneuze ECMO bij volwassenen.

Deze laatste mag door een anesthesist, een pediater en een intensivist worden uitgevoerd. Slechts een van de bovenstaande verstrekkingen kan eenmaal per hospitalisatieperiode worden aangerekend.

31.05.2016

13.05.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 2°, 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

De wijzigingen aan artikel 14, h) van de nomenclatuur hebben tot doel de specifieke terugbetalingsvoorwaarden te bepalen voor verschillende operaties aan de oogleden:

- voor de verstrekkingen 245652-245663, 245674-245685, 245696-245700 en 245711-245722 worden nieuwe omschrijvingen ingevoerd, aangezien de huidige omschrijvingen tot verwarring leiden.

In een toepassingsregel wordt gepreciseerd wat een “defect” is: het gaat om een verlies van weefsel over de volledige dikte van het ooglid:

- voor de verstrekking 245733-245744: de wijzigingen hebben tot doel de dermatochalasis met functionele weerslag te onderscheiden van esthetische correcties die verouderde oogleden moeten verjongen.

De wijziging heeft tot doel de N200 te behouden, maar er een waarde van N150 aan toe te kennen door middel van een aanpassing van de waarde van de sleutelletter.

De perimeter van Goldmann zou niet meer worden geproduceerd, dus moet de maatregel mogelijk zijn dankzij een “equivalent” van dat apparaat.

De meeste gevallen van dermatochalasis zijn bilateraal, slechts enkele gevallen zijn unilateraal. Er wordt toch beslist om een verstrekking “per ooglid” in te voegen.

De terugbetaling van die verstrekking hangt af van het indienen van een kennisgeving met het resultaat van de meting van de perimetrie, en foto's van de ogen van de patiënt:

- voor de verstrekking 245814-245825 (de behandeling van ptosis), worden eveneens verduidelijkingen voorgesteld. In de vastgestelde gevallen van ptosis is ook het zicht recht vooruit belemmerd. Die patiënten nemen een typische houding aan: ze buigen hun hoofd naar achter om onder hun oogleden te kunnen zien.

Ook hier wordt voorgesteld om “per ooglid” te vergoeden:

- de verstrekkingen 245770-245781 (canthoplastiek) en 245755-245766 (blefarorrhafie) worden geschrapt omdat ze geen homogene klinische entiteit vormen.

13.07.2016

17.06.2016

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 van de nomenclatuur, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE, wordt volgende verstrekking vóór de verstrekking 549850-549861 ingevoegd:

“549916-549920

Escherichia coli O157, kweek en identificatie inclusief agglutinatie met een specifiek antiserum... B 250

(Maximum 1) (Diagnoseregels)”

2° in de rubriek “Diagnoseregels” de volgende regel toegevoegd:

“99.

De verstrekking 549916-549920 wordt alleen aan de ZIV aangerekend in het geval van bloederige diarree of hemolytisch-uremisch syndroom.”

13.07.2016

19.06.2016

Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B, e), en 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

Samenvatting van de wijzigingen

De wijziging bestaat erin om een nieuwe verstrekking toe te voegen aan artikel 24, § 1 van de nomenclatuur:

4/ Chemie: Therapeutische Monitoring, 1/Bloed

en een nieuwe verstrekking aan artikel 18, § 2, B, e)

4/ Chemie: Therapeutische Monitoring, 1/Bloed

- Doserens van humane choriogonadotrofine (hCG) B 400

De diagnoseregels beperkt het gebruik ervan in het kader van de follow-up van een testis tumor.

13.07.2016

19.06.2016

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, van de nomenclatuur, in de rubriek “Diagnoseregels” wordt de diagnoseregels “8” aangevuld met de woorden:

“of bij een patiënt onder behandeling wegens paraproteïnemie”.

4. Koninklijke besluiten tot wijziging van artikel 37 *bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2016	26.01.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Legt het persoonlijke aandeel vast voor de nieuwe verstrekkingen voor de PET-onderzoeken die werden toegevoegd in de nomenclatuur.

18.03.2016 Editie 3	19.02.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------------------	------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37*bis*, § 1, *Dbis* van de nomenclatuur, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder 1°,

- a) wordt het woord “590590” ingevoegd tussen het woord “590553” en het woord “590634”
- b) wordt het woord “590715” ingevoegd tussen het woord “590671” en het woord “590752”

2° in de bepaling onder 2°,

- a) wordt het woord “590612” ingevoegd tussen het woord “590575” en het woord “590656”
- b) wordt het woord “590730” ingevoegd tussen het woord “590693” en het woord “590774”.

Persoonlijk aandeel voor de verstrekking voor de anamnese, het klinisch onderzoek, de eerste opvang en de oriëntatie van een patiënt tijdens een dringende opvang in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenverzorging.

18.03.2016 Editie 3	19.02.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------------------	------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37*bis*, § 1, E worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder 1° wordt het woord “475650” opgeheven

2° in de bepaling onder 5° worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- a) de woorden “472231”, “473130”, “474530” en “474552” worden opgeheven
- b) het woord “478133” wordt ingevoegd tussen het woord “478111” en het woord “opgenomen”.

Persoonlijk aandeel voor de nieuwe verstrekking “Polysomnografie tot en met de leeftijd van één jaar” (zie hoger onder Nomenclatuur).

5. Koninklijke besluiten tot wijziging van de Koninklijke besluiten tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.02.2016 Editie 2	15.02.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedbare farmaceutische verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Wijziging van het gedeelte van de kostprijs van de farmaceutische specialiteiten dat aangerekend wordt aan de rechthebbende die niet in een verplegingsinrichting is opgenomen voor de farmaceutische specialiteiten die worden afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek aan een rechthebbende die niet in een rust- en verzorgingstehuis of in een rusthuis verblijft en voor de farmaceutische specialiteiten met een farmaceutische vorm anders dan "oraal-vast" die worden afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek aan een rechthebbende die in een rust- en verzorgingstehuis of in een rusthuis verblijft.

In artikel 2, § 1 van het Koninklijk besluit van 7 mei 1991:

- 1° In punt A, 1°, wordt het woord "10,80" vervangen door het woord "5,00"
- 2° In punt B, 1°, wordt het woord "10,80" vervangen door het woord "5,00"
- 3° In punt C, 1°, wordt het woord "10,80" vervangen door het woord "5,00".

01.07.2016	28.06.2016	Koninklijk besluit tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen
------------	------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

Dit Koninklijk besluit dat het bestaande besluit over het persoonlijk aandeel vervangt, bevat het model van remgeld dat moet toelaten dat zorg die in het kader van een andere wetgeving wordt terugbetaald ook in aanmerking komt voor de mondzorg-trajecten bij niet-voorkeurgerechtigden, ouder dan 18 jaar.

6. Andere Koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2016 Editie 2	15.02.2016	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2016 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Dit Koninklijk besluit alsook datgene dat op de volgende lijn staat, bereiden de procedure voor met het oog op het organiseren van verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten bij bepaalde beheersorganen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hier de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2016 wordt vastgesteld).

19.02.2016 Editie 2	15.02.2016	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van kinesitherapeuten moeten voldoen om als representatief te worden erkend evenals van de nadere regelen betreffende de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in sommige beheersorganen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
------------------------	------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

Dit Koninklijk besluit alsook datgene dat op bovenstaande lijn staat bereiden de procedure voor met het oog op het organiseren van verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten bij bepaalde beheersorganen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hier de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van kinesitherapeuten moeten voldoen om als representatief te worden erkend evenals van de nadere regelen betreffende de verkiezingen).

29.02.2016 Editie 1	19.02.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 18 maart 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers
------------------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

Legt de jaarlijkse bijdrage vast van de ziekteverzekering voor het jaar 2014.

21.03.2016 Editie 2	07.03.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 26 februari 2014 tot uitvoering van de wet van 29 januari 2014 houdende bepalingen inzake de sociale identiteitskaart en de ISI+-kaart
------------------------	------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

De geldige sociale identiteitskaarten die werden uitgereikt krachtens hogervermelde Koninklijke besluiten van 19 juni 1997, 13 februari 1998 en 22 februari 1998 en het hogervermelde Ministerieel Besluit van 10 december 1998 blijven gelden voor identificatiedoeleinden onder de bestaande voorwaarden tot en met 31 december 2016 (in plaats van 31.12.2015).

18.07.2016	22.06.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 22 januari 2002 tot vaststelling van het bedrag van het presentiegeld en van de vergoedingen toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van sommige raden, comités, commissies en colleges van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
------------	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

De wijzigingen aan artikel 15 van het Koninklijk Besluit van 22 januari 2002 hangen samen met de veranderingen in de procedure tot erkenning van invaliditeit en het schrappen van de Gewestelijke commissies.

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- a) in paragraaf 1, 1°, worden de woorden “aan de voorzitters van de Hoge en Gewestelijke commissies” vervangen door de woorden “aan de voorzitter van de Hoge commissie”
- b) in paragraaf 1, 2°, worden de woorden “deze Hoge en Gewestelijke commissies” vervangen door de woorden “deze Hoge commissie”
- c) in paragraaf 1, 3°, worden de woorden “aan de secretarissen van de Hoge en Gewestelijke commissies” vervangen door de woorden “aan de secretaris van de Hoge commissie”
- d) de paragrafen 2 en 3 worden opgeheven.

7. Ministeriële besluiten

Ministerieel 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

Meerdere tientallen ministeriële besluiten hebben, in de loop van het eerste semester 2016, wijzigingen aangebracht aan 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. Het is onmogelijk om hier alle farmaceutische specialiteiten te vermelden die aan de lijst zijn toegevoegd, zijn gewijzigd of uit de lijst zijn verwijderd.

8. Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003

Belgisch
Staatsblad

Datum

Titel

12.02.2016	01.02.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

Vervangt de bijlagen 37, 37 vervolg 2, 37 vervolg 3 en 37bis (patiëntenfactuur en factuur van ambulante verzorging in het ziekenhuis).

07.03.2016 Editie 1	01.02.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 6, § 1, 1° van de verordening van 28 juli 2003, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De verpleegkundige moet bij facturatie van de verstrekkingen verleend in bepaalde plaatsen een pseudocode vermelden die aangeeft in welke soort van plaats van verstrekking de verstrekking werd verleend. De lijst van die plaatsen van verstrekking en de overeenstemmende pseudocodes is vervat in bijlage 87. Indien de derdebetalersregeling wordt toegepast moeten die pseudocodes worden vermeld bij de factureringsgegevens die de verpleegkundigen doorsturen via een elektronisch netwerk naar de verzekeringsinstellingen. Bij directe betaling en indien het getuigschrift conform het model vervat in bijlage 1 wordt gebruikt, wordt de pseudocode op het getuigschrift vermeld, in de kolom rechts van het betrokken nummer van de nomenclatuur. Indien het verzamelgetuigschrift conform het model vervat in bijlage 28 wordt gebruikt, wordt de pseudocode op het getuigschrift vermeld in de kolom rechts van de kolom met het opschrift “Totaal”.”.

In dezelfde verordening wordt de hierbij gevoegde bijlage 87 toegevoegd met de lijst van plaatsen waarvoor pseudocodes verplicht moeten vermeld worden door de verpleegkundige en lijst van pseudocodes.

In het kader van ambulante verzorging van de rubriek 3° in artikel 8, § 1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, “verstrekkingen verleend hetzij in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde, hetzij in een hersteloor”.

04.04.2016 22.02.2016

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

Samenvatting van de wijzigingen

Vervangt de bijlagen 57 en 58 van de verordening van 28 juli 2003.

09.05.2016 22.06.2015

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

Samenvatting van de wijzigingen

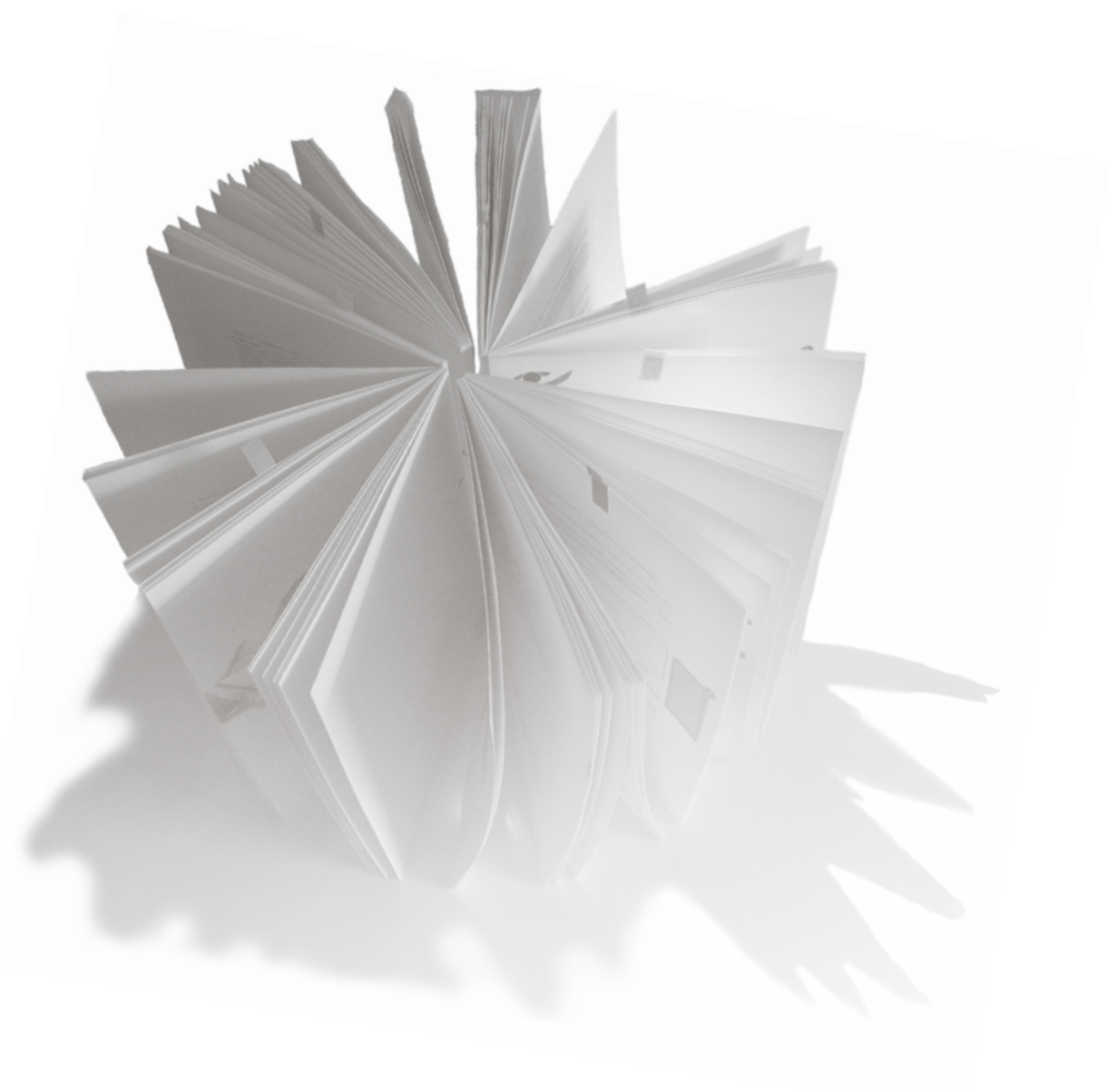
Een hoofdstuk VIII^{quater} - Gestandaardiseerd aanvraagformulier voor de reducerende borstplastie met een artikel 22^{septies}, luidende: “Het gestandaardiseerd aanvraagformulier bedoeld in artikel 14, c), II, 1, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt opgemaakt conform het model vervat in bijlage 88.”.

De in bijlage van deze verordening gevoegde bijlage 88 wordt toegevoegd aan de bijlagen van de Verordening van 28 juli 2003.

9. Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering

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 is 11 keer gewijzigd en wijzigt de formulieren vermeld in deze verordening.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 3 maart 2016

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikel 37, § 20, derde lid – Erkenning van de tabacologen

Teneinde de mogelijkheid om de uitgaven van de ziekteverzekering te beheersen, te beperken en te bewaren is in principe alleen de wetgever bevoegd om te beslissen welke geneeskundige verstrekkingen vergoedbaar zijn en te verzekeren dat die verstrekkingen door bevoegde en bekwame personen worden verricht.

Alleen de psychologen en de beoefenaars van een gezondheidsberoep in de zin van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 kunnen worden erkend op voorwaarde dat ze geslaagd zijn voor de eindtest van een specifieke opleiding inzake tabacologie. Om de mogelijkheid van erkenning te beperken moeten goede redenen worden aangevoerd, omdat de problematiek van de tabaksontwenning verband houdt met de gezondheid en ook met psychologische aspecten. De personen die een beroep doen op een erkende tabacoloog, kunnen een tegemoetkoming krijgen voor de betaalde honoraria.

De tabacologen die niet zijn erkend, kunnen hun beroep verder blijven uitoefenen. De honoraria van die laatsten kunnen echter niet in aanmerking worden genomen voor een tegemoetkoming van de ziekteverzekering.

Arrest nr. 36/2016

...

I. Onderwerp van de prejudiciële vraag en rechtspleging

Bij arrest van 30 januari 2015 inzake P.L. tegen de Belgische Staat, waarvan de expeditie ter griffie van het Hof is ingekomen op 13 februari 2015, heeft het Hof van Beroep te Brussel de volgende prejudiciële vraag gesteld :

“Schendt artikel 37, § 20, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij artikel 140 van de programmawet van 22 december 2008, de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet, afzonderlijk en in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, met artikel 1 van het Europees Sociaal Handvest en met het beginsel van rechtszekerheid, in zoverre het, onder de tabacologen die instonden voor de bijstand bij tabaksontwenning vóór de inwerkingtreding ervan, twee categorieën van tabacologen tot stand brengt : diegenen die het recht hebben verkregen om te worden erkend, namelijk de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep en de licentiaten in de psychologie, onder de enige voorwaarde geslaagd te zijn voor de eindproeven van een specifieke opleiding – zodat hun optreden kan worden terugbetaald door het RIZIV – en diegenen die dat recht niet hebben verkregen, hoewel zij deden blijken van een nuttige ervaring als tabacoloog en geslaagd waren voor de eindproeven van een specifieke opleiding in tabacologie ?”

...

- B -

B.1. De prejudiciële vraag heeft betrekking op artikel 37, § 20, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : de ZIV-wet), dat bepaalt :

“De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de in artikel 34, 14°, 20°*bis*, 24° en 25°, bedoelde verstrekkingen vast, alsmede de voorwaarden van terugbetaling. Hij kan bepalen dat die tegemoetkomingen worden toegekend onder de vorm van een forfaitair bedrag of van een maximumbedrag voor een periode die Hij bepaalt.

De Koning stelt de erkenningsvoorwaarden vast van de tabacologen die, naast de doctors in de geneeskunde, kunnen instaan voor de bijstand bij tabaksontwenning.

Die tabacologen dienen ofwel licentiaten in de psychologie te zijn, ofwel beoefenaars van een gezondheidszorgberoep zoals bedoeld in het Koninklijk besluit nr. nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen en moeten eveneens hebben voldaan aan de eindtest van een specifieke opleiding tabacologie erkend door de Koning”.

Krachtens artikel 34, eerste lid, 24°, omvatten de verstrekkingen in de zin van de ZIV-wet “de hulp bij de tabaksontwenning”.

B.2.1. Het Hof wordt verzocht de bestaanbaarheid na te gaan van het derde lid van het voormelde artikel 37, § 20, met de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikel 14 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens, met artikel 1 van het Europees Sociaal Handvest en met het beginsel van rechtszekerheid. De prejudiciële vraag heeft betrekking op het verschil in behandeling, ten aanzien van de terugbetaling van de verstrekkingen in het kader van de bijstand bij tabaksontwenning aan de patiënten, onder de tabacologen die een dergelijke bijstand verstrekten vóór de inwerkingtreding van de in het geding zijnde bepaling, naargelang zij, krachtens die bepaling, al dan niet het recht hebben om te worden erkend.

Alleen de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep in de zin van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen en de psychologen hebben toegang tot de erkenning als tabacoloog, mits zij slagen voor eindproeven van een specifieke opleiding in tabacologie. Aan de personen die een beroep op een erkende tabacoloog doen om bijstand bij tabaksontwenning te verkrijgen, kunnen de erelonen die zij voor die verstrekkingen betalen, worden terugbetaald. De tabacologen die geen beoefenaars van een gezondheidszorgberoep noch psycholoog zijn, kunnen daarentegen niet worden erkend. Hieruit vloeit voor dat, hoewel zij op geldige wijze bijstand bij tabaksontwenning kunnen verstrekken, de erelonen met betrekking tot hun verstrekkingen niet het voorwerp kunnen uitmaken van een terugbetaling door de gezondheidszorgverzekeraar.

B.2.2. In tegenstelling tot wat de Ministerraad aanvoert, brengt de in het geding zijnde bepaling wel degelijk een verschil in behandeling teweeg dat nadelig is voor de tabacologen die geen beoefenaars van een gezondheidszorgberoep, noch psycholoog zijn en dus niet kunnen worden erkend. Hoewel het juist is dat die bepaling hun niet verbiedt het beroep van tabacoloog uit te oefenen, kan het gegeven dat hun erelonen geen aanleiding kunnen geven tot een terugbetaling ten laste van de gezondheidszorgverzekeraar, terwijl de voor dezelfde verstrekkingen verschuldigde erelonen van de tabacologen die beoefenaars van een gezondheidszorgberoep of psycholoog zijn, aanleiding kunnen geven tot een terugbetaling, de patiënten ontmoedigen om een beroep te doen op hun bijstand bij tabaksontwenning en, bijgevolg, de uitoefening van hun beroep hinderen.

B.2.3. Met de prejudiciële vraag wordt het Hof overigens niet verzocht de situatie van de appellante voor de verwijzende rechter op twee verschillende ogenblikken te vergelijken, namelijk vóór en na de inwerkingtreding van de in het geding zijnde bepaling, maar wel, enerzijds, de situatie van de appellante en de personen die, net als zij, zijn geslaagd voor de eindproeven van een specifieke opleiding die toegang verleent tot het beroep van tabacoloog maar geen beoefenaars van een gezondheidszorgberoep noch psycholoog zijn en, anderzijds, de situatie van de personen die voor dezelfde proeven zijn geslaagd en beoefenaars van een gezondheidszorgberoep of psycholoog zijn, te vergelijken in het licht van die bepaling.

B.3.1. De in het geding zijnde bepaling is bij artikel 140 van de programmawet van 22 december 2008 ingevoegd. Vóór de inwerkingtreding van die programmawet maakten alleen de bijstand en de farmaceutische verstrekkingen voor tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner het voorwerp uit van een terugbetaling, krachtens artikel 34, eerste lid, 24°, van de ZIV-wet, zoals het was ingevoegd bij artikel 62 van de programmawet van 27 december 2004.

B.3.2. In de parlementaire voorbereiding van artikel 140 van de programmawet van 22 december 2008 wordt aangegeven :

“Deze afdeling heeft tot doel de mogelijkheid tot terugbetaling van bijstand bij tabaksontwenning die momenteel is voorbehouden aan zwangere vrouwen en hun partner uit te breiden tot alle rechthebbers van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Deze uitbreiding is voorzien door het Nationaal Kankerplan, dat de nadruk legt op de strijd tegen zowel actief als passief tabaksgebruik en moet zo vlug mogelijk worden uitgevoerd.

Men stelt vast dat een substantiële stijging van de middelen voor preventie van tabaksgebruik en voor begeleiding van rokers, samen met krachtdadige maatregelen tegen tabaksgebruik in sommige landen, waaronder België, heeft geleid tot een daling van het tabaksgebruik.

Een van de maatregelen van dit plan is het uitbreiden van de mogelijkheid tot terugbetaling van de hulp bij het stoppen met roken voor alle rokers, en niet alleen voor zwangere vrouwen en hun partner zoals momenteel het geval is.

De bijstand voor tabaksontwenning kan gebeuren door ofwel een geneesheer (huisarts of specialist) ofwel door een tabacoloog. Deze laatste is een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep of een psycholoog die een door de Koning erkende opleiding tabacologie heeft gevolgd en daarvoor is geslaagd” (Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1607/001, p. 82).

B.4.1. Teneinde de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te beperken en de mogelijkheid te behouden om die te beheersen, komt het in beginsel enkel aan de werkgever toe om te bepalen welke geneeskundige verstrekkingen worden terugbetaald door de verzekering voor geneeskundige verzorging en zijn beleid ter zake te wijzigen, zonder dat het Hof zijn beoordeling ter zake in de plaats vermag te stellen van die van de wetgever.

B.4.2. Het behoort eveneens tot de verantwoordelijkheid van de wetgever, wanneer hij voorziet in de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen, om zich ervan te vergewissen dat die uitgaan van daartoe bevoegde en gekwalificeerde personen. In dat opzicht is het niet zonder redelijke verantwoording de terugbetaling van de verstrekkingen in het kader van de bijstand bij tabaksontwenning te beperken tot die welke uitgaan van, naast de doctors in de geneeskunde, de personen die een basisopleiding hebben gevolgd als ofwel beoefenaar van een gezondheidszorgberoep in de zin van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, ofwel psycholoog en die zijn geslaagd voor een specifieke opleiding. De problematiek van de tabaksontwenning houdt immers verband met de gezondheid en vertoont psychologische aspecten, zodat de wetgever vermocht ervan uit te gaan dat de beroepsbeoefenaars in die sectoren het meest bekwaam zijn om een kwalitatieve bijstand bij tabaksontwenning te verlenen.

B.5. Uit hetgeen voorafgaat, vloeit voort dat de in het geding zijnde bepaling, in zoverre zij de mogelijkheid om als tabacoloog te worden erkend, beperkt tot de licentiaten in de psychologie en de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep in de zin van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 die zijn geslaagd voor de eindproeven van een erkende specifieke opleiding in tabacologie, niet zonder redelijke verantwoording is.

Het onderzoek van de in het geding zijnde bepaling in het licht van artikel 23 van de Grondwet, van artikel 14 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens en van artikel 1 van het Europees Sociaal Handvest leidt niet tot een andere conclusie. Het Hof moet voorts nagaan of de in het geding zijnde bepaling bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het beginsel van rechtszekerheid.

B.6. Indien de wetgever een beleidswijziging noodzakelijk acht, vermag hij te oordelen dat die beleidswijziging met onmiddellijke ingang moet worden doorgevoerd en is hij in beginsel niet ertoe gehouden in een overgangsregeling te voorzien. De artikelen 10 en 11 van de Grondwet zijn slechts geschonden indien de overgangsregeling of de ontstentenis daarvan tot een verschil in behandeling leidt waarvoor geen redelijke verantwoording bestaat of indien aan het vertrouwensbeginsel op buitensporige wijze afbreuk wordt gedaan.

B.7. Te dezen bestaat de draagwijdte, noch het gevolg van de in het geding zijnde bepaling erin de betrokken tabacologen wier verstrekkingen niet voorheen het voorwerp hebben uitgemaakt noch het voorwerp kunnen uitmaken van een terugbetaling door de verzekering voor geneeskundige verzorging, te beletten hun beroep verder uit te oefenen. Zij maakt derhalve geen inbreuk op het vertrouwensbeginsel.

B.8. De prejudiciële vraag dient ontkennend te worden beantwoord.

OM DIE REDENEN,

HET HOF,

zegt voor recht :

Artikel 37, § 20, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, schendt niet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikel 23 van de Grondwet, met artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, met artikel 1 van het Europees Sociaal Handvest en met het beginsel van rechtszekerheid.

II. Raad van State, Afdeling Rechtspraak (bestuursgeschillen), 8 juli 2016

Raad van State – Beroep in administratieve cassatie – Ontvankelijkheid van het nieuw middel

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

Expertise – Billijk proces - Rechten van de verdediging tegensprekelijke debatten

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.

Bewijs – Beoordelingsbevoegdheid

Het administratief rechtscollege beoordeelt soeverein de waarde van de bewijzen die de partijen aan het Hof hebben bezorgd.

Extrapolatie – Gemeenrecht inzake bewijslast – Feitelijke vermoedens – Ernstige, precieze en met elkaar overeenstemmende vermoedens

De DGEC heeft kunnen oordelen dat de materiële elementen van de inbreuk verenigd 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.

Als de DGEC de bewijslast niet volstrekt kan omkeren, wordt het gemeenrecht inzake bewijslast toegepast.

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 ernstige, precieze, 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.

Arrest nr. 235399

B.B. – SPRL E.P.O.B. t./INAMI

...

IV.2. Décision du Conseil d'État

IV.2.1. En cassation administrative, un moyen doit viser, dès la requête introductive et de manière précise, les dispositions légales qui sont invoquées à son appui et exposer de manière détaillée en quoi la juridiction administrative aurait violé ces dispositions. Un requérant ne peut profiter du mémoire de "synthèse" pour compléter le recours, soit en formulant des griefs qui n'ont pas été allégués dans l'exposé des moyens de la requête, soit en palliant l'imprécision ou l'insuffisance des griefs qui y sont formulés. En effet, en vertu de l'article 20, § 4, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la procédure en cassation n'est "engagée" que lorsque le recours est déclaré admissible. Par définition, un moyen soulevé en réplique seulement n'aura pas été soumis au conseiller d'État chargé de se prononcer sur l'admissibilité du recours et la partie adverse n'aura pas pu y répondre. Il en résulte qu'un moyen invoqué pour la première fois dans le mémoire de synthèse ne peut qu'exceptionnellement être déclaré recevable, s'il est fondé sur la violation d'une disposition légale d'ordre public ou d'un principe général de droit auquel ce caractère peut être attribué et si le Conseil d'État décide de s'en saisir parce que la violation alléguée "a pu influencer la portée de la décision", au sens de l'article 20, § 2, alinéa 3, des lois coordonnées sur le Conseil d'État.

IV.2.2. Le moyen est irrecevable en ce qu'il invoque la violation "des principes généraux du droit", ces derniers n'étant pas plus amplement précisés. Il est, par contre, suffisamment précis et, par conséquent, recevable, en tant qu'il invoque la violation de l'article 6, paragraphe 1, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et le principe du contradictoire dans le respect des règles en matière de preuve.

Par ailleurs, tel qu'invoqué dans le recours, le moyen reproche uniquement à la Chambre de recours, d'une part, d'avoir tenu compte du rapport d'expertise établi par C. S. en dehors de toute procédure contradictoire et sans qu'une nouvelle discussion ait pu avoir lieu entre les parties dans le cadre d'une expertise cette fois contradictoire, et, d'autre part, d'avoir considéré que les requérantes n'émettaient aucune critique concrète contre ce rapport, alors même que quatre critiques avaient été émises par celles-ci, critiques que les requérantes reprennent dans l'exposé de leur moyen.

Les autres arguments invoqués pour la première fois dans le mémoire en réplique valant mémoire de synthèse pour justifier la violation de la disposition et du principe visés au moyen, qui ne touchent pas à l'ordre public, sont donc irrecevables.

IV.2.3. Il convient également de rappeler qu'en tant que juge de cassation administrative, le Conseil d'État n'a vocation qu'à censurer l'erreur de droit, quelle que soit la manifestation de celle-ci. Il ne peut en toute hypothèse pas substituer son appréciation à celle du juge du fond lorsque celle-ci trouve à s'exercer souverainement.

IV.2.4. Compte tenu de ce qui précède, il y a tout d'abord lieu de relever que l'expertise réalisée par C. S. a été effectuée à la demande de la partie adverse et a été utilisée par celle-ci, parmi d'autres éléments, pour établir et défendre, tant devant la Chambre de première instance que devant la Chambre de recours, la véracité des griefs formulés à l'égard de la première requérante et ce, à la suite d'une enquête menée d'initiative à son égard par le SECM. Dès lors que cette expertise n'a pas été réalisée à la suite d'une décision en ce sens d'une de ces deux juridictions administratives, elle ne devait pas présenter, en soi, de caractère contradictoire. Par ailleurs, le caractère contradictoire de la procédure suivie devant ces deux juridictions a été assuré, à suffisance de droit, par la circonstance que les requérantes ont eu l'opportunité de prendre connaissance du rapport de C. S. et de contester, en tout ou en partie, le bien-fondé de celui-ci, au besoin en déposant une contre-expertise ou en réclamant de manière expresse une nouvelle expertise, ce sur quoi les juridictions auraient dû se prononcer. En relevant à cet égard, dans sa décision, que "Madame B. n'établit pas qu'une seule des constatations de l'expert dentiste sollicité par l'INAMI est erronée ou peut prêter à discussion, mais se contente, sans plus et sans apporter d'élément concret, de dénier toute valeur à l'expertise menée par Madame S.", la Chambre de recours s'est livrée à une appréciation des faits qui relève de son pouvoir d'appréciation.

Par ailleurs, à défaut d'apporter la preuve qu'elles auraient bien sollicité, de manière expresse et formelle, la réalisation d'une expertise contradictoire dans le cadre de la procédure menée devant la Chambre de recours, les requérantes ne peuvent non plus reprocher à celle-ci de ne pas en avoir ordonné une d'initiative.

Sous ce premier aspect, le premier moyen n'est donc pas fondé.

IV.2.5. S'agissant cette fois des critiques que les requérantes ont invoquées devant la Chambre de recours pour dénier toute force probante particulière à l'expertise unilatérale réalisée par C. S., il convient d'observer ce qui suit.

En ce qui concerne tout d'abord les critiques basées sur l'utilisation par C. S. des radios panoramiques et sur la production du courrier du Professeur T. ainsi que de diverses sources doctrinales venant à l'appui de ce rapport, il ressort clairement de la motivation de sa décision que la Chambre de recours a bien rencontré ces critiques en relevant que C. S. n'a pas fondé ses conclusions sur ces seules radios panoramiques, mais aussi sur des examens cliniques, qu'elle a également fait appel à un pédodontiste expérimenté pour relire les clichés RX et ses conclusions cliniques, et qu'elle s'appuie enfin sur les déclarations de patients qui sont considérées comme fiables. Ce faisant, la Chambre de recours a bien pris en compte les arguments des requérantes relatifs aux radios panoramiques et aux rapports, livres ou articles qu'elles avaient produits à ce sujet et elle y a adéquatement répondu.

S'agissant ensuite de la critique des requérantes portant sur le fait qu'il aurait été simplement "présumé" par l'expert que la première requérante n'aurait, dans un bon nombre de cas, pas taillé les dents, la décision attaquée expose bien sur ce point que "le fait que Madame B. aurait taillé et curé les dents est indifférent en l'espèce, ces faits n'étant pas repris à grief". La critique des requérantes manque donc en fait sur ce point.

Sous ce second aspect, le premier moyen n'est pas non plus fondé.

IV.2.6. Le premier moyen doit, en conséquence, être rejeté.

V. SECOND MOYEN

...

V.2. Décision du Conseil d'État

V.2.1. Il y a lieu tout d'abord de se reporter aux points IV.2.1 et IV.2.3 du présent arrêt, dont les considérations de principe trouvent également à s'appliquer dans le cadre de l'examen du second moyen. S'agissant plus spécifiquement de ce second moyen, il convient, en outre, de rappeler que, si le juge de cassation exerce un contrôle de l'erreur de droit sur l'application des règles qui gouvernent la charge de la preuve dans les matières du contentieux administratif où existent de telles règles, il n'en reste pas moins que l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle par les parties est souveraine dans le chef de la juridiction administrative.

V.2.2. Dans le cas d'espèce, la Chambre de recours, en confirmant en toutes ses dispositions la décision prononcée le 6 juin 2013 par la Chambre de première instance, a, en réalité, confirmé les décisions de deux ordres prises par la Chambre de première instance : d'une part, le remboursement de la valeur des prestations indûment versées par l'assurance soins de santé aux deux requérantes, et ce pour un montant de 330.044,73 EUR, et, d'autre part, la condamnation de la première requérante au paiement de deux amendes administratives, chacune s'élevant à 250,00 EUR, majorée de 45 décimes, soit 1.375,00 EUR.

S'agissant du premier ordre de décisions, prévues par l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après "loi AMI") pour les faits commis à partir du 15 mai 2007, il importe de rappeler que la Cour constitutionnelle a mis l'accent sur la spécificité du régime applicable en la matière, lequel régime repose sur ce que les dispensateurs de soins sont associés à l'application de la loi AMI et coopèrent en cela à un service public (C.C., arrêt n° 26/2002 du 30.01.2002, B.6; C.C., arrêt n° 9412002 du 05.06.2002, B.9 ; C.C., arrêt n° 9812002 du 12.06.2002, B.5.2 et B.5.3 ; C.C., arrêt n° 2312003 du 12.02.2003, B.13). Il n'est question en la matière ni d'une sanction administrative au sens de la loi AMI, ni d'une peine ou d'une infraction au sens du Code pénal social. Cette précision est d'importance pour l'appréciation de divers arguments avancés par les requérantes afin d'établir le bien-fondé de leur second moyen de cassation.

V.2.3. Toujours en application de l'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o et 2^o, de la loi AMI, pour les faits commis à partir du 15 mai 2007, le mécanisme de récupération des sommes indûment versées à un prestataire de soins peut, notamment, être initié lorsque, à la suite d'une enquête menée par le SECM à l'égard du dispensateur de soins concerné, il apparaît que celui-ci a indûment déclaré des prestations non effectuées ou des prestations non conformes, au sens de l'article 73*bis*, 1^o et 2^o, de la loi AMI, entré en vigueur le 15 mai 2007 (auparavant de l'art. 141, § 5, de la même loi).

L'enquête à laquelle il est procédé par le SECM à ce sujet trouve son fondement légal dans l'article 139, alinéa 2, 3^o, de la loi AMI, tel que cet article a été remplacé par l'article 19 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, entré en vigueur le 15 février 2003, et dans l'article 146, § 2, de la loi AMI.

