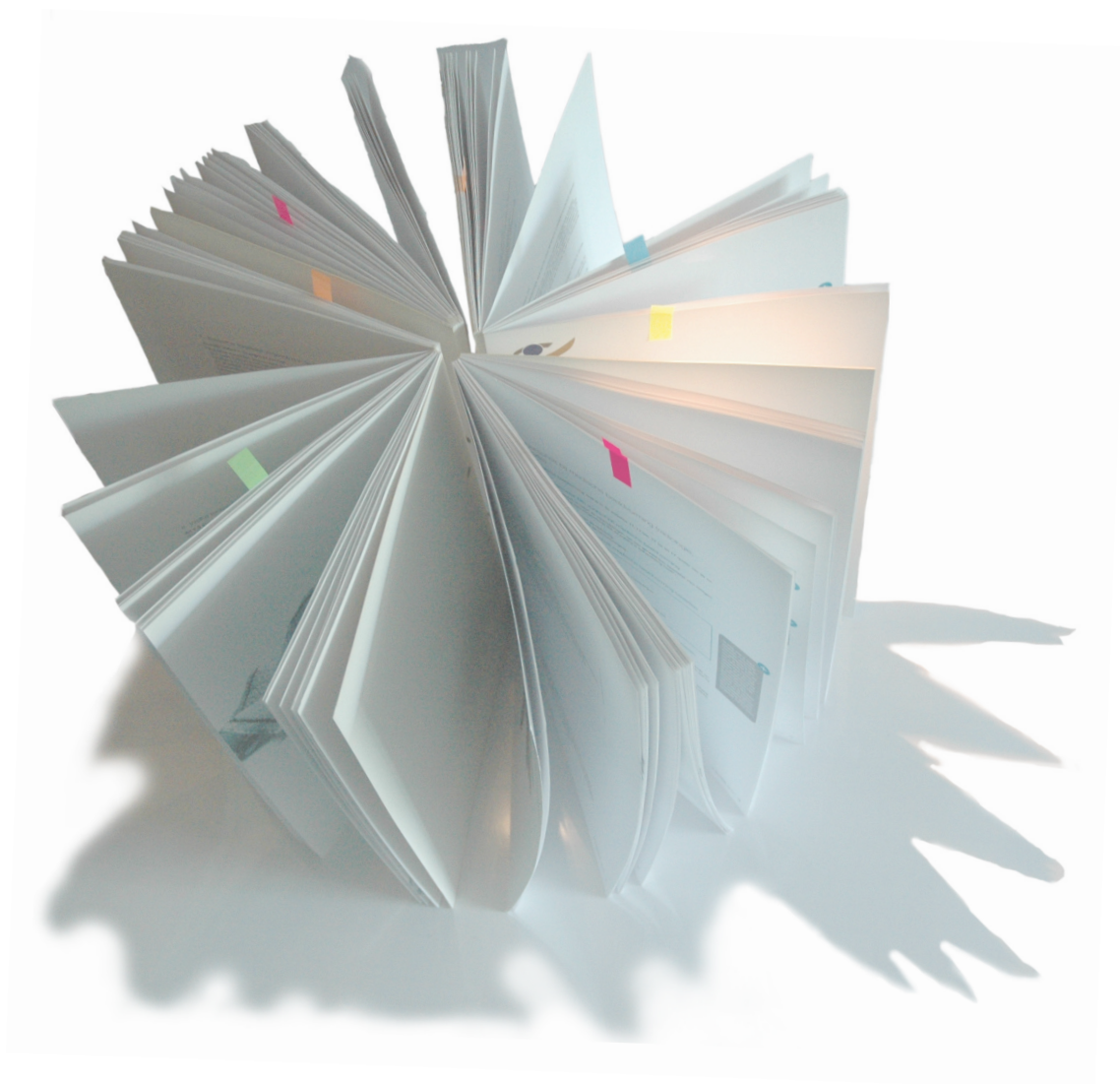




RIZIV



# Informatieblad

2014/1

.be

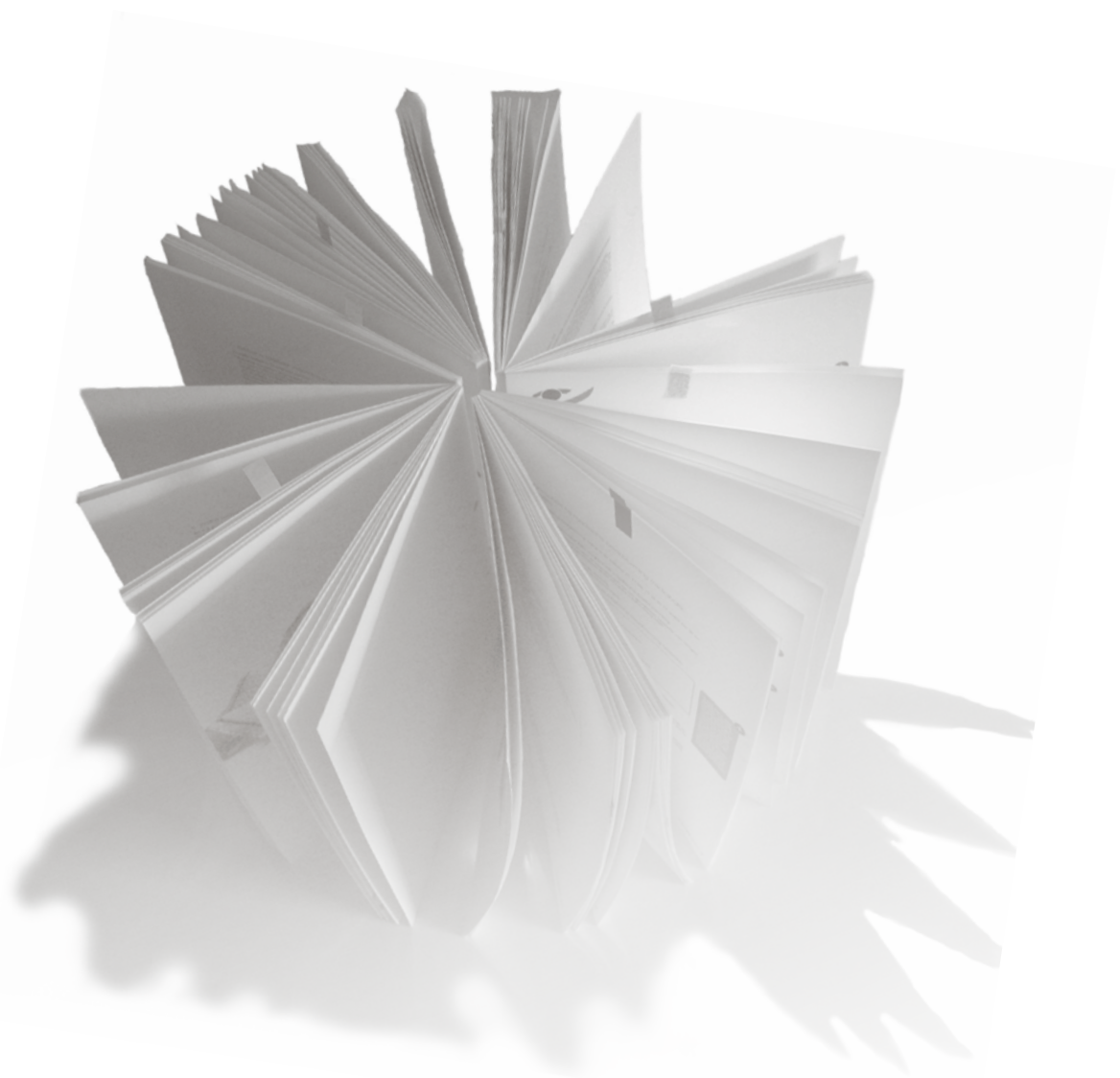
## Inhoud

1 <sup>e</sup> Deel – Studiën <sup>1</sup>	3
De nieuwe hervormingen van de regelgeving op de Raad van State door Y. EL BOUTAIBE, attaché bij de Algemeen Ondersteunende diensten	4
2 <sup>e</sup> Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	21
4 <sup>de</sup> trimester 2013	22
3 <sup>e</sup> Deel – Rechtspraak	39
I. Grondwettelijk Hof, 27 februari 2014 Wet gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 56 <sup>ter</sup> – Referentiebedragen	40
II. Raad van State, 7 januari 2014 Cassatieprocedure tegen een beslissing van de Kamer van Beroep ingesteld bij de DGEC	51
III. Arbeidshof van Bergen, 15 januari 2014 Gerechtelijk Wetboek, artikelen 1048, 792, 704, § 2 en 580, 2 <sup>o</sup> – Ontvankelijkheid van het verzoekschrift tot hoger beroep	56
IV. Arbeidshof van Brussel, 27 februari 2014 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, 5 <sup>o</sup> – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Bedrieglijk opzet	60
V. Arbeidshof van Bergen, 27 februari 2014 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 25 <sup>sexies</sup> – Begrip voorschrift van de geneeskundige verstrekkingen	64
4 <sup>e</sup> Deel – Parlementaire vragen en antwoorden	69
Wachtdienst voor huisartsen Reorganisatie van de wacht - Nationaal nummer : 1733	70