Dans le cadre de cette enquête, le SECM peut considérer que les éléments matériels constitutifs d'une infraction sont établis en se fondant, notamment, sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions. Ainsi que l'a observé le Conseil d'État dans son arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013, cité par les requérantes, à défaut d'une ou de présomptions légales définies par la loi AMI, le SECM ne peut considérer qu'un fait ou un acte est établi en procédant, pour ce faire, à un renversement pur et simple de la charge de la preuve. Il n'en reste pas moins, et la requérante ne soutient pas le contraire, que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer au contentieux dont relève le présent litige. Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme et ce, en déduisant un fait inconnu d'un ou de plusieurs faits connus, pour autant que les faits constitutifs d'indices soient établis et que les présomptions retenues soient, conformément à l'article 1353 du Code civil, graves et précises, de même que concordantes si elles se basent sur plusieurs indices.

De plus, le recours par le SECM à la méthode d'extrapolation que critiquent les requérantes dans leur moyen, implique, comme l'a également rappelé le Conseil d'État dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, aussi cité par les requérantes, que la Chambre de première instance et, en cas d'appel, la Chambre de recours tiennent dûment compte des arguments qu'ont soulevés les requérantes devant elles quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en oeuvre de cette méthode.

V.2.4. Au regard des principes qui viennent d'être rappelés, les diverses critiques que formulent les requérantes à l'appui de leur second moyen appellent les observations suivantes.

L'arrêt du Conseil d'État n° 223.425 du 7 mai 2013 n'a pas la portée que lui attribue les requérantes dans les développements de leur moyen, lorsqu'elles laissent entendre que tout recours à la méthode de l'extrapolation doit nécessairement être exclu. La critique manque donc en droit.

Il en va de même de l'affirmation de principe des requérantes selon laquelle la méthode de l'extrapolation ne pourrait jamais constituer un élément de preuve. Une telle méthode peut, en effet, être valablement prise en considération, tant par la Chambre de première instance que par la Chambre de recours, pour autant, d'une part, que celles-ci vérifient que cette méthode, de la manière dont elle a été utilisée dans le cas d'espèce, peut, combinée avec d'autres indices de preuve, être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins et que, d'autre part, comme l'a déjà précisé le Conseil d'État dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, elles tiennent dûment compte, dans la motivation de leur décision, des arguments qu'ont soulevé les requérantes devant elles quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en oeuvre de cette méthode. La critique des requérantes manque donc, ici aussi, en droit.

L'affirmation des requérantes selon laquelle rien ne permet de considérer que la méthode d'extrapolation aurait été améliorée depuis le cas ayant donné lieu à l'arrêt du Conseil d'État n° 223.425 du 7 mai 2013, est inopérante en l'espèce dès lors qu'elle ne rencontre d'aucune manière les différents motifs pour lesquelles la Chambre de recours a expressément considéré, dans le cas d'espèce qui lui était soumis, d'une part, "que le nombre de cas retenus à griefs par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient" et que, d'autre part, "l'extrapolation n'est qu'un des éléments, conforté par d'autres éléments, permettant d'établir avec certitude ce nombre minimum". Or, il convient de rappeler à cet égard que, dès lors qu'il peut être considéré que la Chambre de recours n'a pas violé les règles qui gouvernent la charge de la preuve dans le cas d'espèce qui lui a été soumis, l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle relève de son appréciation souveraine. La critique ne peut donc être accueillie.

Il apparaît de même que la critique que formulent les requérantes à l'égard de la représentativité du "petit échantillon" sur lequel se serait basé le rapport d'expertise établi par l'expert dentiste sollicité par l'INAMI a bien été rencontrée tant par la Chambre de première instance que par la Chambre de recours. Dans sa note de synthèse, le SECM a justifié la composition de cet échantillon par le fait qu'il s'agissait d'établir des constats dentaires sur des assurés ayant bénéficié de soins récents, vu le jeune âge des patients et le type de dents soignées, à savoir des dents lactéales. La Chambre de première instance a, pour sa part, relevé que l'étude statistique à laquelle avait procédé le SECM avait révélé qu'il n'y avait pas de contradiction à ce que les conclusions faites sur l'échantillon soient extrapolées à l'ensemble des assurés durant la période litigieuse, que la première requérante n'avait manifesté aucune opposition, suite à la réception des procès-verbaux de constat, par rapport au mécanisme de l'extrapolation, que ses critiques devant la Chambre de première instance étaient tardives et, qu'en tout état de cause, le caractère constant des manquements établis dans le chef de la première requérante rendait légitime le recours au mécanisme de l'extrapolation. De même, s'agissant de la fiabilité de l'échantillon, la Chambre de recours a expressément observé que les requérantes n'ont pu établir devant elle qu'une seule des constatations de l'expert dentiste sollicité par l'INAMI serait erronée ou pourrait prêter à discussion et qu'elles se sont contentées, sans plus et sans apporter d'élément concret, de dénier toute valeur à l'expertise ainsi menée. S'agissant cette fois de la fiabilité de la méthode d'extrapolation à partir des patients de l'échantillon ayant fait l'objet des constats dentaires, la Chambre de recours a également indiqué dans sa décision les motifs pour lesquels elle a considéré, en réponse aux divers arguments qui auraient été soulevés devant elle par les requérantes, que le nombre de cas retenus à griefs par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient. Dès lors qu'il peut être considéré que la Chambre de recours n'a pas violé les règles qui gouvernent la charge de la preuve dans le cas d'espèce qui lui a été soumis, l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle est souveraine dans son chef et les requérantes restent en défaut d'établir à l'appui de leur moyen qu'il n'aurait pas été tenu compte par la Chambre de recours de critiques ou d'éléments de preuve qu'elles auraient dûment fait valoir en cours de procédure. Il en va, notamment, ainsi de la comparaison, à laquelle se livrent les requérantes dans leur mémoire en réplique valant mémoire de synthèse, entre le pourcentage de l'extrapolation utilisé dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013 et celui qui a été utilisé dans le cas d'espèce.

À cela s'ajoute que le calcul sur lequel se basent les requérantes est erroné puisqu'elles comparent le nombre de personnes reprises dans l'échantillon (29) au nombre total de prestations en cause (11.093) alors que la méthode statistique suivie a consisté à extrapoler les conclusions faites sur l'échantillon de vingt-neuf personnes à l'ensemble des jeunes patients soignés durant la période incriminée. Il en va encore de même des critiques que formulent les requérantes devant le Conseil d'État quant à la réalité du tirage au sort auquel le SECM déclare avoir procédé pour constituer l'échantillon. La critique manque donc tant en fait qu'en droit.

S'agissant de la critique des requérantes relative à l'absence d'objectivité du rapport statistique établi au sein du SECM, il n'appartient pas au Conseil d'État de connaître, en tant que juge de cassation administrative, de critiques qui n'auraient pas été expressément formulées par les parties devant la Chambre de recours. Il convient, en outre, de relever que cette dernière, se plaçant, d'une part, sur le plan de l'impartialité objective, a observé que l'on ne peut déduire, du seul fait que l'extrapolation a été effectuée sur la base d'une analyse statistique réalisée par un membre du personnel de l'INAMI, que cette analyse ne serait nécessairement pas objective ou fiable et, se plaçant d'autre part, sur le plan de l'impartialité subjective, que les requérantes n'exposaient pas en quoi la méthode utilisée par la statisticienne ne serait pas fiable ou objective. Ce faisant, la Chambre de recours a fait usage de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de preuve qui ont été produits devant elle et les requérantes restent en défaut d'établir que la Chambre de recours aurait commis une erreur de droit dans l'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle. Il convient à cet égard de rappeler que l'analyse statistique fait partie intégrante de l'enquête menée par le SECM en application de l'article 139, alinéa 2, 3^o, de la loi AMI, tel que cet article a été remplacé par l'article 19 de la loi-programme (II) du 24 décembre 2002, entré en vigueur le 15 février 2003, et de l'article 146, § 2, de la loi AMI. Ce n'est en conséquence pas sur le plan de l'impartialité objective que le débat doit être centré, mais bien sur celui de l'impartialité subjective, comme, du reste, pour l'ensemble de l'enquête menée par la SECM. La critique ne peut être accueillie.

L'affirmation des requérantes selon laquelle la Chambre de recours se serait, sinon à titre exclusif, à tout le moins de manière principale, référée à l'audition de la première requérante pour considérer, d'une part, que le nombre de cas retenus à grief par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient, et, d'autre part, que l'extrapolation était possible sur base des déclarations de la première requérante, repose par ailleurs sur une lecture erronée de la motivation qui fonde la décision attaquée. Il ressort en effet à l'évidence de cette motivation que les déclarations de la requérante n'ont été expressément prises en considération par la Chambre de recours que pour fonder l'un des motifs sur lesquels elle a forgé sa conclusion que le nombre de cas retenus à grief par l'INAMI est certainement établi au minimum et que l'extrapolation a été utilisée à bon escient. La Chambre de recours a en effet relevé que la première requérante avait admis qu'elle n'attestait jamais les nettoyages et détartrages le même jour qu'un soin et qu'elle ne les attestait dès lors jamais le jour où ces nettoyages ou détartrages furent effectués. Or cette affirmation de la Chambre de recours n'est aucunement contestée par les requérantes et est par ailleurs établie, à suffisance de droit, par le dossier administratif, dont le procès-verbal d'audition de la première requérante. En outre, le motif ainsi critiqué par les requérantes ne constitue que l'un des divers motifs que la Chambre de recours a invoqués pour justifier, en l'espèce, le bien-fondé du recours à la méthode d'extrapolation utilisée par la partie adverse. Le grief que développent encore à cet égard les requérantes dans leur mémoire en réplique valant mémoire en synthèse, quant à la question de savoir si les prestations facturées étaient ou non "inexistantes", n'est pas non plus de nature à établir que la Chambre de recours aurait commis une erreur de droit. Il ressort en effet du dossier de la Chambre de recours ainsi que de la motivation de la décision attaquée qu'étaient en cause dans le cas d'espèce tant des prestations "inexistantes" que des prestations "existantes mais non conformes à la nomenclature INAMI". La critique des requérantes manque, en conséquence, manifestement en fait.

V.2.5. Aucune des critiques formulées par les requérantes n'étant fondées, le second moyen doit être rejeté.

III. Raad van State, afdeling Bestuursrecht-spraak, VIII^e kamer, 1 september 2016

Geen enkele rechtsregel schrijft voor dat, bij het ontbreken van een rechtsgeldig ingediende memorie van antwoord, de laatste memorie van de verwerende partij uit het debat moet worden geweerd.

De voorschriften inzake marktpraktijken en de bescherming van de consument, waaronder het principeel verbod op verkoop met verlies, die vervat zijn in Boek VI van het Wetboek van Economisch recht, zijn niet van toepassing in het domein van de gezondheidszorgen. Dit wetboek is een algemene wet met horizontale werking, zodat de bepalingen van toepassing zijn, onverminderd de bijzondere wetgeving die hieromtrent bestaat in de gezondheidszorg. Dit is de loutere toepassing van "lex specialis derogat legi generali".

De keuze om een behandeling al dan niet te vergoeden onder de regeling van de verplichte ziekteverzekering is een beleidskeuze. Aan de Raad van State komt het in beginsel niet toe om in de plaats van de overheid te bepalen welke behandeling dient vergoed te worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

Arrest nr. 235.657
vzw UZA, OLVZ, UZG, CUSL en CHUL t./RIZIV

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 22 september 2014, strekt tot de nietigverklaring van "de beslissingen waarbij (1) het Verzekeringscomité van het RIZIV de akkoordverklaring betreffende de tegemoetkoming door de verplichte verzekering in de kosten van de percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie goedkeurt, en (2) het RIZIV deze akkoordverklaring ter ondertekening voorlegt aan de belanghebbenden met verzoek beide exemplaren van de akkoordverklaring na ondertekening tegen uiterlijk 16 juli 2014 terug te sturen aan het RIZIV".

...

IV. Feiten

6. Voor wat de feitelijke gegevens van de zaak betreft wordt verwezen naar arrest nr. 233.420 van 7 januari 2016, waarbij het debat wordt heropend.

V. Onderzoek van de middelen

Eerste middel

STANDPUNTEN VAN DE PARTIJEN

7. Als eerste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan "van de beginselen van behoorlijk bestuur, machtoverschrijding, onwettige motieven en (...) van artikel 35, § 4, 5^o van de nomenclatuur".

Het middel houdt in essentie in dat het niet opgaat om met een “in volle vakantieperiode” verstuurde brief te eisen dat alle belanghebbende instellingen en personen een akkoordverklaring reeds moeten indienen binnen de week, zeker nu tevens expliciet wordt vermeld dat er na deze termijn geen nieuwe verplegingsinstellingen kunnen bijkomen, en het ontwerp van akkoordverklaring de langverwachte aanzet tot aanpassing vormt waarop de betrokken partijen reeds enkele jaren aandringen. De verzoekende partijen stippen voorts aan “dat het ontwerp van akkoordverklaring niet voorafgaandelijk werd besproken met de verplegingsinrichtingen die, gelet op het strikt gehanteerde tijdsregime, evenmin in de mogelijkheid waren het ontwerp met de andere (contracts) partijen te bespreken, dan wel de beslissing tot al dan niet ondertekening zorgvuldig voor te bereiden”.

8. In haar laatste memorie na het aanvullend auditoraatsverslag noemt de verwerende partij het middel onontvankelijk wegens gebrek aan belang.

9. De verzoekende partijen voegen in hun laatste memorie toe dat de vraag naar het belang bij het middel, anders dan die naar het belang bij het beroep, de openbare orde niet aanbelangt, en bijgevolg niet voor het eerst in de laatste memorie of ambtshalve kan worden opgeworpen.

Wat de grond van de exceptie betreft, verwijzen zij naar het tussenarrest van de Raad van State nr. 233.420 van 7 januari 2016, waarin onder meer werd geoordeeld :

“De omstandigheid dat de verzoekende partijen de akkoordverklaring hebben ondertekend, waarna een overeenkomst is tot stand gekomen, belet dan ook niet dat zij belang hebben bij de gebeurlijke nietigverklaring van de bestreden beslissingen”.

Voorts krijgen de verzoekende partijen volgens hen, als gevolg van de nietigverklaring van de bestreden bepalingen, opnieuw een kans dat hun situatie in gunstiger zin wordt geregeld. Bovendien geldt volgens hen dat, ingeval zij geen overeenkomst ondertekenen, zij ook aan patiënten geen betaling mogen vragen voor een eventuele behandeling met de TAVI, waaruit zij besluiten dat een ruimere bedenktijd dus zeker noodzakelijk is.

BEOORDELING

10. De kritiek van de verzoekende partijen is gericht tegen de in hun ogen te korte termijn binnen dewelke de akkoordverklaring ondertekend diende te worden teruggestuurd.

De verzoekende partijen hebben binnen de door hen bekritiseerde termijn de ondertekende akkoordverklaring teruggezonden en hebben tijdig de vereiste inlichtingen verschaft. Hun dossier werd goedgekeurd en zij zijn effectief toegetreden tot de akkoordverklaring.

De aangeklaagde onregelmatigheid heeft hen dan ook niet benadeeld. Noch werd daardoor de strekking van de bestreden beslissing beïnvloed.

Het eerste middel is niet onontvankelijk.

Tweede middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

11. De verzoekende partijen voeren als tweede middel de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, het redelijkheidsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven, en schending van artikel 35, § 4, 5^o, van de nomenclatuur, van artikel 23 van de Grondwet en van artikel VI. 116 Wetboek Economisch Recht”.

Het middel houdt in essentie in dat een akkoordverklaring de verzoekende partijen zou verplichten om met verlies te verkopen nu volgens hen de aankoopprijs van een individuele klep ongeveer 17.000 EUR bedraagt en het bedrag van de tegemoetkoming 15.000 EUR (binnen indicatie en binnen quorum) of 3.000 EUR (buiten indicatie of buiten quorum).

12. In de laatste memorie voegen zij ter staving van de aankoopprijs voor een hartklepstent twee facturen toe, voor hartklepstenten ter waarde van 19.610 EUR en “18.530 EUR (zijnde 55.650 EUR voor drie eenheden)”. Zij stellen tevens dat uit de door de verwerende partij voorgelegde stukken niet blijkt hoe deze laatste de tegemoetkoming heeft berekend. Ten aanzien van de argumentatie dat het ziekenhuis zelf schuld treft wanneer het de voorwaarden niet naleeft en in dat geval slechts een tegemoetkoming van 3.082 EUR verkrijgt, betogen de verzoekende partijen dat zij de gehele regeling bestrijden, met inbegrip van die maatregel. Voorts leiden zij uit de bescherming van het recht op gezondheid in artikel 23 van de Grondwet en het feit dat de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet) voorziet in tegemoetkomingen om dit grondrecht gestalte te geven af dat het onwettig is om een verkoop met verlies op te leggen, niet enkel door te voorzien in de betwiste beperkte tegemoetkoming voor het materiaal bij één bepaalde techniek van hartklep, maar ook door het verbod om ook maar iets aan te rekenen aan de patiënt indien men de opgelegde akkoordverklaring niet heeft ondertekend.

BEOORDELING

13. De voorschriften inzake marktpraktijken en de bescherming van de consument, vervat in Boek VI van het Wetboek van Economisch recht (hierna : WER), waaronder het principiële verbod op verkoop met verlies, zijn niet van toepassing in het domein van de gezondheidszorgen. Artikel VI.1, § 1, brengt in herinnering dat dit boek een algemene wet betreft met horizontale werking, en de bepalingen derhalve gelden onverminderd de bijzondere wetgeving die hieromtrent bestaat in bepaalde sectoren, zoals gezondheidszorg, energie, telecom, banksector, onderwijs, enzovoort. Dit is een loutere toepassing van de theorie van de “*lex specialis derogat legi generali*” (Memorie van toelichting, Parl. St. Kamer 2012-2013, 53 – 3018/001, p. 19).

Overigens verbiedt artikel VI. 116, § 1, van het WER – indien het te dezen van toepassing zou zijn – elke onderneming goederen met verlies te koop aan te bieden of te verkopen teneinde eerlijke marktpraktijken te verzekeren tussen ondernemingen. De verzoekende partijen tonen niet aan dat door de aangeklaagde situatie de eerlijke handelspraktijken zouden worden aangetast.

Voorts genieten alle ziekenhuizen die zijn toegetreden tot de akkoordverklaring dezelfde tegemoetkoming zodat er tussen hen geen schending van het gelijkheidsbeginsel is. De ziekenhuizen die niet zijn toegetreden tot die akkoordverklaring genieten niet van voormelde tegemoetkoming en mogen geen betaling vragen van de patiënten voor een eventuele behandeling met de TAVI.

Er is derhalve geen schending van het gelijkheidsbeginsel tussen ziekenhuizen die toegetreden zijn en ziekenhuizen die niet zijn toegetreden.

Het tweede middel is niet gegrond.

Derde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

14. In het derde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven en schending van artikel 35, § 4, 5^o van de nomenclatuur en van artikelen 10-11 en 23 van de Grondwet”.

De verwerende partij legt volgens hen strengere exclusiecriteria vast “dan deze vervat in de Europese richtlijnen”. Verwijzend naar onder meer “gerandomiseerde” studies betogen zij dat de doelgroep van het ontwerp van akkoordverklaring te stringent werd afgelijnd, en dat er geen medische evidentie bestaat dat TAVI enkel zinvol is binnen deze kleine populatie, die volgens hen slechts 15 procent dekt van de patiënten die in aanmerking komen voor de inplanting van een percutane aortaklep.

Tenslotte schendt de bestreden regeling volgens de verzoekende partijen ook het gelijkheidsbeginsel, doordat de bestreden regeling een onderscheid in het leven roept dat niet terug te vinden is in de Europese richtlijn die een gelijke behandeling van de patiënten voorschrijft.

15. In de laatste memorie voegen zij nog toe dat elk ziekenhuis wel belang heeft om op te komen tegen de regeling waarbij slechts welbepaalde medicatie en kleppen gedeeltelijk worden terugbetaald, en dat het gegeven van een beleidskeuze een toetsing van de wet niet in de weg staat.

BEOORDELING

16. Waar het middel de schending van het gelijkheidsbeginsel aanvoert, betreft het enkel de beweerde ongelijke behandeling van patiënten, en niet deze van de verzoekende partijen zelf. Het middel is in zoverre niet ontvankelijk.

Waar de verzoekende partijen de strijdigheid met “de geldende Europese richtlijnen” aanvoeren, duiden zij niet aan welke rechtsregels precies zouden zijn geschonden. Ook op dit punt is het middel wegens onnauwkeurigheid niet ontvankelijk.

Uit de ZIV-wet vloeit voort dat de uitoefening van de geneeskunst aan bepaalde verplichtingen kan worden onderworpen in het kader van de ziekteverzekering. Zo is de akkoordverklaring goedgekeurd in toepassing van artikel 35, § 4, 5^o, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, gevoegd bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984.

De keuze om een behandeling al dan niet te vergoeden onder de regeling van de verplichte ziekteverzekering is een beleidskeuze en het komt de Raad van State in beginsel niet toe om in de plaats van de overheid te bepalen welke behandeling vergoed dient te worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering. De opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen over de toetsing van de wet doet daaraan niets af. Zij duiden immers geen wettelijke bepaling aan die de overheid tot terugbetaling zou verplichten.

Het derde middel is niet gegrond.

Vierde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

17. In het vierde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan “van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven en schending van artikel 10 van de Grondwet en van de nomenclatuur”.

Zij betogen dat de akkoordverklaring niet in een financiële tussenkomst van de patiënt voorziet voor de kostprijs van de percutane aortaklep, niettegenstaande in de financiële tussenkomst wel voorzien wordt bij vervanging van de aortaklep via een klassieke openhartoperatie, wat volgens hen leidt tot een schending van het gelijkheidsbeginsel.

Ook voor de honoraria van de optredende artsen bij klassieke heelkunde wordt in een vergoeding voorzien hetgeen, in geval van percutane klepvervanging, niet het geval is.

18. In de laatste memorie voegen zij toe dat zij wel degelijk belang hebben bij de kritiek dat er een verschil in behandeling is tussen patiënten, aangezien patiënten kunnen verzaken aan een behandeling, bij gebrek aan remgeld.

BEOORDELING

19. De beweerde schending van het gelijkheidsbeginsel heeft betrekking op twee verschillende medische behandelingen. Zoals ook werd opgemerkt bij de beoordeling van het derde middel betreft de opgeworpen schending van het gelijkheidsbeginsel niet de verzoekende partijen zelf. De opmerking in de laatste memorie van de verzoekende partijen dat patiënten aan een behandeling kunnen verzaken wegens het ontbreken van remgeld, doet daaraan niets af.

Het vierde middel is niet ontvankelijk

Vijfde middel

STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJEN

20. In het vijfde middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van “de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en van het redelijkheidsbeginsel, evenals machtsoverschrijding, onwettige motieven”.

Zij betogen dat het formulier van de akkoordverklaring bepaalt “dat de BACTS [Belgian Association for Cardiac-Thoracic Surgery] en BWGIC [Belgian Working Group of Interventional Cardiology] dit formulier moeten ondertekenen wat, bij gebrek aan ondertekening van deze instanties, de onzekerheid over de nieuwe regeling verhoogt”, en dat niet blijkt dat deze organisaties het akkoord hebben ondertekend.

21. In hun laatste memorie vragen de verzoekende partijen dat de Raad van State een onderzoeksmaatregel beveelt om uitsluitel te verkrijgen over het antwoord op de vraag of de genoemde organisaties het akkoord hebben ondertekend.

BEOORDELING

22. De verzoekende partijen duiden niet aan hoe de in het middel aangegeven rechtsregels zouden kunnen zijn geschonden.

Het vijfde middel is bijgevolg niet ontvankelijk. Er is dus geen aanleiding om een onderzoeksmaatregel te bevelen.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

IV. Hof van Cassatie, 18 mei 2015

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – artikel 100, §§ 1 en 2

Artikel 100 stelt dat het verdienvermogen dat de werknemer nog heeft in een bezoldigde werkzaamheid, moet worden vergeleken met dat van een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort.

Het staat niet toe om bij de beoordeling van het resterende verdienvermogen van de werknemer het verdienvermogen dat hij in een deeltijds bezoldigde arbeid heeft, niet in rekening te brengen.

Arrest nr. S.13.0012.F
RIZIV t./M.M.

...

Aangevochten beslissingen

Het arrest verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gegrond en wijzigt bijgevolg het vonnis van de eerste rechter. Het beslist dat de verweerster op 17 maart 2008 en van die dag af een vermindering van haar vermogen tot verdienen vertoont van meer dan twee derden, in de zin van artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en zegt dat ze bijgevolg recht heeft op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid ten laste van haar verzekeringsinstelling.

Het wijzigt bijgevolg de administratieve beslissing en veroordeelt de eiser tot de appelkosten.

Het arrest verantwoordt die beslissingen met alle redenen die worden verondersteld hier volledig te zijn weergegeven en inzonderheid met de volgende overwegingen :

“Bespreking

Volgens artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, “wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in [deze] 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 uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding”.

Om de beroepscategorieën te bepalen die in aanmerking komen, wijst het deskundigenverslag erop dat de verweerster een universitair diploma behaalde in de Engelse filologie, dat ze als secretaresse, vertaalster en restauranthoudster heeft gewerkt en zij, bij het begin van de ongeschiktheid, verantwoordelijke van een wisselagentschapskantoor was. Het vermeldt ook dat ze verschillende talen kent. De deskundige preciseert niettemin dat [de verweerster] enkel nog een halftijdse beroepsactiviteit zou kunnen uitoefenen. Hij sluit uit dat dat ze een voltijdse activiteit zou kunnen uitoefenen in de beroepen die in aanmerking komen.

In deze zaak rijst dus de vraag of de arbeidsongeschiktheid door een halftijdse reclassering als beëindigd kan worden beschouwd.

[Het arbeidshof] is van oordeel dat het antwoord negatief is.

Men noteert vooreerst dat de werknemer bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet een werknemer van dezelfde stand moet zijn.

Te dezen werd bevestigd dat [de verweerder] voordien voltijds tewerkgesteld was zodat de graad van ongeschiktheid moet worden bepaald als voor een voltijdse werknemer [...].

Er kan doorgaans enkel sprake zijn van arbeidsgeschiktheid als de werknemer alle opdrachten kan uitvoeren die bij de activiteit horen.

Men moet dus geen rekening houden met de werkzaamheden die louter deeltijds kunnen worden verricht.

Zo blijft een persoon die slechts enkele uren per dag, zelfs na elkaar, kan werken, arbeidsongeschikt voor om het even welke activiteit [..].

De ongeschiktheid eindigt met andere woorden slechts wanneer bepaalde beroepen waartoe de beroepsarbeid behoort die vóór de arbeidsongeschiktheid werd verricht, of in de verschillende beroepen die kunnen worden uitgeoefend uit hoofde van de beroepsopleiding, voltijds kunnen worden verricht.

Het is conform de algemene opzet van de wet dat de werknemers die slechts halftijds gereclasseerd kunnen worden, onder het stelsel van de uitkeringsverzekering blijven.

Die wet bepaalt immers in artikel 100, § 2, dat diegene die een deeltijdse arbeid hervat met de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling, op voorwaarde dat hij een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt, recht blijft hebben op de verzekering.

Het ligt dus volledig in de logica van het stelsel dat die persoon onder de uitkeringsverzekering en niet, in voorkomend geval, onder de werkloosheidsverzekering valt.

Kortom, het arbeidshof dat samen met de deskundige en [de eiser] van mening is dat een deeltijdse arbeid mogelijk en wenselijk is, is van oordeel dat aangezien de verweerder niet voltijds arbeidsongeschikt is, zij steeds arbeidsongeschikt is gebleven in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet”.

Grieven

(...)

Tweede onderdeel

2.1. Luidens artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet, wordt de werknemer als arbeidsongeschikt erkend 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 uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Om als arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet, moeten drie cumulatieve voorwaarden vervuld worden: 1. de werknemer moet alle werkzaamheid hebben onderbroken; 2. als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen; 3. 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 uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De derde voorwaarde beoogt geen vermindering van het arbeidsvolume, maar een vermindering van het vermogen tot verdienen dat de werknemer moet bereiken om arbeidsongeschikt te worden verklaard: zijn vermogen tot verdienen moet zijn verminderd tot één derde of minder dan één derde, wat overeenstemt met een ongeschiktheid van 66 procent.

Er wordt dus niet vereist dat in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort die vóór de arbeidsongeschiktheid werd verricht, of in de verschillende beroepen die kunnen worden uitgeoefend uit hoofde van de beroepsopleiding, bepaalde beroepen voltijds kunnen worden verricht, ook als de werknemer voorheen voltijds tewerkgesteld was.

2.2. Het arrest stelt vast dat het deskundigenverslag, om de beroepscategorie te bepalen die in aanmerking komt, aangeeft dat de verweerster een universitair diploma behaalde in de Engelse filologie, dat ze als secretaresse, vertaalster en restauranthoudster heeft gewerkt en zij, bij het begin van de ongeschiktheid, verantwoordelijke van een wisselagentschapskantoor was en dat ze verschillende talen kent.

Het merkt vervolgens op dat de deskundige gepreciseerd heeft dat de verweerster enkel nog een halftijdse beroepsactiviteit zou kunnen uitoefenen en uitgesloten heeft dat ze een mogelijke voltijdse activiteit zou kunnen uitoefenen in de beroepen die in aanmerking komen.

Nadat het arrest heeft opgemerkt dat de werknemer bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet een werknemer van dezelfde stand moet zijn, merkt het op dat de verweerster voordien voltijds tewerkgesteld was zodat de graad van ongeschiktheid moet worden beoordeeld ten opzichte van een voltijdse werknemer.

Vervolgens oordeelt het arrest dat er enkel sprake kan zijn van arbeidsgeschiktheid als de werknemer alle opdrachten die bij de activiteit horen kan uitvoeren: dat dus geen rekening moet worden gehouden met de werkzaamheden die louter deeltijds kunnen worden verricht; dat een persoon die slechts enkele uren per dag, zelfs na elkaar, kan werken arbeidsongeschikt blijft voor om het even welke activiteit; dat de arbeidsongeschiktheid met andere woorden slechts eindigt wanneer in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort die vóór de arbeidsongeschiktheid werd verricht, of in de verschillende beroepen die kunnen worden uitgeoefend uit hoofde van de beroepsopleiding, bepaalde beroepen voltijds kunnen worden verricht; dat aangezien de verweerster niet voltijds arbeidsgeschikt is, zij steeds arbeidsongeschikt is gebleven in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet.

Uit geen enkele van die overwegingen kan worden afgeleid dat het arbeidshof heeft nagegaan of het vermogen tot verdienen verminderd is 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 van de verweerster behoort toen zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Het arbeidsvolume is als dusdanig geen wettelijk criterium dat de beslissing over de arbeidsgeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet kan verantwoorden, het kan hoogstens een element bij de beoordeling ervan zijn. Het arrest beslist dus ten onrechte dat de ongeschiktheid slechts eindigt wanneer in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort die vóór de arbeidsongeschiktheid werd verricht, of in de verschillende beroepen die kunnen worden uitgeoefend uit hoofde van de beroepsopleiding, bepaalde beroepen voltijds kunnen worden verricht. Het vermogen tot verdienen van een persoon die slechts enkele uren per dag na elkaar kan werken is niet noodzakelijkerwijze verminderd tot een derde of minder dan een derde van de referentiewerknemer.

Het arrest dat op grond van de voornoemde redenen ten aanzien van de eiser beslist dat de verweerster vanaf 17 maart 2008 en nog steeds een verminderd vermogen tot verdienen van meer dan twee derden in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet heeft, schendt bijgevolg die wettelijke bepaling.

2.3. Het arrest oordeelt dat het conform de algemene opzet van de gecoördineerde wet is dat de werknemers die slechts halftijds gereclasseerd kunnen worden, onder het stelsel van de uitkeringsverzekering blijven daar artikel 100, § 2, van die wet bepaalt dat diegene die een deeltijdse arbeid hervat met de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling, op voorwaarde dat hij een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt, recht blijft hebben op de verzekering. Het arrest besluit daaruit dat het volledig in de logica van het stelsel ligt dat de verweerster onder de uitkeringsverzekering valt en niet, in voorkomend geval, onder de werkloosheidsverzekering.

Artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet beoogt niet de wijze te bepalen waarop de in paragraaf 1 bedoelde ongeschiktheid moet worden beoordeeld. De regel van paragraaf 2 waaraan het arrest refereert is hier niet van toepassing en vormt trouwens een uitzondering op de regel van paragraaf 1.

Het arrest dat artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet uitlegt op grond van paragraaf 2, schendt bijgevolg die beide bepalingen.

Het verklaart het hoger beroep niet naar recht gegrond en wijzigt niet naar recht het vonnis van de eerste rechter (schending van art. 100, § 1, eerste lid, en § 2, van de gec. wet).

III. Beslissing van het Hof

Beoordeling

Tweede onderdeel

Krachtens artikel 100, § 1, eerste lid, ZIV-wet, wordt de werknemer als arbeidsongeschikt erkend in de zin van deze wet, indien hij 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 uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Die bepaling dwingt ertoe het vermogen tot verdienen dat de werknemer nog heeft in een bezoldigde beroepsactiviteit te vergelijken met dat van een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding in de referentieberoepen.

Zij staat niet toe om bij de beoordeling van het resterende vermogen tot verdienen van de werknemer, het vermogen tot verdienen dat hij in een deeltijds bezoldigde arbeid heeft niet in rekening te brengen.

Artikel 100, § 2, bepaalt dat als arbeidsongeschikt wordt erkend, de werknemer die een toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij, vanuit geneeskundig oogpunt, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt.

Die bepaling wijkt af van de voorwaarde van het vermogen tot verdienen voorgeschreven bij paragraaf 1, ten gunste van de werknemer die, zoals bepaald in die paragraaf, arbeidsongeschikt is geworden en later, overeenkomstig paragraaf 2, de arbeid hervat.

Het arrest stelt vast dat de verweerster voltijds werkte, dat zij arbeidsongeschikt werd verklaard op grond van artikel 100, § 1, eerste lid, ZIV-wet, en zij volgens de gerechtsdeskundige enkel geschikt is om vanaf de litigieuze datum een halftijdse beroepsactiviteit te verrichten.

Het oordeelt dat men voor de toepassing van artikel 100, § 1, eerste lid, “geen rekening moet houden met de werkzaamheden die louter deeltijds kunnen worden verricht” en dat “het conform de algemene opzet van de wet is dat de werknemers die slechts halftijds gereclasseerd kunnen worden, onder het stelsel van de uitkeringsverzekering blijven” aangezien “artikel 100, § 2, bepaalt dat diegene die een deeltijdse arbeid hervat met de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling, op voorwaarde dat hij een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt blijft genieten van de verzekering”.

Het arrest dat op die gronden beslist dat “bij gebrek aan geschiktheid tot voltijds werken”, de verweerster vanaf de litigieuze datum arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, ZIV-wet, schendt deze wetsbepaling.

Het onderdeel is gegrond.

Overige grieven :

Het eerste onderdeel van het middel dat niet tot een ruimere cassatie kan leiden, behoeft geen antwoord.

Dictum

HET HOF,

Vernietigt het bestreden arrest, behalve in zoverre dit het hoger beroep ontvankelijk verklaart.

V. Arbeidshof van Brussel, 13 april 2016

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 22, 6° en 23, § 3

Het College kan autonoom beslissen of het opportuun is een overeenkomst te sluiten. Als het College van mening is dat het sluiten van een overeenkomst niet gerechtvaardigd is, kan het Verzekeringscomité de beslissing van het College niet naast zich neerleggen: het Comité kan slechts handelen op voorstel van het College.

Door te weigeren een overeenkomst te sluiten, heeft het College een bevoegdheid uitgeoefend die hem toebehoort.

A.R. 2014/AB/783
RIZIV t./C.E. ASBL

I. FAITS ET ANTÉCÉDENTS

1. L'ASBL a, en février 2009, créé un centre de diagnostic et de prise en charge des troubles du sommeil ; par courrier du 20 janvier 2009, elle a introduit auprès de l'INAMI une demande de conclusion d'une convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil.

2. Par courrier du 17 février 2009, l'INAMI a indiqué que le dossier était incomplet et ne pouvait être soumis au collège des médecins-directeurs.

Par courrier du 16 novembre 2009, l'ASBL a adressé un courrier à l'INAMI afin de compléter les informations manquantes.

Par courrier du 21 décembre 2009, l'INAMI a accusé réception des renseignements complémentaires, signalant toutefois que "certaines données indispensables font encore défaut".

Par courrier du 6 janvier 2010, l'ASBL a adressé des informations complémentaires. Le dossier a ensuite été transmis pour avis au collège des médecins-directeurs, le 3 février 2010.

Le Collège des médecins-directeurs a refusé la demande, cette décision étant notifiée par un courrier du 6 avril 2010 de l'INAMI.

3. Le 15 septembre 2011, l'ASBL a introduit une nouvelle demande.

Le 4 juin 2012, elle a mis en demeure le collège des médecins-directeur de se prononcer.

Le 4 décembre 2012, l'INAMI a écrit à l'ASBL que le collège des médecins-directeurs avait décidé de refuser la candidature pour la conclusion de la convention litigieuse (voir pièce 8 du dossier de l'INAMI).

Cette décision se terminait par la précision qu'elle pouvait être contestée dans le mois devant le tribunal du travail.

...

5. Par jugement du 19 juin 2014, le tribunal du travail de Bruxelles a déclaré la demande recevable et partiellement fondée.