1. De ondergetekende bijdragen verbinden enkel hun auteur(s).

5 <sup>e</sup> Deel – Richtlijnen	73
I. Reglementering betreffende verhoogde verzekeringstegemoetkoming	74
II. Het verrichten van een werkstraf door een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde	105
III. Socio-professionele re-integratie in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers (art. 109 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994)	114
6 <sup>e</sup> Deel – Basisgegevens	133
I. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming Koninklijk besluit 1 april 2007 – Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen	134
II. Personen ten laste – Trimestriële grensbedrag van de inkomens	134
III. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2014 – Berekening van de aanvullende bijdrage	136
7 <sup>e</sup> Deel – Statistieken	139
I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging – Jaar 2013	140
8 <sup>e</sup> Deel – Prijzen van de publicaties	161
Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014	162

# 1<sup>e</sup> Deel Studies



# De nieuwe hervormingen van de regelgeving op de Raad van State

Wijzigingen ingevoerd aan de regelgeving omtrent de Raad van State door de wet van 20 januari 2014, het Koninklijk besluit van 28 januari 2014 en het Koninklijk besluit van 13 januari 2014

Door Y. EL BOUTAIBE, attaché bij de Algemeen ondersteunende diensten

## Inleiding

Met deze bijdrage zal gepoogd worden om op een bevattelijke manier de belangrijkste wijzigingen te bespreken die verschillende recente wetgevende initiatieven hebben teweeg gebracht wat betreft de werking en organisatie van de Raad van State. In het Belgisch Staatsblad van 3 februari 2014 werd de belangrijkste wet gepubliceerd namelijk de wet van 20 januari 2014 houdende de hervorming van de Raad van State.<sup>1</sup>

De belangrijkste (structurele) hervormingen werden geïnitieerd door deze wet maar voor de werking van het RIZIV, en meer bepaald het geschillencontentieux, zijn het Koninklijk besluit van 13 januari 2014 en het Koninklijk besluit van 28 januari 2014 ook minstens van even groot belang. Het eerste Koninklijk besluit brengt de procesvoering voor de Raad van State officieel in het digitale tijdperk en met het laatste Koninklijk besluit worden belangrijke (en minder belangrijke) wijzigingen aangebracht aan de procedure voor de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State.

Bij zijn oprichting in 1946 werd de Raad van State, overeenkomstig de traditie, bestempeld als een onderdeel van de uitvoerende macht. Echter van bij het begin heeft de Raad van State blijk gegeven van een grote onpartijdigheid en onafhankelijkheid en is het bijna onmiddellijk uitgegroeid tot het hoogste onafhankelijk administratieve rechtscollege.<sup>2</sup> Voeg daarbij de andere taak van de Raad van State, namelijk advies geven over ontwerpen van regelgevende teksten en men komt snel tot het besluit dat de werking van een dergelijke instelling een grote impact heeft op het handelen (en niet-handelen) van een overheidsinstelling.

Het lijkt derhalve opportuun om als overheidsinstelling de werking en organisatie van de Raad van State goed op te volgen en te analyseren teneinde de eigen werking hierop af te stemmen. Met de grote hervormingen die recent werden doorgevoerd, lijkt deze oefening derhalve geen overbodige luxe.

1. Wet houdende hervorming van de bevoegdheid, de procedureregeling en de organisatie van de Raad van State, B.S. van 3 februari 2014.

2. Van Damme, M., The council of state: institution on the junction of the three traditional powers of the state, in Vande Lanotte, J. (ed.), *The Principle of Equality: a South African and Belgian Perspective*, Antwerpen - Apeldoorn, Maklu, 2001, p. 252.

## 1. Wet van 20 januari 2014 houdende hervorming van de bevoegdheid, de procedureregeling en de organisatie van de Raad van State

De memorie van toelichting van deze wet vat aan met het kaderen van deze hervorming binnen het regeerakkoord dat op 1 december 2011 werd afgesloten. Hierin wordt duidelijk bepaald dat: *“Om beter aan de concrete bekommernissen te beantwoorden, zal de regering, in het belang van de rechtzoekende en de bestuurlijke overheden, in samenwerking met de Raad van State, voorstellen die de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State verbeteren, onderzoeken en goedkeuren”*.<sup>3</sup> Vervolgens wordt er in de memorie gewezen op de vorige belangrijke (structurele) hervorming die werd doorgevoerd bij wet van 15 september 2006 en ten gevolge hiervan de noodzaak om over te gaan tot een herziening van een aantal ingevoerde bepalingen teneinde *“de doeltreffendheid van de instelling in de uitoefening van haar raadgevende en jurisdictionele opdracht nog te verhogen”*.

In de memorie van toelichting van de wet worden volgende punten naar voren geschoven als de belangrijkste wijzigingen die deze hervorming doorvoert<sup>4</sup>:

1. Betere afstemming tussen de procedure bij de Raad van State en de bemiddeling
2. Een vereenvoudiging van de voorwaarden voor toegang van rechtspersonen tot de Raad van State
3. De invoering van het belang bij het middel
4. Een verbetering van de procedure in kort geding
5. Het moduleren in de tijd van de gevolgen van arresten betreffende individuele akten
6. De uitvoering van de arresten, de injunctiebevoegdheid en de dwangsom
7. De bestuurlijke lus
8. Invoering nieuwe adviestermijn van 60 dagen.

Gezien dit werk vooral als doel heeft de hervorming te bespreken vanuit het oogpunt van de werking van het RIZIV wordt ervoor gopteerd hieronder artikelsgewijs de belangrijkste krachtlijnen van deze hervorming te bespreken met de nadruk op die artikelen die een impact kunnen hebben op de werking en de organisatie van het RIZIV.

### a. De belangrijkste krachtlijnen van deze nieuwe wet zijn<sup>5</sup>:

#### 1. OPPUNTSTELLING BEROEPEN TOT NIETIGVERKLARING (ART. 2 – WIJZIGING ART. 14 GECOÖRD. WET)

Er wordt voorzien in een verruiming van de voor nietigverklaring vatbare handelingen van andere overheden dan administratieve overheden alsook een oppuntstelling wat betreft de voor nietigverklaring vatbare handelingen.

Daarnaast wordt de nietigverklaring wegens schending van substantiële vormvereisten afhankelijk gesteld van de vervulling van bepaalde voorwaarden in de zin dat de onregelmatigheden die worden vastgesteld, slechts aanleiding kunnen geven tot een nietigverklaring als ze daadwerkelijk ook een invloed uitoefenen op de draagwijdte van de genomen beslissing, de betrokkenen een waarborg hebben ontnomen of als gevolg hebben de bevoegdheid van de steller van de handeling te beïnvloeden. Een belang hebben bij een middel is dus cruciaal.

3. Memorie van toelichting bij het wetsontwerp houdende hervorming van de bevoegdheid, de procedureregeling en de organisatie van de Raad van State, Parl. St. Senaat, zitting 2012-2013, nr. 5-2277/1, p. 2.

4. Ibid.

5. Breways, E., Raad van State – Procesrechtelijke vernieuwingen – deel 1, NJW 2014, nr. 303, p. 427-428.

## 2. MODULERING VAN GEVOLGEN VAN NIETIGVERKLARING (ART. 3 – WIJZIGING ART. 14 TER GECOÖRD. WET)

De terugwerking van een annulatiearrest kan in bepaalde gevallen onevenredige gevolgen hebben of met name de rechtszekerheid aantasten. De Raad van State krijgt dus de mogelijkheid om de gevolgen van z'n arresten te moduleren in de tijd. Het behoud van de gevolgen zal wel dienen te worden gevraagd door de verwerende of tussenkomenende partij en kan slechts worden beslist in uitzonderlijke omstandigheden, ingevolge een tegensprekelijk debat tussen de partijen.

Dit artikel voorziet een vervanging van het bestaande art. 14<sup>ter</sup>, waarin wordt bepaald dat op verzoek van de verwerende of tussenkomenende partij de afdeling bestuursrechtspraak kan aanwijzen welke gevolgen van de vernietigde individuele akten of, bij wege van algemene beschikking, die gevolgen van de vernietigde reglementen die als definitief moeten worden beschouwd of voorlopig voelen worden gehandhaafd voor de termijn die ze vaststelt.

Deze maatregel kan evenwel slechts genomen worden om uitzonderlijke redenen die een aantasting van het legaliteitsbeginsel rechtvaardigen, bij een met bijzondere redenen omklede beslissing en na een tegensprekelijk debat. Bij deze beslissing kan er rekening gehouden worden met de belangen van derden.

## 3. UITKLARING CONTENTIEUX VAN VOLLE RECHTSMACHT (ART. 5 – WIJZIGING ART. 16 GECOÖRD. WET)

Er wordt een punt 8<sup>o</sup> toegevoegd aan artikel 16 Gecoördineerde wet. dat voortvloeit uit het feit dat de procedure van het contentieux van volle rechtsmacht door de Koning wordt vastgesteld op basis van het artikel 30, paragraaf 1, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, dat verwijst naar het artikel 16 van dezelfde wetten. Er bestaan hypothesen waarin een contentieux van volle rechtsmacht wordt toegewezen aan de Raad van State op een andere basis dan de gecoördineerde wetten. Die basis voorziet nu eens in een procedure ad hoc en dan weer in niets. Teneinde de Koning te machtigen tot het aannemen van een procedurereglement dat het gemene recht zou zijn van de procedure met volle rechtsmacht, is het gerechtvaardigd om een punt 8<sup>o</sup> toe te voegen aan het artikel 16.

De uitwerking van een arrest in het contentieux van "volle rechtsmacht" wordt tevens verduidelijkt teneinde uitdrukkelijk in de hervormingsbevoegdheid te voorzien. In dit artikel wordt toegevoegd dat de arresten van de afdeling bestuursrechtspraak de beslissing van de overheid of het administratief rechtscollege kan hervormen. In dat geval treedt het arrest in de plaats van die beslissing.

## 4. HET ADMINISTRATIEF KORT GEDING (ART. 6 – NIEUW ART. 17 GECOÖRD. WET)

Artikel 17 wordt vervangen door een nieuw artikel. Hieronder worden de belangrijkste aanpassingen binnen dit artikel besproken.

Het begrip moeilijk te herstellen ernstig nadeel wordt vervangen door het begrip spoedeisendheid. Dit begrip is duidelijker en eenvoudiger aan te wenden. Voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde, stelt de rechtsleer de spoedeisendheid als volgt voor : "De spoedeisendheid wordt niet bepaald door de wet, het bestaan ervan is ter beoordeling van de voorzitter, die echter wordt geleid door criteria die geleidelijk aan werden ontwikkeld in de rechtsleer en de rechtspraak : het bestaan van een feitelijkheid, ernstige vrees voor een ernstig nadeel, afweging van rechten en belangen van de partijen, de vroegere procedurele houding van de eiser, ..., maar niet alleen de onmacht via de gewone procedure om het geschil tijdig te regelen".

Artikel 6 van het wetsontwerp voorziet tevens dat het verzoek tot schorsing niet meer dient te worden opgenomen in het verzoekschrift tot nietigverklaring. Hoewel het een bijkomstig element blijft van de vernietigingsprocedure, kan het verzoek tot schorsing op elk moment van de procedure ten gronde worden ingediend, indien de spoedeisendheid dit rechtvaardigt.

De middelen die ingeroepen worden ter ondersteuning van deze vorderingen in kort geding zijn de middelen die ontwikkeld worden in het verzoek tot nietigverklaring, waarbij desgevallend de middelen worden toegevoegd van openbare orde of die niet eerder hadden kunnen worden ingeroepen. De vordering tot schorsing zal dus in principe zich alleen moeten concentreren op de uiteenzetting van de spoedeisendheid die deze vordering rechtvaardigt. Aldus opgevat wordt de toekomstige kort geding procedure geïnspireerd op de procedure die op dit ogenblik geldt voor de voorlopige maatregelen. Deze twee procedures zijn trouwens samengebracht in dezelfde bepaling want zij zijn heel gelijkaardig. Het verzoek tot voorlopige maatregelen dient niet meer de bijzaak van de vordering tot schorsing te zijn.

De terechtzitting in uiterst dringende noodzakelijkheid kan ook worden gehouden zonder dat alle partijen worden opgeroepen, en het is aan de kamer die gevat is door van de zaak op zeer korte termijn een terechtzitting tot bevestiging te voorzien.

Ten slotte, wanneer de verwerende partij of de tussenkomende partij hierom verzoekt, wordt de opheffing van de voorwaarde van het moeilijk te herstellen ernstig nadeel getemperd door de verplichting voor de Raad van State een afweging te verrichten van de aanwezige belangen.

#### **5. OPPUNTSTELLING VAN DE TERMIJNEN (ART. 7, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> EN 3<sup>o</sup> – WIJZIGING ART. GECOÖRD. WET)**

De eerste wijziging van dit artikel betreft een verduidelijking met betrekking tot het aanvangspunt van de termijn voor het instellen van een beroep tot nietigverklaring gericht tegen een individuele administratieve akte. Deze vangt aan niet op de datum van de kennisgeving van die akte aan de geadresseerde ervan, maar op de datum dat daarvan wordt kennisgenomen.

Artikel 19 wordt ook aangevuld om de schorsing van de verjaringstermijnen van de beroepen bedoeld bij artikel 14, § 1, mogelijk te maken via de indiening van een klacht bij een ombudsman, voor een periode van maximaal vier maanden.

#### **6. MANDAAT AD LITEM (ART. 7, 4<sup>o</sup> EN 5<sup>o</sup> – AANVULLING ART. 19 GECOÖRD. WET)**

Er wordt voorzien om een weerlegbaar vermoeden in te stellen conform de rechtspraak van het Hof van Cassatie, waarbij er een vermoeden bestaat van een geldige procesvolmacht van de advocaat van een rechtspersoon, niet alleen voor wat betreft de vertegenwoordigingsbevoegdheid maar ook wat betreft de bestuursbevoegdheid van het orgaan dat tot de volmachtverlening aan de advocaat heeft besloten.

Men creëert duidelijkheid met andere woorden omtrent de positie van de advocaat (mandaat *ad litem*) om op die manier onnodige vertragingen of onnodige debatten hieromtrent te vermijden (in toepassing art. 440 Ger. W.).



## 7. MACHTIGINGEN AAN DE KONING (ART. 10 – WIJZIGING ART. 30 GECOÖRD. WET)

Het 2<sup>o</sup> van dit artikel maakt het mogelijk de Koning te machtigen specifieke regels inzake procedure te bepalen om de naleving mogelijk te maken van de termijnen van vijfenveertig dagen om een schorsingsarrest te wijzen of van zes maanden tussen het schorsingsarrest en het vernietigingsarrest. Daarnaast machtigt het de Koning ook om, zonder de Grondwet te schenden, het bedrag en de wijze van inning van de rolrechten alsook de andere kosten van een beroep bij de Raad van State vast te stellen.

In zijn punten 3<sup>o</sup> en 6<sup>o</sup> houden de wijzigingen aangebracht door het ontworpen artikel 10, rekening met de leer van het arrest nr. 124/2006 van het Grondwettelijk Hof (toen Arbitragehof) van 28 juli 2006. Op grond van dit arrest, kan worden gesteld dat de rechten die worden geïnd naar aanleiding van het indienen van een verzoekschrift bij de Raad van State, een belasting vormen. Om de discussies aangaande de exacte draagwijdte van de termen “kosten en uitgaven” te vermijden, wordt er voorgesteld om het woord “rechten” toe te voegen. Enerzijds om de opmerking van het voornoemde arrest van het Grondwettelijk Hof te integreren en anderzijds om de koninklijke machtiging te versterken door alle soorten kosten inherent aan een beroep bij de Raad van State samen te nemen. Ten slotte wordt een bovengrens bepaald om te vermijden dat de Koning de toegang tot de Raad van State nutteloos zou bemoeilijken.

Het ten 4<sup>o</sup> van artikel 10 van de ontwerptekst machtigt de Koning om de toepassing van de korte debattenprocedure uit te breiden naar de gevallen waar, in het kader van een vordering tot schorsing, een partij hier uitdrukkelijk om zou vragen na kennisneming van het verslag van de auditeur die dit zelf niet zou hebben voorgesteld.