Il a dit pour droit que la décision de refus adoptée par le Collège des médecins directeurs en date du 24 octobre 2012 et notifiée le 4 décembre 2012 est entachée d'illégalité et doit être mise à néant.

Il a débouté l'ASBL du surplus de sa demande.

6. L'INAMI a fait appel du jugement par une requête déposée le 28 juillet 2014 au greffe de la cour du travail de Bruxelles.

...

III. DISCUSSION

9. L'ASBL ne sollicite plus qu'il soit "constaté qu'elle remplit les conditions pour la conclusion d'une convention nCPAP".

Le caractère discrétionnaire de la compétence de l'INAMI et l'absence corrélative de droit subjectif à la conclusion d'une convention, ne sont plus discutés.

La principale question dont la cour est saisie concerne la compétence de l'auteur de l'acte : le refus pouvait-il émaner du Collège des médecins-directeurs ou fallait-il une décision du Comité de l'assurance ?

10. En ce qui concerne la compétence du Comité de l'assurance, l'article 22, 6° de la loi coordonnée sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précise que

"Le Comité de l'assurance :

6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle, avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés (...), les conventions visées à l'article 23, § 3 ; (...)"

En ce qui concerne l'intervention du Collège des médecins-directeurs, l'article 23, § 3 de la même loi coordonnée précise :

"§ 3. Le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions ou d'accords concernées, établissent avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle de même qu'avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (...), des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. (...)"

Il résulte de ces dispositions que le Collège dispose d'un pouvoir autonome de décision quant à l'opportunité de conclure une convention. Si le Collège estime que la conclusion d'une convention ne se justifie pas, le Comité de l'assurance ne peut passer outre la décision du Collège : le Comité ne peut agir que sur proposition du Collège.

En refusant de conclure une convention, le Collège a exercé une compétence qui lui appartient.

Le jugement doit, en conséquence, être réformé.

11. Dans la mesure où l'ASBL persisterait à soutenir que la décision du Collège n'était pas motivée, la cour indique qu'elle ne partage pas ce point de vue.

La décision litigieuse précisait, pour l'essentiel, que la conclusion d'une nouvelle convention n'était pas nécessaires dès lors que les besoins actuels de traitement étaient déjà couverts par les dix conventions existant à Bruxelles et que la conclusion d'une nouvelle convention n'était pas souhaitable pour des raisons liées à la qualité des soins.

Accessoirement, l'absence de budget disponible était considérée comme empêchant la conclusion d'une convention.

12. La cour du travail ne peut se prononcer sur l'opportunité de conclure une convention, n'étant "pas le juge de la politique choisie par l'INAMI en matière de soins de santé" (voir par analogie, C.E., arrêt n° 213.199 du 11.05.2011).

Pour le surplus, l'ASBL ne démontre pas l'inadéquation de la motivation retenue.

Elle n'établit ni que cette motivation manque de pertinence, ni qu'elle repose sur des faits inexacts ou sur des considérations qui ne sont pas légalement admissibles.

Le Collège a pu considérer que le fait de limiter le nombre de conventions était nécessaire, non seulement pour des motifs budgétaires mais aussi pour conserver une offre de soins adaptée et pour en garantir la qualité.

Il n'est pas démontré que l'accès dans les centres nCPAP actuellement conventionnés à Bruxelles est soumis à des délais d'attente significatifs.

En conséquence, il n'était pas manifestement déraisonnable de considérer que les besoins étaient déjà couverts et qu'eu égard à la spécialité des prestations, il y avait lieu de limiter le nombre de centres conventionnés afin qu'ils restent spécialisés.

Il n'y a pas lieu d'écarter la décision litigieuse.

13. En conséquence, l'appel est fondé: la demande originaire de l'ASBL, telle que maintenue en appel, doit être déclarée non fondée.

POUR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Dit l'appel recevable et fondé,

Dit que le Collège des médecins-directeurs était compétent pour refuser la demande de convention introduite par l'ASBL,

Déclare la demande originaire de l'ASBL, telle que maintenue en appel, non fondée,

Réforme en conséquence, le jugement dont appel,

...

VI. Nederlandstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 24 oktober 2016

Het RIZIV is verplicht om de nieuwe regelgeving, die van openbare orde is, onmiddellijk toe te passen op de lopende tegemoetkomingen. Dit impliceert echter niet dat er sprake is van enige retroactiviteit van de reglementering. (...)

Het vertrouwensbeginsel vormt geen beletsel voor een wijziging van de reglementering, ter vrijwaring van een hoger belang dan dat van de individuele (rechts)persoon. (...)

Opdat er een schending van het vertrouwensbeginsel zou kunnen worden weerhouden, moet het vertrouwen in eerste instantie gewettigd zijn.

Het kan de regelgever bezwaarlijk kwalijk worden genomen dat hij in het hoger belang van de financiering van de sociale zekerheid op gegeven ogenblik is opgetreden om uitwassen inzake het verhoogd forfait tegen te gaan.

A.R. 15/1263/A
N.V.A. t./RIZIV

II. Voorwerp van de vordering

3. Eisende partij, hierna “het WZC” genoemd, stelde beroep in tegen de beslissing *de dato* 31 maart 2015, kennelijk verstuurd op 1 april 2015, van het RIZIV (stuk 1 van het RIZIV en stuk 4 van het WZC).

Met deze beslissing stelde het RIZIV het WZC ervan in kennis dat :

- het WZC voldoet aan de voorwaarden voor het aanrekenen van de forfaitaire tegemoetkoming als bedoeld in artikel 147, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet
- het WZC in toepassing van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 39,79 EUR mag aanrekenen *vanaf 1 juli 2014 tot 31 december 2014*
- het bedrag van het partiële forfait (te factureren vanaf de dag nadat het quotum aan dagen voor 2014 en voor 2015 is bereikt) 0,66 EUR bedraagt.

De berekening van de forfaitaire tegemoetkoming per dag en per rechthebbende werd gevoegd.

De bestreden beslissing houdt een gedeeltelijke herziening in van de beslissingen *de dato* 2 juli 2014, *de dato* 6 augustus 2014 en *de dato* 7 augustus 2014 van het RIZIV :

- beslissing *de dato* 2 juli 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 73,42 EUR mag aanrekenen *vanaf 1 april 2014 tot 31 december 2014* (stuk 2 van het WZC)

- beslissing *de dato* 6 augustus 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 72,80 EUR mag aanrekenen vanaf 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3*bis* van het WZC)
- beslissing *de dato* 7 augustus 2014 waarmee het RIZIV het WZC ervan in kennis stelde dat het in toepassing van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegestuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 73,42 EUR mag aanrekenen vanaf 1 april 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3 van het WZC).

4. Het WZC vordert de vernietiging van de bestreden beslissing, minstens deze buiten toepassing te laten.

Het WZC vordert te zeggen voor recht dat het WZC ook voor de periode na 1 juli 2014 recht heeft op het *forfait* voorzien door artikel 16, § 1, 1^e lid van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringswet, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, en het RIZIV op te leggen een beslissing in die zin te nemen.

Het WZC vordert voorts het RIZIV te veroordelen tot betaling van de intresten, berekend vanaf datum waarop de tegemoetkomingen verschuldigd waren en dit op basis van de intrestvoet in sociale zaken op grond van artikel 2, § 3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen intrest.

Ondergeschikt vordert het WZC om het RIZIV te veroordelen tot een schadevergoeding, provisorio begroot op 463.388,00 EUR, te verhogen met het equivalent bedrag aan intresten als deze verschuldigd in het kader van artikel 2, § 3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen intrest.

Het WZC vordert tot slot de veroordeling van het RIZIV tot de kosten van het geding, met inbegrip van een basisrechtsplegingsvergoeding begroot op 1.320,00 EUR.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

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

6. Artikel 167, 2^e lid van de Ziekteverzekeringswet bepaalt dat de bestreden administratieve rechtshandelingen, op straffe van verval, binnen een maand na de kennisgeving ervan aan de bevoegde arbeidsrechtbank moeten worden voorgelegd.

Het beroep van het WZC tegen de beslissing *de dato* 31 maart 2015 werd binnen deze beroepstermijn ingesteld met verzoekschrift *de dato* 30 april 2015, zodat de vordering ontvankelijk is.

IV. Beoordeling ten gronde

7. Met betrekking tot de overheidsfinanciering van de woonzorgcentra bepaalt artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringwet:

“De Minister stelt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de datum bepalen vanaf wanneer aan deze tegemoetkoming de kostprijs wordt toegevoegd van de sociale akkoorden die werden gesloten tussen de Federale Regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers en die betrekking heeft op de personeelskost die niet opgenomen is in het verstrekkingenpakket dat wordt bepaald in uitvoering van artikel 35, § 1, vijfde lid.

De personen die recht hebben op de verstrekkingen die worden verleend door de structuren bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13°, kunnen geen aanspraak maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarin is voorzien in artikel 35 van deze wet, en die deel uitmaken van het verstrekkingenpakket dat de Koning niet in toepassing van artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13° heeft vastgesteld, behoudens de uitzonderingen waarin de Koning uitdrukkelijk heeft voorzien”.

Het betreft de tegemoetkoming voor volgende verstrekkingen:

- artikel 34, 11°: *“de verstrekkingen die worden verleend door rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, alsook de verstrekkingen die worden verleend door diensten of inrichtingen die erkend zijn met toepassing van artikel 170 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008”*
- artikel 34, 12°: *“de verstrekkingen die worden verleend door rustoorden voor bejaarden of door centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, en de verstrekkingen die worden verleend door de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden”.*

Aan dit artikel 37, § 12 van de Ziekteverzekeringwet werd uitvoering gegeven door het Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden (B.S., 26.11.2003).

In dit Ministerieel besluit wordt op gedetailleerde wijze bepaald hoe de *forfaitaire tegemoetkoming* waarop de woonzorgcentra onder bepaalde voorwaarden recht hebben, *per dag en per bewoner*, wordt berekend (Hoofdstuk III).

De volledige tegemoetkoming bevat 18 verschillende onderdelen. Een daarvan is de financiering van het genormeerde personeel volgens de bepalingen van hoofdstuk II van het Ministerieel besluit. (“De financieringsnormen van het personeel”), en dekt de loonkost van de woonzorgcentra.

De werkwijze is, eenvoudig uitgedrukt, de volgende :

- het RIZIV berekent, uitgedrukt in voltijdse equivalenten, het personeelseffectief, per kwalificatie, waarover de inrichting moest beschikken tijdens de referentieperiode (theoretische norm), die loopt van 1 juli van het jaar (“J”) tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt (“J+1”) (art. 9 van het M.B.).

- deze berekening gebeurt op grond van de afhankelijkheids categorie van de bewoners (artn. 2,3 van het M.B. en artn. 148 en 150 van de Ziekteverzekeringwet)
- het woonzorgcentrum moet in beginsel minstens deze theoretische norm halen om recht te hebben op het basisbedrag van de financiering van het genormeerde personeel (artn. 10, 13, 17 van het M.B.)
- indien dit niet het geval is, wordt het basisbedrag van de financiering onder bepaalde voorwaarden verminderd (artn. 11, 12 van het M.B.).

8. *Het geschil betreft de toepassing van artikel 16, § 1 van het Ministerieel besluit van 6 november 2003. Dit artikel voorziet inzake de financiering van het genormerd personeel in een fictie ("wordt uitgegaan van") om tegemoet te komen aan zogeheten "kleine" woonzorgcentra (inrichtingen waar de norm zoals bedoeld in art. 2 kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen).*

Onder de voorziene voorwaarden, die verband houden met de graad van zorgbehoefendheid van hun bewoners, kunnen deze "kleine" woonzorgcentra aanspraak maken op een "verhoogd forfait".

Artikel 16, § 1 luidt:

"In de inrichtingen die voldoen aan de bepalingen van artikel 5, tweede lid, en waar de norm zoals bedoeld in artikel 2 kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen, wordt bij de bepaling van het te financieren bedrag voor het genormeerde personeel zoals bedoeld in artikel 17, uitgegaan van twee voltijds equivalenten verpleegkundigen en drie voltijds equivalenten verzorgingspersoneel, behalve als het niet toepassen van deze regel voordeliger is voor de inrichting. Het voorgaande lid is niet van toepassing op de inrichtingen bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4."

Artikel 5, tweede lid bepaalt:

"Voor het verzekeren van deze continuïteit van de verzorging, moeten de inrichtingen, die in de referentieperiode gemiddeld minstens 10 patiënten in de categorieën B, C, Cd, Cc en/of D huisvesten en die minstens ten overstaan van het gemiddeld aantal erkende bedden gemiddeld 40 % patiënten huisvesten in de categorieën B, C, Cd, Cc en/of D, beschikken tijdens de referentieperiode gemiddeld over minstens 5 voltijdse equivalenten van loontrekkend of statutair personeel, verpleegkundigen, verzorgenden of personeel voor reactivering, waarvan minstens 2 voltijds equivalenten verpleegkundigen. Het verplegend uitzendpersoneel, bedoeld in artikel 8, § 2, d), wordt ook in aanmerking genomen."

Het WZC stelt dat het recht heeft op de financiering, voorzien in artikel 16, § 1, 1^{ste} lid.

Het RIZIV stelt dat dit niet het geval is omdat het WZC een "inrichting bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4" is, zodat het WZC valt onder het 2^{de} lid en de toepassing van het 1^{ste} lid uitgesloten is.

Dit 2^{de} lid werd toegevoegd aan artikel 16, § 1 van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 door artikel 1 van het Ministerieel besluit van 26 mei 2014 (B.S., 04.06.2014), en trad in werking op 1 juli 2014.

9. *De te beantwoorden rechtsvraag is of het WZC al dan niet te vereenzelvigen valt met een "inrichting bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot en met 4" van het Ministerieel besluit van 6 november 2003.*

“Art. 19. § 1. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 juli en 30 september* bedraagt:

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 31 maart van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 EUR

b) voor de rest van de factureringsperiode van 1 april van het jaar dat daarop volgt tot 31 december wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester en het eerste en tweede trimester van het jaar dat daarop volgt.

§ 2. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 oktober en 31 december* bedraagt:

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 EUR

b) voor de rest van de factureringsperiode (van 01.07 van het jaar dat daarop volgt tot 31.12) wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste trimester

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste en het tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenning.

§ 3. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 januari en 31 maart* bedraagt:

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 september bedraagt dit bedrag 14,05 EUR

b) voor de rest van de factureringsperiode van 1 oktober tot 31 december wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning)

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).

§ 4. Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag voor een *nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 april en 30 juni* bedraagt:

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot het einde van de lopende factureringsperiode 31 december bedraagt dit bedrag 14,05 EUR

b) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het derde trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenning).” (eigen onderlijning).

Het WZC stelt dat artikel 16, § 1, 2^e lid enkel de nieuwe inrichtingen betreft die erkend zijn na 1 juli 2014 (datum van inwerkingtreding van het 2^e lid).

Vermits het WZC erkend werd op 27 maart 2013 valt het niet onder deze bepaling en meent het WZC recht te hebben op de forfaitaire tegemoetkoming, berekend in overeenstemming met artikel 16, § 1, 1^e lid van het Ministerieel besluit.

Het RIZIV betwist de interpretatie van het WZC.

Artikel 19 van het Ministerieel besluit regelt de forfaitaire tegemoetkomingen voor de nieuwe inrichtingen, die omwille van hun recente datum van erkenning, niet beschikken over een volledige referentieperiode (01.07.J tot 30.06.J+1).

Het is de wil van de wetgever geweest om precies deze nieuwe inrichtingen, erkend voor of na 1 juli 2014, die nog niet overeen volledige referentieperiode van één jaar beschikken, uit te sluiten van de toepassing van artikel 16, § 1, 1^e lid.

Het zijn immers deze inrichtingen die misbruik kunnen plegen, door in hun kortere (dan één jaar) referentieperiode – zoals bepaald in artikel 19, §§ 1 tot 4 – hun populatie af te stemmen op artikel 16, § 1, 1^e lid en artikel 5, 2^e lid. Het misbruik ligt erin dat de forfaitaire tegemoetkoming wordt bepaald op grond van artikel 16, § 1, 1^e lid van het Ministerieel besluit, en het “verhoogd forfait” voor de zogeheten “kleine” inrichtingen wordt verkregen, terwijl na het verstrijken van de kortere referentieperiode de populatie van het woonzorgcentrum verandert in aantal (stijging) en in graad van zorgbehoefendheid (daling). Dit kan ertoe leiden dat het RIZIV voor méér bewoners die minder zorgbehoefend zijn het “verhoogd forfait” moet uitbetalen.

Het RIZIV stelt dit fenomeen te hebben vastgesteld bij verschillende woonzorgcentra, die behoren tot de ARMONEA-groep, waaronder het WZC.

Het RIZIV stelt dat de datum van inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 16, § 1 van het Ministerieel besluit (toevoeging van het 2^e lid) geen enkele impact heeft op de beoordeling of de inrichting al dan niet nieuw is.

Artikel 16, § 1, tweede lid viseert volgens de stelling van het RIZIV die inrichtingen die vallen onder de vergoedingsregeling van artikel 19, §§ 1 tot 4 van het Ministerieel besluit.

10. Het WZC werd op 18 oktober 2013 door de Vlaamse Overheid erkend voor onbepaalde duur met ingang van 27 maart 2013 (stuk 1 van het WZC en stuk 2 van het RIZIV).

Dit impliceert dat het bedrag van zijn forfaitaire tegemoetkoming per dag en per rechthebbende bepaald wordt in overeenstemming met artikel 19, § 3 van het Ministerieel besluit (“nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 01.01 en 31.03”).

In de factureringsperiode vanaf 27 maart 2013 tot 30 september 2013 had het WZC recht op een bedrag van 14,05 EUR per dag en per bewoner.

Voor de daarop volgende factureringsperiode vanaf 1 oktober 2013 tot 31 december 2013 en voor de factureringsperiode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 wordt het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 en 16 van het Ministerieel besluit waarbij de referentieperiode slechts drie maanden bedraagt en loopt van 1 april 2013 tot 30 juni 2013 (2^e trimester 2013).

Het is pas vanaf 2015 (“J+2”) dat de forfaitaire tegemoetkoming van het WZC kan worden berekend aan de hand van de “basisregels”, dit is op grond van een referentieperiode die loopt van 1 juli 2013 (“J”) tot 30 juni 2014 (“J+1”).

11. Vanaf zijn erkenning op 27 maart 2013 was het WZC dus een, uiteraard “nieuwe”, inrichting wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het Ministerieel besluit.

Op 1 juli 2014, datum van inwerkingtreding van artikel 16, § 1, 2^e lid van het Ministerieel besluit, was het WZC nog steeds een “nieuwe inrichting” wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het Ministerieel besluit.

Het WZC was uiteindelijk een “nieuwe inrichting” wiens forfaitaire tegemoetkoming werd bepaald in overeenstemming met artikel 19, § 4 van het Ministerieel besluit tot en met 31 december 2014.

Artikel 16, § 1, 2^e lid verwijst uitdrukkelijk naar de inrichtingen bedoeld in artikel 19, §§ 1 tot 4 van het Ministerieel besluit en dat artikel betreft specifiek de inrichtingen wier forfaitaire tegemoetkoming op een van de basisregel (aanvang van de reglementaire referentieperiode ligt twee kalenderjaren voor het kalenderjaar van de facturatieperiode) afwijkende manier berekend wordt; dit uitsluitend omdat de basisregel niet kan worden toegepast in de eerste jaren van hun bestaan, daar waar er uiteraard vanaf dag 1 moet kunnen worden gefactureerd.

Indien het de bedoeling van de regelgever was geweest om artikel 16, § 1, 2^e lid uitsluitend toe te passen op de inrichtingen die worden erkend vanaf 1 juli 2014 (stelling van het WZC), datum van inwerkingtreding, dan had de regelgever – zoals het RIZIV stelt – inderdaad kunnen volstaan om het 2^e lid te formuleren als volgt: “Het voorgaand lid is niet van toepassing op de nieuwe inrichtingen”. Het begrip “nieuwe inrichting” is immers opgenomen in Hoofdstuk I “Definities” van het Ministerieel besluit (art. 1, 11^o).

De rechtbank oordeelt dat de expliciete link naar artikel 19, §§ 1 tot 4 van het Ministerieel besluit dient begrepen in die zin dat elke inrichting die nog niet over een volledige referentieperiode van één jaar (01.07.J – 30.06.J+1) kan beschikken, en daarom vergoed wordt in overeenstemming met artikel 19, wordt geïsoleerd.

Het RIZIV stelt terecht dat het WZC in dat geval verkeerde op de datum van de inwerkingtreding van artikel 16, § 1, 2^e lid van het Ministerieel besluit, dit is 1 juli 2014.

De bestreden beslissing is derhalve naar recht verantwoord, in zoverre de forfaitaire tegemoetkoming vanaf 1 juli 2014 niet meer werd berekend met toepassing van artikel 16, § 1, 1^e lid van het Ministerieel besluit.

12. *Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het rechtsbeginsel van de niet-retroactiviteit van wetten en reglementen, en de ingeroepen schending van verworven rechten:*

Het WZC spreekt van een impact van het nieuwe 2^e lid van artikel 16, § 1 van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 op een “volledig voltrokken toestand en op een verworven recht” op het “verhoogd forfait”.

Met toepassing van artikel 19, § 3 van het Ministerieel besluit had het WZC tot en met 30 september 2013 recht op een forfaitaire tegemoetkoming per rechthebbende van 14,05 EUR/dag.

Zijn recht op een forfaitaire tegemoetkoming berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, ontstond op 1 oktober 2013.

Uiteindelijk stelde het RIZIV het WZC met een beslissing *de dato* 6 augustus 2014 ervan in kennis dat het in toepassing van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en rekening houdende met de gegevens die het WZC heeft toegetuurd, voor alle rechthebbende residenten een forfaitaire tegemoetkoming van 72,80 EUR mag aanrekenen vanaf 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (stuk 3*bis* van het WZC; in het stukkenbundel bevindt zich geen beslissing met betrekking tot de periode van 01.10.2013 tot 31.12.2013).

Per 1 juli 2014 was intussen wel het nieuwe artikel 16 (toevoeging van het 2^{de} lid aan § 1) in werking getreden. Kennelijk zag het RIZIV dit over het hoofd bij de betekening *de dato* 6 augustus 2014. Uiteindelijk gebeurde er een herziening voor de periode vanaf 1 juli 2014 met de bestreden beslissing.

Het RIZIV is verplicht om de nieuwe regelgeving, die van openbare orde is, onmiddellijk toe te passen op de lopende tegemoetkomingen.

Dit impliceert echter niet dat er sprake is van enige retroactiviteit van de reglementering. Er is evenmin een schending van verworven rechten: de verhoogde tegemoetkoming werd immers vanaf 1 juli 2014 verder uitbetaald, zonder dat daar een rechtsgrond voor was.

Het middel wordt niet aangenomen.

13. *Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het gelijkheidsbeginsel:*

Het WZC stelt dat artikel 16, § 1, 2^e lid geen onderscheid maakt tussen instellingen die wél erkend waren voor 1 juli 2014 en reeds aanpraak kon maken op een financiering met toepassing van artikel 16, § 1, en de andere instellingen die niet erkend waren voor 1 juli 2014. Entiteiten die zich in een objectief andere toestand bevinden moeten ook behandeld worden, rekening houdend met die verschillende situatie.

In die zin is er een schending van het gelijkheidsbeginsel.

Deze instellingen bevinden zich evenwel niet in een objectief andere toestand: het betreft zonder onderscheid nieuwe instellingen die vergoed worden met toepassing van artikel 19 van het Ministerieel besluit. Zoals hoger reeds uiteengezet is de datum van erkenning in deze irrelevant.

Het middel wordt niet aangenomen.

14. *Met betrekking tot de door het WZC ingeroepen schending van het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel:*

Het vertrouwensbeginsel vormt geen beletsel voor een wijziging van de reglementering, ter vrijwaring van een hoger belang dan dat van de individuele (rechts)persoon.

Het WZC roept in dat het zijn beleid op vlak van personeelsuitgaven en investeringen mede gebaseerd heeft op de volgens artikel 16, § 1, 1^e lid berekende forfaits. De bestreden beslissing zou een financiële impact hebben van 463.388,00 EUR aan mislopen tegemoetkoming.

Hierbij dient dan toch de kanttekening gemaakt dat het WZC kennelijk zijn bedrijfsplan opstelt in functie van een wettelijke bepaling, die afgewend wordt van haar eigenlijk doel, met name tegemoet komen aan de “kleine” woonzorgcentra (inrichtingen waar de norm zoals bedoeld in art. 2 van het M.B. kleiner is dan vijf voltijdse equivalenten waarvan twee verpleegkundigen).

Het WZC startte weliswaar “klein”, om dan onmiddellijk na het verstrijken van de korte referentieperiode van één trimester een veelvoud aan bewoners op te nemen (stuk 4 van het RIZIV). Dat de populatie van het WZC bovendien anders blijkt samengesteld in de periode aansluitend op de (korte) referentieperiode (in verhouding minder zwaar zorgbehoevende bewoners) wordt als dusdanig ook niet ontkend (stuk 4 van het RIZIV). Het WZC stelt dat daar verschillende oorzaken voor kunnen worden aangehaald (aantal overlijdens, aantal overplaatsingen, ...) en dat het streeft naar een “optimaal beheer”.

Opdat er een schending van het vertrouwensbeginsel zou kunnen worden weerhouden, moet het vertrouwen in eerste instantie gewettigd zijn.

Het WZC is op een creatieve manier omgegaan met een uitzonderingsbepaling (art. 16, § 1, 1^e lid) en erkent dat haast met zoveel woorden (syntheseconclusies nr. 43, 2^e al.).

Het WZC wist allicht dat daar risico's aan verbonden waren, minstens had het WZC dit moeten beseffen.

Het kan de regelgever bezwaarlijk kwalijk worden genomen dat hij in het hoger belang van de financiering van de sociale zekerheid op gegeven ogenblik is opgetreden om uitwassen inzake het “verhoogd forfait” tegen te gaan.

Er is geen sprake van strijdigheid van artikel 16, § 1, 2^e lid met hogere rechtsnormen, zodat de bestreden beslissing rechtsgeldig op dit artikel werd gesteund.

De bestreden beslissing is volledig naar recht verantwoord; het beroep is ongegrond.

15. *Met betrekking tot de vordering van een schadevergoeding:*

Het WZC vordert de vergoeding van geleden schade die in causaal verband zou staan met een fout van het RIZIV. De schade wordt begroot op 463.388,00 EUR, te vermeerderen met intresten in sociale zaken.

De fout van het RIZIV is volgens het WZC gelegen in het feit dat het RIZIV zelf initieel heeft bevestigd dat voor instellingen die zich in de situatie van het WZC bevinden, toepassing kon worden gemaakt van artikel 16, § 1, 1^o lid van het Ministerieel besluit van 6 november 2003. Het RIZIV heeft volgens het WZC bevestigd dat artikel 16, § 1, 2^e lid geen impact had op instellingen die op het ogenblik van deze bepaling al erkend waren.

Dit blijkt volgens het WZC uit de eerdere beslissingen die genomen werden ten aanzien van het WZC en uit de omzendbrief de dato 15 juli 2014 van het RIZIV (stuk 10 van het WZC).

Het RIZIV betwist dat het op enig ogenblik ten aanzien van het WZC heeft erkend dat het zou kunnen genieten van verhoogde tegemoetkoming.

Het WZC leest in de omzendbrief kennelijk zaken die er niet in staan; de omzendbrief stelt over het Ministerieel besluit van 26 mei 2014 enkel: "Dit besluit voegt een lid toe aan het artikel 16, § 1, dat stelt dat het voorgaande lid niet van toepassing is op de nieuwe inrichtingen. Dit betekent dat in hun geval enkel nog de kost die voortvloeit uit de toepassing van de basisnorm, zal in rekening worden gebracht.

Dit besluit is in werking getreden op 1 juli 2014".

Ten overvloede dient vastgesteld dat de omzendbrief geen foutieve informatie bevat.

Wat betreft de eerdere beslissingen waarbij een verhoogd forfait met toepassing van artikel 16, § 1, 1^o lid aan het WZC werd toegekend (beslissingen d.d. 02.07.2014, d.d. 06.08.2014 en d.d. 07.08.2014): deze beslissingen waren overduidelijk behept met een vergissing, vermits ze nog geen rekening hielden met de wijziging van de reglementering per 1 juli 2014.

Wanneer het RIZIV dergelijke vergissing vaststelt, dient het de foutieve beslissing te herzien om de situatie in overeenstemming te brengen met de vigerende wetgeving. Dit is in deze gebeurd.

Het RIZIV stelt terecht dat het niet valt in te zien hoe het op een correcte manier toepassen van een Ministerieel besluit een fout in de zin van artikel 1382 Burgerlijk Wetboek kan uitmaken.

Het WZC bewijst geen fout in hoofde van het RIZIV. De vordering van een schadevergoeding wordt afgewezen.

16. Alle overige middelen zijn verder niet terzake dienend.

...

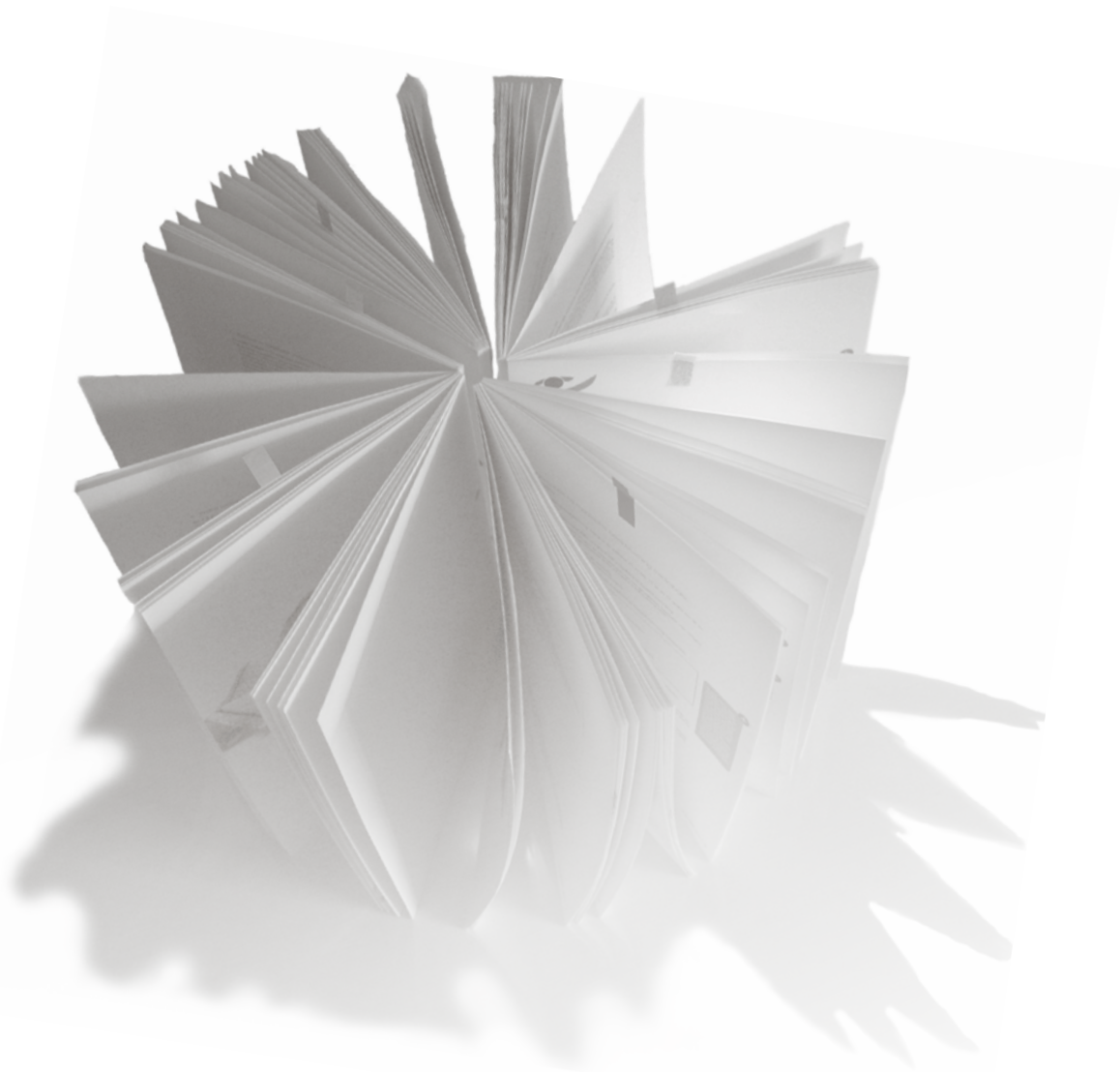
OM DEZE REDENEN,

DE RECHTBANK,

Op tegenspraak en in eerste aanleg,

Verklaart de vordering van eisende partij ontvankelijk doch ongegrond.

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Slaapmedicatie gerelateerd aan benzodiazepines

Consumptie bij ouderen – Kost voor de sociale zekerheid
– Controle – Opleidingen met betrekking tot het adequaat gebruik – Campagnes

Vraag nr. 663, gesteld op 20 januari 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw HUFKENS, volksvertegenwoordigster¹

De consumptie van slaapmedicatie is wederom in stijgende lijn. In 2014 werden er in België zo'n 13,2 miljoen dozen slaapmedicatie verkocht, een stijging van 3,5 % ten opzichte van 2013. Belgen consumeren in vergelijking met andere Europese landen, zoals Nederland en Zweden, 2 à 3 keer meer slaappillen.

Artsen schrijven slaapmedicatie gerelateerd aan benzodiazepines zoals Zolpidem of Zopiclon maar al te snel voor, terwijl dergelijke medicatie snel voor verslaving zorgt.

De gevaarlijke gevolgen van langdurig gebruik van slaapmedicatie zijn moeilijk te detecteren, maar in vele gevallen manifesteert zich een verminderde coördinatie waardoor, vaak oudere mensen, snel vallen. 30 % van de 70-plussers neemt op regelmatige basis slaapmedicatie, in de groep laaggeschoolde vrouwelijke 60-plussers loopt dit op tot 50 %.

1. Hoeveel dozen slaapmedicatie gerelateerd aan benzodiazepines werden er voorgeschreven in de periode 2010-2015?
2. Welke kost heeft dit met zich meegebracht voor de sociale zekerheid in de periode 2010-2015?
3. Worden artsen gecontroleerd op het voorschrijven van slaapmedicatie? Zo ja, graag een overzicht van deze controles voor de periode 2010-2015.
4. Bestaan er voorwaarden waaronder artsen slaapmedicatie kunnen voorschrijven? Bijvoorbeeld enkel in het geval van acute slapeloosheid?
5. Welke opleidingen zijn er voorhanden met betrekking tot de sensibilisering bij huisartsen? Hoeveel huisartsen maken gebruik van de aangeboden opleidingen?

Antwoord

1. De gegevens uit de IMS databank tonen aan dat het aantal in de openbare officina verkochte verpakkingen benzodiazepines gedaald is van bijna 14 miljoen verpakkingen in 2010 tot bijna 13 miljoen verpakkingen in 2015.

1. Bulletin nr. 077, Kamer, gewone zitting 2015-2016, p. 341.

Werkzaam bestanddeel	Aantal DDD 2010	Aantal DDD 2015
ALPRAZOLAM	66.615.600	73.717.453
BROMAZEPAM	34.874.412	28.113.105
BROTIZOLAM	6.371.190	5.617.740
CLOBAZAM	1.419.420	1.268.625
CLOTIAZEPAM	12.774.840	10.305.030
CLOXAZOLAM	4.477.595	3.436.905
DIAZEPAM	15.956.033	21.780.595
ETHYL LOFLAZEPATE	1.161.360	955.170
FLUNITRAZEPAM	6.191.370	3.319.100
FLURAZEPAM	6.033.086	6.410.330
KETAZOLAM	0	0
LOPRAZOLAM	6.492.420	5.857.140
LORAZEPAM	85.361.260	76.734.188
LORMETAZEPAM	140.104.948	136.242.200
NITRAZEPAM	1.396.170	870.330
NORDAZEPAM	365.180	272.550
OXAZEPAM	2.499.065	1.856.808
PRAZEPAM	6.061.735	5.756.180
TEMAZEPAM	0	0
TRIAZOLAM	3.696.650	2.858.800
ZALEPLON	34.965	0
ZOLPIDEM	73.023.070	83.941.110
ZOPICLONE	10.591.420	9.091.060
TOTAAL	485.501.788	478.404.418

Werkzaam bestanddeel	Aantal verpakkingen met tabletten 2010				Aantal verpakkingen met tabletten 2015			
	10 - 30 tabletten	50 - 60 tabletten	100 tabletten	TOTAAL	10 - 30 tabletten	50 - 60 tabletten	100 tabletten	TOTAAL
ALPRAZOLAM	481.015	1.824.296	0	2.305.311	518.282	1.765.596	0	2.283.878
BROMAZEPAM	5.101	962.298	0	967.399	3.152	686.045	0	689.197
BROTIZOLAM	212.373	0	0	212.373	187.258	0	0	187.258
CLOBAZAM	3.072	42.511	0	45.583	0	40.420	0	40.420
CLOTIAZEPAM	12.564	304.114	0	316.678	11.718	252.492	0	264.210
CLOXAZOLAM	7.996	103.852	0	111.848	4.669	81.796	0	86.465
DIAZEPAM	95.667	0	152.708	248.375	386.208	274.387	1.796	662.391
ETHYL LOFLAZEPATE	38.712	0	0	38.712	31.839	0	0	31.839
FLUNITRAZEPAM	619.137	0	0	619.137	331.910	0	0	331.910
FLURAZEPAM	220.025	0	0	220.025	233.783	0	0	233.783
KETAZOLAM	0	0	0	0	0	0	0	0
LOPRAZOLAM	119.452	0	0	119.452	107.662	0	0	107.662
LORAZEPAM	13.248	2.107.557	0	2.120.805	18.672	1.761.141	0	1.779.813
LORMETAZEPAM	2.244.772	126.865	0	2.371.637	2.157.188	157.964	0	2.315.152
NITRAZEPAM	46.539	0	0	46.539	29.011	0	0	29.011
NORDAZEPAM	3.543	13.762	0	17.305	2.899	12.178	0	15.077
OXAZEPAM	0	178.578	0	178.578	0	103.156	0	103.156
PRAZEPAM	11.794	157.243	0	169.037	10.941	142.542	0	153.483
TEMAZEPAM	0	0	0	0	0	0	0	0
TRIAZOLAM	373.744	0	0	373.744	290.785	0	0	290.785
ZALEPLON	2.546	0	0	2.546	0	0	0	0
ZOLPIDEM	2.151.959	166.646	0	2.318.605	2.807.853	103	0	2.807.956
ZOPICLONE	355.228	0	0	355.228	303.036	0	0	303.036
TOTAAL	7.018.487	5.987.722	152.708	13.158.917	7.436.866	5.277.820	1.796	12.716.482

2. Aangezien benzodiazepines niet worden terugbetaald, brengt het gebruik van die specialiteiten geen directe kosten op het vlak van geneesmiddelen met zich mee voor het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De valincidenten ten gevolge van de consumptie van psychotropen bij ouderen veroorzaken wel kosten voor de gezondheidszorg en eventueel voor de toekomst op het vlak van de gezondheidstoestand van de betrokken personen.