Het 5<sup>o</sup> van artikel 10 van de ontwerptekst machtigt de Koning om bepalingen vast te stellen voor de gevallen waarin de censuur van een handeling kan worden vermeden door het gebruik van de bestuurlijke lus. Gelet op de inconsistentie van het mechanisme van de lus (cfr. bestuurlijke lus: zie verder art. 13) met de tijdelijke aard van de schorsingsprocedure, bestaat het systeem erin om de schorsingsprocedure te doen kantelen naar de procedure tot nietigverklaring, zoals de huidige ingekorte procedure in geval van beroep zonder voorwerp of procedure die alleen korte debatten vergt.

## 8. RECHTSPLEGINGSVERGOEDING (ART. 11 – INVOEGING ART. 30/1 GECOÖRD. WET)

Dit artikel is geïnspireerd op artikel 1022 van het Gerechtelijk Wetboek, zoals vervangen door de wet van 21 april 2007. Momenteel moet de verzoeker, die voor de Raad van State in het gelijk gesteld wordt, een rechtsovername instellen voor de gewone rechtscolleges teneinde de verhaalbaarheid van de advocatenhonoraria te verkrijgen, behoudens minnelijke overeenkomst met de tegenpartij. De voorgestelde bepaling strekt ertoe een gelijkaardig systeem te voorzien als dit vastgesteld door het Gerechtelijk Wetboek, waarbij de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State de mogelijkheid heeft om zelf een uitspraak te doen over de verhaalbaarheid van de advocatenhonoraria.

## 9. UITVOERING VAN DE ARRESTEN EN DWANGSOM” (ART. 12 – ART. 35/1 EN 36 GECOÖRD. WET)

Het wetsontwerp voorziet dat de Raad van State aangeeft in de motivering van zijn vernietigingsarresten hoe de betrokken overheid moet overgaan tot het verhelpen van de onregelmatigheden die geleid hebben tot deze nietigverklaringen, in overeenstemming met het gezag van gewijsde van voornoemde arresten.

Aan de Raad van State wordt bovendien uitdrukkelijk een injunctierecht toegekend met het oog op de tenuitvoerlegging van zijn arresten. De niet-naleving van deze injunctie om iets al dan niet te doen, kan de Raad van State ertoe brengen, wanneer een nieuw verzoek hiertoe ingediend wordt, de betrokken overheid tot het betalen van een dwangsom te veroordelen. De hervormingen zijn de volgende:

- het nieuwe artikel 35/1 vloeit voort uit het idee dat, wanneer te verwachten valt dat een arrest uitvoerings of interpretatieproblemen dreigt te veroorzaken door de complexiteit van de zaak, de partijen voor de sluiting der debatten aan de Raad van State kunnen vragen dat in hetzelfde arrest wordt verduidelijkt hoe de tenuitvoerlegging ervan wordt gefaciliteerd.
- het nieuwe artikel 36 vervangt bovendien het momenteel bestaande waarin regels worden bepaald die op het gebied van de dwangsom van toepassing zijn. Het neemt in wezen dezelfde regels over, onder voorbehoud van de volgende wijzigingen:
  - paragraaf 1 geeft de Raad van State de mogelijkheid om een bevel te geven telkens een arrest een nieuwe beslissing van de betrokken overheid met zich meebrengt of een verplichting tot onthouding in hoofde van de overheid
  - paragraaf 2 voorziet bovendien, dat er een bovengrens kan worden vastgesteld bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad
  - paragraaf 3 wordt aangepast om een einde te stellen aan de discriminatie die vastgesteld werd door het arrest van het Grondwettelijk Hof nr. 122/2012 van 18 oktober 2012 en die erin bestaat dat de verwerende partij een vernietiging, een opschorting of een vermindering van de dwangsom kan vragen, terwijl de verzoekende partij niet de mogelijkheid heeft een verhoging van de dwangsom te vragen
  - ten slotte in paragraaf 5 is verkieslijk gebleken om het voordeel van de dwangsom voor de helft toe te kennen aan de verzoekende partij zelf.

## 10. DE BESTUURLIJKE LUS (ART. 13 – ART. 38 GECOÖRD. WET)

De Raad van State krijgt nu de bevoegdheid om in het kader van een bij hem aanhangig geding aan de verwerende partij voor te stellen gebruik te maken van de mogelijkheid om een vastgestelde onregelmatigheid in de loop van het proces te herstellen teneinde een vernietiging te vermijden.

De voorgestelde bepalingen stellen vooreerst de voorwaarden vast waaronder deze mogelijkheid kan worden toegepast. De eerste voorwaarde heeft tot doel te voorkomen dat de duur van de procedure voor de Raad van State door het gebruik van de bestuurlijke lus overmatig wordt verlengd (1<sup>o</sup>). Een periode van drie maanden is vastgesteld, met dien verstande dat de overheid belast met de correctie van de onregelmatigheid kan proberen aan te tonen dat deze termijn iets te kort zal uitvallen om eraan te verhelpen.

De overige drie voorwaarden betreffen de doelmatigheid van de toepassing van de bestuurlijke lus. Het systeem kan niet worden toegepast indien het bestuur dat partij is in het geding niet bevoegd is om het gebrek te herstellen of te doen herstellen (2<sup>o</sup>) en indien het herstel van het gebrek niet kan leiden tot de oplossing van het geschil (4<sup>o</sup>). Dit laatste zal het geval zijn indien er tijdens de procedure voor de Raad van State nog andere gebreken werden vastgesteld die zich niet lenen tot de toepassing van de bestuurlijke lus. Ten slotte is het evenmin zinvol het systeem toe te passen indien de verwerende partij niet bereid is om zijn medewerking te verlenen (3<sup>o</sup>).

Uit het feit dat de bestuurlijke lus enkel kan worden toegepast indien ze een oplossing voor het geschil kan vormen volgt logischerwijze dat eerst moet worden uitgemaakt of er geen andere middelen gegrond zijn. Daaruit volgt dat de bestuurlijke lus slechts kan worden toegepast in een geding ten gronde. In het kortgeding wordt er immers nog geen definitief standpunt ingenomen over de middelen.

De uitgewerkte regeling voorziet nog een controle op de wijze waarop de verwerende partij de opgelegde herstelmaatregel heeft uitgevoerd. De partijen krijgen de gelegenheid hun visie daarover voor te leggen aan de Raad van State die dan, indien het herstel op een correcte wijze is uitgevoerd het beroep zal verwerpen en in het andere geval de onvoldoende herstelde beslissing zal vernietigen.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de bestuurlijke lus alleen van toepassing is in het annulatie-contentieux, hetzij de beroepen voorzien bij artikel 14, paragraaf 1, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State. Zij kan daarentegen niet worden toegepast in de andere geschillen zoals die inzake cassatie, hervorming of schadeloosstellingen.

#### **11. DE TERMIJNEN VOOR DE AFDELING WETGEVINGSADVIES (ART. 23 – GECOÖRD. WET ART. 84)**

Momenteel voorzien de gecoördineerde wetten op de Raad van State dat de adviezen kunnen worden gevraagd zonder termijn of op een termijn van dertig dagen of, in spoedeisende gevallen, van vijf dagen. Voor omvangrijke en technisch ingewikkelde ontwerpen is de termijn van dertig dagen evenwel vaak nog erg kort.

Daarom wordt voorgesteld om een bijkomende termijn in te voeren van zestig dagen. Deze termijn zal de afdeling wetgeving toelaten om binnen de vooraf door de adviesaanvrager gekende termijn ook voor dergelijke omvangrijke of technisch ingewikkelde ontwerpen een advies te geven dat beantwoordt aan de kwalitatieve waarde die van zijn adviezen mag worden verwacht.

Zonder te moeten teruggrijpen naar de nieuwe termijn van zestig dagen, wordt ook voorgesteld om de termijn van dertig dagen automatisch te verlengen met vijftien bijkomende dagen wanneer die begint te lopen tussen 15 juli en 31 juli of, tussen 15 juli en 15 augustus verstrijkt.

#### **12. CONCLUSIE**

Zoals hierboven reeds aangegeven, zijn dit de belangrijkste krachtlijnen van de wet die van belang zijn voor een overheidsinstelling als het RIZIV. Echter deze wet bevat nog een aantal andere bepalingen waarmee eveneens wijzigingen worden doorgevoerd aan welbepaalde bepalingen die onder meer betrekking hebben op de (interne) organisatie van de Raad van State, de structuur van de regelgeving, betere afstemming van de procedure bij de Raad van State en de bemiddeling,...

Volledigheidshalve lijkt het evenwel ook aangewezen de Wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming inzake de aangelegenheden bedoeld in artikel 77 van de Grondwet (B.S. 31.01.2014) ter sprake te brengen. In deze wet wordt immers ook een wijziging doorgevoerd aan de gecoördineerde wetten op de Raad van State.

Deze wijziging betreft de invoeging van een artikel 11*bis* waarbij de Raad van State de bevoegdheid krijgt om aan partijen een schadevergoeding tot herstel toe te kennen rekening houdende met het nadeel dat zij heeft geleden omwille van de onwettigheid van de akte, het reglement of de stilzwijgend afwijzende beslissing, met inachtneming van alle omstandigheden van openbaar en particulier belang. Het verzoek tot schadevergoeding dient te worden ingediend uiterlijk zestig dagen na de kennisgeving van het arrest waarbij de onwettigheid werd vastgesteld. Daarnaast kan een partij, die een schadevergoeding heeft bekomen, daarna geen burgerlijke aansprakelijkheidsvordering meer instellen. In dezelfde lijn kan een partij ook geen schadevergoeding bekomen van de Raad van State wanneer deze schadevordering reeds het voorwerp uitmaakt van een burgerlijke aansprakelijkheidsvordering.

Deze wet van 6 januari 2014, en derhalve ook dit principe, treedt in werking op 1 juli 2014.

## 2. Koninklijk besluit van 28 januari 2014 tot wijziging van diverse besluiten betreffende de procedure voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State

De hervormingen die de wet van 20 januari 2014 heeft doorgevoerd, hebben natuurlijk ook een impact op procedure die dient gevolgd te worden voor de afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State. Immers deze wet brengt enkele belangrijke wijzigingen met zich mee met betrekking tot de procedure voor de afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State en kan beschouwd worden als een stap voorwaarts in de efficiënte afhandeling van bestuursrechtelijke geschillen.

Gezien deze tekst wordt geschreven vanuit de invalshoek van de geschillenbeslechting lijkt het derhalve aangewezen de verschillende relevante aanpassingen die het Koninklijk besluit van 28 januari 2014 heeft doorgevoerd, zo exhaustief mogelijk te bespreken. Waar de wet van 20 januari 2014 de rechtsbasis heeft gecreëerd voor een aantal aanpassingen, zet het Koninklijk besluit van 28 januari 2014 deze om in uitvoeringsbepalingen die de afdeling Bestuursrechtspraak alsook de rechtzoekenden een behoorlijk verloop van de procedure dienen te garanderen.

Zoals de titel van het Koninklijk besluit ook doet vermoeden, wordt er met dit Koninklijk besluit een wijziging doorgevoerd aan een aantal besluiten. Deze besluiten zijn:

- 1) het Besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State ;
- 2) Koninklijk Besluit van 2 april 1991 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake de dwangsom ;
- 3) Koninklijk Besluit van 5 december 1991 tot vaststelling van de rechtspleging in kort geding voor de Raad van State.

Enkel de wijzigingen aan het eerste besluit zullen hieronder artikelsgewijs besproken worden. Bij de 2 laatste besluiten zullen we ons beperken tot een bespreking van de belangrijkste aanpassingen die ten gevolge van deze hervorming worden doorgevoerd.

Volledigheidshalve lijkt het eveneens aangewezen te wijzen op het Koninklijk besluit van 30 januari 2014 tot wijziging van de reglementering betreffende de inning van de kosten voor de Raad van State<sup>6</sup> dat buiten de scope valt van het Koninklijk besluit van 28 januari 2014. In dit Koninklijk besluit wordt bepaald dat de griffierechten worden verhoogd en voortaan eveneens effectief zullen geïnd worden.

6. K.B. van 30.01.2014 tot wijziging van de reglementering betreffende de inning van de kosten voor de Raad van State, B.S. van 03.02.2014.

a. Wijzigingen aan het Besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.<sup>7</sup>

#### 1. INVOERING MANDAAT *AD LITEM* (ART. 1 – WIJZIGING ART. 3, 4<sup>o</sup>)

Deze wijziging is bedoeld om het Besluit aan te passen aan de invoering van het mandaat ad litem. Het voorleggen van de statuten van de rechtspersonen blijft vereist maar de andere stukken zijn niet meer nodig wanneer zij vertegenwoordigd wordt door een advocaat.

#### 2. AFSCHAFFING BEPALING ENIG VERZOEKSCRIFT (ART. 2 – NIEUW ART. 6, § 4)

Gezien de wet van 19 januari 2014 het enig verzoekschrift tot nietigverklaring en tot schorsing heeft afgeschaft, heeft dit artikel geen bestaansreden meer.

In de plaats hiervan wordt hier een nieuwe bepaling ingevoegd die de hoofdgriffier of zijn vertegenwoordiger machtigt om het verzoekschrift ter kennis te brengen van elke persoon die een belang heeft bij het oplossen van de zaak.

#### 3. BIJZONDERE REGELS VAN TOEPASSING OP DE PROCEDURE TOT NIETIGVERKLARING INGEVAL VAN VORDERING TOT SCHORSING (ART. 3 – NIEUW ART. 11/1 TOT 11/4)

Dit artikel voegt een sectie I/I in titel I, hoofdstuk I, van het procedurereglement toe met als titel “bijzondere regels van toepassing op de procedure tot nietigverklaring ingeval van vordering tot schorsing”. Dit artikel integreert de artikelen 11/1 tot 11/4, waarvan de laatste 3 enkel de artikelen 15*bis* tot 15*quater* hernemen van het Koninklijk besluit van 5 december 1991 met betrekking tot rechtspleging in kort geding. De herneming van deze bepalingen in het algemeen procedurereglement is puur technisch.

Men herhaalt tevens dat de in artikelen 11/2 en 11/3 bedoelde verhoren, bij gebrek aan een verzoek tot voortzetting van de procedure, enkel als doel moeten hebben het voor de betrokkenen toe te laten de redenen uiteen te zetten waarom zij een dergelijke vordering niet hebben ingediend, maar niet om terug te komen op de zaak.

Artikel 11/1 is vernieuwend. De indiening van een vordering tot schorsing onderbreekt de termijnen voor de procedure tot nietigverklaring. In geval van een arrest tot schorsing of waarbij voorlopige maatregelen aanbevolen worden, beginnen deze termijnen weer te lopen vanaf de kennisgeving van het arrest, maar ze zijn beperkt tot 30 dagen.

De auditeur beschikt eveneens over een termijn van 30 dagen om zijn verslag tot nietigverklaring neer te leggen of voor zijn in het nieuwe artikel 11/4 bedoelde mededeling als hij van mening is dat geen enkel element de besluiten van zijn verslag wijzigt. Deze laatste termijn, die tevens een termijn van openbare orde is, begint te lopen vanaf het moment dat hij het memorie van antwoord en het volledige dossier van de zaak ontvangen heeft.

De vermindering van alle voormelde termijnen naar 30 dagen strekt ertoe de termijn van 6 maanden zoals voorgeschreven bij artikel 17, § 5, na te leven.

7. Verslag aan de Koning bij het K.B. van 28.01.2014 tot wijziging van diverse besluiten betreffende de procedure voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State, B.S. van 03.02.2014, p. 9080.

Ingeval van een arrest tot verwerping, begint de onderbroken termijn in zijn geheel weer te lopen vanaf de kennisgeving van dit arrest.

#### 4. MODALITEITEN UITVOERING ARREST (ART. 4 – NIEUW ART. 14)

Dit artikel vervangt artikel 14 van het algemeen procedurereglement om zo tegemoet te komen aan de aanpassingen die werden doorgevoerd in artikel 14<sup>ter</sup> en 36 door de wet van 20 januari 2014.

De wijzigingen die door dit artikel worden ingevoerd:

- Er dient een tegensprekelijk debat plaats te vinden zodat de aanvraag tot aanpassing van de gevolgen van een vernietigingsarrest ten laatste geformuleerd moeten worden in de laatste memorie. In dat geval kunnen de partijen schriftelijk reageren en stelt de auditeur een verslag op dat enkel op dit punt betrekking heeft
- Artikel 36 van de gecoördineerde wetten bepaalt dat de afdeling bestuursrechtspraak, waarbij een vordering in die zin werd ingesteld, kan bevelen dat die beslissing binnen een bepaalde termijn dient genomen te worden of dat de overheid zich onthoudt van het nemen van een beslissing. De aanvraag gebaseerd op dit artikel dient eveneens ten laatste in de laatste memorie geformuleerd te worden. Deze aanvragen vormen enkel een uitleg van de gevolgen van de vernietiging zodat het niet noodzakelijk is hierover een bijkomend schriftelijk debat te voeren: de mondelinge debatten op de hoorzitting volstaan om het voor de partijen mogelijk te maken hierover uitleg te geven.