Een raming van de medische kosten van die valincidenten in Frankrijk levert een cijfer op van ongeveer één miljard EUR per jaar. Die raming houdt echter geen rekening met de indirecte kosten van die valincidenten (thuishulp, plaatsing in een instelling, enz.). In de VS worden de jaarlijkse kosten van de acute verzorging gewijd aan die valincidenten geraamd op 10 miljard dollar.

Die gegevens hebben vooral betrekking op de directe gevolgen van het valincident, zoals de tenlasteneming van dijbeenfracturen of kosten van evaluaties en ingrepen. Bovendien mag men niet vergeten dat de kosten van de afhankelijkheid en het verlies van zelfredzaamheid ten gevolge van het valincident niet bekend zijn en waarschijnlijk veel hoger liggen dan de directe kosten.

Wij hebben geen specifieke gegevens voor België en al zeker geen gegevens over de geneesmiddelen die tot de klasse van de benzodiazepines behoren.

3. Op vraag van het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg) kan controle uitgevoerd worden door de Provinciale Geneeskundige Commissies. We beschikken niet over cijfers over de frequentie van deze controles.

4. Nergens in de wetgeving betreffende geneesmiddelen (wet van 25.03.1964 op de geneesmiddelen en K.B. van 14.12.2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik) wordt het voorschrijven van slaapmiddelen aan voorwaarden onderworpen.

Artikel 11 van het Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen heeft betrekking op de diagnostische en therapeutische vrijheid in de uitoefening van de geneeskunde. Deze vrijheid wordt begrensd door de deontologische gedragsregels.

Artikel 11 van het Koninklijk besluit nr. 78 bepaalt immers het volgende: "Aan de beoefenaars bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 mogen geen reglementaire beperkingen worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, hetzij voor het uitvoeren van magistrale bereidingen."

Artsen houden zich aan de goedgekeurde indicaties uit de samenvatting van de kenmerken van het product.

5. Sinds enkele jaren financiert de overheid UZ Gent en Ziekenhuis Erasme voor het aanbieden van opleidingen met betrekking tot het adequaat gebruik van benzodiazepines. Het project leidt huisartsen op om kennis omtrent benzodiazepines te verhogen, om via getrainde gesprekstechnieken psychosociale moeilijkheden te herkennen, om het probleem bespreekbaar te maken en om valide niet-medicamenteuze alternatieven aan te bieden. Door de artsen goed te informeren wil men een adequaat voorschrijfgedrag bevorderen. Tijdens de duur van dit project werden ongeveer 5.000 huisartsen gevormd. Dit gebeurde door middel van opleidingen via de LOKs/GLEMs door een duo huisarts-psycholoog en via elektronische opleidingsmodules (*e-modules*). Evaluaties tonen aan dat de leermodule niet enkel als uitermate zinvol wordt ervaren maar ook bijdraagt aan het proces van gedragsverandering bij de deelnemende artsen. Bovendien gaven de artsen aan dat ze zich na het doorlopen van de module beter onderlegd en meer ondersteund voelen om patiënten met psychosociale moeilijkheden op een andere (niet-medicamenteuze) manier hulp te verlenen.

Het fagg is zich ervan bewust dat huisartsen moeten worden gesensibiliseerd voor een adequater gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Het is essentieel om op een rationele manier te kunnen voorschrijven met inachtneming van de indicaties, door de verschillende psychotrope stoffen op een relevante manier aan te wenden, met kennis van de risico's en bijwerkingen inherent aan elk van deze geneesmiddelen. Het is belangrijk dat de voorgeschreven psychotrope stoffen niet te snel en te lang worden voorgeschreven. Niet-medicamenteuze alternatieven genieten de voorkeur.

De overheid heeft al verschillende initiatieven genomen om een beter aangepast gebruik van slaapmiddelen aan te moedigen.

Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), een door het fagg erkende en gesubsidieerde vereniging om objectieve informatie te verstrekken aan gezondheidszorgbeoefenaars, positioneert geneesmiddelen gebruikt in het kader van slaapstoornissen in het Gecommantarieerd Geneesmiddelenrepertorium dat gratis naar alle artsen wordt verzonden. Tevens werden twee transparantiefiches, "Aanpak van slapeloosheid" en "Aanpak van angststoornissen", naar alle artsen verstuurd; deze zijn beschikbaar op de website van het BCFI. Deze fiches worden bijgewerkt naarmate er nieuwe gegevens beschikbaar zijn. Ook in een artikel verschenen in de *Folia Pharmaco-therapeutica* van mei 2009 wordt de aanpak van slapeloosheid op objectieve wijze besproken.

De vzw Farmaka, die eveneens wordt gesubsidieerd door het fagg, stuurt onafhankelijke artsenbezoekers langs bij huisartsen over het hele land om hen de recentste wetenschappelijke informatie, gebaseerd op de methodologie van de *Evidence Based Medicine*, te verstrekken voor een rationeel gebruik van geneesmiddelen op basis van een grondige wetenschappelijke analyse.

Het thema “slaapmiddelen” werd door de artsenbezoekers van Farmaka vzw voorgesteld bij de huisartsen tussen februari en juni 2011. Tijdens deze periode werden 2.272 artsenbezoeken afgelegd.

Op de website van Farmaka vzw is de fiche met betrekking tot slapeloosheid en een presentatie beschikbaar. Deze bevatten kernboodschappen over slaapmiddelen.

Tevens wordt de nadruk gelegd op de niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid.

De vzw Farmaka stimuleert huisartsen om een kritische houding te ontwikkelen ten opzichte van de Verschillende bronnen van wetenschappelijke informatie en streeft naar een rationeler voorschrijfgedrag.

Ook de FOD Volksgezondheid is waakzaam. Eind 2012 werd het platform BelPEP (*Belgian Psychotropics Experts Platform*) opgericht. Het doel van dit multidisciplinaire platform is om tot een adequater gebruik van psychotrope middelen in België te komen. Op basis van de bevindingen van elk van de werkgroepen van het BelPEP-platform, worden nieuwe initiatieven gepland. Benzodiazepines maken uiteraard deel uit van de prioriteiten voor de toekomst.

Er werden ook specifieke projecten betreffende slaap- en kalmeringsmiddelen opgezet.

Sinds 2002 organiseert de federale Minister van Volksgezondheid campagnes om de bevolking bewust te maken voor de risico's van overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Deze campagnes werden beoordeeld door een onafhankelijke instantie en er werden aanpassingen voorgesteld op basis van de resultaten. Zie: <http://www.slaapenkalmersmiddelen.be>. Sinds 2007 worden er, in het kader van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen, Franse *e-learning*-opleidingen (zie www.benzoconsultfr.be) en face-to-face opleidingen (opleiding gegeven door een arts en een psycholoog) ontwikkeld om het correcte gebruik van benzodiazepines te bevorderen. Meer dan 4.000 huisartsen werden op die manier opgeleid. Deze opleidingen worden voortgezet.

Bovendien maken ook handleidingen ontwikkeld door de ULB en de Universiteit Gent ter attentie van huisartsen en apothekers en die worden gebruikt als onderdeel van de opleidingssessies, deel uit van het theoretische kader. Deze werken kunnen worden besteld bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) en zijn online beschikbaar op de website www.health.belgium.be/benzo.

In deze handleidingen en opleidingen wordt gefocust op de niet-medicamenteuze alternatieven en worden de belangrijkste regels van goed gebruik van benzodiazepines en de na te leven voorwaarden om effectief en efficiënt te ontwennen, herhaald. Bovendien is een groot deel gewijd aan de verschillende fasen en vragen die moeten worden gesteld tijdens de anamnese van patiënten met slaapstoornissen. Deze vragen moeten toelaten om de situatie van de patiënt te onderzoeken en te proberen om een beter inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken. Het is ook raadzaam om het probleem van de afhankelijkheid (en tolerantie) met de patiënt te bespreken en hem uitdrukkelijk te wijzen op de mogelijke risico's en bijwerkingen.

Vele patiënten percipiëren hun arts vooral als iemand die geneesmiddelen voorschrijft en het voorschrift heeft een magisch karakter gekregen. De mentaliteit moet verder evolueren en dit kan alleen op een effectieve manier gebeuren door te volharden in de bewustmaking van zowel de huisartsen als het grote publiek.

In 2012 organiseerde het fagg een campagne om het goede gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Een van de twaalf tips uit de campagne “Een geneesmiddel is geen snoepje” stond in het teken van slaap- en kalmeringsmiddelen en verwees ook naar de campagne georganiseerd door de FOD Volksgezondheid.

II. Toegang tot innoverende geneesmiddelen

Betaalbare prijs – Therapeutische meerwaarde – Organisatie van de vergoeding – Toekomstpact – Pay for performance – Evidence Based Medicine – Medisch noodprogramma – Compassionate use-programma's – Werkgroep op Europees niveau

Vraag nr. 857, gesteld op 29 april 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer DUCARME, volksvertegenwoordiger¹

Onder het beschermheerschap van de Nederlandse minister van Volksgezondheid kwamen experts begin maart 2016 in Amsterdam samen om een stand van zaken op te maken van de toegang die patiënten hebben tot innoverende geneesmiddelen tegen een sociaal aanvaardbare prijs.

Die geneesmiddelen kunnen hun levenskwaliteit fors verbeteren en hen zelfs genezen maar zijn extreem duur, wat de behandelingskosten kan doen exploderen. Bovendien moeten nieuwe geneesmiddelen overeenkomstig de geldende erkenningsregels op grote groepen patiënten worden getest, wat problemen doet rijzen als het over zeldzame aandoeningen gaat.

1. Welke balans maakt u op van de toegang tot innoverende geneesmiddelen in ons land? Zult u nieuwe maatregelen treffen om die toegang te verbeteren en nog verder te versnellen, onder meer door op de prijs in te werken?
2. Beschikt men over een vergelijking met de situatie in de buurlanden?
3. Zullen de erkenningsregels voor die geneesmiddelen worden versoepeld, meer bepaald met betrekking tot de zeldzame aandoeningen, waarvoor er niet makkelijk grote groepen proefpersonen voor klinisch onderzoek kunnen worden gevonden?

Antwoord

Wat betreft uw eerste twee vragen wil ik graag eerst wat meer duiding geven. Toegang en toegankelijkheid voor nieuwe therapieën wordt mijns inziens bepaald door twee zeer verschillende maar even cruciale factoren. Er is eerst en vooral de beschikbaarheid van de therapie, maar anderzijds, en minstens even belangrijk, de betaalbaarheid op korte termijn en op lange termijn. Dit laatste element is bepalend voor de houdbaarheid van de financiering en duurzaamheid van het systeem van de ziekteverzekering.

1. Bulletin nr. 087, Kamer, gewone zitting 2015-2016, p. 172.

Ik heb intussen, zoals u weet, een aantal initiatieven genomen om die organisatie van de vergoeding van geneesmiddelen te optimaliseren, en om werkelijke antwoorden te bieden aan de uitdaging die de hoge kostprijs van nieuwe geneesmiddelen vormt. Ik verwijs hiervoor naar het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie dat ik heb afgesloten, en waarin ik duidelijke engagementen heb genomen rond contracten, met een focus op *pay for performance*, waarin ik uitdrukkelijk mijn intenties bevestig om mijn besluitvorming op *Evidence Based Medicine* te baseren en waarin ik mij ook verbonden heb de administratieve processen voor de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen te versnellen.

De wettelijke basis om een pediatrische snelprocedure vanaf 2017 van start te laten gaan werd onlangs in het Parlement gestemd. Dat zal kinderen toelaten tot zes keer sneller toegang te hebben tot innovatieve geneesmiddelen. Op de postoctrooimarkt laten we volop de concurrentie spelen dankzij een nieuw systeem van goedkoop voorschrijven en de *patent cliff* waardoor we jaarlijks honderden miljoenen vrijmaken voor innovatie. Ik verwijs hiervoor ook naar de Belgisch, Nederlands, Luxemburgse en Oostenrijkse samenwerking rond de vergoeding van geneesmiddelen, waarin ik met mijn EU collegae stappen zet om onze krachten te bundelen, en die samenwerking open te stellen voor andere geïnteresseerde lidstaten.

Voor wat betreft uw vraag naar een evaluatie van de Belgische situatie rond toegang tot innovatie en een vergelijking met onze buurlanden, wil ik even terugkeren naar wat ik eerder aanhaalde. Toegang en toegankelijkheid worden in belangrijke mate bepaald door de organisatie van de terugbetaling.

Voor België betekent dat een grondige analyse van de therapeutische meerwaarde, de kostenefficiëntie en de budgetimpact. Bij een gunstige evaluatie volgt een inschrijving van het nieuwe geneesmiddel in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, en, en dit is bijzonder belangrijk, *de facto* een verder onbelemmerde toegang tot de therapie voor alle patiënten die ze nodig hebben.

Hierin verschilt ons systeem toch wel van dit van onze buurlanden. Ik verwijs hiervoor bijvoorbeeld naar het "sluismodel" dat in Nederland gehanteerd wordt, naar de gedeeltelijke financiering van dure therapieën via de ziekenhuisbudgetten in Frankrijk en naar de theoretische toegang tot nieuwe geneesmiddelen in Duitsland, onmiddellijk na de registratie, maar met de werkelijke pakketkeuzes die er in de verschillende verzekeringsinstellingen en regio's gemaakt worden. Al die modellen kunnen in werkelijkheid de reële toegang beperken, en maken vergelijkingen bijzonder moeilijk en weinig relevant.

Ik moet eigenlijk besluiten dat voor wat betreft de toegankelijkheid tot innovatieve geneesmiddelen-therapieën, België het niet slecht doet. Wat de weesgeneesmiddelen (127) betreft, zijn er momenteel in België meer dan 60 % vergoedbaar (78) en 15 % in procedure ter hoogte van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Slechts voor minder dan 10 % werd de terugbetaling geweigerd, maar er rest nog iets minder dan 20 % waarvoor er nog geen terugbetalingsaanvraag ingediend werd. De nieuwe immunotherapieën in oncologie zijn al vergoedbaar, en de uitbreiding naar nieuwe indicaties wordt onderzocht. De nieuwe hepatitis C therapieën zijn beschikbaar en vergoed. Het zijn maar enkele voorbeelden.

Voor wat betreft uw vraag naar de versoepeling van de voorwaarden voor de erkenning, of de vergunning voor het in de handel brengen van nieuwe geneesmiddelen wil ik echter benadrukken dat ik geenszins van plan ben enige afbreuk te doen aan het zorgvuldig onderzoek naar de werkzaamheid en vooral de veiligheid van nieuwe geneesmiddelen. Ik ben mij er zeer goed van bewust dat de evidentie en de expertise, vooral voor zeldzame aandoeningen, erg beperkt kan zijn. Maar opnieuw, ook hier kan een versterkte internationale samenwerking, en de marktvergunning die bij uitstek een Europese materie is, mogelijkheden bieden. Ook hier zal ik mijn inspanningen op dat vlak verder zetten.

België voert artikel 83 van Europese Verordening 724/2004 uit door middel van de nationale wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964.

De nationale rechtsgrondslag voorziet de mogelijkheid om snel een geneesmiddel ter beschikking te stellen dat zich innovatief toont op therapeutisch, wetenschappelijk of technisch vlak voor patiënten die lijden aan een ziekte met invaliditeit tot gevolg of een chronische of ernstige ziekte of een ziekte die levensbedreigend wordt geacht en die niet op bevredigende wijze behandeld kan worden met een geneesmiddel vergund voor deze indicatie.

Er bestaat dan in België de mogelijkheid om compassionate use-programma's op te zetten voor geneesmiddelen die geen vergunning voor het in de handel brengen hebben, maar waarvoor de voordelen/risico's-balansgunstig is voor patiënten die een dringende medische nood vertonen.

België is ook een stap verder gegaan door de oprichting van een kader voor de vergunde geneesmiddelen, maar waarvoor een medisch noodprogramma kan worden opgezet mits de patiënten wier leven in gevaar is, geen andere bevredigende therapeutische optie hebben.

We zijn dus pionier op dit gebied door een wettelijk kader te hebben ingevoerd voor geneesmiddelen met en zonder vergunning die kunnen beantwoorden aan een dringende medische nood.

Het Koninklijk besluit van 14 december 2006 tot bepaling van de procedure werd gewijzigd in juli 2014 ter verbetering van het evaluatieproces waarvan het doel nog altijd is om de toegang tot een innovatief geneesmiddel in een relatief korte tijd te bevorderen met waarborging van de patiëntveiligheid.

Op Europees niveau nemen we actief deel aan een werkgroep, STAMP (*Safe and Timely Access to Medicines for Patients*), waarvan het doel is om de procedures in Europa te proberen harmoniseren door een nauwere samenwerking tussen de lidstaten.

Tijdens deze vergaderingen is er een uitwisseling van informatie en procedures tussen de lidstaten.

Met het oog op een harmonisatie en een snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen, heeft deze werkgroep bijgedragen aan de uitwerking van verschillende Europese initiatieven:

- PRIME (*PRiority MEdicines*), waarvan het doel is de ontwikkeling van geneesmiddelen die zich richten op een onbeantwoorde medische behoefte te ondersteunen
- *Adaptive pathway*, een wetenschappelijk concept gericht op de ontwikkeling van de geneeskunde en het genereren van gegevens die een snelle en progressieve toegang van een geneesmiddel aan de patiënt toelaat
- Er is ook een onderzoek gaande met betrekking tot het gebruik van een vergund geneesmiddel voor een nieuwe indicatie, genaamd *drug repurposing* waarvan het doel is om de noodzaak te bepalen voor het invoeren van een Europees wettelijk kader of guidances voor de verschillende lidstaten in deze specifieke context.

III. Diabetes

Rapport van de WHO – Evolutie in ons land –
Samenhang met de sociale ongelijkheid – Impact op de
volksgezondheid en de economie

Vraag nr. 869, gesteld op 4 mei 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer NOLLET, volksvertegenwoordiger¹

Volgens een recent rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is het percentage van de wereldbevolking dat lijdt aan diabetes nagenoeg verdubbeld ten opzichte van 1980, en gestegen van 4,7 procent tot 8,5 procent.

De meeste specialisten zijn het erover eens dat de ziekte diverse complicaties kan veroorzaken. Bovendien vormt een te hoge bloedsuikerspiegel een risicofactor voor onder meer hart- en vaatziekten.

1. Kunt U me cijfers bezorgen over de evolutie van die ziekte in ons land tijdens de afgelopen vijf (of zo mogelijk tien) jaar, per provincie en/of per arrondissement?
2. Welke politieke lessen trekt u uit die cijfers?
3. In het rapport van de WHO wordt erop gewezen dat de evolutie van diabetes niet overal dezelfde is en samenhangt met de sociale ongelijkheid in de wereld. In de armste landen zijn de preventie en de opsporing niet even goed uitgebouwd als in de rijke landen. Geldt die vaststelling voor de verschillende Gewesten van ons land?
4. Wat is de rechtstreekse economische impact van de ziekte op onze gezondheidszorg? Hoe is de situatie op dat vlak geëvolueerd tijdens de afgelopen vijf (of zo mogelijk tien) jaar?
5. Welke maatregelen hebt u genomen om de impact van diabetes op de volksgezondheid en de economie te beperken?

Antwoord

1. De meest betrouwbare bron om het aantal diabetespatiënten in België te kennen, is Farmanet van het RIZIV. In Farmanet worden, per voorschrijver, de gegevens vermeld betreffende de terugbetaalde geneesmiddelen die door de openbare officina's worden afgeleverd. Geneesmiddelen gebruikt in het kader van de behandeling van diabetes mellitus, geven bijgevolg een goed beeld over hoeveel patiënten het gaat.

1. Bulletin nr. 081, Kamer, gewone zitting 2015-2016, p. 191.

Gelieve hieronder de evolutie te vinden van het aantal diabetespatiënten per arrondissement:

Aantal patiënten/Provincie	Arrondissement	2012	2013	2014
Onbekend	Onbekend	962	902	995
Antwerpen	Antwerpen	40.299	41.434	42.276
Antwerpen	Mechelen	14.232	14.612	14.896
Antwerpen	Turnhout	17.522	18.132	18.523
Brussel Hoofdstedelijk gewest	Brussel Hoofdstedelijk gewest	46.245	47.472	48.362
Henegouwen	Ath	4.511	4.636	4.704
Henegouwen	Mons	16.261	16.523	16.957
Henegouwen	Charleroi	24.832	25.327	25.846
Henegouwen	Tournai	7.673	7.837	7.941
Henegouwen	Mouscron	3.900	4.013	4.084
Henegouwen	Thuin	8.009	8.352	8.591
Henegouwen	Soignies	9.993	10.327	10.642
Limburg	Hasselt	17.644	18.235	18.829
Limburg	Maaseik	8.786	9.275	9.564
Limburg	Tongeren	7.986	8.344	8.524
Luik	Waremmes	4.688	4.865	5.022
Luik	Huy	6.408	6.555	6.759
Luik	Luik	44.952	46.182	47.335
Luik	Verviers	14.654	15.313	15.928
Luxemburg	Arlon	2.124	2.162	2.180
Luxemburg	Bastogne	1.956	2.048	2.102
Luxemburg	Marche-en-Famenne	2.924	2.978	3.069
Luxemburg	Neufchâteau	2.943	3.012	3.058
Luxemburg	Virton	2.169	2.177	2.227
Namen	Dinant	5.252	5.400	5.494
Namen	Namur	15.733	16.136	16.533
Namen	Philippeville	3.461	3.571	3.626
Oost-Vlaanderen	Aalst	13.468	13.891	14.093
Oost-Vlaanderen	Dendermonde	9.443	9.862	10.044
Oost-Vlaanderen	Eeklo	3.654	3.751	3.872
Oost-Vlaanderen	Gent	22.910	23.456	23.993
Oost-Vlaanderen	Oudenaarde	5.880	6.046	6.180
Oost-Vlaanderen	Sint-Niklaas	10.674	11.103	11.353
Vlaams-Brabant	Halle-Vilvoorde	25.575	26.243	26.622
Vlaams-Brabant	Leuven	21.514	21.930	22.270
Waals-Brabant	Nivelles	15.714	16.212	16.522
West-Vlaanderen	Brugge	12.736	13.198	13.329
West-Vlaanderen	Diksmuide	2.443	2.526	2.543
West-Vlaanderen	Ieper	5.504	5.557	5.573
West-Vlaanderen	Kortrijk	14.477	14.771	14.949
West-Vlaanderen	Oostende	8.382	8.533	8.796
West-Vlaanderen	Roeselare	6.751	6.900	7.018
West-Vlaanderen	Tielt	4.272	4.310	4.356
West-Vlaanderen	Veurne	3.252	3.377	3.485
TOTAAL		522.768	537.486	549.065

2. De gevoelige stijging (iets meer dan 8 % tussen 2011 en 2014) van het totale aantal behandelde diabetespatiënten getuigt van een verhoogde sensibilisering van de zorgverleners voor de diagnose van deze ziekte. Ik heb die sensibilisering overigens willen versterken door het nieuwe programma "Follow-up van een patiënt met diabetes type 2 / voortraject" te creëren, waarmee een tenlasteneming mogelijk is zodra de diabetes is gediagnosticeerd.

Het absolute aantal (het gaat om meer dan 500.000 Belgen) sterkt me in mijn mening dat België terecht veel middelen in de tenlasteneming van deze ziekte investeert. Ik herinner u eraan dat we, naast de "Follow-up van een patiënt met diabetes type 2 / voortraject", ook andere initiatieven zoals de zorgtrajecten en een hele reeks RIZIV-overeenkomsten rond diabetes zeer sterk ondersteunen vanuit de verplichte verzekering gezondheidszorgen.

3. De op het niveau van de gehele bevolking georganiseerde preventie behoort tot de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten. Wat de individuele preventie en diagnose betreft, zijn de federale middelen die op dit vlak worden geïnvesteerd in alle gewesten van het land dezelfde.

Het wetenschappelijk referentiekader voor de individuele preventie en diagnose is hetzelfde voor alle artsen van het land. Concreet betreft het de aanbeveling voor goede praktijkvoering "Diabetes mellitus type 2" van de wetenschappelijke verenigingen Domus Medica en de Société scientifique de médecine générale (SSMG), gevalideerd door CEBAM in 2015.

4. Het RIZIV beschikt naast de gegevens betreffende de uitgaven voor de diabetesgeneesmiddelen, ook over data in verband met de zorgprogramma's voor diabetes (zorgtraject diabetes, diabetespas, diabetesovereenkomsten), de pilootprojecten in de ziekenhuizen en andere maatregelen voor bepaalde patiënten (thuiseducatie van patiënten die in de diabetesovereenkomst worden opgevolgd, schoenen, orthesen).

Gelieve hieronder de evolutie van die uitgaven te vinden:

Uitgaven (EUR)	2010	2011	2012	2013	2014
Geneesmiddelen	133.984.590	144.296.495	149.986.479	156.966.339	164.634.661
Diabetespas	1.119.981	1.224.073	1.341.804	1.401.464	1.501.262
Zorgtraject diabetes type 2	4.625.353	7.455.162	9.646.541	11.152.502	12.759.512
Diabetesovereenkomsten	108.993.861	114.029.213	120.388.812	128.841.033	133.613.115
Andere maatregelen	1.608.141	1.717.066	1.818.109	1.825.143	1.826.837
Pilootprojecten ziekenhuizen	600.000	600.000	600.000	600.000	550.000
TOTAAL	250.931.926	269.322.009	283.781.745	300.786.481	314.885.387

Het RIZIV beschikt niet rechtstreeks over individuele patiëntengegevens betreffende andere uitgaven van de ziekteverzekering op het vlak van diabetes: uitgaven voor andere geneesmiddelen, voor de behandelingen van de complicaties (ziekenhuisopnames, amputaties,...), de bijkomende onderzoeken (klinische biologie, medische beeldvorming, oogheelkundige onderzoeken, enz.).

Gelieve hierna de evolutie van de uitgaven voor personen in invaliditeit die lijden aan diabetes, te vinden. Hierbij dient opgemerkt dat het RIZIV op basis van de ICD 9 classificatie geen onderscheid kan maken tussen diabetes van het type 1 en 2. De uitgaven hebben derhalve betrekking op beide types.

Bij gebrek aan pathologiecode in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid zijn hierover geen gegevens beschikbaar bij het RIZIV.

Uitgaven in invaliditeit voor de ziektecode "diabetes"					
	2011	2012	2013	2014	2015
Algemene regeling	44.799.199,08	46.082.057,49	47.222.022,32	48.002.419,27	49.717.339,09
Regeling zelfstandigen	3.634.568,12	3.737.762,83	3.586.620,51	3.399.696,50	3.219.910,48

5. Momenteel bestaan er in de ziekteverzekering meerdere programma's voor de tenlasteneming van diabetespatiënten: de "Follow-up van een patiënt met diabetes type 2 / voortraject", het zorgtraject diabetes type 2 en de diabetesovereenkomsten.

De "Follow-up van een patiënt met diabetes type 2 / voortraject" is in februari 2016 van start gegaan en vervangt geleidelijk de diabetespas, die te weinig werd gebruikt. Dit programma beoogt een vroegtijdige tenlasteneming van patiënten met diabetes type 2, vanaf de diagnose tot de overstap naar een zorgtraject of diabetesovereenkomst. De huisarts speelt daar een sleutelrol in. Hij identificeert en registreert de patiënten met diabetes type 2 in zijn praktijk, bepaalt samen met hen individuele doelstellingen en biedt hun geschikte verzorging aan, waarbij hij steunt op de evidence-based aanbevelingen voor goede praktijkvoering. Hij registreert klinische en biologische gegevens waarmee dit programma kan worden geëvalueerd.

Het zorgtraject diabetes type 2 richt zich tot patiënten met diabetes type 2 die worden behandeld met één of twee insuline-injecties en patiënten voor wie een insulinebehandeling is gepland. De tenlasteneming gebeurt hoofdzakelijk in de eerstelijns. De patiënt, de huisarts en de geneesheerspecialist werken nauw samen met de andere professionele zorgverleners van de eerstelijns.

De diabetesovereenkomsten zijn gericht op patiënten met diabetes type 1 en patiënten in een gevorderd stadium van diabetes type 2, die met twee of meer insuline-injecties worden behandeld. De patiënten worden in de tweedelijns in een centrum met diabetesovereenkomst door een multidisciplinair team opgevolgd.

Die drie programma's vormen een zorgcontinuüm voor diabetespatiënten. In al deze programma's hebben de patiënten toegang tot dieetadvies en, indien ze een hoog risico hebben op wonden aan de voeten, tot podologie. In het zorgtraject en de overeenkomst hebben ze toegang tot diabeteseducatie en materiaal voor zelfzorg. Bovendien heb ik een budget uitgetrokken opdat sommige patiënten die een voortraject volgen, meer bepaald de patiënten met een hoog cardiovasculair risico, eveneens toegang hebben tot educatie en advies over lichaamsbeweging. Een werkgroep van het Verzekeringscomité van het RIZIV is belast met de ontwikkeling van concrete voorstellen betreffende dit thema.

Uit de evaluatie van de diabetesovereenkomsten en van de trajecten is een verbetering van de zorgkwaliteit gebleken. Voor de "Follow-up van een patiënt met diabetes type 2 / voortraject" is het nog te vroeg om conclusies te trekken maar een evaluatie wordt gepland.

IV. Empowerment van patiënten

Chronische ziekten – Ontwikkeling van geïntegreerde zorg – Pilotprojecten – Plan e-Gezondheid – Vijf use cases: stroke, cardiovasculaire zorg, diabetes, geestelijke gezondheidszorg, chronische pijn – Personal health record – Economische evaluatie – Federale financiering

Vraag nr. 1015, gesteld op 7 juli 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw FONCK, volksvertegenwoordigster¹

Op 19 oktober 2015 hebben de ministers van Volksgezondheid van de deelgebieden en de federale overheid tijdens de Interministeriële Conferentie een Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goedgekeurd, met als titel “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid”.

Dat plan zal onder meer worden vertaald in pilotprojecten die gericht zijn op de ontwikkeling van geïntegreerde zorg. Ter begeleiding van de zorgverleners die in zo'n pilotproject geïnteresseerd zijn, werd er een Gids opgesteld die op 2 februari 2016 tijdens een rondetafel werd voorgesteld.

Het plan bevat achttien componenten waaraan uitvoering moet worden gegeven om de evolutie naar geïntegreerde zorg mogelijk te maken. De eerste component heeft betrekking op de *empowerment* van de patiënt. Zo wil men “aan elke chronisch zieke de ondersteuning en informatie geven die nodig zijn om hem in staat te stellen, binnen de grenzen van zijn capaciteiten en in functie van zijn eigen doelen en motivatie, voor zichzelf te zorgen en een actieve rol op te nemen in zijn zorgproces en in zijn leven (*zelfmanagement*); hiervoor is het nodig om hem te informeren (betreffende zijn ziekte en de evolutie ervan, de behandeling en de mogelijke effecten ervan, de ondersteuningsmodaliteiten en beschikbare diensten), om te luisteren naar de patient (zijn voorkeuren, motivatie en doelen, zijn bezorgdheden), hem op te leiden (aanleren van bepaalde technieken, aanleren om symptomen te herkennen, enz.), hem te ondersteunen (om bepaalde doelen te bereiken of om zijn grenzen aan te passen, om zijn autonomie te bewaren of te doen groeien), om zijn capaciteiten te evalueren, enz.”

Bij de aanvullende acties die volgens het plan op federaal vlak moeten worden ondernomen, zijn er maatregelen op het stuk van de *empowerment* van de patiënt die onder meer betrekking hebben op “de ondersteuning van projecten inzake *zelfmonitoring*, *zelfmanagement* en telegeneeskunde als alternatief voor de klassieke zorg”.

1. Kunt u een stand van zaken schetsen van de projecten inzake *zelfmonitoring*, *zelfmanagement* en telegeneeskunde die vandaag reeds lopen en financieel worden ondersteund?
2. Zult u die projecten de komende jaren voortzetten?
3. Zult u nieuwe projecten opstarten? Zo ja, over welke projecten zal het precies gaan?
4. Welke begrotingsmiddelen worden er voor die projecten uitgetrokken?

1. Bulletin nr. 086, Kamer, gewone zitting 2015-2016, p. 251.

Antwoord

Geplaatst voor de uitdagingen van de vergrijzing van de bevolking, de toename van het aantal chronische ziekten en het frequenter optreden van multimorbiditeit, moet ons verzorgingssysteem worden hervormd om meer geïntegreerde zorg aan te bieden die zich toespitst op de behoeften van de patiënt. Dat is de ambitie van het Plan “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” dat ik met mijn collega’s heb ondertekend tijdens de Interministeriële Conferentie van 19 oktober 2016.

Zoals u onderstreept, bevat dat Plan 18 componenten die het mogelijk moeten maken naar een geïntegreerde zorg te evolueren en vier actielijnen zullen die evolutie ondersteunen. U stelt mij in het bijzonder vragen over de rubriek “*empowerment* van de patiënt”, onder meer via nieuwe technologieën, en over actielijn vier die voorziet in complementaire acties van meer bepaald de federale overheid.

In antwoord op uw vraag betreffende het *empowerment* van de patiënten via *zelfmonitoring*, *zelfmanagement* en telegeneeskunde kan ik u het volgende meedelen:

- er bestaan momenteel een aantal projecten “zelfzorg” die door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden gefinancierd.

In het kader van diabetes zijn er overeenkomsten gesloten tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en bepaalde Belgische ziekenhuizen; de bedoeling daarvan is dat de rechthebbende, in samenwerking met het diabetesteam en zijn huisarts, alle aspecten van de behandeling van zijn diabetes ten laste neemt, inclusief de glycemiemeting en, onder meer op basis van de resultaten van die metingen, de aanpassing van de insulinedosis, het onderkennen van de tekenen van hypoglycemie en het corrigeren ervan, de integratie van de fysieke activiteit in het schema van de injecties en van de maaltijden, alsook de vaststelling van een evenwichtige voeding. Het gaat er in die omstandigheden om dat de patiënt zelf zijn ziekte kan beheren (met uiteraard de steun van een gespecialiseerd team). Die overeenkomsten “zelfregulatie diabetes” zijn op zich goed voor een budget van meer dan 118 miljoen EUR (2014).

Ik ben dus niet van plan om die overeenkomsten stop te zetten, integendeel.

Nog steeds wat de diabetespatiënten betreft, worden dezen er met de zorgtrajecten toe aangespoord hun ziekte op een actieve manier mee te managen. Het materiaal voor zelfzorg wordt in dit kader terugbetaald. Voor 2014 gaat het om een budget van meer dan vier miljoen EUR.

Voor de patiënten die enterale voeding thuis krijgen, komt het RIZIV tegemoet in de kosten van de verzorging en de educatie via een overeenkomst met de multidisciplinaire teams die opgericht werden in de verplegingsinrichtingen en die verantwoordelijk zijn voor de opleiding en de follow-up van de rechthebbenden die parenterale voeding thuis krijgen, van hun familie en van de eventuele betrokken zorgverleners. Dat project werd op 1 september 2009 in het leven geroepen en wordt jaarlijks verlengd. De jaarlijkse budgettaire enveloppe wordt beperkt tot maximaal 281.250 EUR (93.750 EUR voor de kinderen van 0 tot 17 jaar, 187.500 EUR voor de andere rechthebbenden.)

- In een nabije toekomst: Plan e-gezondheid

Telegeneeskunde (en meer algemeen mobile health) is een van de actiepunten (nr. 19) van de recente roadmap e-gezondheid. Het proces voor de aanwijzing van een projectleider voor actiepunt 19 van de *roadmap* e-gezondheid werd opgestart.

In de planning die in dat actiepoint is vastgelegd, is de voorbereiding opgenomen van een juridisch kader, met inbegrip van de kwaliteitscriteria, de vergoedingsvoorwaarden, de administratieve omkadering en de controlemethode, tegen eind 2016. Er zal ook bijzondere aandacht worden besteed aan de patiëntvriendelijkheid en aan het gebruiksgemak van de toepassingen.

Het actiepoint voorziet in vijf *use cases*: *stroke*, cardiovasculaire zorg, diabetes, geestelijke gezondheidszorg, chronische pijn.

Het budget voor dit actiepoint zal zeer binnenkort in de interkabinettenwerkgroep worden besproken.

Actiepoint 10 van het Plan e-Gezondheid betreft de toegang tot de gegevens door de patiënt. Er werden verschillende fasen vastgelegd om dat punt in 2018 te realiseren met de actieve steun van de koepels van patiëntenverenigingen. Het gaat hier om een belangrijke stap voorwaarts op het vlak van het zelfmanagement van de gezondheidstoestand door de patiënt. Er moet op worden gewezen dat de patiënten de mogelijkheid zullen hebben om zelf medische gegevens in hun *personal health record* in te voeren. Die informatie zal toegankelijk zijn voor de personen die een therapeutische band hebben met de betrokken patiënt.

- Plan voor chronisch zieken “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid”.

Dat plan stelt dat er projecten voor geïntegreerde zorg kunnen worden ontwikkeld gespreid over pilootzones. Geïntegreerde zorg vereist de gezamenlijke ontwikkeling van een reeks componenten, waaronder, zoals u onderstreept, het *empowerment* van de patiënt.

De federale regering heeft financiële middelen vastgelegd voor de ondersteuning en de coördinatie van die projecten, maar niet voor eventuele investeringen. Dankzij het gegarandeerde budget voor het project kunnen echter technologisch innoverende instrumenten worden gefinancierd die een winst betekenen op het vlak van de doeltreffendheid. Er kan onder bepaalde voorwaarden een voorfinanciering worden overwogen.

Ook al is het duidelijk dat de nieuwe technologieën een meerwaarde kunnen inhouden voor het zelfmanagement van de ziekte door de chronisch zieke, er moet toch ook rekening worden gehouden met de individuele vaardigheden van iedere persoon. De numerieke breuk mag niet leiden tot een toename van de ongelijkheden op het vlak van de gezondheid. Iedere patiënt moet ertoe worden aangemoedigd om een actieve rol te spelen in zijn zorgproces en leven met methoden die aan zijn vaardigheden zijn aangepast.

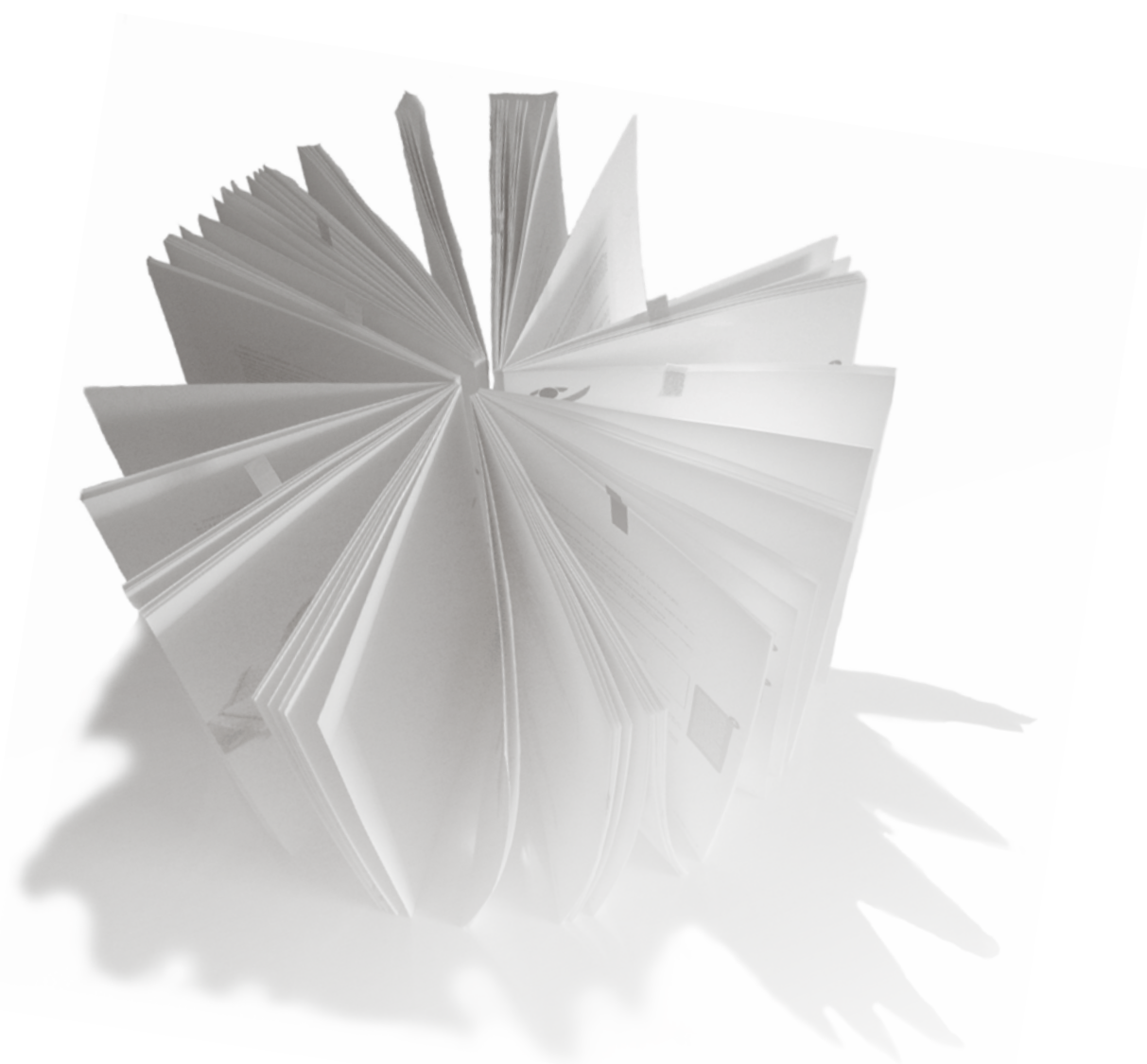
Dat laatste punt brengt me er heel spontaan toe om uw vragen over de beginselen van billijkheid en toegankelijkheid voor de chronisch zieken aan te snijden.

Wat de verhoogde tegemoetkoming betreft, werd in 2015 een gegevensflux gecreëerd om de potentiële rechthebbenden proactief op te sporen. De resultaten van die flux moeten door het RIZIV worden geëvalueerd. Het RIZIV zal ook voorstellen formuleren voor de automatisering van het recht op de verhoogde tegemoetkoming ten gunste van bepaalde doelgroepen op basis van sociale en administratieve criteria waaruit blijkt dat het inkomen laag is en beantwoordt aan de voorwaarden voor een verhoogde tegemoetkoming. Het evaluatierapport dat bestemd is voor de werkgroep Verzekerbaarheid zal uiterlijk eind 2018 worden bezorgd.

Het statuut “chronische aandoening” wordt momenteel binnen het RIZIV geëvalueerd. Men wil weten op basis van welke criteria het statuut werd toegekend, wat de aard is van de gezondheidsuitgaven die bijgedragen hebben tot de uitwerking van die criteria, alsook de evolutie betreffende de toekenning van het statuut. Het rapport en de aanbevelingen worden eind 2017 verwacht.

Het doel van zorgintegratie is inderdaad het samenbrengen van alle zorg die een persoon nodig heeft, ongeacht de bevoegde overheid. Vandaag moet echter rekening worden gehouden met de politieke strekkingen en de uitdagingen van elke eenheid. Hoewel de financiële evaluatie in het kader van de pilootprojecten daadwerkelijk rekening houdt met alle kosten (voor de federale overheid, maar ook voor de andere bevoegdheidsniveaus), toch is een “samengevoegde maximumfactuur” niet aan de orde. Er moet echter worden opgemerkt dat tijdens de evaluatie van de kandidaturen met het oog op de uitvoeringsfase rekening zal worden gehouden met de “manier waarop de financiële toegankelijkheid tot zorg- en hulpverlening en de garantie van vermijden van meerkost voor de patiënt gegarandeerd wordt aan de patiënt (...)”. (Gids p. 29, pt. 15)

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Toepassing van artikel 34, derde en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Terugbetaling van “prestaties verricht in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proeven” in het buitenland

Van toepassing vanaf 15 mei 2016.

1. Inleiding

1.1. Situatieschets

Artikel 34, derde en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: gecoördineerde wet van 14.07.1994), is met ingang van 10 mei 2014 gewijzigd. Deze wijziging die tot doel had juridische zekerheid te creëren op het gebied van de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen voor patiënten die opgenomen werden in klinische proeven op Belgisch grondgebied, geeft evenwel aanleiding tot vragen over de draagwijdte van deze bepalingen in een grensoverschrijdende situatie.

Artikel 34, tweede tot en met vierde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, zoals van toepassing vanaf 10 mei 2014, bepaalt:

“Artikel 34. De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

[...]

De verzekering voor geneeskundige verzorging komt niet tussen in met een esthetisch doel verrichte prestaties, tenzij onder de door de Koning bepaalde voorwaarden, na advies van het Verzekeringscomité. Voor wat in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proeven verrichte prestaties betreft, komt de verzekering voor geneeskundige verzorging enkel tussen in de kost van de verstrekkingen die bij de behandeling worden toegepast indien deze beantwoorden aan de algemeen aanvaarde klinische aanbevelingen of aan de wetenschappelijke consensus. Deze worden in het medisch dossier van de verzekerde gedocumenteerd en gerechtvaardigd door de in artikel 2, 17°, van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon bedoelde onderzoeker.

De verzekering voor geneeskundige verzorging komt niet tussen in de prestaties waarvan de uitvoering een specifieke vereiste is van het in artikel 2, 22°, van de hogervermelde wet bedoelde protocol en die de in het derde lid bedoelde verstrekkingen overschrijden. De onderzoeker houdt een lijst bij van het wetenschappelijk onderzoek en van de klinische proeven waarin hij patiënten includeert. De Koning kan nadere regels vaststellen voor de toepassing van dit lid.”

Volgens de memorie van toelichting van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (doc. 53-3349/001, art. 46) heeft:

“De wijziging [...] tot doel juridische zekerheid te creëren met betrekking tot de terugbetaling van verstrekkingen ten behoeve van patiënten die opgenomen worden in een klinische proef zoals bedoeld in de Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. Enkel de verstrekkingen die beantwoorden aan de klinische aanbevelingen of aan de wetenschappelijke consensus, komen in aanmerking voor terugbetaling. De verstrekkingen die niet aan die voorwaarden voldoen en de verstrekkingen die als dusdanig omschreven zijn in het studieprotocol, zijn ten laste van de sponsor van de klinische studie. In het medisch dossier van de verzekerde documenteert en motiveert de onderzoeker welke de verstrekkingen zijn die beantwoorden aan de klinische aanbevelingen of de wetenschappelijke consensus en welke verstrekkingen bijkomend verleend worden in het kader van de klinische studie. De onderzoeker houdt een lijst bij van het wetenschappelijk onderzoek en van de klinische proeven waarin hij verzekerden includeert.”

De wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (hierna: wet van 07.05.2004) formuleert een aantal voorwaarden waaraan moet voldaan zijn vooraleer een klinische proef mag aanvangen of worden voortgezet, verplicht de opdrachtgever van een klinische proef een verzekering af te sluiten voor foutloze aansprakelijkheid, ... Het opleggen van deze voorwaarden, rekening houdende met het proportionaliteitsbeginsel, is gerechtvaardigd in de situaties waarin Belgische patiënten in het buitenland willen deelnemen aan een klinische proef, en zijn dan ook weerhouden bij het indienen van een aanvraag van een voorafgaande toestemming (zie punt 3.1).

1.2. Terminologie

De verstrekkingen, die beantwoorden aan de klinische aanbevelingen of aan de wetenschappelijke consensus, en door de publieke ziekteverzekering van een land worden vergoed, worden in het kader van deze omzendbrief als “*standard of care*” aangeduid.

Wanneer in deze omzendbrief de term “klinische proef” wordt gebruikt, dient hieronder ook wetenschappelijk onderzoek te worden verstaan tenzij uitdrukkelijk vermeld wordt dat dit niet het geval is.

1.3. Doelstelling van deze omzendbrief

Met het oog op een correcte toepassing van artikel 34, derde en vierde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 met betrekking tot de tenlasteneming van de kosten van de “*standard of care*” door de verplichte verzekering van geneeskundige verzorging wanneer Belgische patiënten aan klinische proeven in het buitenland deelnemen, is het aangewezen om specifieke wetgevende maatregelen te nemen tot uitvoering van dit artikel. Deze uitvoeringsmaatregelen moeten ook bijdragen tot een gelijke behandeling van alle Belgische patiënten ongeacht de verzekeringsinstelling waarbij deze is aangesloten.

In afwachting van de vaststelling en publicatie van deze uitvoeringsmaatregelen bevat deze omzendbrief de nodige toelichtingen voor de verzekeringsinstellingen over de wijze waarop de kosten voor de “*standard of care*” door de verplichte verzekering van geneeskundige verzorging kunnen ten laste genomen worden wanneer Belgische patiënten aan klinische proeven in het buitenland deelnemen.

2. Wettelijk kader inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg

2.1. Belgische wetgeving

Artikel 136 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, bepaalt dat de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging in principe geweigerd worden als de geneeskundige verstrekkingen buiten het Belgisch grondgebied zijn verleend. De verzekeringstegemoetkoming kan evenwel worden toegekend onder meer in toepassing:

- van de internationale rechtsorde, zoals bijvoorbeeld Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels
- van artikel 294 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : K.B. van 03.07.1996).

Artikel 294, § 1, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 geeft een limitatieve opsomming van de situaties waarin de verplichte ziekteverzekering een tegemoetkoming kan verlenen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een verzekerde in het buitenland heeft ontvangen. Bij afwezigheid van specifieke maatregelen betreffende de tenlasteneming van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland, is – wanneer de verzekerde niet in het bezit is van een voorafgaande toestemming – enkel een tegemoetkoming mogelijk op grond van artikel 294, § 1, 13^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Een tegemoetkoming door het Bijzonder Solidariteitsfonds (hierna: BSF) is niet mogelijk. Het BSF kan enkel een tegemoetkoming in de kosten van in het buitenland verleende geneeskundige verzorging verlenen indien aan de in wetgeving gestelde voorwaarden is voldaan, zoals onder meer dat de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen het experimenteel stadium voorbij zijn (art. 25^{sexies}, § 1, c), van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Gezien hun specifieke karakteristieken en gelet op het wetenschappelijk niet voldragen karakter van klinische proeven, kan geen beroep worden gedaan op het BSF.

2.2. Wetgeving van de Europese Unie

Wanneer een verzekerde wenst deel te nemen aan een klinische proef in het buitenland (*in casu*: een ander land van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland) dan wordt deze deelname gekwalificeerd als “geplande geneeskundige zorg”.

Er zijn twee manieren om terugbetaling te krijgen van geplande geneeskundige zorg in een ander land van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland:

- (i) terugbetaling op basis van de regels en tarieven van het land waar men geneeskundige zorg heeft ontvangen (de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels – het document S2)
- (ii) terugbetaling op basis van de regels en tarieven van de Belgische verplichte ziekteverzekering (de Europese richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, zoals omgezet in art. 294, § 1, 13^o en 14^o, van het K.B. van 03.07.1996).

Deze twee manieren om terugbetaling te krijgen verschillen in termen van:

- wettelijke basis
- voorwaarden met betrekking tot het recht op grensoverschrijdende zorg
- de wijze van betaling van de zorgverlener
- de wijze van terugbetaling van de ontvangen geneeskundige zorg
- de eigen bijdragen (zoals bijvoorbeeld het remgeld) in de kosten van de geneeskundige zorg.

Een gemeenschappelijk element van beide rechtsinstrumenten is evenwel dat een lidstaat niet kan verplicht worden om een voorafgaande toestemming voor geplande zorg uit te reiken indien de verstrekkingen niet worden vergoed in het land waar men ziektekostenverzekerd is (bijv. een geneeskundige verstrekking verleend in het kader van het protocol van een klinische proef of een wetenschappelijk onderzoek).

Meer toelichtingen over de toegang tot en de terugbetaling van geplande zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland, alsook over de voorwaarden voor de afgifte van een voorafgaande toestemming zijn terug te vinden in Omzendbrief V.I. 2014/440 van 14 november 2014 houdende Algemene instructies voor de toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009 van Het Parlement en de Raad betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels - DEEL II. De toegang tot en de tenlasteneming van grensoverschrijdende zorg - Toepassing van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004, (EG) nr. 987/2009 en van artikel 294 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

3. Tenlasteneming van de kosten voor de “*standard of care*” door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wanneer Belgische patiënten aan klinische proeven in het buitenland deelnemen

Artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004 bepaalt wanneer een voorafgaande toestemming niet mag geweigerd worden, maar verzet er zich niet tegen dat een lidstaat soepeler optreedt en toch een voorafgaande toestemming (document S2) uitreikt in situaties waar dit niet verplicht is krachtens dit artikel.

In afwachting van de vaststelling en publicatie van specifieke wetgevende maatregelen tot uitvoering van artikel 34, derde en vierde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, mag een voorafgaande toestemming (document S2) worden uitgereikt aan een verzekerde die in het buitenland een behandeling wenst te volgen in het kader van een klinische proef.

3.1. Aanvraag van een voorafgaande toestemming – procedure

De verzekerde dient via de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling een aanvraag van een voorafgaande toestemming (document S2) bij het College van geneesheren-directeurs (hierna: CGD) in te dienen. Deze aanvraag kan slechts in overweging genomen worden op voorwaarde dat de aanvraag tenminste volgende elementen bevat:

- een omstandig medisch verslag van een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde in een lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein of Noorwegen uit te oefenen, met een grondige motivering voor deelname aan de klinische proef in het buitenland

- het bewijs dat er geen therapeutische alternatieven beschikbaar zijn (in België, in een land van de EU/EER of Zwitserland, of elders in de wereld)
- het bewijs dat de patiënt is toegelaten tot de klinische proef in het buitenland of tenminste de bevestiging dat een patiënt voldoet aan de inclusiecriteria van de klinische studie en tot de klinische proef kan toegelaten worden mits hij of zij in het bezit is van een document S2
- het bewijs van “geïnformeerde toestemming” dat de patiënt bereid is aan de klinische proef deel te nemen
- het “protocol” waarin de doelstellingen, de opzet, de methodologie, de statistische aspecten en de organisatie van de klinische proef worden beschreven. De term “protocol” bestrijkt tevens latere versies van het protocol en wijzigingen daarvan
- het bewijs dat de klinische proef erkend is door de bevoegde overheid van het land waar de klinische proef plaats vindt (bijv. identificatienummer in de EudraCT-databank of een gelijkwaardig document)
- het bewijs dat er een verzekering voor aansprakelijkheid van de onderzoeker of de opdrachtgever is voorzien.

3.2. Wie beslist over de toekenning/weigering van een voorafgaande toestemming?

De beslissing tot afgifte van een voorafgaande toestemming (document S2) wordt aan het CGD toegewezen. Deze centralisatie zal bijdragen tot een grotere transparantie van dergelijke dossiers, een meer coherente/gestroomlijnde beslissingspolitiek en een gelijke behandeling van de Belgische patiënten. Aangezien het slechts om een beperkt aantal gevallen zal gaan en het CGD elke week vergadert, kunnen de beslissingen betreffende de afgifte van een voorafgaande toestemming voor deelname aan een klinische proef in het buitenland binnen een redelijke termijn genomen worden.

De keuze om het CGD in dit geval bevoegd te maken, sluit bovendien ook aan bij de in 2013 doorgevoerde wijziging van artikel 25^{sexies} van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

4. Bijzonderheden

4.1. Afgifte voorafgaande toestemming (document S2) voor het vertrek naar het buitenland

Met het oog op de tenlasteneming van de kosten van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland, moet de verzekerde in het bezit zijn van een voorafgaande toestemming (document S2) vóór zijn vertrek naar het buitenland.

4.2. Geografische werkingsfeer

Deze regeling waarbij een voorafgaande toestemming (document S2) kan afgeleverd worden voor de tenlasteneming van de kosten van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef, is enkel van toepassing op klinische proeven die plaats vinden binnen het publiek gezondheidszorgstelsel van een lidstaat die behoort tot de EU/EER of Zwitserland.

De Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 zijn namelijk enkel van toepassing op geneeskundige zorg die wordt verleend door zorgverleners werkzaam binnen het publiek gezondheidszorgstelsel.

4.3. Ambulant versus *intramuraal*

Deze regeling waarbij een voorafgaande toestemming kan afgeleverd worden voor de tenlasteneming van de kosten van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland geldt zowel voor:

- een ambulante deelname, als
- voor een deelname waarbij minimum één overnachting in een verplegingsinrichting is vereist.

4.4. Erkende klinische proef ?

Een voorafgaande toestemming mag enkel worden afgegeven voor een ten laste neming van de kosten van de “*standard of care*” in het kader van een deelname van een door de bevoegde overheid goedgekeurde klinische proef zoals blijkt uit de EudraCT-bank of een andere gelijkwaardige bron.

4.5. Vermelding in rubriek 2.1. van het document S2

Naast de vermelding van de klinische proef waaraan de patiënt deelneemt, dient in rubriek 2.1. van het document S2 volgende bijkomende vermelding te worden geplaatst:

“Deze toestemming geldt enkel voor een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen (“*standard of care*”) die in het kader van de klinische proef door de wettelijke ziektekostenverzekering van [land invullen] worden vergoed.

Deze toestemming geldt niet voor de geneeskundige verstrekkingen waarvan de uitvoering een specifieke vereiste is van het studieprotocol.”

4.6. Redenen tot weigering van een voorafgaande toestemming

Het is verenigbaar met het Verdrag tot Werking van Europese Unie (hierna: “VWEU”) om dekking te weigeren van de uitgaven voor een behandeling in het buitenland die volgens gezaghebbende internationale medische instanties als experimenteel of als een proefbehandeling moet worden aangemerkt, wanneer er geen recht bestaat op een dergelijke behandeling in de staat van herkomst.

De regeling waarbij een voorafgaande toestemming (document S2) kan worden afgegeven voor de terugbetaling van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland dient beschouwd te worden als een versoepeling van de toepassing van het Europese Unierecht.

Derhalve is het gerechtvaardigd om een voorafgaande toestemming te weigeren:

- als de erkende klinische proef ook in België wordt uitgevoerd (bijv. in het kader van een zgn. “art. 56 overeenkomst”)
- alsook in het geval wanneer een verzekerde niet werd geselecteerd voor deelname aan een gelijkaardige klinische proef in België.

4.7. Quid follow-up?

Het lijkt aangewezen om, bij uitzondering, een regeling te voorzien waarbij een voorafgaande toestemming (een document S2) wordt vereist voor de tenlasteneming van de kosten van de “*standard of care*” bij een eventuele follow-up in het kader van een deelname aan een klinische proef in het buitenland.

4.8. Is deze regeling ook van toepassing op gezonde mensen?

De regeling waarbij een voorafgaande toestemming (document S2) kan worden afgegeven voor de terugbetaling van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland, zoals hierboven in punt 3 beschreven, is enkel van toepassing op “patiënten” en niet op gezonde (proef) personen.

4.9. Verderzetting van geneeskundige verstrekkingen die niet langer deel uitmaken van een klinische proef

Deze regeling waarbij een voorafgaande toestemming (document S2) kan worden afgegeven voor de terugbetaling van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland is niet van toepassing op geneeskundige verstrekkingen die voortvloeien uit een klinische proef, en er vaak ook verderzetting van zijn, maar niet langer deel uitmaken van een klinische proef. Een aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten kan in dit geval geëvalueerd worden in het licht van artikel 25^{sexies} van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

4.10. Geen tenlasteneming van de “*standard of care*” bij weigering van een voorafgaande toestemming (document S2) ?

De regeling tot invoering van een voorafgaande toestemming (document S2) voor de terugbetaling van de “*standard of care*” bij deelname aan een klinische proef in het buitenland dient beschouwd te worden als een versoepeling van de toepassing van artikel 20 van Verordening (EG) 883/2004.

Wanneer het CGD een positieve beslissing neemt ten aanzien van de aanvraag van een voorafgaande toestemming, dan dient aan de verzekerde een document S2 te worden afgegeven.

Wanneer het CGD een negatieve beslissing neemt ten aanzien van de aanvraag van een voorafgaande toestemming, dan wordt de verzekerde een document S2 geweigerd. Indien de patiënt toch naar het buitenland gaat om aan een erkende klinische proef deel te nemen, dan behoudt hij het recht op een eventuele terugbetaling tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op grond van artikel 294, § 1, 13°, Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wanneer het gaat om ambulante deelname aan een erkende klinische proef in een andere lidstaat van de EU/EER of Zwitserland. Het is aangewezen dat de verzekeringsinstellingen de patiënt hierover informeren.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/124 – 392/77, 80/112 en 83/458 van 20 mei 2016.

II. Recht op geneeskundige verzorging als leerling

Het landschap van het alternerend leren was tot voor kort gekenmerkt door een veelheid aan contracten, formules en stelsels met elk hun eigen regels en behandeling binnen de sociale zekerheid.

Ingevolge het advies nr. 1770 van de Nationale Arbeidsraad en de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven werd aan deze situatie een einde gesteld door in het Koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders een federale sokkel in te voeren voor opleidingen alternerend leren. Dit betreft een aantal minimumvoorwaarden waaraan een opleiding moet voldoen opdat de persoon die de opleiding volgt, wordt gelijkgesteld met werknemer in het kader van de voormelde wet van 27 juni 1969.

Daarnaast werden, via het Koninklijk besluit van 29 juni 2014 tot wijziging, wat betreft de leerlingen, 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, en van het Koninklijk besluit van 13 augustus 1984 tot uitvoering van artikel 45 van de herstellwet van 31 juli 1984, alle leerlingen op gelijke voet gezet, door een einde te maken aan de bevoorrechte situatie van industriële leerlingen (= leerlingen wier leerovereenkomst valt onder het toepassingsgebied van de wet van 19.07.1983 op het leerlingenwezen voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in loondienst) die werden gelijkgesteld met werknemers voor wat de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering betreft en waarbij het tijdvak als industriële leerling altijd (zowel als ze minderjarig als meerderjarig zijn) werd gelijkgesteld.

Deze wijzigingen zijn in werking getreden op 1 juli 2015.

1. Toepassingsgebied

1.1. De regeling zoals besproken in deze omzendbrief geldt louter voor de sector geneeskundige verzorging.

1.2. Onder leerling wordt elke persoon begrepen die in het kader van een alternerende opleiding door een overeenkomst verbonden is met een werkgever, met uitzondering van:

- de mindervaliden, die gebonden zijn door een speciale leerovereenkomst voor de omscholing van mindervaliden of een overeenkomst voor beroepsopleiding of omscholing, bedoeld in artikel 17, 2^o en 3^o, van de wet van 16 april 1963 betreffende de sociale reclassering van de mindervaliden
- de arbeidsovereenkomst.

Wordt verstaan onder alternerende opleiding, elke situatie die beantwoordt aan alle volgende voorwaarden samen:

1^o de opleiding bestaat uit een deel dat uitgevoerd wordt op de werkvloer en een deel dat uitgevoerd wordt binnen of op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van een onderwijs- of opleidingsinstelling; deze twee onderdelen beogen samen de uitvoering van één enkel opleidingsplan, zijn daarom op elkaar afgestemd en wisselen elkaar geregeld af

- 2° de opleiding leidt tot een beroepskwalificatie
- 3° het deel dat uitgevoerd wordt op de werkvloer voorziet op jaarbasis een gemiddelde arbeidsduur van minstens 20 uren per week, zonder rekening te houden met de feest- en vakantiedagen
- 4° het deel dat uitgevoerd wordt binnen of op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van een onderwijs- of opleidingsinstelling, omvat op jaarbasis:
 - minstens 240 uren voor de jongeren die onderworpen zijn aan de deeltijdse leerplicht in toepassing van de wet van 29 juni 1983 betreffende de leerplicht
 - minstens 150 uren voor de jongeren die niet onderworpen zijn aan de leerplicht in toepassing van voornoemde wet van 29 juni 1983, waarbij het aantal uren berekend kan worden naar *rato* van de totale duur van de opleiding, de uren waarvoor de leerling eventueel van een vrijstelling geniet, toegekend door de voormelde onderwijs- of opleidingsinstelling, zijn begrepen in de 240 of 150 uren
- 5° de beide delen van de opleiding worden uitgevoerd in het kader van en worden gedekt door één enkele overeenkomst waarbij de werkgever en de leerling betrokken partij zijn, de opleiding kan worden uitgevoerd in het kader van meerdere opeenvolgende overeenkomsten op voorwaarde dat (1) de minima van de opleidingsuren binnen de onderwijs- of opleidingsinstelling het aantal bedoeld in punt 4 bereiken en dat (2) het volledige traject, bestaand uit verschillende opeenvolgende overeenkomsten, gegarandeerd en gecontroleerd wordt door de operator die verantwoordelijk is voor de opleiding
- 6° de in 5° bedoelde overeenkomst voorziet een financiële bezoldiging voor de leerling die ten laste is van de werkgever en die beschouwd moet worden als een loon voor de toepassing van de wet van 12 april 1965 betreffende de bescherming van het loon der werknemers.

2. Tijdvakken als leerling vóór 1 juli 2015

2.1. Op tijdvakken als leerling vóór 1 juli 2015 dient de oude reglementering te worden toegepast:

- Tot 31 december van het jaar dat de leerling 18 jaar wordt, is hij niet onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers.

De rechthebbende dient een beroep te doen op de hoedanigheid van persoon ten laste of van gerechtigde resident.

- Vanaf 1 januari van het jaar dat de leerling 19 jaar wordt, is hij wel onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers.

De rechthebbende heeft voor het tijdvak als leerling de hoedanigheid van gerechtigde werknemer en is voor dit tijdvak bijdragen verschuldigd.

Indien zijn bijdragebescheiden voor het refertejaar de vereiste minimumwaarde bereiken (art. 286 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994), heeft hij recht op geneeskundige verzorging als gerechtigde werknemer.

Bereiken zijn bijdragebescheiden deze minimumwaarde niet:

- kan hij de aanvullende bijdrage betalen om recht te hebben als gerechtigde werknemer
- kan hij een beroep doen op de hoedanigheid van persoon ten laste indien aan de voorwaarden hiervoor is voldaan
- kan hij een beroep doen op de hoedanigheid van gerechtigde resident mits de betaling van een eventuele persoonlijke bijdrage.

Voorbeeld 1

A is 17 jaar oud en woont bij zijn moeder B. Hij is op 1 september 2014 begonnen als leerling middenstand en heeft hiertoe een leerovereenkomst afgesloten met een werkgever. Op 7 januari 2015 wordt hij 18 jaar oud. Eind februari maakt hij een einde aan zijn leerovereenkomst omdat hij wil gaan studeren aan de hogeschool.

A is door zijn leerovereenkomst nooit onderworpen geweest aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers.

Hij kan ingeschreven worden als persoon ten laste van zijn moeder B.

Voorbeeld 2

A is 17 jaar oud en woont alleen. Zijn ouders zijn overleden en zijn grootvader B is zijn voogd. Hij is op 1 september 2014 begonnen als leerling middenstand en heeft hiertoe een leerovereenkomst afgesloten met een werkgever. Op 6 december 2014 wordt hij 18 jaar oud. Eind juni 2015 loopt zijn leerovereenkomst als leerling ten einde. A is geslaagd in zijn alternerende opleiding en wordt vast in dienst genomen door de werkgever bij wie hij zijn opleiding heeft genoten.

Tot 31 december 2014 is A niet onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers. Aangezien hij niet samenwoont met zijn grootvader B, kan hij niet te zijner laste worden ingeschreven. Tot 31 december 2014 zal hij een beroep moeten doen op de hoedanigheid van gerechtigde resident mits betaling van de overeenstemmende bijdrage.

Van 1 januari 2015 tot 30 juni 2015 is A door zijn leerovereenkomst wel onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers. Voor deze tijdvakken zal zijn ziekenfonds bijdragebescheiden ontvangen.

Voor de tijdvakken van 1 juli 2015 tot 31 december 2015 zal A op basis van zijn arbeidsovereenkomst recht hebben op geneeskundige verzorging als gerechtigde werknemer.

2.2. Industriële leerlingen hebben steeds, ongeacht hun leeftijd, de hoedanigheid van gerechtigde werknemer (op basis van art. 3 van het K.B. van 13.08.1984 tot uitvoering van art. 45 van de herstelwet van 31.07.1984) en hun tijdvakken als industriële leerling worden gelijkgesteld (d.i. geacht gedekt te zijn door voldoende bijdragen) overeenkomstig artikel 290, A, 2, eerste lid, 6^o van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Voorbeeld 3

A is 16 jaar oud en woont bij zijn ouders. Hij start op 1 januari 2014 met een opleiding als industriële leerling. Op 31 december 2014 loopt zijn leerovereenkomst ten einde. A is niet geslaagd en gaat op zoek naar een nieuwe opleiding.

Tijdens 2014 is A onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers en worden de tijdvakken gelijkgesteld.

In 2016 zal zijn recht op geneeskundige verzorging verlengd kunnen worden op basis van zijn hoedanigheid van gerechtigde werknemer tijdens het laatste kwartaal van 2014 en de gelijkstelling van refertejaar 2014.

3. Tijdvakken als leerling na 1 juli 2015

Op tijdvakken als leerling na 1 juli 2015 dient de nieuwe reglementering te worden toegepast:

- Tot 31 december van het jaar dat de leerling 18 jaar wordt, is hij niet onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers.

De rechthebbende dient een beroep te doen op de hoedanigheid van persoon ten laste of van gerechtigde resident.

- Vanaf 1 januari van het jaar dat de leerling 19 jaar wordt, is hij wel onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers.

De rechthebbende heeft voor het tijdvak als leerling de hoedanigheid van gerechtigde werknemer en dit tijdvak wordt gelijkgesteld (d.i. geacht gedekt te zijn door voldoende bijdragen) overeenkomstig artikel 290, A, 2, eerste lid, 6° van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.



Voorbeeld 4

A is 18 jaar oud, woont bij zijn ouders B en C en vat op 1 september 2014 een opleiding in het kader van de middenstand aan. Deze alternerende opleiding loopt af op 30 juni 2015, maar A is niet geslaagd. Na een vakantieperiode van 2 maanden, vat A op 1 september 2015 een nieuwe opleiding in het kader van de middenstand aan. De examenperiode eind 2015 verloopt evenwel niet zoals gehoopt met als gevolg dat A er de brui aan geeft op 31 december 2015. Hij gaat nadenken over zijn toekomst.

Tot 31 december 2014 is A niet onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers. Hij kan persoon ten laste zijn van zijn vader of moeder.

Op 1 januari 2015 wordt A onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers. Voor de tijdvakken van 1 januari 2015 tot 31 december 2015 zal zijn ziekenfonds bijdragebescheiden ontvangen als gerechtigde werknemer. Enkel de tijdvakken van 1 september 2015 tot 31 december 2015 zullen worden gelijkgesteld.


Om het recht op geneeskundige verzorging van A te verlengen voor 2017 is voldaan aan de voorwaarde inzake hoedanigheid aangezien A tijdens het laatste kwartaal van 2015 beschikt over de hoedanigheid van gerechtigde werknemer.

Wat de bijdrageverplichting voor refertejaar 2015 betreft, geldt het volgende:

- Indien de bijdragebescheiden voor de tijdvakken van 1 januari 2015 tot 30 juni 2015 en de gelijkgestelde tijdvakken van 1 september 2015 tot 31 december 2015 de vereiste minimumwaarde bereiken, is voldaan aan de bijdrageverplichting
- Is dit laatste niet het geval, kan A ervoor kiezen om hetzij de aanvullende bijdrage te betalen als gerechtigde werknemer hetzij een beroep te doen op de hoedanigheid van persoon ten laste van zijn vader of moeder hetzij een beroep te doen op de hoedanigheid van gerechtigde resident.

4. Overgangsregeling

Voor industriële leerlingen met een lopende overeenkomst op 1 juli 2015 geldt een overgangsregeling. Deze houdt in dat zij tot het einde van hun leerovereenkomst recht hebben op de regeling zoals besproken onder punt 2.

 **Bijvoorbeeld:** A is 16 jaar oud, hij is persoon ten laste van zijn vader en vat op 1 september 2014 een opleiding aan als industriële leerling. Deze opleiding duurt twee jaar en A behaalt aldus zijn diploma op 30 juni 2016. Hij mag onmiddellijk aan de slag bij de werkgever die hem heeft opgeleid.

Op 1 september 2014 wordt A onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging van de sociale zekerheid van werknemers. Hij heeft als industriële leerling geen bijdrageverplichting, met als gevolg dat hij met ingang van 1 september 2014 geen beroep meer kan doen op de hoedanigheid van persoon ten laste, maar een beroep moet doen op de hoedanigheid van gerechtigde werknemer. De tijdvakken van 1 september 2014 tot 30 juni 2016 worden gelijkgesteld. Vanaf 1 juli 2016 werkt hij in het kader van een arbeidsovereenkomst, met als gevolg dat hij bijdraagt aan de sociale zekerheid van werknemers.


Het recht op geneeskundige verzorging van A zal verlengd kunnen worden tijdens 2015 aangezien hij tijdens 2013 persoon ten laste was van zijn vader.

Zijn recht op geneeskundige verzorging zal ook voor 2016 kunnen worden verlengd op basis van zijn hoedanigheid als gerechtigde werknemer tijdens het laatste kwartaal van 2014. Voor refertejaar 2014 zullen de tijdvakken van 1 januari tot 31 augustus worden gelijkgesteld als persoon ten laste en zullen de tijdvakken van 1 september tot 31 december worden gelijkgesteld als industriële leerling.