#### 5. MODALITEITEN NEERLEGGING VAN DE LAATSTE MEMORIE (ART. 5 – NIEUW ART. 14<sup>SEPTIES</sup>)

Dit artikel voert een nieuw artikel 14<sup>septies</sup> in. Het nagestreefde doel van deze bepaling is de mogelijkheid te voorzien de modaliteiten voor de neerlegging van de laatste memories aan te passen in het raam van het beroep tot nietigverklaring, wanneer de verzoeker een vordering tot vaststelling bij spoedeisendheid na de kennisgeving van het verslag van de auditeur richt. Deze modaliteiten die de naleving van de rechten van de verdediging en een billijke procedure van de partijen zullen dienen te waarborgen zullen in de beschikking tot vastlegging van de zaak worden vastgelegd.

#### 6. PROCEDURE TOT TUSSENKOMST (ART. 6 & 7 – WIJZIGING ART. 52 & 53)

De artikelen 52 & 53 worden gewijzigd teneinde de nieuwe regels voor de procedure tot tussenkomst vast te leggen, zoals voorzien bij artikel 21<sup>bis</sup> van de gecoör. wet (gewijzigd via wet van 19.01.2014). Het gaat om:

- het feit dat de vordering in kort geding ingediend kan worden na het beroep tot nietigverklaring
- elke aanvraag tot tussenkomst is geldig zowel voor de vernietigingsprocedure als voor de andere procedures die er een accessorium van zijn.

## 7. DE BESTUURLIJKE LUS (ART. 8 – NIEUW ART. 65/1)

Het nieuwe artikel 65/1 van het algemeen procedurereglement voert artikel 38 uit van de gecoördineerde wet en implementeert aldus de bestuurlijke lus. Het vervolledigt de modaliteiten die reeds voorzien zijn in artikel 38:

- Er wordt een onderscheid gemaakt naargelang het de auditeur dan wel de kamer is, waar de zaak aanhangig werd gemaakt, die voorstelt om de bestuurlijke lus op te starten:
  - in geval van auditeur: het verslag onderzoekt alle middelen en stelt de lus voor. Na de communicatie van dit verslag, krijgt de verwerende partij, de tussenkomenende partijen en de eisende partij de mogelijkheid om een laatste memorie in te dienen (in deze volgorde). De partijen beschikken over een termijn van 15 dagen om hun laatste memorie in te dienen. Deze termijn is korter dan bij de nietigverklaring omdat artikel 30, § 2 van de gecoördineerde wet. oplegt dat de spoedeisendheid wordt vastgesteld om de lus in kortgeding te kunnen laten toepassen.
  - in geval van de kamer: in dit geval is het het arrest zelf dat voorstelt om de bestuurlijke lus op te starten, hetgeen opnieuw veronderstelt dat het alle middelen heeft onderzocht. Dit uitvoerig onderzoek is onontbeerlijk, zonder hetwelk de bijsturing die voortvloeit uit de toepassing van de lus geen enkel nut zou kunnen hebben.
- Paragraaf 3 beoogt de situatie waarbij het verslag van de auditeur niet alle middelen van het beroep zou hebben onderzocht, terwijl de kamer waar de zaak aanhangig werd gemaakt de bestuurlijke lus zou willen voorstellen voor een of meerdere van deze middelen die zij gegrond zou achten. De auditeur wordt er dan toe uitgenodigd een aanvullend verslag neer te leggen dat ofwel gegrond kan zijn op paragraaf 1, eerste lid van het nieuwe artikel 65/1 van het algemeen procedurereglement of op artikel 13 van dezelfde tekst indien hij een andere oplossing voorstelt.
- Paragraaf 4 betreft de verlenging van de termijn die door de overheid kan worden gevraagd, nadat die werd vastgelegd in het tussenarrest bedoeld bij artikel 38, § 1, 3e lid en § 3, 2e lid van de gecoörd. wet. Deze verlenging gebeurt via beschikking van de voorzitter van de kamer die ter kennis wordt gebracht van de partijen met dien verstande dat de termijn niet langer mag zijn dan 3 maanden, desgevallend verhoogd met een redelijke termijn zoals voorzien bij artikel 38, § 2 1<sup>o</sup>.
- Paragraaf 5 betreft de mededeling van de informatie en de bevestiging door de verwerende partij dat de bestreden akte werd verbeterd en de wijze waarop dit is gebeurd. Vervolgens volgt er een debat op tegenspraak tussen de partijen, terwijl de auditeur belast wordt met de neerlegging van een verslag over de toepassing van de bestuurlijke lus door de verwerende partij.
- Paragraaf 6 behandelt de situatie waarbij de bijsturende beslissing niet binnen de toebedeelde termijn zou zijn overgemaakt, hetgeen oplegt dat de bestreden akte nietig wordt verklaard. Hierop zijn modaliteiten van toepassing vergelijkbaar met deze van artikel 14*bis* en volgende. Het door deze bepaling bedoelde verhoor dient dus niet om de zaak nog eens uiteen te zetten, maar louter een toelichting over de redenen waarom de beslissing tot herstel niet binnen de vastgestelde termijn opgestuurd kan worden.

## 8. NEERLEGGING ADMINISTRATIEF DOSSIER (ART. 9 – WIJZIGING ART. 86)

Artikel 86 wordt gewijzigd teneinde de wettigheid te bevestigen van een praktijk die erin bestaat hun administratief dossier neer te leggen, eerder dan het bij aangetekende zending naar de griffie van de Raad van State te sturen. Op deze manier wordt vermeden dat er onnodige kosten worden gemaakt.

## 9. MODALITEITEN UITVOERING ARREST (ART. 10 – ART. 93)

Artikel 93 wordt gewijzigd om eveneens rekening te houden met de nieuwe procedureregels die voortvloeien uit de artikelen 14<sup>ter</sup> en 36, zoals gewijzigd door de wet van 20 januari 2014.

### b. Wijzigingen aan het Koninklijk besluit van 2 april 1991 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake de dwangsom<sup>8</sup>

Zoals reeds aangegeven, beperken we ons in dit geval tot een bespreking van de belangrijkste aanpassingen die in dit besluit worden doorgevoerd ten gevolge van de hervorming. In grote lijnen betreft het de volgende aanpassingen (vaak gekoppeld aan de hervorming van de wet van 20.01.2014):

- het toepassingsgebied van dit Koninklijk besluit wordt uitgebreid naar andere maatregelen buiten de dwangsom. Dit heeft voornamelijk betrekking op de positieve en negatieve bevelen die Raad van State kan opleggen (bevelrecht) (art. 11 K.B. van 28.01.2014)
- eveneens uitbreiding naar overheden die *sensu stricto* geen administratieve overheden zijn (bv. Hoge Raad voor justitie). Dit is een gevolg van de vernietigingsbevoegdheid die eveneens werd uitgebreid door artikel 2 van de wet van 20 januari 2014 (art. 12)
- heel wat bepalingen betreffen de aanpassing van de regelgeving om op die manier ook het bevel naast de dwangsom te articuleren
- ook de hoogte en andere modaliteiten van de toekenning van een dwangsom worden aangepast. De nieuwe bedragen hebben als doelstelling enerzijds het ontradend effect dat door deze dwangsom wordt beoogd en anderzijds het vermijden dat begunstigden worden aangezet om aanvragen te blijven poneren in de hoop er zelf rijk van te worden (art. 20)
- ook de aanpassing dat de helft van het geld ten gunste van een fonds wordt aangewend, wordt gepreciseerd in die zin dat dit geld moet worden gebruikt voor de aankoop van materiaal en de ontwikkeling van ict-software voor de Raad van State (art. 27).

### c. Wijzigingen aan het Koninklijk besluit van 5 december 1991 tot vaststelling van de rechtspleging in kort geding voor de Raad van State.

De belangrijkste wijzigingen in dit besluit vallen in grote lijnen terug op de volgende punten:

- De definitie van het enig verzoekschrift wordt opgeheven, conform de wijzigingen ingevoerd door de wet van 20 januari 2014 (art. 28 K.B. van 28.01.2014)

<sup>8</sup> Verslag aan de Koning bij het K.B. van 28.01.2014 tot wijziging van diverse besluiten betreffende de procedure voor de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State, B.S. van 03.02.2014, p. 9080.



- Uitbreiding van de manier waarop een verzoekschrift kan aanhangig gemaakt worden: ook per fax kan een verzoekschrift ingediend worden wanneer blijkt dat een beslissing binnen een zeer korte termijn moet worden gewezen. De eerstvolgende dag dient dit dan overeenkomstig artikel 84 tot 85bis, te worden neergelegd (art. 29)
- De vermeldingen die de vordering tot schorsing of tot voorlopige maatregelen of allebei dienen te bevatten bovenop dewelke voorzien zijn bij artikel 2 van het algemeen procedurereglement worden eveneens bepaald (art. 32):
  - In deze verzoekschriften dienen alleen nog de elementen opgenomen te worden die eerder nog niet werden ontwikkeld. Een uiteenzetting over de spoedeisendheid zal dus voornoemd verzoekschrift dienen te vergezellen en het verzoekschrift tot voorlopige maatregelen dient bovendien een beschrijving te bevatten van de maatregelen waarom wordt verzocht, evenals een uiteenzetting van de feiten die vaststelt dat deze noodzakelijk zijn om de belangen van de persoon die erom verzoekt, te vrijwaren
  - Voor de ernstige aard der middelen, zal men rekening houden met de ontwikkelingen vervat in het verzoekschrift tot nietigverklaring, zelfs in de memorie van wederantwoord.
- Er wordt eveneens tegemoet gekomen aan de wijziging die stelt dat een vordering tot schorsing of voorlopige maatregelen op elk ogenblik kan aangevraagd worden tot aan de kennisgeving van het verslag van de auditeur (art. 35).
- De bestuurlijke lus wordt eveneens in kort geding vastgelegd (art. 37).
- De vordering bij uiterst dringende noodzakelijkheid wordt eveneens aangepast, rekening houdende met de schrapping van het enig verzoekschrift en met de vordering tot het bevelen van voorlopige maatregelen (art. 41).

#### d. Wijziging aan het Koninklijk besluit van 30 november 2006 tot vaststelling van de cassatie-procedure bij de Raad van State.

Aan dit Koninklijk besluit wordt er slechts 1 wijziging doorgevoerd, namelijk enkel het voorleggen van de kopie van de van kracht zijnde statuten van de rechtspersoon, blijft verplicht. De verplichting om de andere nodige documenten neer te leggen (ic de akte van aanstelling van haar organen alsook het bewijs dat het gemachtigd orgaan beslist heeft tot het cassatieberoep) wordt opgeheven gelet op het mandaat *ad litem* dat door het nieuwe artikel 19, 6<sup>e</sup> lid van de gecoördineerde wetten werd ingevoegd.

### 3. Koninklijk besluit van 13 januari 2014 tot invoering van de elektronische rechtspleging

Met het Koninklijk besluit van 13 januari 2014 stapt de Raad van State het digitale tijdperk in door de elektronische rechtspleging te implementeren. Na een proefproject bij de Raad van State in samenwerking met enkele advocatenkantoren werd er met dit Koninklijk besluit officieel de stap gezet richting een digitalisering van de procesvoering.

Hieronder bespreken we de regeling en lichten we de verschillende artikelen van het nieuwe Koninklijk besluit toe.

Alvorens het Koninklijk besluit te bespreken, lijkt het aangewezen erop te wijzen dat in een eerste fase de traditionele werkwijze, met uitwisseling van de papieren stukken, zal kunnen worden aangehouden. Indien echter in het stadium van de voorafgaande maatregelen dat wil zeggen voordat het dossier aan de auditeur is overgezonden *ter fine* van onderzoek en verslaggeving, 1 van de partijen de elektronische procesvoering gebruikt, wordt het dossier op elektronische wijze beheerd. Zelfs in dit geval kunnen partijen die dit wensen nog steeds een papieren versie blijven versturen en ontvangen.

Hieronder volgt een artikelsgewijze bespreking van het Koninklijk Besluit:

**Artikel 1** van dit Koninklijk besluit voert een Artikel 85*bis* in in het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 met als paragrafen:

◦ **§ 1: Principe van elektronische procesvoering**

- Wanneer dossier *ter fine* van verslaggeving wordt overgezonden aan de auditeur zal de procesvoering via papieren documenten, in diezelfde vorm worden verdergezet.

◦ **§ 2: Definiëring van begrippen**

- “Gebruiker”: iedere persoon die tussenkomt in de elektronische procesvoering.
- “Registratiehouder”: een gebruiker die zich heeft ingeschreven op de site. Deze kan dossierbeheerder of gedelegeerde zijn. De registratiehouder kan meer dan 1 dossier beheren (bvb. advocaat of ambtenaar die verantwoordelijk is voor de geschillen van een overheidsinstantie).
- “Dossierbeheerder”: de registratiehouder die verantwoordelijk is voor een bepaald dossier. De hoedanigheid van dossierbeheerder wordt toegekend aan de persoon (advocaat, ambtenaar of partij die zichzelf verdedigt) die de eerste procedurehandeling stelt voor rekening van een partij.
- “Gedelegeerde”: de persoon aan wie de dossierbeheerder een machtiging heeft toegekend om dossiers te raadplegen of om er documenten in te voeren.

◦ **§ 3: Noodzaak tot voorafgaandelijke, kosteloze registratie**

- Door middel van elektronische identiteitskaart
- Dossierbeheerder kan machtiging verlenen tot toegang aan derden mits ze registratiehouder zijn (vb. leden van een juridische dienst van de administratie)
- Dossierbeheerder kan machtiging herroepen of wijzigen
- Dossierbeheerder kan deze hoedanigheid overdragen aan andere persoon (mits ontbreken wil dossierbeheerder of overmacht, kan griffie overdracht faciliteren).

◦ **§ 4: Keuze voor elektronische procesvoering is definitief eenmaal dossierbeheerder processtuk langs elektronische weg gedeponerd heeft en deze beheerder kan dan nog enkel op deze manier de overige proceshandelingen verrichten.**

- Indien er een nieuwe dossierbeheerder komt, beschikken de partijen wel nog over de keuzemogelijkheid om alsnog de papieren procedure te hanteren.

- **§ 5: Elk processtuk dat elektronisch wordt neergelegd, wordt geacht het origineel van dat stuk te zijn.**
  - Elk processtuk dat neergelegd wordt door de advocaat-registratiehouder wordt geacht door deze ondertekend te zijn. Wanneer een gemachtigde een stuk neerlegt, zal dat stuk enkel geldig zijn indien deze elektronisch wordt ondertekend. Wanneer handtekening van meerdere personen noodzakelijk is, worden deze elektronisch aangebracht
  - Elke memorie of elk document kan door de verzoekende, verwerende en tussenkommende partij worden neergelegd door de vermelding van het rolnummer van de zaak.
- **§ 6: Het tijdstip van neerlegging van een processtuk, is het ogenblik waarop het wordt neergelegd op de website (datum van neerlegging wordt in het elektronisch dossier vermeld).**
- **§ 7: Om een verzoekschrift neer te leggen, maakt de dossierbeheerder of zijn gedelegeerde gebruik van de website en vult daartoe de daarvoor bestemde velden op de website in.**
  - De stukken die niet gemakkelijk in 1 van de aangegeven formaten converteerbaar zijn, worden bij een ter post aangetekende brief verstuurd binnen 3 werkdagen na neerlegging van het verzoekschrift
  - Een verzoekschrift wordt neergelegd door het in te voeren op de website. Een tijdelijke identificatiecode wordt automatisch toegewezen en meegedeeld aan de dossierbeheerder
  - Zolang de beroepstermijn niet verstreken is en de zaak geen rolnummer heeft, kunnen het verzoekschrift en de bijlagen worden toegevoegd of verwijderd.
- **§ 8: Indien het verzoekschrift niet op de rol wordt ingeschreven, wordt de brief, waarin meegedeeld wordt waarom het verzoekschrift niet is ingeschreven op de rol en waarbij die partij verzocht wordt binnen vijftien dagen haar verzoekschrift te regulariseren, per elektronische post aan de dossierbeheerder toegezonden.**
- **§ 9: Na onderzoek van de voorwaarden waaraan het verzoekschrift dient te voldoen, opent de griffie een elektronisch dossier en kent ze meteen een rolnummer toe aan de zaak.**
  - Vanaf dat ogenblik kan geen van de neergelegde stukken nog verwijderd of gewijzigd worden.
- **§ 10: Wanneer de griffie het verzoekschrift toestuurt aan verwerende partijen en belanghebbende, stuurt ze eveneens een eenmalig bruikbare alfanumerieke sleutel mee die toegang verleent tot het elektronisch dossier van de zaak.**
  - Wanneer de griffie een memorie van antwoord aan een verzoekende partij, die haar verzoekschrift niet elektronisch heeft neergelegd, per post verstuurt, deelt zij eveneens een eenmalig bruikbare alfanumerieke sleutel mee die toegang verleent tot het elektronisch dossier van de zaak
  - Belanghebbenden die wensen tussen te komen in de zaak, melden zich aan bij de griffie die hen een eenmalig bruikbare alfanumerieke sleutel meedeelt die toegang verleent tot het elektronisch dossier van de zaak.
  - De persoon die deze sleutel gebruikt wordt daardoor voor de betrokken partij de dossierbeheerder. Deze hoedanigheid is geldig zolang een processtuk kan ingediend worden en blijft ook behouden wanneer een processtuk elektronisch wordt ingediend.