Voor 2017 zal worden gekeken naar refertejaar 2015. Aangezien hij tijdens het laatste kwartaal van 2015 beschikt over de hoedanigheid van gerechtigde werknemer, en refertejaar 2015 zal worden gelijkgesteld als industriële leerling, zal zijn recht verlengd worden voor 2017.

Met het oog op de verlenging van zijn recht tijdens 2018, zal A door zijn arbeidsovereenkomst een beroep kunnen doen op de hoedanigheid van gerechtigde werknemer tijdens het laatste kwartaal van refertejaar 2016. De tijdvakken van 1 januari tot 30 juni 2016 zullen worden gelijkgesteld als industriële leerling. Voor de tijdvakken van 1 juli 2016 tot 31 december 2016 zal het ziekenfonds van A bijdragebescheiden ontvangen. Indien deze bijdragebescheiden en de gelijkgestelde tijdvakken ervoor zorgen dat de vereiste minimumwaarde is bereikt, zal het recht van A verlengd kunnen worden tijdens 2018.

Van toepassing vanaf 1 juli 2015.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/150 – 200/1 van 14 juni 2016.

III. Recht op geneeskundige verzorging van de startende zelfstandigen

Het Koninklijk besluit van 13 maart 2016 tot wijziging van de artikelen 252 en 276 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, is op 30 maart 2016 bekendgemaakt. Het is in werking getreden op 1 april 2016.

Het nieuwe artikel 252, achtste lid, stelt dat voor de sector geneeskundige verzorging, de inschrijving van de gerechtigden bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o*bis*, van de gecoördineerde wet, uitwerking heeft vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid werd verworven, onder de opschortende voorwaarde van hetzij de betaling van de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is krachtens artikel 13*bis* van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, hetzij de verkrijging van een vrijstelling van bijdrage voor die eerste sociale kwartaalbijdrage, met toepassing van artikel 17 van hetzelfde besluit.

Artikel 276, § 3, bepaalt dat de personen die voor de eerste keer de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandigen, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o*bis* van de gecoördineerde wet, verkrijgen, hun hoedanigheid van gerechtigde bewijzen aan de hand van de gegevens die door de voornoemde kassen worden meegedeeld binnen de maand na hun aansluiting en waaruit blijkt dat deze personen met toepassing van het voormelde Koninklijk besluit nr. 38 onderworpen zijn aan de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Het nieuwe besluit bepaalt dat, voor de sector geneeskundige verzorging, die gegevens worden meegedeeld door de voornoemde kassen binnen de maand die volgt op hetzij de betaling van de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is krachtens artikel 13*bis* van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, hetzij de verkrijging van een vrijstelling van bijdrage voor die eerste sociale kwartaalbijdrage, met toepassing van artikel 17 van hetzelfde besluit, en daaruit blijkt dat deze personen met toepassing van hetzelfde besluit onderworpen zijn aan de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, en dat ze de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is hebben betaald of daarvan werden vrijgesteld.

1. Wat verandert er voor de sector van de geneeskundige verzorging?

Enkel voor de sector van de geneeskundige verzorging heeft de inschrijving slechts uitwerking als de opschortende voorwaarde is vervuld. Zolang aan de voorwaarde niet is voldaan, heeft de inschrijving geen uitwerking en wordt het recht op geneeskundige verzorging niet toegekend. Wanneer aan de voorwaarde is voldaan, heeft de inschrijving haar volledige uitwerking met terugwerkende kracht tot de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van zelfstandige is verworven.

Aan de opschortende voorwaarde wordt op twee manieren voldaan:

- hetzij door de betaling van de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut van de zelfstandigen
- hetzij door de verkrijging van een vrijstelling van bijdrage voor de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut van de zelfstandigen.

Voorbeeld

X start een zelfstandige activiteit op 2 juni 2016 en sluit zich aan bij een sociale verzekeringskas. Hij is onderworpen aan het sociaal statuut van de zelfstandigen vanaf 1 april 2016 en moet voor de eerste keer bijdragen betalen voor het sociaal statuut voor het 2^{de} kwartaal 2016.

Hij sluit zich aan bij een ziekenfonds op 15 juni 2016. Het gaat voor hem om een eerste inschrijving (de eerste keer dat hij een hoedanigheid van gerechtigde in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verwerft).

Voor de aanneming van de nieuwe bepaling had X onmiddellijk en zonder voorwaarden recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van zelfstandige vanaf 1 april 2016, ongeacht het ogenblik waarop hij de eerste sociale kwartaalbijdrage voor het sociaal statuut betaalde.

Sinds de aanneming van de nieuwe bepaling heeft X recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van zelfstandige vanaf 1 april 2016 zodra hij de sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut van de zelfstandigen voor het tweede kwartaal 2016 heeft betaald.

Met andere woorden:

- zolang hij de bijdrage van het tweede kwartaal 2016 niet heeft betaald, kan hij niet ingeschreven worden in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige en heeft hij in die hoedanigheid geen recht op geneeskundige verzorging
- zodra hij de bijdrage van het tweede kwartaal 2016 heeft betaald, heeft hij in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige recht op geneeskundige verzorging met terugwerkende kracht tot 1 april 2016.

De betaling (of de vrijstelling) van de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, is de bepalende factor. Mocht hij om een of andere reden de eerste kwartaalbijdrage (van het tweede kwartaal 2016 in het voorbeeld) niet betalen, maar wel een latere bijdrage, dan zou hij niet kunnen worden ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige en zou zijn recht op geneeskundige verzorging niet worden geopend.

2. Wie zijn de betrokken personen ?

Worden beoogd door die nieuwe bepaling, de personen die:

- een zelfstandige activiteit starten waardoor ze onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
- en
- die vragen om ingeschreven te worden bij een ziekenfonds in de zin van artikel 252 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De personen die een zelfstandige activiteit starten terwijl ze al een hoedanigheid van gerechtigde in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hebben en hun inschrijving bij een ziekenfonds nog steeds geldig is, worden niet beoogd door de nieuwe bepaling. Hun betaling van de sociale kwartaalbijdragen die verschuldigd zijn voor het sociaal statuut van de zelfstandigen, zal slechts impact hebben op het ogenblik van de verlenging van hun recht twee jaar later (wanneer het jaar waarvoor de bijdragen niet zijn betaald, het referentiejaar zal zijn voor de verlenging van de rechten).

> Voorbeeld

X oefent een activiteit in loondienst uit. Hij start op 15 juni 2016 een zelfstandige activiteit. Als hij zijn bijdragen voor het sociaal statuut niet betaalt, zal dat een impact hebben op de verlenging van zijn rechten in 2018 aangezien hij zijn bijdrageplicht voor het referentiejaar 2016 niet heeft vervuld.

Na zijn activiteit als werknemer is X gedurende een aantal jaren persoon ten laste. Zijn inschrijving is nog steeds geldig. Hij begint op 15 juni 2016 een activiteit als zelfstandige: de bijzondere maatregel voor starters is niet op hem van toepassing daar hij zich niet bevindt in de situatie van een inschrijving of herinschrijving (zie hieronder).

3. Wat gebeurt er in geval van herinschrijving?

Het principe luidt dat dezelfde regels als die welke voor de inschrijving gelden, van toepassing zijn voor de herinschrijving¹. De bijzondere maatregel voor de zelfstandige starters wordt dus in geval van herinschrijving toegepast, voor zover het wel degelijk gaat om de start van een zelfstandige activiteit in de zin van de reglementering betreffende het sociaal statuut der zelfstandigen (de maatregel beoogt immers de gerechtigden van wie de periode van aanvang van een activiteit overeenkomstig art. 13bis, § 2, van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, op zijn vroegst ingaat in het tweede kwartaal van 2016).

Om de bijzondere maatregel toe te passen, dienen dus twee voorwaarden voldaan te zijn:

- 1) het betreft een inschrijving of een herinschrijving bij een ziekenfonds in het kader van de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- 2) het betreft een zelfstandige die, in het kader van de reglementering inzake sociaal statuut der zelfstandigen, beschouwd wordt als een "starter", dit wil zeggen een zelfstandige die een activiteit start en een eerste sociale kwartaalbijdrage dient te betalen overeenkomstig artikel 13bis van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, zoals deze informatie als dusdanig meegedeeld wordt via de flux A301.

Er moet dus een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende situaties van herinschrijving.

- 1) Verstrijken van de geldigheid van een inschrijving in een andere hoedanigheid dan die van zelfstandige

> Voorbeeld: Een persoon is ingeschreven als zelfstandige en nadien in de hoedanigheid van resident. Als resident heeft hij gedurende twee jaar zijn bijdragen niet betaald en de geldigheid van zijn inschrijving is verstreken. Hij start een zelfstandige activiteit nadat de geldigheid van zijn inschrijving is verstreken².

Het gaat tegelijkertijd om een herinschrijving voor het recht op geneeskundige verzorging en de start van een activiteit voor het sociaal statuut van de zelfstandigen (ook al heeft de persoon in het verleden reeds een zelfstandige activiteit uitgeoefend): de bijzondere maatregel voor de zelfstandige starters is van toepassing.


In geval van een herinschrijving met wachttijd moet hij krachtens de reglementering betreffende de wachttijd voor het recht op geneeskundige verzorging³ de bijdragen hebben betaald voor de eerste twee kwartalen vanaf zijn herinschrijving.

1. Art. 252, laatste lid, van het K.B. van 03.07.1996.

2. Als de zelfstandige activiteit wordt gestart terwijl de inschrijving nog steeds geldig is, dan is de bijzondere maatregel voor de starters niet van toepassing (geen inschrijving voor de verzekering voor geneeskundige verzorging) en zal de betaling van de bijdragen voor het sociaal statuut alleen bepalend zijn voor de verlenging van het recht.

3. Art. 130 van het K.B. van 03.07.1996.

2) Verstrijken van de geldigheid van een inschrijving in de hoedanigheid van zelfstandige

 Voorbeeld: Een zelfstandige is gedurende twee jaar niet in orde met zijn bijdragen voor het sociaal statuut en regulariseert zijn verzekeraarbaarheidssituatie niet in een andere hoedanigheid. De geldigheid van zijn inschrijving verstrijkt. De beëindiging van de activiteit werd niet meege-deeld.

Het gaat om een herinschrijving voor het recht op geneeskundige verzorging en niet om de aanvang van een activiteit voor het sociaal statuut van de zelfstandigen. De bijzondere maatregel voor de zelfstandige starters is niet van toepassing.

Dus:

- de betrokkene kan niet worden ingeschreven als persoon ten laste: men bevindt zich in het toepassingsgebied van artikel 124, § 1, 4^o, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996
- hij moet zich herinschrijven zodra de geldigheid van de vorige inschrijving verstrijkt⁴.

Er moet een wachttijd worden doorlopen; het einde van die wachttijd moet worden aangetoond met een bijdragebon die de sociale verzekeringskas op verzoek van het ziekenfonds aflevert⁵.

4. Vanaf wanneer wordt de nieuwe maatregel toegepast?

Het Koninklijk besluit van 13 maart 2016 is in werking getreden op 1 april 2016, dat wil zeggen dat het van toepassing is op elke gerechtigde van wie de periode van aanvang van activiteit op zijn vroegst ingaat in het tweede kwartaal van 2016.

Voorbeelden

- A start zijn zelfstandige activiteit op 28 maart 2016: hij is vanaf 1 januari 2016 onderworpen aan het sociaal statuut en valt niet onder de nieuwe bepaling: hij heeft vanaf diezelfde datum onmiddellijk recht op geneeskundige verzorging, ook al betaalt hij de eerste kwartaalbijdrage voor het sociaal statuut slechts op, bijvoorbeeld, 26 juni 2016
- B start zijn zelfstandige activiteit op 2 april 2016: hij is vanaf 1 april 2016 onderworpen aan het sociaal statuut en valt onder de nieuwe bepaling: zijn recht op geneeskundige verzorging wordt slechts op 1 april 2016 geopend wanneer hij in orde is met zijn eerste kwartaalbijdrage voor het sociaal statuut (dat is de bijdrage die verschuldigd is voor het tweede kwartaal 2016).

4. Overeenkomstig de omzendbrief V.I. 2005/186.

5. Cf. art. 7 van het M.B. van 28.10.1993 ter bepaling van de wijze van vaststellen en meedelen van de gegevens in verband met de voorwaarden van verzekeraarbaarheid van de zelfstandigen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

5. Wanneer wordt de hoedanigheid van zelfstandige starter verworven?

De personen die voor de eerste keer de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige verkrijgen, bewijzen hun hoedanigheid van gerechtigde aan de hand van de gegevens die door de sociale verzekeringskassen worden meegedeeld, waaruit blijkt dat ze onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en die voor de sector geneeskundige verzorging worden meegedeeld zodra de eerste sociale kwartaalbijdrage is betaald of vrijgesteld⁶.

Zolang die eerste bijdrage niet is betaald, is de hoedanigheid van zelfstandige niet aangetoond en moet er een onderscheid worden gemaakt tussen twee situaties:

- de zelfstandige starter die zijn inschrijving bij het ziekenfonds aanvraagt, heeft een andere hoedanigheid: hij wordt ingeschreven volgens de regels die gelden voor die hoedanigheid; als die hoedanigheid de hoedanigheid van resident is, moet hij dus een kwartaalbijdrage betalen voor het einde van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin de inschrijving is aangevraagd; zo niet is die inschrijving ongeldig
- de zelfstandige starter heeft geen andere hoedanigheid: als hij geen enkele hoedanigheid heeft, is er geen inschrijving mogelijk.

6. Fluxen

De ziekenfondsen worden op de hoogte gebracht van de start van een activiteit als zelfstandige via de flux A301.

Zij worden ingelicht over de betaling via de flux L410 (waarmee de gegevens over de betaling van de sociale bijdragen kunnen worden geraadpleegd) en eventueel via een attest *ad hoc* dat wordt afgeleverd door de sociale verzekeringskas voor zelfstandigen. Dat attest bevat de persoonlijke gegevens van de betrokken zelfstandige en de informatie, namelijk dat de zelfstandige de eerste kwartaalbijdrage heeft betaald voor het eerste kwartaal waarin hij de zelfstandige activiteit is gestart, of dat hij een vrijstelling voor die bijdrage heeft gekregen.

7. De zelfstandige starter kan persoon ten laste blijven in afwachting van zijn recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van gerechtigde

Artikel 124, § 1, 4^o, 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, stelt dat de volgende personen niet als persoon ten laste kunnen worden beschouwd:

“de persoon die een zelfstandige activiteit heeft, waarvan de beëindiging niet aan de verzekeringsinstelling werd meegedeeld door de Vrije Sociale Verzekeringskas voor zelfstandigen of door de Nationale Hulpkas en die indien hij in orde is met zijn bijdrageplicht krachtens het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende de inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, recht zou hebben op geneeskundige verzorging zonder betaling van een aanvullende bijdrage.”

6. Art. 276, § 3 van het K.B. van 03.07.1996.

De zelfstandige starter is wel degelijk een persoon die een zelfstandige activiteit heeft en die, indien hij in orde is met zijn bijdrage, recht zou hebben op geneeskundige verzorging, een activiteit waarvan de beëindiging niet aan de verzekeringsinstelling is meegedeeld.

Nochtans, in de veronderstelling dat de betrokkene de eerste sociale bijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, niet heeft betaald, is zijn hoedanigheid van zelfstandige nooit aangetoond. Bijgevolg kan die bepaling van artikel 124, § 1, 4^o, *in casu* niet worden toegepast en mag de persoon ingeschreven blijven als persoon ten laste. Hij moet uiteraard alle voorwaarden naleven om persoon ten laste te zijn (in het bijzonder de inkomensvoorwaarde die van toepassing is op de andere personen ten laste dan de kinderen ten laste⁷).

8. De zelfstandige starter die de eerste kwartaalbijdrage nog niet heeft betaald en ingeschreven blijft als persoon ten laste, kan niet bij een andere verzekeringsinstelling als gerechtigde worden ingeschreven voor de sector uitkeringen

Men kan zich niet bij twee verschillende verzekeringsinstellingen inschrijven⁸. Zolang de zelfstandige de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, niet heeft betaald en als persoon ten laste ingeschreven blijft, kan hij alleen bij dezelfde verzekeringsinstelling uitkeringen genieten.

Indien hij zich als gerechtigde bij een andere verzekeringsinstelling wil inschrijven voor uitkeringen, moet hij zich beroepen op een andere hoedanigheid van gerechtigde voor het recht op geneeskundige verzorging bij die verzekeringsinstelling (bv. resident).

9. De zelfstandige starter die de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, nog niet heeft betaald, mag geen persoon ten laste hebben

Hij kan geen persoon ten laste hebben zolang hij niet geldig is ingeschreven.

10. De zelfstandige starter die de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, nog niet heeft betaald, kan het recht op de verhoogde tegemoetkoming vragen

Als de zelfstandige starter ingeschreven blijft als persoon ten laste, kan hij een aanvraag om verhoogde tegemoetkoming indienen.

7. Art. 124, § 1, 1^o, van het K.B. van 03.07.1996.

8. Art. 252 van het K.B. van 03.07.1996.

11. De zelfstandige starter die de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, nog niet heeft betaald, maakt deel uit van het gezin voor de verhoogde tegemoetkoming

Voor de verhoogde tegemoetkoming is het gezin samengesteld uit de aanvrager, zijn niet feitelijk of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of de persoon die met hem samenwoont, en hun personen ten laste, op het ogenblik van de indiening van de aanvraag⁹. Het gezin is aldus samengesteld zelfs indien sommige gezinsleden niet onder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vallen.

De zelfstandige starter die de eerste kwartaalbijdrage nog niet heeft betaald, maakt dus deel uit van het gezin van de aanvrager als hij de echtgenoot is of de persoon die met de aanvrager samenwoont of als hij persoon ten laste is.

12. Wat gebeurt er als de zelfstandige starter de eerste kwartaalbijdrage die verschuldigd is voor het sociaal statuut, nooit betaalt?

Dan kan hij niet worden ingeschreven omdat hij geen hoedanigheid heeft; een latere inschrijving in een andere hoedanigheid is mogelijk en zij zal uitwerking hebben volgens de regels die voor die hoedanigheid gelden. Die laatste inschrijving moet niet als een herinschrijving worden beschouwd (er is geen inschrijving geweest) en heeft niet de toepassing van een wachttijd tot gevolg.

13. Starter “artikel 37”

De toestand is de volgende: een zelfstandige start zijn activiteit en vraagt om in aanmerking te komen voor “artikel 37”¹⁰. Wat gebeurt er als nadien, wanneer zijn inkomsten worden gecontroleerd om na te gaan of hij voldoende bijdragen voor het sociaal statuut heeft betaald, blijkt dat hij geen recht kon hebben op artikel 37 en hij zijn situatie als zelfstandige in hoofdberoep moet regulariseren?

De zelfstandige “artikel 37” wordt beoogd door de bijzondere maatregel voor zelfstandige starters¹¹.

9. Art. 25 van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

10. In art. 37 van het K.B. van 19.12.1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967, houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, worden (inzonderheid) de personen beoogd die een afgeleid recht op geneeskundige verzorging hebben, maar het is ook van toepassing op de studenten en de ministers.


11. Hij is een zelfstandige zoals voorzien in art. 32, eerste lid, 1^o bis GVU-wet en de verwijzing naar het art. 13bis van het K.B. nr. 38 sluit hem niet uit.

Voorbeeld

Hij start zijn activiteit in 2016 en verkrijgt het recht op artikel 37. In 2018 stelt men vast dat zijn inkomsten te hoog zijn en dat hij de bijdragen van een hoofdberoep moet betalen.

- Ofwel heeft hij in 2016 als starter “artikel 37” de eerste sociale bijdrage betaald; afhankelijk van zijn situatie heeft hij het recht op geneeskundige verzorging genoten
- Ofwel als persoon ten laste. Als in 2018 wordt vastgesteld dat hij de bijdragen “hoofdberoep” had moeten betalen:
 - zolang hij de eerste bijdrage “hoofdberoep” niet heeft betaald, mag hij de hoedanigheid van persoon ten laste behouden¹² op voorwaarde dat hij de inkomensvoorwaarde van de reglementering betreffende de personen ten laste naleeft
 - wanneer hij die bijdrage wel heeft betaald, dan zal in 2016 zijn inschrijving als gerechtigde zelfstandige ingaan.
- Ofwel als gerechtigde zelfstandige door de betaling van de volledige aanvullende bijdrage. Omdat hij de hoedanigheid “artikel 37” niet meer heeft, kon hij geen recht hebben op geneeskundige verzorging door de betaling van de volledige aanvullende bijdrage en zijn de prestaties 2016 onverschuldigd zolang hij zijn situatie niet op een andere manier regulariseert
- Ofwel als gerechtigde door de betaling van de bijdragen van resident. Als in 2018 wordt vastgesteld dat hij de bijdragen “hoofdberoep” had moeten betalen:
 - als hij de eerste bijdrage “hoofdberoep” betaalt, heeft zijn inschrijving als gerechtigde zelfstandige uitwerking in 2016
 - als hij die bijdrage niet betaalt, behoudt hij zijn rechten als resident. Hij blijft de bijdragen die moeten worden betaald in het kader van het sociaal statuut, verschuldigd.
- Ofwel heeft hij in 2016 als starter “artikel 37” de eerste sociale bijdrage niet betaald; afhankelijk van zijn situatie heeft hij het recht op geneeskundige verzorging genoten:
 - Ofwel als persoon ten laste. Als in 2018 wordt vastgesteld dat hij de bijdragen “hoofdberoep” had moeten betalen:
 - zolang hij de eerste bijdrage “hoofdberoep” niet heeft betaald, mag hij de hoedanigheid van persoon ten laste behouden op voorwaarde dat hij de inkomensvoorwaarde van de reglementering betreffende de personen ten laste naleeft
 - wanneer hij die bijdrage wel heeft betaald, dan zal in 2016 zijn inschrijving als gerechtigde zelfstandige ingaan
 - als gerechtigde door de betaling van de bijdragen van resident:
 - als hij de eerste bijdrage “hoofdberoep” betaalt, heeft zijn inschrijving als gerechtigde zelfstandige uitwerking in 2016.
 - als hij die bijdrage niet betaalt, behoudt hij zijn rechten als resident.
- Hij kon het recht op geneeskundige verzorging als gerechtigde zelfstandige echter niet genieten door de volledige aanvullende bijdrage te betalen.

Van toepassing vanaf 1 april 2016.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/159 – 220/24 van 24 juni 2016.

12. Volgens de principes die hierboven zijn uiteengezet.

IV. Tegemoetkoming in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Verzekeringscomité een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten

Het Koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten is bekendgemaakt op 10 mei 2011 en in werking getreden op 20 mei 2011.

Het programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten voorziet “het geleidelijk aan uitbreiden van de tenlasteneming van de bestaande vervoerskosten voor dialyse- of kankerpatiënten tot andere chronische ziekten”. Dit Koninklijk besluit voert een maatregel in in dat kader.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kent aan het betrokken kind een tegemoetkoming toe voor de kostprijs van een heen- en terugreis naar *rata* van 0,25 EUR per km op grond van de werkelijke afstand tussen zijn hoofdverblijfplaats en de revalidatie-instelling waar het kind wordt opgevolgd. Als bijlage bij het besluit is een modeldocument gevoegd op basis waarvan de tegemoetkoming wordt toegekend aan de rechthebbende. Opdat er een tussenkomst van de verzekering is per dag in de kost van een verplaatsing van eenzelfde rechthebbende, werd een niet-cumulregel voorzien met andere terugbetalingen van vervoerskosten.

1. Rechthebbenden

Het voornoemde Koninklijk besluit voorziet een tegemoetkoming van 0,25 EUR per km in de kostprijs van een gemaakte heen- en terugreis (ongeacht het gebruikte vervoermiddel) van patiënten opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Verzekeringscomité een van de in artikel 3 van het besluit bedoelde revalidatieovereenkomsten heeft gesloten (zie hieronder, punt 4) die de leeftijd van 18 jaar niet hebben bereikt. De rechthebbende van deze tegemoetkoming is de patiënt jonger dan 18 jaar opgevolgd in een van de bedoelde revalidatiecentra.

Het betreft een tegemoetkoming in de vervoerskosten van het kind. Het ziekenfonds waarbij het betrokken kind is ingeschreven kent de tegemoetkoming toe.

Het gaat om een forfaitaire tegemoetkoming in de zin dat een vast bedrag wordt terugbetaald per gemaakte km, ongeacht het gebruikte vervoermiddel en ongeacht de werkelijke kost van de verplaatsing. Het statuut van het kind heeft geen belang (persoon ten laste, gerechtigde of rechthebbende van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming). Het kind moet enkel in orde zijn met de verzekerbaarheid.

De tegemoetkoming betreft een heen- en terugreis, voor zover dat de verplaatsing effectief is gemaakt. Als het kind zich naar een van de door de maatregel bedoelde revalidatiecentra begeeft en het moet bijvoorbeeld, nadat het daar zorgen heeft ontvangen, worden opgenomen in het ziekenhuis waarvan het revalidatiecentrum afhangt, dekt de verzekeringstegemoetkoming enkel de heenreis tussen de hoofdverblijfplaats van het kind en dit centrum. De tegemoetkoming wordt niet meer toegekend zodra het kind de leeftijd van 18 jaar bereikt: de dag dat het kind 18 jaar wordt, wordt dus niet in aanmerking genomen. Als het kind is geboren op 1 juli 2000 zal de tegemoetkoming onder de reglementair vastgestelde voorwaarden kunnen worden toegekend voor alle verplaatsingen gemaakt tot en met 30 juni 2018.

Vermits de maatregel de verplaatsingen van het kind beoogt, worden de eventuele bijkomende verplaatsingen van de ouders (die het kind bijvoorbeeld naar het centrum brengen, terug naar huis rijden en vervolgens het kind terug komen halen) niet vergoed; enkel de verplaatsingen van het kind komen in aanmerking.

2. Aanvraagformulier

De tegemoetkoming wordt aan de rechthebbende toegekend op basis van een aanvraag ingediend bij het ziekenfonds door middel van het document “Aanvraag om een tegemoetkoming in de reiskosten van de rechthebbende die voldoet aan de voorwaarden van het Koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type-revalidatieovereenkomst heeft gesloten”, dat als bijlage bij het Koninklijk besluit van 28 april 2011 is gevoegd, of elk document dat de vermeldingen bevat die voorkomen op dat model.

Op dat document dient men in het vakje “data van de reizen” de heen- en de terugreis te specificeren opdat de werkelijke verplaatsingen ten laste zouden worden genomen. Bijvoorbeeld, bij verblijf in een centrum: heen op 20 mei 2011 en terug op 23 mei 2011.

Men kan meerdere verplaatsingen aangeven op hetzelfde formulier: het formulier moet niet noodzakelijk na elke verplaatsing worden ingediend.

Dit document moet worden ondertekend door de verantwoordelijke van het revalidatiecentrum en de stempel van het centrum bevatten.

3. Berekening van de afstand

De in aanmerking te nemen afstand is de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats (volledig adres) van het kind en het centrum waar het een behandeling volgt. Onder hoofdverblijfplaats verstaat men de verblijfplaats zoals bedoeld in artikel 3 van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen.

De afstand moet door de verzekeringsinstelling worden berekend. Daarbij kan men gebruik maken van een elektronische routeplanner, waarbij steeds de kortste weg wordt berekend.

4. Revalidatiecentra

De verplaatsingen naar de revalidatie-instellingen die een hierna vermelde type-revalidatieovereenkomst hebben gesloten (d.w.z. de overeenkomsten gesloten tussen het RIZIV en alle instellingen van eenzelfde sector) worden bedoeld (art. 3 van het K.B.):

- 1° Overeenkomst 7.89.0 – Zeldzame erfelijke monogene metabole ziekten
- 2° Overeenkomst 7.89.1 – Mucoviscidose
- 3° Overeenkomst 7.89.2 – Neuromusculaire ziekten
- 4° Overeenkomst 7.89.5 – Cerebral Palsy
- 5° Overeenkomst 7.89.55 – Spina bifida
- 6° Overeenkomst 7.74.6 – Autismespectrumstoornissen
- 7° Overeenkomst 7.86.7¹ – Diabetes bij kinderen
- 8° Overeenkomst 7.89.7 – Kindernefrologie
- 9° Overeenkomst 9.69 – Visuele stoornissen
- 10° Overeenkomst [7.89.8 - Nationaal coördinatiecentrum en referentiecentra voor hemofilie
- 11° Overeenkomst 7.83.6 - Overeenkomst inzake de diagnostische follow-up van prematuur geboren kinderen]².

De tegemoetkoming is bedoeld voor de verplaatsingen naar het centrum voor revalidatieverstrekingen en niet, bijvoorbeeld, voor andere zorgen in het ziekenhuis waarvan het centrum in voorkomend geval afhangt.

5. Niet-cumul

Artikel 1 bepaalt: “Die vergoeding kan niet worden gecumuleerd met andere vergoedingsmechanismen van reiskosten bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.” De verzekeringsinstelling waakt over het naleven van deze vereiste. Deze heeft als doel dat één enkele heen- en terugreis wordt terugbetaald per dag.

De keuze zal gebeuren bij de indiening van een van de aanvraagformulieren voor een tegemoetkoming, rekening houdend met de meest voordelige oplossing, wat veronderstelt dat de verzekeringsinstelling informatie geeft over de verschillende mogelijke tegemoetkomingen.

6. Derdebetalersregeling

Vermits het gaat om een forfaitaire tegemoetkoming in de verplaatsingskosten die rechtstreeks door het ziekenfonds wordt toegekend aan de patiënt na indiening van het formulier in bijlage van het Koninklijk besluit is de toepassing van de derdebetalersregeling niet voorzien: het ziekenfonds kent de tegemoetkoming toe na berekening van de afstand tussen de hoofdverblijfplaats en het revalidatiecentrum en na controle van de voorwaarden betreffende leeftijd, niet-cumul en overeenkomst.

1. Cf. erratum bekendgemaakt in het B.S. van 30.05.2011.

2. Gewijzigd bij het K.B. van 16.05.2016 houdende wijziging van artikel 3 van het K.B. van 28.04.2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten.

7. Inwerkingtreding

Deze maatregel treedt in werking op 20 mei 2011. De verplaatsingen heen en terug vanaf deze datum worden dus in aanmerking genomen. In het geval van een heenreis op 19 mei 2011 en een terugreis op 20 mei 2011 zal enkel de terugreis in aanmerking worden genomen.

Van toepassing vanaf 25 juni 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/177 – 371/194 en 39990/6 van 11 juli 2016.

V. Informatieve brochure van de verklaring op erewoord betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (na onderzoek van de inkomsten)

Deze brochure is terug te vinden op de website van het RIZIV op het tabblad Publicaties.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/239 – 3991/278 van 25 augustus 2016.

VI. Modaliteiten waaronder uitzondering op het verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan worden toegestaan

Artikel 9, tweede lid van het Koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling voorziet een verbod tot toepassing van de derdebetalersregeling voor de prestaties die het opsomt (bezoeken, raadplegingen, adviezen van artsen en bepaalde tandheelkundige prestaties bij rechthebbenden van 18 jaar en ouder...).

Het derde lid van dezelfde bepaling voorziet evenwel dat dat verbod niet van toepassing is in een aantal uitzonderingssituaties die in het derde lid worden opgesomd.

A) Uitzonderingssituaties

1. Eerste situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in het kader van een akkoord waarin de forfaitaire betaling van bepaalde verstrekkingen is bedongen (art. 9, derde lid, 1^o).

1.1. De derdebetalersregeling is toegestaan voor de betaling van verstrekkingen welke aan rechthebbenden verleend worden, die ingeschreven zijn in een medisch huis dat een effectief geworden akkoord inzake forfaitaire betaling heeft gesloten, door zorgverleners die in dat medisch huis de derdebetalersregeling toepassen.

Deze uitzondering slaat enkel op patiënten aan wie de geneeskundige verstrekkingen verleend worden tegen betaling van een vast bedrag, dat door het ziekenfonds aan de zorgverlener wordt uitbetaald, en dus niet op de patiënten aan wie de betrokken zorgverleners, in welk kader ook, verstrekkingen verlenen die per handeling worden vergoed.

1.2. De derdebetalersregeling is dus niet toegestaan voor de door het verbod beoogde verstrekkingen die door die zorgverleners worden verleend:

a) aan de bij een medisch huis ingeschreven personen die bij hun eerste inschrijving, op hun verzoek de vergoeding van de verstrekkingen per handeling genieten gedurende een niet hernieuwbare periode van 3 maanden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2 en volgende opgesomde uitzonderingen.

b) aan rechthebbenden die niet bij een medisch huis zijn ingeschreven, in één van de situaties waarin die verstrekkers zich uitzonderlijk per verstrekking mogen laten honoreren (vb. deelneming aan een georganiseerde wachtdienst) behalve indien die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2 en volgende opgesomde uitzonderingen.

c) aan rechthebbenden die al dan niet bij een medisch huis zijn ingeschreven wanneer het door dat huis gesloten akkoord inzake forfaitaire betaling niet effectief is geworden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2 en volgende opgesomde uitzonderingen.

1.3. De verzekeringsinstellingen kennen de medische huizen, de zorgverleners die er hun praktijk uitoefenen in het kader van de forfaitaire betalingsregeling en de ingeschreven rechthebbenden (meegedeeld door de dienst met omzendbrief V.I. rubriek nr. 395).

2. Tweede situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen (art. 9, derde lid, 2°).

2.1. De verzekeringsinstelling is verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden op voorwaarde dat:

- a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door het centrum wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling (Landsbond, Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS).
- b) het centrum bij de eerste aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling het bewijs levert van zijn erkenning, gesubsidieerd is of erkenbaar is (wat telkens moet blijken uit een attest *ad hoc*) door de federale of communautaire overheid.
- c) de benaming van het centrum waar de verzorging is verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij de getuigschriften voor verstrekte hulp gaat indien geen gebruik wordt gemaakt van de elektronische facturatie.

2.2. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen verleend in de centra die het onder punt 2.1., b) bedoelde bewijs niet kunnen leveren, op voorwaarde dat die centra zijn vermeld onder de inrichtingen die een overeenkomst inzake revalidatie of herscholing hebben gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging (zie omzendbrief V.I. rubriek nr. 370) en tevens de onder punt 2.1., a) en c) bedoelde voorwaarden vervuld zijn.

3. Derde situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in inrichtingen die gespecialiseerd zijn in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden (art. 9, derde lid, 3°).

3.1. Het gaat om de verstrekkingen die in die inrichtingen worden verleend aan de volgende personen die er overdag en/of 's nachts verblijven:

- a) de kinderen die een bijzondere pedagogische benadering behoeven (bv.: de kinderen die verblijven in inrichtingen waar bijzonder onderwijs wordt verstrekt). De raadplegingen voor kinderen in een kinderziekenhuis of in een ziekenhuis of in een ziekenhuis dat over een dienst kindergeneeskunde beschikt, worden niet door de uitzondering beoogd. De derdebetalersregeling kan evenwel worden toegestaan voor de verstrekkingen die worden verleend in instellingen waarin kinderen verblijven die door de jeugdrechter zijn geplaatst.
- b) de kinderen, die verblijven in een medisch pediatrisch centrum voor kinderen, getroffen door een chronische ziekte, dat een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 23, § 3 van de voormelde gecoördineerde wet, heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging.
- c) de bejaarden die zijn ondergebracht in een erkend en tot de nationale overeenkomst toegetreden rust- en verzorgingstehuis of in een rustoord voor bejaarden. Het feit dat de verstrekkingen worden verleend in een ziekenhuis, een geriatrie dienst of een hersteloord, is geen omstandigheid die op zichzelf de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt. De verzekeringsinstellingen kennen reeds de tot de overeenkomst toegetreden rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen (zie omzendbrieven V.I. rubriek nr. 174).

d) De mindervaliden die verblijven in revalidatiecentra die een overeenkomst hebben gesloten met het Verzekeringscomité of in inrichtingen die erkend zijn door het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, het Service PHARE (Personne Handicapée Autonomie Recherche), het Agence pour une vie de qualité (AVIQ) of de “Dienststelle für personen mit behinderung”.

3.2. De verzekeringsinstelling moet de toepassing van de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat:

- a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door de inrichting wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling.
- b) de inrichting bij de eerste aanvraag het bewijs levert van haar erkenning door een federale of communautaire overheid; de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen zijn echter reeds gekend door de V.I., zodat dezen geen bewijs van erkenning moeten voorleggen.
- c) de inrichting waar de verstrekkingen zijn verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij die getuigschriften gaat indien geen gebruik wordt gemaakt van de elektronische facturatie.

3.3. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen die worden verleend in inrichtingen die het bewijs van de onder punt 3.2., b) bedoelde erkenning niet kunnen leveren, op voorwaarde dat het om inrichtingen gaat waarmee het Verzekeringscomité een revalidatieovereenkomst of een overeenkomst voor een medisch-pediatriesch centrum heeft afgesloten en de onder punt 3.2., a) en c) vermelde voorwaarden vervuld zijn.

3.4. Inzoverre de prestaties waarvoor de derdebetalersregeling wordt gevraagd, verstrekkingen zijn van individuele zorgverleners, die niet zijn gedekt door een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor de opname in de inrichting, zal de toepassing van de derdebetalersregeling gebeuren in hoofde van de individuele zorgverlener.

Het is derhalve deze zorgverlener die de beslissing neemt om gebruik te maken van de mogelijkheid van toepassing van de derdebetalersregeling.

4. Vierde situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden in geval van overlijden of die zich in een comateuze toestand bevinden (art. 9, derde lid, 4^o).

De verzekeringsinstelling moet de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat de geneesheer of tandarts op het getuigschrift voor verstrekte hulp verwijst naar de uitzonderingssituatie van het Koninklijk besluit van 18 september 2015 die in dit geval wordt toegepast.

De volgende vermelding volstaat: “Overlijden of coma”.

5. Vijfde situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden (art. 9, derde lid, 5^o).

5.1. Het gaat om situaties waarin de verzekerde niet onmiddellijk kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk is of niet aangewezen is om sociale redenen.

> Voorbeelden:

- raadplegingen aan toxicomanen die zich buiten een centrum laten verzorgen, indien de geneesheer van oordeel is dat het risico bestaat dat de verzekeringstegemoetkoming die aan betrokkene wordt uitbetaald, zal worden besteed aan de aankoop van drugs
- raadplegingen aan rechthebbenden die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde die het recht doet ingaan
- raadplegingen aan personen die niet over voldoende eigen bestaansmiddelen beschikken, hoewel zij zich niet bevinden in een in artikel 9, derde lid, 6^o tot 8^o bedoelde toestand.

Die bepaling mag er niet toe leiden dat de derdebetalersregeling wordt toegepast voor patiënten die zich bij het verlenen van de verzorging toevallig in de onmogelijkheid bevinden contant te betalen, maar die over voldoende middelen beschikken om zich via andere betalingsmodaliteiten van hun schulden te kwijten. Zo is het feit dat in het raam van een spoedgevallendienst een raadpleging wordt verricht voor een rechthebbende die op dat ogenblik onvoldoende betaalmiddelen bij zich heeft, op zich geen omstandigheid die de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt.

5.2. Deze uitzonderingssituatie kan niet meer worden toegepast voor de verstrekkingen uit het artikel 5, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend vanaf 1 oktober 2015.

5.3. Wat de overige verstrekkingen dan deze bedoeld in 5.2. betreft, is de verzekeringsinstelling er toe verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor de gevallen, bedoeld in 5.1., op grond van:

- hetzij een door de patiënt ondertekende verklaring op erewoord waarin staat dat hij verkeert in een situatie waarin de reglementering de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; een als volgt gestelde verklaring volstaat : “Ik verklaar op mijn erewoord dat ik mij bevind in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt”
- hetzij van een getuigschrift van de zorgverlener waarin deze meldt dat de patiënt hem heeft verklaard dat hij zich bevindt in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; wanneer een verzending van getuigschriften voor verstrekte hulp meerdere patiënten betreft die zich in zulke toestand bevinden, mag een globaal getuigschrift worden opgemaakt die deze toestand voor waar verklaart voor al de betrokken patiënten.

De arts die de prestatie elektronisch factureert, bewaart de verklaring op erewoord van de patiënt of zijn getuigschrift zoals hierboven vermeld, in het dossier van de patiënt.

5.4. De in 5.1. bedoelde situaties zijn situaties die zich occasioneel voordoen. Het behoort tot de bevoegdheid van de controlediensten van het RIZIV te vermijden dat de derdebetalersregeling door sommige zorgverleners systematisch wordt toegepast door automatisch en ten onrechte een beroep te doen op de bepalingen van artikel 9, derde lid, 5^o.

6. Zesde situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Art. 9, derde lid, 6°).

Voor de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming kan de derdebetalersregeling worden toegepast voor de periode waarover zij genieten van dit recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende van de verhoogde tegemoetkoming, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

7. Zevende situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die een bruto belastbaar gezinsinkomen hebben, dat niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14, § 1, 3° van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op de maatschappelijke integratie, en op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht krachtens artikel 134 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (art. 9, derde lid, 7°).

De derdebetalersregeling mag worden toegepast voor een bepaald jaar, indien de verzekerde voor het voorgaande jaar de voorwaarden vervulde om vrijgesteld te zijn van de bijdrageplicht in toepassing van artikel 134 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, op grond van het feit dat ze geen bruto belastbaar gezinsinkomen hebben dat hoger is dan het jaarbedrag van het leefloon.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

8. Achtste situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die voor de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze in de zin van de werkloosheidsreglementering en in de zin van deze laatste reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn (art. 9, derde lid, 8°).

Het bewijs van deze hoedanigheid wordt geleverd via een elektronische informatiestroom tussen de uitbetalingskassen van de werkloosheidsvergoedingen en de verzekeringsinstellingen, via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en het Nationaal intermutualistisch college.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

9. Negende situatie – door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die de medisch-sociale voorwaarden vervullen om het recht op verhoogde kinderbijslag te verkrijgen overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en aan de personen die te hunnen laste zijn.

Het bewijs dat de medisch-sociale voorwaarden vervuld zijn om het recht op de verhoogde kinderbijslag te verkrijgen, wordt geleverd aan de hand van de verklaringen vanwege de kinderbijslaginstellingen, de Staat, de Gemeenschappen, de Gewesten en de openbare instellingen die zelf kinderbijslag uitbetalen aan hun personeel, of op basis van de elektronische gegevensstroom “*Handichild*”.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraarheid/tarief van MyCarenet.

10. Tiende situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden op het statuut chronische aandoening in de zin van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (art. 9, derde lid, 10°).

Het statuut chronische aandoening is in werking getreden op 1 januari 2013.

Dit statuut wordt toegekend op basis van één van de volgende drie criteria zoals bedoeld in het Koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- uitgaven voor geneeskundige verzorging van minstens 300 EUR (geïndexeerd) per kalenderkwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, waarbij de 8 kwartalen twee opeenvolgende kalenderjaren omvatten
- genieten van het “zorgforfait chronisch zieken” zoals voorzien door artikel 37, § 16*bis*, 2° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het Koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte zoals geattesteerd door een geneesheer-specialist en voldoen aan het financiële criterium vermeld onder het eerste streepje.

De zorgverlener kan voor rechthebbenden op het statuut chronische aandoening de derdebetalersregeling toepassen.

De zorgverlener beschikt over deze mogelijkheid met ingang van 1 mei 2014.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende op het statuut chronische aandoening, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraarheid/tarief van MyCarenet.

11. Elfde situatie – Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan palliatieve thuispatiënten in de zin van het Koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (art. 9, derde lid, 11^o).

Het betreft patiënten die beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 3 van het voormelde Koninklijk besluit.

11.1. Voor de verstrekkingen uit het artikel 5, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, betreft het patiënten die de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 2 van het voormelde Koninklijk besluit genieten.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van palliatieve thuispatiënt, kan de tandarts gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraar van MyCarenet.

11.2. Wat de overige verstrekkingen dan deze bedoeld in 11.1. betreft, gelden dezelfde modaliteiten, met dien verstande dat de verzekeringsinstelling ook verplicht is om de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor een patiënt die de forfaitaire tegemoetkoming zoals bedoeld in 11.1. niet geniet, op grond van een verklaring van de arts dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het voormelde Koninklijk besluit. Indien de arts gebruik maakt van de elektronische facturatie bewaart hij de verklaring zoals hiervoor vermeld in het dossier van de patiënt.

B) Elektronische facturatie

In geval de zorgverlener gebruik maakt van de elektronische facturatie, wordt de toepasselijke uitzonderingssituatie aangegeven door de overeenstemmende waarde te vermelden in zone 32 van recordtype 50.



Opmerking:

De in deze omzendbrief vermelde uitzonderingssituaties, zijn telkens situaties waarvoor de derdebetalersregeling kan worden toegepast door de zorgverlener; de zorgverlener is daartoe echter niet verplicht.

Indien de zorgverlener echter inderdaad gebruik maakt van de voorziene mogelijkheid overeenkomstig hetgeen is voorzien in deze omzendbrief, kan de verzekeringsinstelling de toepassing van de derdebetalersregeling niet weigeren.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. 2015/032.

Van toepassing vanaf 13 oktober 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/287 – 393/51 van 19 oktober 2016.

VII. Niet-medewerking van de verzekerde in het kader van *prorata* dossiers invaliditeit (Verordening (EG) 883/2004 en 987/2009)

1. De Europese coördinatieverordeningen voorzien in hoofde van een aanvrager van invaliditeitsprestaties in verscheidene concrete medewerkings- en mededelingsplichten ten aanzien van de bevoegde organen die het recht op een (gedeeltelijk) invaliditeitspensioen dienen te onderzoeken:

- in het algemeen zijn de organen én de personen die onder het toepassingsgebied vallen, verplicht om met elkaar samen te werken en de nodige inlichtingen te verstrekken om een goede werking van de verordening mogelijk te maken (art. 76, § 4 Verordening 883/2004)
- de aanvrager van een pensioen dient het contactorgaan alle beschikbare, relevante gegevens en bewijsstukken te bezorgen betreffende tijdvakken van verzekering (organen, identificatienummers), van werkzaamheden in loondienst (werkgevers) of anders dan in loondienst (aard en plaats werkzaamheden) en van wonen (adressen) die in voorkomend geval onder de wetgeving van een andere lidstaat zijn vervuld, alsook de duur van deze tijdvakken (art. 46, § 1 Verordening 987/2009)
- de aanvrager of rechthebbende op invaliditeitsprestaties is verplicht om het bevoegde orgaan alle informatie, documenten en bewijsstukken te verstrekken die nodig zijn voor de vaststelling van hun situatie of van die van hun gezin, voor de vaststelling en het behoud van hun rechten en plichten, alsook voor de vaststelling van de toepasselijke wetgeving en de daaruit voortvloeiende verplichtingen (art. 3, § 2 Verordening 987/2009).

2. Het Europees Hof van Justitie heeft uitdrukkelijk bevestigd dat de mededelingsplichten die de coördinatieverordeningen definieert in hoofde van de verzekerde van **dwingend recht** zijn. De verordeningen bieden sociaal verzekerden in die zin geen keuzerecht om bijvoorbeeld verzekerings-tijdvakken vervuld onder de wetgeving van een andere lidstaat niet of slechts fragmentarisch te vermelden om zo aanspraak te maken op een gunstiger (invaliditeits)pensioen van een andere lidstaat¹.

3. De gevolgen verbonden aan het niet nakomen van de medewerkingsplicht onder de verordeningen moeten worden beoordeeld overeenkomstig het nationale recht van elke bevoegde lidstaat. Zij moeten gelijkwaardig zijn aan de maatregelen die in soortgelijke onder de nationale rechtsorde vallende situaties van toepassing zijn en mogen in de praktijk de uitoefening van de door deze verordening aan de betrokkenen verleende rechten niet onmogelijk of buitengewoon moeilijk maken (art. 76, § 5 Verordening 883/2004).

4. Wanneer een betrokkene laattijdig de aanwezigheid van verzekeringstijdvakken meldt in een bepaalde lidstaat, mag die lidstaat voor de bepaling van het recht op uitkering, alsook de aanvang ervan met deze laattijdige meldingsdatum rekening houden, en is niet gebonden door de oorspronkelijke aanvraagdatum bij het contactorgaan (art. 45, § 6 Verordening 987/2009).

1. Zie Hof van Justitie, C-103/13, 05.11.2014, *Sodova*, r.o. 59-61.

1. Niet medewerking van de verzekerde in het kader van dossiers laatst Belgisch verzekerden (LBV)

5. Wanneer laatst Belgisch verzekerden het recht op Belgische invaliditeitsuitkeringen openen op basis van hun Belgische verzekeringstijdsvakken alleen, ontvangen zij vanaf de intrede in invaliditeit de volledige autonome uitkering. Aangezien het bedrag van deze uitkering kan veranderen in functie van de beslissingen genomen door de buitenlandse instelling, heeft deze uitkering slechts een voorlopig karakter (art. 50, § 1 Verordening 987/2009). De betrokkene wordt op dit voorlopige karakter uitdrukkelijk geattendeerd via het ondertekenen van de subrogatieverklaring (art. 50, § 3 Verordening 987/2009).

Het recht op deze voorlopige autonome invaliditeitsuitkering blijft enkel behouden zolang de betrokkene de toekenningsvoorwaarden vervult overeenkomstig het nationale Belgische recht.

In toepassing van artikel 136, § 2 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is de uitbetaling van een invaliditeitsuitkering onder Belgisch recht subsidiair aan het recht op vergoeding van dezelfde schade (arbeidsongeschiktheid) op basis van een buitenlandse wetgeving. Bij toekenning van een buitenlands invaliditeitspensioen treedt de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering rechtens in de plaats tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die krachtens de buitenlandse wetgeving in toepassing van de coördinatieverordeningen zouden worden toegekend.

6. Artikel 295 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat in hoofde van diegene die prestaties van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering geniet op basis van het nationale Belgische recht, de verplichting rust om de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering in de mogelijkheid te stellen om dit wettelijk subrogatierecht uit te oefenen.

Volgens de rechtspraak van het Hof van Cassatie is het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen afhankelijk van het nakomen van deze verplichting in hoofde van de aanvrager of ontvanger van de ZIV-prestaties. Indien hij nalaat om de verzekeringsinstelling in de mogelijkheid te stellen om haar wettelijk subrogatierecht uit te oefenen, **zijn** de ZIV-prestaties (op basis van het nationale recht) **niet verschuldigd**, zonder dat dit impliceert dat de rechthebbenden reeds een schadeloosstelling hebben ontvangen van hun arbeidsongeschiktheid op basis van een andere (buitenlandse) wetgeving².

A. Weigering ondertekening verklaring voor invaliden (VI)

7. Elke laatst Belgisch verzekerde die na één jaar primaire arbeidsongeschiktheid in aanmerking kan komen voor invaliditeitsuitkeringen, dient een “verklaring voor invaliden” te ondertekenen waarin hij op eer verklaart in het verleden al dan niet verzekerd te zijn geweest in een andere lidstaat.

8. Bij melding van (mogelijke) buitenlandse verzekeringstijdsvakken, vormt dit voor de verzekeringsinstelling het signaal om een Europese formulierenset samen te stellen met het oog op het onderzoek van het recht op invaliditeitsuitkering ten laste van deze lidstaat in toepassing van de Europese coördinatieverordeningen 883/2004 en 987/2009 (art. 47, § 4 Verordening 987/2009).

9. Overeenkomstig Omzendbrief V.I. nr. 83/451 van 27 december 1983 moeten deze gegevens reeds in het bezit zijn van de verzekeringsinstelling op het moment van de intrede in invaliditeit.

10. Indien de betrokkene, ondanks de toegezonden rappel, nalaat om de vereiste documenten in te vullen, dient de uitbetaling van de invaliditeitsuitkering op basis van artikel 295 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 te worden stopgezet vanaf de intrede in invaliditeit tot het moment dat de gegevens worden verstrekt.

2. Cass. 23.09.1991, Arr. Cass. 1991-92, 80.

B. Niet-medewerking bij de samenstelling van het Europese aanvraagdossier

11. Wanneer de “aanvrager” van de Belgische invaliditeitsuitkering (d.w.z. diegene die na één jaar arbeidsongeschiktheid in invaliditeit treedt na goedkeuring door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit), in de VVI verklaart in het verleden eveneens verzekerd te zijn geweest in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland, stelt de verzekeringsinstelling een Europees aanvraagdossier samen. Eenmaal volledig stuurt zij dit op naar het RIZIV met oog op een indiening bij de bevoegde organen van de betrokken lidstaten, met het oog op de vaststelling van het recht op een geprorateerde invaliditeitsprestatie in toepassing van de Europese coördinatieverordeningen.

12. De verzekeringsinstelling stelt het aanvraagdossier in principe samen op basis van de elementen die beschikbaar zijn in haar dossier en het netwerk van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

13. Bepaalde dossierelementen moeten echter door de betrokkene worden aangeleverd/ingevuld.

WEIGERING INVULLEN FORMULIER E207

14. Dit formulier, alsook de bijhorende bewijsstukken, attesten, enz. met betrekking tot de tewerkstelling in het buitenland zijn voor veel lidstaten essentieel om de verzekeringscarrière samen te stellen.

15. Indien de betrokkene, na herinnering, weigert om dit formulier in te vullen, komt dit neer op een weigering tot medewerking met het onderzoek van het recht op basis van de wetgeving van de betrokken lidstaat.

WEIGERING ONDERTEKENING SUBROGATIEFORMULIER

16. Indien de betrokkene, na herinnering, weigert om het subrogatieformulier te ondertekenen, kunnen hem/haar geen voorlopige uitkeringen worden toegekend. In dat geval moet de Belgische invaliditeitsuitkering worden stopgezet tot het moment dat de buitenlandse beslissing (en verzekeringscarrière) bekend zijn om de definitief verschuldigde gedeeltelijke Belgische invaliditeitsuitkering te berekenen.

17. Indien er op dat moment van weigering van ondertekening van het subrogatieformulier toch reeds volledige Belgische invaliditeitsuitkeringen betaald zouden zijn, neemt de verzekeringsinstelling de nodige maatregelen om de belangen van de ZIV te vrijwaren met het oog op een eventuele latere terugvordering.

18. Opgelet, het ondertekenen van het subrogatieformulier is enkel dan vereist wanneer de verzekeringsinstelling voorlopige uitkeringen betaalt. Omgekeerd is er dus geen sprake van een subrogatie wanneer de verzekeringsinstelling vanaf intrede in invaliditeit niets uitbetaalt (bijv. bij weigering wegens tijdvakken minder dan één jaar en nooit wachttijd vervuld - artikel 57 Verordening 883/2004). In zulk geval dient de betrokkene geen subrogatieformulier te ondertekenen.

BIJZONDERE SITUATIES

Overlijden

19. Indien blijkt dat de betrokkene tussen het invullen van de VVI en het samenstellen van de formulierenset is overleden, stuurt de verzekeringsinstelling het dossier op zonder E207 en subrogatieformulier.

20. Indien het buitenlands orgaan de aanvraag bij gebrek aan voldoende informatie niet kan afhandelen, blijven de betaalde uitkeringen ten laste van de Belgische Ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Overmacht

21. Indien de betrokkene zich enkel herinnert in het verleden in een andere lidstaat tewerkgesteld te zijn geweest zonder nog te beschikken over de exacte periodes en werkgevers en bijhorende bewijsdocumenten, laat de verzekeringsinstelling de betrokkene dit op eer verklaren en voegt dit document toe aan de formulierenset.

Valse of onjuiste VVI

22. In de praktijk komt het soms voor dat een LBV in de VVI verklaart geen buitenlandse tijdvakken te hebben, en vervolgens zelf een aanvraag om invaliditeitsuitkering indient in een andere lidstaat. Vaak gaat het om grensarbeiders. Het vreemd orgaan vraagt dan vervolgens het RIZIV om overzending van een formulierenset, of stuurt zelf een formulierenset op (als woonland).

De verklaring voor invaliden is niettegenstaande een verklaring op eer. Het niet-vermelden van verzekeringstijdvakken of tijdvakken van tewerkstelling in het buitenland vormt in beginsel een valse of onvolledige verklaring.

23. Wanneer achteraf zou blijken dat de betrokkene toch verzekeringstijdvakken bewijst in een andere lidstaat en de betrokkene als gevolg hiervan mogelijk onterecht (volledige) Belgische uitkeringen heeft genoten, moet de verzekeringsinstelling het dossier overmaken aan de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV ter beoordeling of er sprake is van laakbaar gedrag dat aanleiding kan geven tot een strafsanctie (art. 233, 3^o SSW), dan wel een administratieve sanctie (art. 168*quinquies*, § 2, 1^o Gec. Wet 14.07.1994).



Voorbeeld: Een LBV invalide is getroffen door een degeneratieve aandoening die zijn geheugen zwaar heeft aangetast. De VVI wordt ingevuld door een familielid. Aangezien communiceren quasi onmogelijk is, duidt zij aan dat de betrokkene niet in een andere lidstaat heeft gewerkt.

Achteraf vraagt een buitenlandse instelling naar aanleiding van het onderzoek van het recht op ouderdomspensioen om de overzending van een formulierenset samen met een E205 waar wel degelijk buitenlandse verzekeringstijdvakken staan aangemerkt.

24. In bovenstaand geval kan men onmogelijk spreken dat er in hoofde van de betrokkene sprake zou zijn van onjuiste of onvolledige verklaringen te kwader trouw. De verzekeringsinstelling stelt de formulierenset samen, zonder aan de uitkeringen te raken.



Voorbeeld: Een LBV invalide grensarbeider verklaart in de VVI nooit elders dan in België verzekerd te zijn geweest. De verzekeringsinstelling betaalt hem volledige Belgische invaliditeitsuitkeringen.

Achteraf ontvangt het RIZIV een formulierenset van de instelling van het woonland, waaruit blijkt dat de betrokkene bij deze instelling een rechtstreekse aanvraag om invaliditeitspensioen heeft ingediend. Uit de toegevoegde E205 blijkt dat hij in het woonland een verzekeringscarrière heeft van 30 jaar.

25. In dergelijk geval speelt een vermoeden van kwade trouw.

Indien uit dergelijk dossier zou blijken dat de betrokkene als resultaat gedurende een bepaald tijdvak ten laste van de Belgische uitkeringsverzekering onterecht (volledige) uitkeringen heeft genoten, die niet recupereerbaar zijn via buitenlandse gelden, moet het dossier worden overgemaakt aan de DAC ter beoordeling of er sprake is van laakbaar gedrag dat aanleiding kan geven tot een strafsanctie (art. 233, 3^o SSW), dan wel een administratieve sanctie (art. 168*quinquies*, § 2, 1^o Gec. Wet 14.07.1994).

26. Wanneer het recht op Belgische arbeidsongeschiktheidsuitkeringen werd geopend op basis van de Belgische tijdvakken alleen, is het in de praktijk niet eenvoudig om een mogelijk onjuiste VVI op voorhand te identificeren³. De verzekeringsinstelling beschikt op dat moment immers niet over de Belgische loopbaangegevens die zouden toestaan om, gelet op de leeftijd van de betrokkene, bepaalde verzekeringsgaten te identificeren die kunnen wijzen op een periode van tewerkstelling in het buitenland⁴.

27. Indien de betrokkene een laatst Belgisch verzekerde grensarbeider is (en dus woonachtig is in een andere lidstaat) en een negatieve VVI invult, is het aanbevelenswaardig dat de verzekeringsinstelling een aanvraag tot opmaak van een E205 bij het woonland indient. Verder kan hier worden opgemerkt dat in praktijk sommige personen er van uitgaan dat bepaalde tijdvakken in het buitenland niet meetellen als verzekeringstijdvakken voor het invaliditeitspensioen, terwijl dit op basis van de wetgeving van de lidstaat in kwestie wel het geval kan zijn (bv. tijdvakken van militaire dienst, beroepsopleiding, tijdvakken van louter wonen). Het is belangrijk dat de verzekeringsinstelling de betrokkene hier op wijst in het begeleidend schrijven bij de VVI.

C. Niet-medewerking aan het onderzoek naar het recht op een buitenlandse invaliditeitsuitkering

MAATREGEL TER VERMINDERING VAN HET AANTAL BUITENLANDSE AFWIJZINGEN WEGENS NIET-MEDEWERKING

28. Niet zelden komt het voor dat, na indiening van de Belgische formulierenset, de bevoegde buitenlandse instelling de aanvraag afwijst omdat de betrokkene weigert mee te werken aan het onderzoek van zijn recht op een invaliditeitsuitkering onder de buitenlandse wetgeving.

29. De meest voorkomende motieven in de praktijk zijn:

- betrokkene heeft (ondanks verscheidene herinneringen) geen gevolg gegeven aan het verzoek om bepaalde inlichtingen te verstrekken met betrekking tot zijn verzekeringscarrière in de betrokken lidstaat
- betrokkene heeft geen gevolg gegeven aan het invullen van vragenlijsten voor de beoordeling van zijn arbeidsongeschiktheid, of is niet verschenen voor een bijkomend medisch onderzoek in de betrokken lidstaat
- betrokkene heeft het buitenlandse orgaan meegedeeld te verzaken aan de buitenlandse invaliditeitsprestatie.

30. Door zijn niet-collaboratieve houding ten aanzien van het buitenlandse orgaan maakt de gerechtigde het de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering onmogelijk om een recht op wettelijke subrogatie uit te oefenen wanneer in voorkomend geval op basis van de buitenlandse wetgeving een recht op een (gedeeltelijke) invaliditeitsuitkering zou bestaan.

31. Uit de praktijk blijkt zeer vaak dat de betrokkene geen gevolg heeft gegeven aan de vragen van het buitenlands orgaan door onwetendheid over de toepasselijke Europese reglementering, dan wel omdat hij de noodzaak van een buitenlandse uitkering niet inziet (bijv. omdat men in tussen-tijd reeds voltijds het werk hervat heeft en in België niet langer is erkend). In bepaalde gevallen is er ook sprake van taalproblemen.

3. Wanneer het recht op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen werd geopend met toepassing van het beginsel van samenstelling van verzekeringstijdvakken (formulier E104 code E/S041) is de V.I. per definitie op de hoogte van het bestaan van een buitenlandse verzekeringscarrière.

4. De Belgische loopbaangegevens worden per definitie pas opgevraagd bij de Belgische pensioeninstellingen wanneer de betrokkene in zijn VVI aangeeft wel in het buitenland verzekerd te zijn geweest.

32. Om buitenlandse afwijzingen wegens niet medewerking tot een minimum te beperken, dient de verzekeringsinstelling in het kader van haar wettelijke informatieplicht de gerechtigde uitdrukkelijk te wijzen op zijn medewerkingsplicht ten aanzien van het buitenlands orgaan, **zodra de verzekeringsinstelling door het RIZIV in kennis wordt gesteld over de indiening van de formulierenet bij het buitenlands orgaan** (zie typebrief in bijlage I).

PROCEDURE BIJ ONTVANGST VAN EEN BUITENLANDSE AFWIJZING WEGENS NIET-MEDEWERKING VAN DE GERECHTIGDE OP BELGISCHE INVALIDITEITSUITKERINGEN

33. Het RIZIV zal in eerste instantie nagaan of de betrokkene wel degelijk nog woonachtig is op het adres dat oorspronkelijk aan de buitenlandse instelling werd meegedeeld. Ingeval de hoofdverblijfplaats van de betrokkene in tussentijd is gewijzigd, kan het immers zijn dat de persoon in kwestie geen kennis genomen heeft van de vragen/oproepingen van het buitenlandse orgaan.

34. Indien de betrokkene in het Rijksregister wel degelijk nog steeds gekend is op hetzelfde adres, bezorgt het RIZIV de verzekeringsinstelling een kopie van de buitenlandse afwijzingsbeslissing.

35. De verzekeringsinstelling dient vervolgens contact op te nemen met de betrokkene en hem te ondervragen naar de reden waarom geen gevolg werd gegeven aan de vragen of oproepingen door het buitenlandse orgaan, waarbij dient te worden verwezen naar zijn nationaalrechtelijke en Europeesrechtelijke medewerkingsplichten ten aanzien van het buitenlands orgaan. De verzekeringsinstelling neemt tegelijkertijd de nodige maatregelen met het oog op de vrijwaring van de rechten van de Belgische ZIV (met oog op een eventuele terugvordering later).

36. De verzekeringsinstelling herinnert de betrokkene er bovendien aan dat:

- de reeds ontvangen volledige Belgische invaliditeitsuitkeringen slechts een voorlopig karakter hebben/hadden, dit vormt overigens een gegeven waarop hij/zij via het ondertekenen van de subrogatieverklaring uitdrukkelijk werd geattendeerd
- dat de ontvangen uitkeringen in functie van de buitenlandse beslissing met terugwerkende kracht zullen worden herberekend.

Indien nodig assisteert de verzekeringsinstelling de gerechtigde bij het contacteren van het buitenlandse orgaan en het aanleveren van de gevraagde informatie.

37. De verzekeringsinstelling stelt het RIZIV op de hoogte van het gevolg van de interventie bij de gerechtigde.

GEVOLG NIET-MEDEWERKING OP DE BELGISCHE UITKERING

38. Indien de betrokkene, ondanks herinnering, geen gevolg geeft aan het schrijven van de verzekeringsinstelling, zijn de voorlopige uitkeringen verstrekt op basis van artikel 136, § 2 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 onverschuldigd.

In dat geval behoudt de betrokkene vanaf het intreden in invaliditeit enkel een recht op een geprorateerde invaliditeitsuitkering. Dit bedrag wordt door de coördinatieverordeningen immers altijd gegarandeerd, ook wanneer de nationaalrechtelijke verschilregel niet kan worden toegepast bij gebrek aan buitenlandse uitkering.

39. De toe te passen Belgische carrièrecoëfficiënt nodig voor de proratering, wordt meegedeeld door het RIZIV in dezelfde brief waarin de buitenlandse afwijzingsbeslissing wegens niet-medewerking wordt meegedeeld.

- Indien het RIZIV in het bezit is van de E205 van de afwijzende lidstaat, zal hij in functie hiervan de Belgische carrièrecoëfficiënt berekenen die de verzekeringsinstelling dient toe te passen.
- Indien het RIZIV niet over een buitenlandse E205 beschikt (bijv. omdat de betrokkene weigert het buitenlands orgaan de nodige informatie mee te delen om zijn verzekeringscarrière te reconstrueren), zal een carrièrecoëfficiënt berekend worden op basis van de gegevens uit het formulier E207 en de verzekeringsgaten in de Belgische loopbaanstaat.


40. Hier moet verder een onderscheid worden gemaakt tussen personen die op het moment van de buitenlandse beslissing wegens niet medewerking nog uitkeringsgerechtigd zijn, en diegenen die ondertussen reeds van het recht op Belgische uitkeringen zijn uitgesloten (bijv. als gevolg van een spontane werkhervatting of uitsluiting door de adviserend geneesheer of de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit).

- Als de betrokkene nog uitkeringsgerechtigd is, moet de verzekeringsinstelling de lopende uitkeringen verminderen tot de prorata-uitkering. Voor het verleden gaat zij over tot de terugvordering van het teveel betaalde aan invaliditeitsuitkeringen in functie van de meegedeelde carrièrecoëfficiënt
- Als de betrokkene op het moment van de buitenlandse afwijzingsbeslissing niet langer dan twee jaar is uitgesloten van het recht op uitkeringen, gaat de verzekeringsinstelling over tot terugvordering van het teveel betaalde aan invaliditeitsuitkeringen in functie van het meegedeelde proratabedrag.

41. De terugvorderingsbeslissing dient te voldoen aan de vormvereisten van artikel 14 en 15 Handvest Sociaal Verzekerde.

42. Er wordt op gewezen dat in deze gevallen de verjaringstermijn uit artikel 174 Gecoördineerde wet voor de terugvordering van het onbetaalde bedrag reeds begint te lopen vanaf het einde van de maand waarin het onverschuldigde uitkeringsbedrag terugbetaald moest worden, en niet vanaf de kennisname van de buitenlandse afwijzingsbeslissing wegens niet medewerking⁵.

43. Indien blijkt dat op het moment van kennisname van de buitenlandse beslissing wegens niet medewerking de terug te vorderen periode reeds volledig verjaard is, blijft het onverschuldigd betaalde bedrag in dat geval ten laste van de Belgische Ziekte- en invaliditeitsverzekering onder de voorwaarden voorzien in artikel 194, § 1 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

44.  Bijvoorbeeld: persoon X was invalide in België van 1 februari 2012 tot en met 25 maart 2013 (werkhervatting). De verzekeringinstelling betaalde tijdens deze periode voorlopige invaliditeitsuitkeringen ten laste van de Belgische Ziekte- en invaliditeitsverzekering, in afwachting van de definitieve vaststelling van haar rechten in het kader van de Europese coördinatieverordeningen.

Het prorata-dossier wordt pas bij de bevoegde buitenlandse instelling ingediend in juli 2015, waarna die laatste op 16 januari 2016 de aanvraag afwijst wegens niet medewerking van de betrokkene. De terugvordering als gevolg van het herleiden naar een prorata-uitkering voor de periode van 1 februari 2013 tot en met 25 maart 2013 kan niet plaatsvinden wegens verjaard.

5. Dit verschilt van de situatie waarbij het buitenlands orgaan een prorata-uitkering toekent en de V.I. in afwachting voorlopige uitkeringen heeft uitbetaald (als voorschot). In het kader van art. 136, § 2 Gec. Wet begint de verjaring te lopen waarop de Belgische instelling, gesubrogeerd in de rechten van de verzekerde, kennis neemt van de betaling door het buitenlands orgaan van een prestatie die dezelfde schade dekt (Cass.19 02.1975, Arr. Cass 1975, 687-690; Omzendbrief V.I. 76/303 van 29.11.1976).

2. Niet-medewerking van de verzekerde in het kader van dossiers laatst buitenlands verzekerden

A. Niet mededeling van gegevens noodzakelijk voor het onderzoek van het recht op de Belgische uitkering

45. Bij de behandeling van aanvragen voor een geprorateerde Belgische invaliditeitsuitkering, ingediend door laatst vreemd verzekerden, komt het voor dat de betrokkene, ondanks herinnering, nalaat om bepaalde informatie aan te leveren die nodig is voor de afhandeling van zijn aanvraag om invaliditeitsuitkering in België.

46. Artikel 11 van het Handvest van de Sociaal Verzekerde bepaalt dat “indien de verzoeker, ondanks het hem toegezonden rappel, gedurende meer dan een maand nalaat de aanvullende inlichtingen te verschaffen die hem gevraagd worden door de instelling van sociale zekerheid, die instelling, na alle voor het inwinnen van die inlichtingen dienstige stappen te hebben gedaan, mag beslissen op grond van de inlichtingen waarover zij beschikt, behalve indien de verzoeker een reden opgeeft die een langere antwoordtermijn rechtvaardigt”.

47. De gevolgen van niet-medewerking aan de afhandeling van de Belgische aanvraag zijn verschillend naargelang de fase van het dossier.

GEEFT DE BETROKKENE GEEN GEVOLG AAN VERZOEKEN OM INFORMATIE DIE BETREKKING HEBBEN OP DE VERIFICATIE VAN EEN TOEKENNINGSVOORWAARDE (ADMINISTRATIEF/MEDISCH) VOOR HET RECHT OP EEN BELGISCHE INVALIDITEITSUITKERING?

48. In dat geval moet de verzekeringsinstelling aan het RIZIV een administratief voorstel tot afwijzing wegens niet-medewerking overmaken.

HEEFT DE NIET-MEDEWERKING VAN DE BETROKKENE BETREKKING OP DE BEPALING VAN DE ELEMENTEN DIE DE HOOGTE VAN DE UITKERING BEPALEN (GEMIDDELD DAGLOON, GEZINSSAMENSTELLING EN -INKOMEN, SAMENLOOP MET ANDERE SOCIALEZEKERHEIDSPRESTATIES OF BEROEPSINKOMEN)?

49. Aangezien de betrokkene de toekenningsvoorwaarden vervult, is het in principe niet mogelijk om de uitkering te weigeren.

Wel heeft de weigering om informatie aan te leveren gevolgen voor de hoogte van de toegekende uitkering. De verzekeringsinstelling voegt als titel van bewijs bij het administratief voorstel een kopie toe van *alle brieven (incl. rappelbrieven) waarmee de aanvrager werd verzocht de gevraagde informatie aan te leveren*.

50. De volgende situaties van niet-medewerking kunnen zich voordoen:

- Niet meedelen van gegevens die toestaan om het gemiddeld dagloon en/of de hoedanigheid van regelmatig werknemer te bepalen (dossiers loontrekkenden)

Indien de betrokkene bij aanvang arbeidsongeschiktheid tewerkgesteld was en nalaat de loonfiches mee te delen, moet het dossier overeenkomstig artikel 44 Verordening Uitkeringen berekend worden op basis van het minimumloon vastgesteld door het Nationaal Aanvullend Paritair comité voor Bedienden voor bedienden met beroepservaring niveau 0 (de helft van dit bedrag indien het een deeltijds werknemer betreft).

Bij afwezigheid van loongegevens die toestaan de hoedanigheid van regelmatig werknemer te controleren (art. 224, K.B. van 03.07.1996) heeft de betrokkene enkel recht op minimumuitkeringen als niet regelmatig werknemer.

- Niet meedelen van gegevens die toestaan om te bepalen of de bedrijfsactiviteit werd stopgezet (dossiers zelfstandigen):

In dat geval kan een administratief voorstel worden overgemaakt gebaseerd op het forfait zonder stopzetting bedrijfsactiviteit.

- Niet meedelen van gegevens die toestaan om de precieze hoedanigheid van gerechtigde op basis van de gezinssituatie te bepalen:

In dat geval wordt de *prorata*-uitkering berekend in functie van de laagste uitkering (meer bepaald de uitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende).

- Niet meedelen van gegevens in verband met de toepassing van bepalingen inzake samenloop met andere socialezekerheidsprestaties:

In dossiers vreemd verzekerden wordt de verzekeringsinstelling op verschillende manieren geïnformeerd van mogelijke samenloop situaties met andere socialezekerheidsprestaties: via de E204, administratieve vragenlijsten.

Gelet op artikel 11 Handvest Sociaal Verzekerde en artikel 2, § 2 Vo 987/2009, moet bijkomende informatie met betrekking tot de hoogte van andere binnen- of buitenlandse socialezekerheidsprestaties in eerste instantie worden verkregen door het ondervragen van de binnen- of buitenlandse debiteurstelling.

- Niet meedelen van gegevens met oog op de toepassing van de cumulregel uit artikel 230 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.
- Wanneer er een toegelaten werkhervatting is na de begindatum van de periode van invaliditeit:

De verzekeringsinstelling doet voorstel van beslissing toekomen voor de periode voorafgaand aan de toegelaten werkhervatting. Het recht op uitkeringen wordt opgeschort voor het tijdvak vanaf de werkhervatting tot de betrokkene de nodige gegevens meedeelt
- Wanneer er een toegelaten werkhervatting is op het moment van intrede in invaliditeit: (aangepaste) afwijzing wegens niet medewerking in afwachting van de communicatie van de benodigde gegevens.

HEEFT DE NIET MEDEWERKING VAN DE BETROKKENE BETREKKING OP DE MOGELIJKHEID OM OVER TE GAAN TOT UITBETALING VAN DE PRORATA-UITKERING (WEIGEREN MEDEDELING BANKGEGEVENS)?

51. Dit staat een beslissing in principe niet in de weg. Bij de betekening zal nogmaals gevraagd worden om de bankgegevens voor de betaling mee te delen.

B. Niet medewerking met onderzoek in een andere lidstaat: invloed op het recht op de Belgische prorata-uitkering

52. Een andere situatie die kan voorkomen is wanneer in een dossier vreemd verzekerde een andere lidstaat afwijst wegens niet medewerking. In dat geval zullen, ondanks artikel 50 Verordening 883/2004, bij de berekening van de Belgische carriërecoëfficiënt de tijdvakken van de afwijzende lidstaat toch meegenomen worden in de totale verzekeringscarrière van de betrokkene zodat de Belgische invaliditeitsuitkering enkel op grond van de verzekeringscarrière in België wordt berekend.

53. In dat geval werd immers niet met zekerheid vastgesteld of de betrokkene niet in aanmerking kwam voor de buitenlandse uitkering.

3. Inwerkingtreding

54. Deze omzendbrief treedt in werking op 1 juni 2016. Zij is van toepassing op alle nieuwe en lopende dossiers.



Omzendbrief V.l. nr. 2016/137 – 83/459 van 7 juni 2016.

VIII. Bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister, bedoeld bij artikel 32, eerste lid, 15^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Deze omzendbrief annuleert en vervangt de omzendbrief 2015/53 van 19 februari 2015 – Rubriek 2299/6.

In toepassing van artikel 32, eerste lid, 15^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kunnen de personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen beschouwd worden als rechthebbers op de geneeskundige verstrekkingen.

Krachtens de bepalingen van artikel 128*quinquies*, § 1 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, zijn de hierna opgesomde personen niet uitgesloten uit het toepassingsgebied van voornoemd artikel 32 en kunnen zij ingeschreven worden als ingeschrevene in het Rijksregister :

1. de vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk (opgenomen in het vreemdelingenregister)
2. de vreemdelingen die toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur (opgenomen in het vreemdelingenregister) of die gevestigd zijn in het Rijk (opgenomen in het bevolkingsregister)
3. de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (opgenomen in het wachtregister) en wiens asielprocedure nog niet ten einde is. Hiertoe behoren dus ook de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ten gronde ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en die tegen deze beslissing beroep aanhangig hebben bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen evenals de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen, die werd bevestigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en die tegen dit arrest cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State.

De wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen heeft de asielprocedure hervormd en heft het onderscheid tussen de ontvankelijkheidsfase en de gegrondheidsfase op vanaf 1 juni 2007. De twee fases worden herleid tot één.

De wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen kent materiële hulp toe aan elke asielzoeker die vanaf 1 juni 2007 asiel aanvraeg, inclusief de asielzoekers die vóór 1 juni 2007 nog geen beslissing hebben ontvangen van de Dienst Vreemdelingenzaken of het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen omtrent de ontvankelijkheid van hun asielaanvraag. Het recht op materiële hulp is van kracht gedurende de hele asielprocedure, met inbegrip van de beroepsprocedure, ingesteld bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en de procedure van het eventuele administratieve cassatieberoep bij de Raad van State.

De medische begeleiding (medische hulpverlening en verzorging) die noodzakelijk is om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid maakt deel uit van de materiële hulp en wordt ten laste genomen door het Federaal Agentschap voor Opvang van Asielzoekers (= fedasil) of het OCMW indien de asielzoeker verblijft in een lokaal opvang initiatief (LOI).

4. de personen die, in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen, dat zij een verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het Koninklijk besluit van 16 juli 1992 met betrekking tot de bevolkingsregisters en de vreemdelingenregisters.

Om ingeschreven te kunnen worden als ingeschrevene in het Rijksregister moeten de voornoemde personen de volgende bescheiden overmaken aan hun verzekeringsinstelling:

I. Vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk en de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur of die gevestigd zijn in het Rijk (personen opgesomd onder punt 1. en 2. hiervoor) bewijzen hun hoedanigheid aan de hand van één van de volgende verblijfsdocumenten :

a) de elektronische A-Kaart (bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister-tijdelijk verblijf) en de elektronische B-kaart (bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister) uitgereikt aan niet-EU vreemdelingen en gepubliceerd als bijlage 6 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

b) de elektronische C-kaart (identiteitskaart voor vreemdelingen) uitgereikt aan gevestigde niet-EU vreemdelingen en Zwitsers (met duurzaam verblijf), en gepubliceerd als bijlage 7 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

c) de elektronische D-kaart (EG-langdurig ingezetene) uitgereikt aan niet-EU vreemdelingen en gepubliceerd als bijlage 7*bis* van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

d) de elektronische E-kaart (identiteitskaart voor EER-vreemdeling) uitgereikt aan EU onderdanen, en gepubliceerd als bijlage 8 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

e) de elektronische E+- kaart (een document ter staving van een duurzaam verblijf) uitgereikt aan de EU-onderdanen, en gepubliceerd als bijlage 8*bis* van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

f) de elektronische F-kaart (verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie) uitgereikt aan de niet EU-familieleden van EU-onderdanen en gepubliceerd als bijlage 9 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

g) de elektronische F+-kaart (duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie) uitgereikt aan de niet EU-familieleden van EU-onderdanen en gepubliceerd als bijlage 9*bis* van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

h) nieuwe elektronische H-kaart (de zgn. Europese blauwe kaart). Deze kaart wordt afgeleverd aan hooggekwalificeerde werknemers uit derde landen (niet EU-burgers) die met succes de verblijfsprocedure voor het bekomen van een Europese blauwe kaart hebben doorlopen (art. 61/26 e.v. wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen). En is gepubliceerd als bijlage 6*bis* van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

In de tabel hierna wordt, met verwijzing naar de site van DVZ, een overzicht gegeven van de voornoemde documenten die in toepassing van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, in aanmerking mogen genomen worden als bewijs van ingeschrevene in het Rijksregister, bedoeld bij artikel 32, eerste lid, 15^{de} van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Sinds 1 oktober 2013 zijn de papieren “verblijfskaarten en verblijfstitels” niet meer geldig en worden nog enkel elektronische titels gebruikt. Dat bepaalt een ministerieel besluit van 11 februari 2014.

Wij wijzen tevens op een recente wijziging van de voormelde wet betreffende de toegang tot het grondgebied, waardoor vanaf 8 juli 2016 erkende vluchtelingen eerst toegelaten worden tot een verblijf van beperkte duur. De verblijfstitel die de toelating tot verblijf van beperkte duur vaststelt (= A-kaart), is geldig gedurende vijf jaar. Na vijf jaar, te rekenen vanaf de indiening van de asielaanvraag, wordt de erkende vluchteling tot een verblijf van onbeperkte duur toegelaten en in het bezit gesteld van een B-kaart.

1. Niet-EU vreemdeling

Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister - Tijdelijk verblijf Certificat d'inscription au registre des étrangers - Séjour temporaire Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister - Vorübergehender Aufenthalt
A Kaart Carte A A-Kaart H Kaart Hooggekwalificeerde werknemer die geen burger van de Europese Unie is . H-Kaart
Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister Certificat d'inscription au registre des étrangers Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister
B Kaart Carte B B-Kaart
Identiteitskaart voor vreemdeling Carte d'identité d'étranger Personalausweis für Ausländer
C Kaart Carte C C-Kaart
EG – langdurig ingezetene Résident de longue durée – CE Daueraufenthalt – EG
D Kaart Carte D D-Kaart

2. Niet-EU vreemdeling die familielid is van een EU burger

Verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Aufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers
F Kaart Carte F F-Kaart
Duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie Carte de séjour permanent de membre de la famille d'un citoyen de l'Union Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers
F+ Kaart Carte F+ F+ Kaart

3. EU onderdaan

Verklaring van inschrijving Attestation d'enregistrement Anmeldebescheinigung
E Kaart Carte E E-Kaart
Document ter staving van duurzaam verblijf Document attestant de la permanence du séjour Dokument zur Bescheinigung des Daueraufenthalts
E+ Kaart Carte E + E+ Kaart

II. a) De asielzoekers waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst Vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en wiens asielprocedure nog niet ten einde is (personen opgesomd onder punt 3 hiervoor) bewijzen hun hoedanigheid door de gelijktijdige overlegging van de volgende documenten:

- een bijlage 25 (bijlage 1 van de omzendbrief) of 26 (bijlage 2 van de omzendbrief) afgeleverd vóór 1 juni 2007 + een attest van immatriculatie model A (bijlage 3 van de omzendbrief).

Een attest van immatriculatie model A alleen bewijst niet dat het gaat om een asielzoeker.

b) Wat de asielzoekers betreft waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd, die vóór of na 1 juni een negatieve beslissing ontvingen en die tegen deze beslissing beroep aanhangig hebben bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, evenals de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen die werd bevestigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en die tegen dit arrest cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State: de noodzakelijke gegevens omtrent hun toestand kunnen teruggevonden worden onder de code 206 in het Rijksregister (wachregister).

Aangezien de personen onder II a) en II b) normaal gezien al vóór 1 juni 2007 ingeschreven waren als ingeschrevenen in het Rijksregister zullen deze situaties niet vaak voorkomen.

De beslissing omtrent de ontvankelijkheid van de asielaanvraag kan teruggevonden worden in het Rijksregister onder de code 206 (wachregister). Indien dit niet kan geconsulteerd worden, kan het ziekenfonds de betrokkene verzoeken een afdruk van het wachregister te vragen bij het gemeentebestuur. Het gemeentebestuur mag dit document niet aan derden afleveren. Gezien de OCMW's in deze zaak niet als derden beschouwd worden kan betrokkene eveneens daar terecht voor het aanvragen van dit document bij het gemeentebestuur.

Idealiter zou zijn dat de verzekeringsinstellingen een machtigingsverzoek tot consultatie van het wachregister zouden indienen bij het **Sectoraal comité van de sociale zekerheid**.

III. De personen die in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen dat zij een verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het Koninklijk besluit van 16 juli 1992 met betrekking tot de bevolkingsregisters en de vreemdelingenregisters (vermeld onder punt 4 hiervoor).

Deze personen bewijzen hun hoedanigheid door middel van een getuigschrift van de gemeentelijke overheid of door middel van elk ander bewijsmiddel dat als dusdanig erkend wordt door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle.

Voor de personen die hun hoedanigheid bewijzen door middel van een getuigschrift uitgereikt door de gemeentelijke overheid gebeurt dit door middel van een bijlage 15 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen. Een specimen van dit document gaat in bijlage 4 van deze omzendbrief. Echter moet een onderscheid gemaakt worden al naargelang het geval:

- indien het gaat om een burger van de Unie wordt er geen bijlage 15 afgeleverd. In afwachting van hun E-kaart of E+-kaart (dewelke de elektronische versie zijn van de bijlagen 8 en 8bis) worden ze in het bezit gesteld van deze bijlagen 8 of 8bis wanneer het gaat om een tijdelijk verblijf. De dienst preciseert hierbij, dat de betrokken personen tevens een positieve beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken moeten voorleggen, in combinatie met de voornoemde bijlage 8 of 8bis

- indien het gaat om een vreemdeling die geen burger van de Unie is, dient men een onderscheid te maken tussen dergelijke vreemdelingen die in het bezit zijn van een geldig attest van immatriculatie (AI) en zij die hiervan niet in het bezit zijn. Degenen die reeds in het bezit zijn van een geldig AI ontvangen geen bijlage 15, maar hun AI wordt verlengd tot wanneer de verblijfstitel afgeleverd wordt. De vreemdelingen die niet in het bezit zijn van een geldig AI ontvangen wel een bijlage 15. De dienst preciseert hierbij dat de personen die het attest van immatriculatie ontvangen in de hier beschreven situatie, tevens een positieve beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken moeten voorleggen.

Bijlage 15 geldt als bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister/bevolkingsregister :

- als de persoon zich heeft aangeboden om een machtiging tot vestiging of een aanvraag voor het verkrijgen van de status van EG-langdurig ingezetene in te dienen (art. 30 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (1^{ste} hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om de vernieuwing van zijn verblijfsvergunning, vestigingsvergunning of EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene in te dienen (art. 33 – 101 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (2^{de} hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om in zijn vroegere verblijfssituatie te worden teruggeplaatst wanneer hij, om redenen buiten zijn wil, niet binnen de voorgeschreven termijn is kunnen terugkeren (art. 40 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (3^{de} hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om een aanvraag voor een duurzaam verblijf in te dienen (art. 56 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (4^{de} hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om zich te laten inschrijven (art. 119 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (6^{de} hokje) in combinatie met:
 - een bewijs van erkende vluchteling, afgeleverd door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen
 - een bewijs van toekenning van het statuut van subsidiair beschermde (statuut bedoeld in hoofdstuk II, art. 48/4 van de Vreemdelingenwet van 15.12.1980), afgeleverd door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen
 - een geldig visum type D
 - een geldige beroeps- of arbeidskaart, medisch attest en uittreksel uit het strafregister
 - een beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken dat de betrokkene een Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (BIVR) kan bekomen (bv. in het kader van de procedure slachtoffer mensenhandel of in het kader van een aanvraag 9^{ter} of 9^{bis}...)
- als de persoon zich heeft aangeboden om een verblijfsdocument, verblijfs- of vestigingsvergunning of EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene waarop hij recht heeft te ontvangen (art. 119 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (7^{de} hokje).

Omwille van het feit dat de gemeenten in bepaalde situaties geen bijlage 15 uitreiken, in afwachting dat de elektronische verblijfskaart A of B wordt uitgereikt, kan aanvaard worden dat de volgende documenten in aanmerking genomen worden, voor de erkende vluchtelingen en voor de personen aan wie het statuut van subsidiair beschermde werd toegekend:

- bij erkenning of toekenning door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en staatslozen (CGVS)
 - het attest van immatriculatie A of de bijlage 15 in combinatie met een brief met de erkenningsbeslissing of toekenningsbeslissing van het CGVS.
- bij erkenning of toekenning door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en op voorwaarde dat er binnen de voorziene beroepstermijn van 30 dagen geen cassatieberoep werd ingediend bij de Raad van State of, indien er wel beroep is ingediend, op voorwaarde dat dit beroep verworpen werd
 - het attest van immatriculatie of de bijlage 15, in combinatie met het arrest tot erkenning of toekenning van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dat definitief is geworden. Dit impliceert dat de verzekeringsinstellingen het wachtregister kunnen inzien om vast te stellen of er een cassatieberoep bij de Raad van State is ingediend.

IV. Diplomatiek personeel en personeel van in België gevestigde internationale organisaties

1) Diplomaten en daarmee gelijkgestelden :

- het in België geaccrediteerd personeel van diplomatieke en consulaire missies (zij die houder zijn van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de Directie van het Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken) kan vanaf 1 september 2013 als dusdanig niet meer ingeschreven worden als “ingeschrevenen in het Rijksregister”. Op het inschrijvingsformulier zal de sociaal verzekerde moeten verklaren of hij al dan niet houder is van de voormelde bijzondere identiteitskaart, zodat de Verzekeringsinstellingen deze personen kunnen detecteren
- personeelsleden van ambassades of consulaten die wel ingeschreven zijn in het Rijksregister en niet in het bezit zijn van een bijzondere identiteitskaart uitgereikt door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken vallen buiten het toepassingsgebied en kunnen derhalve ingeschreven blijven of worden als gerechtigde resident, evenwel op voorwaarde dat ze geen recht op geneeskundige verzorging hebben of kunnen hebben op basis van een regeling in hun land van herkomst (art. 32, tweede lid GVVU-wet).

2) Bepaald personeel van internationale organisaties

a) personeelsleden van in België gevestigde internationale organisaties, waarmee België een zetelakkoord heeft afgesloten, die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister en beschikken over een speciale identiteitskaart uitgereikt door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken, kunnen ingeschreven blijven of worden als gerechtigde resident omdat zij niet ressorteren onder de Verdragen van Wenen, evenwel op voorwaarde dat ze geen recht op geneeskundige verzorging hebben of kunnen hebben op basis van een regeling in hun land van herkomst of van de betrokken internationale organisatie (art. 32, tweede lid GVVU-wet). Indien het zetelakkoord een bepaling bevat betreffende de toepasselijke wetgeving op het gebied van de sociale zekerheid, dient deze bepaling ten volle te worden gerespecteerd

b) personeelsleden/nationale experts die vanuit een derde land, waarmee België niet verbonden is door een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid, naar de internationale organisatie worden gedetacheerd, blijven wel onderworpen aan de wetgeving van het land dat hen heeft uitgezonden, daar ze wel ressorteren onder de Verdragen van Wenen en kunnen dusdanig niet meer ingeschreven worden als “ingeschrevenen in het Rijksregister”

c) voor personeelsleden van in België gevestigde internationale organisaties, waarmee België een zetelakkoord heeft afgesloten, die wel ingeschreven zijn in het Rijksregister, geldt dezelfde regel als onder a).

Voor de personen tewerkgesteld bij een in België gevestigde internationale organisatie moeten de verzekeringsinstellingen contact opnemen met de Directie Protocol via het emailadres oavi@diplo-bel.fed.be. Daar kunnen ze alle relevante informatie verkrijgen op basis waarvan een beslissing kan worden genomen over een inschrijving als gerechtigde resident op basis van de vigerende omzendbrieven.

In de FOD Sociale zaken werd een initiatief¹ genomen om een kadaster van internationale organisaties op te maken, met - onder meer - vermelding in hoeverre hun personeel al dan niet ressorteert onder de Verdragen van Wenen.



Opmerking i.v.m. de gezinshereniging

Krachtens de artikelen 10, § 2, tweede lid, 10*bis*, §§ 1, 2 en 3, 40*bis*, § 4, tweede lid, en 40*ter*, tweede lid, van de wet van 15 december 1980 moet elke persoon die een gezinshereniging aanvraagt het bewijs leveren dat de vreemdeling of de Belg bij wie hij zich komt voegen over een ziektekostenverzekering beschikt die de risico's in België voor hem en zijn familieleden dekt.

In het kader van de voormelde reglementering wordt een formulier vereist dat het recht op de geneeskundige verzorging van de in aanmerking komende personen attesteert.

Dit attest is beschikbaar op de site van de dienst vreemdelingenzaken van de FOD Binnenlandse Zaken (attest mutualiteit).

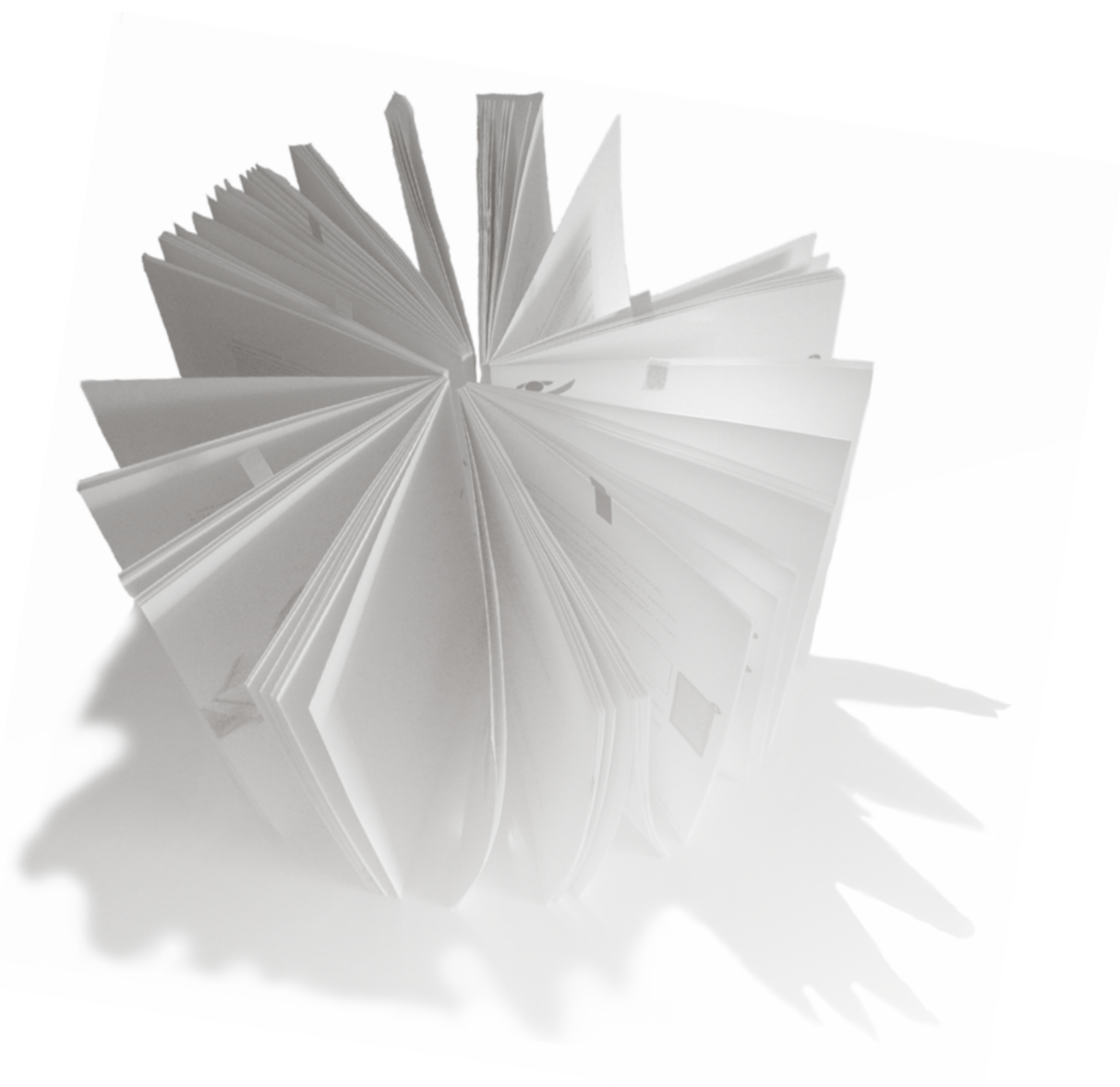
De bijlagen gevoegd bij deze omzendbrief zijn gepubliceerd op de website van het RIZIV – http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere_professionals/ziekenfonds/Paginas/Omzendbrief-ziekenfonds-dac.aspx.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/380 – 2299/7 van 22 december 2016.

1. Dit initiatief zal verder besproken en opgevolgd worden door de diensten voor geneeskundige verzorging en administratieve controle, om na te gaan of dit tot een performantere gegevensuitwisseling kan leiden omtrent de hier bedoelde rechten van het personeel van deze internationale instellingen."

5^e Deel
Basisgegevens



I. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

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

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

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

1^{ste} september 2008 indexering

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

1^{ste} september 2010 indexering

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

1^{ste} mei 2011 indexering

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

1^{ste} februari 2012 indexering

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

1^{ste} december 2012 indexering

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

1^{ste} juli 2015 indexering


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

1^{ste} juni 2016 indexering

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

Waarde per trimester (bedragen in EUR)		
1 ^{ste} trimester 2008	$2.065,42 \times 3/3$	2.065,42
2 ^{de} trimester 2008	$2.065,42 \times 1/3 + 2.106,73 \times 2/3$	2.092,96
3 ^{de} trimester 2008	$2.106,73 \times 2/3 + 2.148,87 \times 1/3$	2.120,78
4 ^{de} trimester 2008	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 ^{ste} trimester 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
4 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
2 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \times 3/3$	2.148,87
3 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \times 2/3 + 2.191,85 \times 1/3$	2.163,20
4 ^{de} trimester 2010	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85 \times 3/3$	2.191,85
2 ^{de} trimester 2011	$2.191,85 \times 1/3 + 2.235,68 \times 2/3$	2.221,07
3 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
4 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \times 3/3$	2.235,68
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68 \times 1/3 + 2.280,40 \times 2/3$	2.265,49
2 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
3 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \times 3/3$	2.280,40
4 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \times 2/3 + 2.326,00 \times 1/3$	2.295,60
1 ^{ste} trimester 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
2 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
3 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
4 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
1 ^{ste} trimester 2014	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
2 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
3 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
4 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
1 ^{ste} trimester 2015	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
2 ^{de} trimester 2015	$2.326,00 \times 3/3$	2.326,00
3 ^{de} trimester 2015	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52
4^{de} trimester 2015	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52
1^{ste} trimester 2016	$2.372,52 \times 3/3$	2.372,52
2^{de} trimester 2016	$2.372,52 \times 2/3 + 2.419,97 \times 1/3$	2.388,34

Van toepassing vanaf 1 juni 2016.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/140 – 248/62 van 7 juni 2016.

II. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 juni 2016

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

Op 1 juni 2016 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.002,48 EUR	3.332,74 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2016/141 – 3991/277 van 7 juni 2016.

III. Artikel 326, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie)

Wanneer het totaal bedrag van de ten onrechte aan een sociaal verzekerde betaalde prestaties voor de geneeskundige verzorging kleiner is dan 25 EUR of voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid kleiner is dan 25 EUR, wordt de verzekeringsinstelling van de terugvordering van dat bedrag vrijgesteld.

Het bedrag voor de geneeskundige verzorging wordt op 1 januari van elk jaar en voor de eerste keer op 1 januari 2011, aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

Berekening indexcijfer op 1 januari 2017

2015	gezondheidsindex	gemiddelde	
Maart	100,73		
April	101,12		
Mei	101,16		
Juni	101,33	101,09	(A)

2016	gezondheidsindex	gemiddelde	
Maart	103,47		
April	103,53		
Mei	103,77		
Juni	103,74	103,63	(B)

(B) = 103,63

(A) = 101,09

Berekening bedrag op 1 januari 2017

basisbedrag (in EUR)	25,00	
bedrag op		
1 ^{ste} januari 2011	25,35	1,40 %
1 ^{ste} januari 2012	26,11	3,00 %
1 ^{ste} januari 2013	26,83	2,76 %
1 ^{ste} januari 2014	27,20	1,38 %
1 ^{ste} januari 2015	27,34	0,51 %
1 ^{ste} januari 2016	27,51	0,62 %
1 ^{ste} januari 2017	28,20	2,51 %

Van toepassing vanaf 1 januari 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/230 – 65/26 van 19 augustus 2016.

IV. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Met ingang van 1 januari 2017 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegrootheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2016, namelijk 103,34 (basis 2013 = 100).

In de bijgevoegde tabellen kunt u kennis nemen van die nieuwe bedragen; zoals U kunt vaststellen, wordt in elke tabel verwezen naar de reglementaire teksten.

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 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.

a) Bijdrage per werkdag :

- 21 jaar en ouder: 1,73 EUR
- 18 tot 21 jaar: 1,31 EUR
- 14 tot 18 jaar: 0,87 EUR

b) Bijdrage per volledige kalendermaand (dagbijdrage x 25) :

- 21 jaar en ouder: 43,25 EUR
- 18 tot 21 jaar: 32,75 EUR
- 14 tot 18 jaar: 21,75 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2017

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

2. Bijdrage van de studenten

Artikel 133 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.

Per kwartaal: 60,23 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2017

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

3. Bijdrage van de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Artikel 134 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, gewijzigd door het Koninklijk besluit van 3 september 2000 (B.S. van 29.09.2000) tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli. (gerechtigde bedoeld in art. 32, 1^{ste} alinea, 15° van de gecoördineerde wet)

Per kwartaal:

Normaal: 710,44 EUR

Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3° alinea van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 : 355,21 EUR

Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten : 60,23 EUR

Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum : 0,00 EUR

Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1°, 2° of 3° van de gecoördineerde wet : 0,00 EUR

Toepassingsdatum : 1 januari 2017

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

Artikel 136*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar : 90,98 EUR

b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar : 26,01 EUR

Toepassingsdatum : 1 januari 2017

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 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.

Per kwartaal: 40,98 EUR

Toepassingsdatum : 1 januari 2017

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100




V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2016.

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2^{de} 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 rechthebbers 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 consumptieprijsen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2016)	
Gerechtigden	Personen ten laste
17.855,56 EUR	3.305,54 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2017.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/326 – 3991/280 van 25 november 2016.

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

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

Indexering van de grensbedragen	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf 1 ^{ste} januari 2002	26.306,66 EUR	2.265,63 EUR
Vanaf 1 ^{ste} februari 2002	26.832,59 EUR	2.310,92 EUR
Vanaf 1 ^{ste} juni 2003	27.368,64 EUR	2.357,09 EUR
Vanaf 1 ^{ste} oktober 2004	27.914,79 EUR	2.404,13 EUR
Vanaf 1 ^{ste} augustus 2005	28.473,60 EUR	2.452,25 EUR
Vanaf 1 ^{ste} oktober 2006	29.042,51 EUR	2.501,25 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2007 (welvaart)	29.042,51 EUR	2.518,75 EUR
Vanaf 1 ^{ste} januari 2008	29.624,07 EUR	2.602,36 EUR
Vanaf 1 ^{ste} mei 2008	30.215,74 EUR	2.654,33 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2008	30.820,06 EUR	2.707,42 EUR
Vanaf 1 ^{ste} juni 2009 (welvaart)	30.820,06 EUR	2.756,15 EUR
Vanaf 1 ^{ste} januari 2010 (welvaart)	30.820,06 EUR	2.788,65 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2010	31.437,01 EUR	2.844,47 EUR
Vanaf 1 ^{ste} mei 2011	32.066,61 EUR	2.901,44 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2011 (welvaart)	32.066,61 EUR	2.921,74 EUR
Vanaf 1 ^{ste} januari 2012 (welvaart)	32.066,61 EUR	2.959,47 EUR
Vanaf 1 ^{ste} februari 2012	32.708,86 EUR	3.018,74 EUR
Vanaf 1 ^{ste} december 2012	33.363,74 EUR	3.079,19 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2013 (welvaart)	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
Vanaf 1 ^{ste} juli 2015	34.031,27 EUR	3.203,40 EUR
Vanaf 1 ^{ste} september 2015 (welvaart)	34.031,27 EUR	3.225,83 EUR
Vanaf 1 ^{ste} januari 2016 (welvaart)	34.031,27 EUR	3.267,47 EUR
Vanaf 1 ^{ste} juni 2016	34.711,44 EUR	3.332,74 EUR

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

Van toepassing vanaf 1 januari 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/327 – 270/70, 273/70, 274/72, 276/121, 2790/70, 2791/70, 2792/69, 3910/1535 en 83/466 van 25 november 2016.

VII. Ambulancevervoer – Dringende geneeskundige hulpverlening – Tarieven op 1 januari 2017 – FOD Volksgezondheid

Hierna worden de tarieven meegedeeld van het ambulancevervoer in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening zoals die werden gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid (K.B. 07.04.1995) :

forfaitair bedrag voor de eerste 10 km	63,36 EUR
vanaf de 11 ^{de} km tem de 20 ^{ste} km	6,33 EUR
vanaf de 21 ^{ste} km	4,84 EUR
bedrag per paar elektroden (defibrillator)	60,14 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2016/382 – 3910/1558 van 22 december 2016.

VIII. Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex


1. Basiselementen

Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex (conjuncturele maatregel)

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden februari, maart, april en mei 2016 heeft het spilindexcijfer 101,02 (basis 2013) bereikt. Ingevolge de wet van 2 augustus 1971 (B.S. 20.08.1971) dienen de uitkeringen van de zelfstandigen te worden aangepast aan de gezondheidsindex. Het bereikte spilindexcijfer komt overeen met een verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{15} = 1,3459$ ten opzichte van het basisindexcijfer 103,14 (basis 1996).

2. Toepassingsdatum

1 juni 2016.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/134 – 482/129 van 2 juni 2016.

IX. Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex

1. Basiselementen

Aanpassing van de uitkeringen aan de gezondheidsindex (conjuncturele maatregel)

Het gemiddelde van de gezondheidsindex van de maanden februari, maart, april en mei 2016 bereikte 101,02 punten (basis 2013). Ingevolge artikel 237 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dienen de uitkeringen te worden aangepast aan de gezondheidsindex. De nieuwe spilindex komt overeen met verhogingscoëfficiënt $(1,02)^{15} = 1,3459$ tegenover basisindex 103,14 (basis 1996).

2. Toepassingsdatum

1 juni 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/135 – 45/258 van 2 juni 2016.

X. Regeling der zelfstandigen

Herwaardering van de forfait
“alleenstaande” toegekend aan de
gerechtigden in primaire ongeschiktheid
en aan de invaliden die hun onderneming
niet hebben stopgezet tengevolge van
de verhoging van de bedragen van het
minimumpensioen voor zelfstandigen

1. Basiselementen

a. Regeling der zelfstandigen

HERWAARDERING VAN DE FORFAIT “ALLEENSTAANDE” TOEGEKEND AAN DE GERECHTIGDEN IN PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN AAN DE INVALIDEN DIE HUN ONDERNEMING NIET HEBBEN STOPGEZET TENGEVOLGE VAN DE VERHOOGING VAN DE BEDRAGEN VAN HET MINIMUMPENSIOEN VOOR ZELFSTANDIGEN (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

Het forfait “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet wordt verhoogd op 1 augustus 2016, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen toegekend aan alleenstaande gerechtigden verhoogt van 9.934,31 EUR naar 10.420,33 EUR op 1 augustus 2016 (basis 103,14):

Het forfait toegekend aan de alleenstaanden in primaire ongeschiktheid alsook aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, wordt vanaf 1 augustus 2016 (aangepast aan de spilindex 101,02, basis 2013 = 100) als volgt vastgesteld: 44,9510 EUR, afgerond 44,95 EUR.

2. Toepassingsdatum

1 augustus 2016.

De tabel D in bijlage¹ vervangt de tabel D die opgenomen is in de omzendbrief nr. 2016/135 – 45/258 van 2 juni 2016 en 2016/134 – 482/129 van 2 juni 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/193 – 45/259 en 482/130 van 25 juli 2016.

1. Hier niet gepubliceerd.

XI. Data van uitbetaling van invaliditeitsuitkeringen voor werknemers en van de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid en invaliditeit voor zelfstandigen – Dienstjaar 2017

Krachtens artikel 20, § 2 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 en artikel 34 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende het stelsel van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid ten voordele van de zelfstandigen, mogen de invaliditeitsuitkeringen van de twee sectoren en de uitkeringen voor primaire ongeschiktheid voor de zelfstandigen ten vroegste de derde laatste werkdag van de maand voor de lopende maand betaald worden. In de maand december is het nochtans gebruikelijk de betalingsdatum voor de uitkeringen te vervroegen met het akkoord van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

Overeenkomstig deze beslissingen is de kalender van betaalbaarstelling van de vermelde uitkeringen voor het jaar 2017 als volgt vastgesteld :

27 januari 2017	27 juli 2017
24 februari 2017	29 augustus 2017
29 maart 2017	27 september 2017
26 april 2017	27 oktober 2017
29 mei 2017	28 november 2017
28 juni 2017	19 december 2017

De datum van 19 december 2017 werd beslist door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen tijdens de zitting van 13 september 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/337 – 499/69 van 9 december 2016.

XII. Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3)

1. Basiselementen

Vanaf 1 januari 2017 dienen de refertebedragen van het gemiddelde dagloon vereist om de hoedanigheid van regelmatig werknemer te verkrijgen geherwaardeerd te worden.


Deze herwaardering gebeurt door de bedragen vermeld in omzendbrief V.I. nr. 2015/335 - 424/45 te vermenigvuldigen met 1,0200, de coëfficiënt die de verhouding uitdrukt tussen de minimum invaliditeitsuitkering met gezinslast op 1 januari 2016 en 1 januari 2015 (55,0693 EUR : 53,9895 EUR = 1,0200).

Het resultaat van deze vermenigvuldiging geeft

59,0312 EUR voor de gerechtigden van 21 jaar of ouder,
44,2599 EUR voor de gerechtigden van 18 tot 20 jaar en
29,5155 EUR voor de gerechtigden van minder dan 18 jaar.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2017.

 Omzendbrief V.I. nr. 2016/338 – 424/46 van 9 december 2016.

XIII. Herwaardering van prestaties op 1 januari 2017

Algemene regeling & regeling der zelfstandigen:

Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk

Regeling der zelfstandigen:

Hervorming van de moederschapsrust voor de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten

Wettelijke basis:

- Wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers (B.S. van 29.08.2005)
- Koninklijk besluit van 13 mei 2016 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 (B.S. van 23.05.2016).

1. Basiselementen

Algemene regeling & regeling der zelfstandigen

Aanpassing van de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk

Jaarlijks worden op 1 januari de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk aangepast aan de gezondheidsindex op basis van de laatste overschrijding van de spilindex die heeft plaatsgevonden in het jaar dat voorafgaat.

Op 1 januari 2017 worden deze bedragen aangepast op basis van de spilindex 101,02 (verhogingscoëfficiënt 1,3459).

Regeling der zelfstandigen

Hervorming van de moederschapsrust voor de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten

Voor de gevallen van moederschapsrust die vanaf 1 januari 2017 aanvatten heeft de zelfstandige de mogelijkheid om gedurende de facultatieve periode van haar moederschapsrust haar normale beroepsactiviteit halftijds uit te oefenen. Het forfaitaire bedrag van de wekelijkse uitkering wordt tot de helft verminderd te weten 229,15 EUR (verhogingscoëfficiënt 1,3459) voor elke week van halftijdse moederschapsrust.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/389 – 45/260 en 482/131 van 23 december 2016.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
De h. Jan Demey
Mevr. Nancy Demarneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Marie Lejeune
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Evy Kenzeler
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cédric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726