- **§ 11: Ten aanzien van partijen voor wie geen gebruik is gemaakt van de elektronische procesvoering, alsook voor de stukken die niet gemakkelijk in een elektronisch formaat converteerbaar zijn, blijft de regeling van artikel 84 gelden.**
  - De stukken die gemakkelijk converteerbaar zijn, worden door de griffie geconverteerd en toegevoegd aan het elektronisch dossier. De datum van deze stukken is de datum van aangetekende verzending
  - Op de lijst van bijlagen bij een processtuk wordt vermeld of deze bij het elektronisch dossier zijn gevoegd, dan wel in een andere vorm zijn toegezonden aan de griffie
  - Voor de partijen die de regeling van artikel 84 blijven hanteren, vervalt de verplichting om bij de processtukken afschriften te voegen.
- **§ 12: De partijen hebben toegang tot alle stukken neergelegd in het elektronisch dossier behalve voor de stukken waarvoor de vertrouwelijke behandeling werd gevraagd.**
  - Deze zijn enkel raadpleegbaar door de partij die dit stuk heeft neergelegd of die om de vertrouwelijke behandeling heeft verzocht
  - Indien het verzoek om vertrouwelijke behandeling wordt verworpen, wordt het stuk voor de andere partijen toegankelijk gemaakt
  - Stukken waarvoor de vertrouwelijke behandeling wordt gevraagd, kunnen steeds naar de griffie worden verstuurd in een niet-elektronisch formaat. Deze worden niet geconverteerd.
- **§ 13: De Raad van State deelt de processtukken, alsook de betekeningen, kennisgevingen en oproepingen mee via neerlegging in het elektronisch dossier.**
  - Ten aanzien van andere partijen blijft de mededeling plaatsvinden conform artikel 84
  - De dossierbeheerders en hun gedelegeerden worden via een elektronisch bericht op de hoogte gebracht van deze neerlegging
  - Een elektronisch afschrift van de hun toegezonden berichten wordt op de website bewaard
  - De termijnen die deze berichten doen ingaan, nemen een aanvang wanneer de bestemming het stuk voor het eerst raadpleegt
  - Wanneer stuk niet is geraadpleegd binnen 3 werkdagen, wordt een elektronisch herinneringsbericht verstuurd
  - Wanneer het stuk niet is geraadpleegd, wordt het geacht ter kennis te zijn gebracht vanaf de 3<sup>e</sup> werkdag nadat het elektronisch herinneringsbericht is verstuurd
  - De arresten worden betekend overeenkomstig artikel 36. De partijen kunnen de uitgiften ervan aanvragen conform artikel 37.
- **§ 14: Ingeval website tijdelijk gedurende meer dan een uur onbeschikbaar is, wordt elke termijn die vervalt op deze dag van rechtswege verlengd tot het verstrijken van de werkdag volgend op de dag waarop een einde is gekomen aan de onbeschikbaarheid.**
  - De periode waarop de website onbeschikbaar is, wordt vermeld op de website
  - Ingeval de ICT-middelen van een partij tijdelijk onbeschikbaar zijn, kan elk stuk conform artikel 84 of per faxbericht naar de Raad van State worden gestuurd

- De verzoekschriften en memories dienen slechts in 1 exemplaar neergelegd te worden. In deze zending wordt melding gemaakt van de onbeschikbaarheid
- De partij voert de inhoud van de zending in op de website van zodra dat mogelijk is.
- **§ 15: De elektronische dossiers zijn niet meer toegankelijk wanneer het dossier is afgesloten en gearchiveerd**
  - Artikel 2 van dit Koninklijk besluit wijzigt artikel 2 van het Koninklijk besluit van 5 december 1991 tot bepaling van de rechtspleging in kort geding voor de Raad van State in die zin dat er verwezen wordt naar artikel 85*bis* van de algemene procedureregeling opdat de elektronische procesvoering ook hier toepassing kan vinden
  - Artikel 3 en 4 wijzigen eveneens voornoemd Koninklijk besluit betreffende het kort geding opdat de elektronische procesvoering kan toegepast worden (i.c. schrapping van bepaling “bij ter post aangetekende brief” in art. 15*bis* en 15*ter*)
  - Artikel 5 tot 8 heeft betrekking op de geschillen van administratieve cassatie. Het Koninklijk besluit van 30 november 2006 tot vaststelling van de cassatieprocedure bij de Raad van State bevat immers bepalingen die het verzenden van bepaalde stukken via e-mail mogelijk maakt. Dit Koninklijk besluit schaft deze mogelijkheid af en vervangt ze door de neerlegging op de website. Artikel 85*bis* wordt daarop *mutatis mutandis* toepasselijk verklaard voor de procedure tot cassatie.



De Raad van State heeft ook een gebruikershandleiding voorzien voor de implementatie van de elektronische procesvoering. Deze gebruikershandleiding is een nuttig werkinstrument en is terug te vinden op <http://www.raadvst-consetat.be/?page=news&lang=nl&newsitem=184>.

## Conclusie

Hierboven werd gepoogd op een bevattelijke wijze de negenenveertigste wetswijziging te bespreken die de instelling, opgericht in 1946 en operationeel sinds 1948, reeds kende. Men kan alvast concluderen dat deze hervorming op een aantal punten een fundamentele wijziging teweeg brengt hoewel het nog wat afwachten is wat er uiteindelijk van deze hervorming zal overblijven. Immers ter illustratie: de bestuurlijke lus vormt reeds het voorwerp van een beroep tot nietigverklaring bij het Grondwettelijk Hof. De toekomst zal met andere woorden uitwijzen welke impact deze hervorming daadwerkelijk zal hebben.

Het staat hoe dan ook vast dat deze hervorming een impact heeft en zal hebben op het geschillencontentieux van het RIZIV. Een aantal wijzigingen aan het algemeen procedurereglement hebben immers een elementair karakter. Echter ook hier zal het de toekomst zijn die zal uitwijzen in welke mate dit een impact zal hebben op de werking van de geschillenorganen van het RIZIV.

Men kan evenwel niet anders dan te concluderen dat deze hervorming een aantal opportuniteiten in zich draagt. Ter illustratie hiervan kan er verwezen worden naar de elektronische procesvoering voor de Raad van State. Deze evolutie zou er toe moeten bijdragen dat het werk heel wat efficiënter zal kunnen georganiseerd worden. De toekomst zal uitwijzen in welke mate dit kan gerealiseerd worden.

2<sup>e</sup> Deel

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



## 4<sup>de</sup> trimester 2013

# I. Institutionele en administratieve aspecten

## 1. Sociale akkoorden

### a. Sociaal akkoord 2000

Op 1 maart en 28 november 2000 werden voor de private en publieke sector sociale akkoorden gesloten die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren.

Het bedrag ter financiering van de fondsen die de vergoedingen voorzien voor de werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, wordt voor het jaar 2013 vastgesteld op 57.451.236 EUR.<sup>1</sup>

Dit bedrag wordt als volgt verdeeld:

- thuisverpleging privé: 36.118.147 EUR
- thuisverpleging publiek: 1.098.317 EUR
- diensten voor het Rode Kruis: 8.521.126 EUR
- wijkgezondheidscentra privé: 11.660.935 EUR
- wijkgezondheidscentra publiek: 52.711 EUR.

### b. Sociaal akkoord 2005

Op 26 april en 18 juli 2005 werden voor de private en publieke sector sociale bijkomende akkoorden gesloten. In deze akkoorden werden verschillende maatregelen voorzien, waarvoor in 2013 een bedrag van 13.974.544 EUR is uitgetrokken<sup>2</sup>. De verdeling ervan gebeurt als volgt:

- attractiviteitspremie: 9.087.305 EUR (dit is een vergoeding van 801,4 EUR per vte)
- bijkomende tewerkstelling: 4.386.224 EUR
- de vergoeding voor prestaties op zondagnacht verhoogt van 50 % naar 56 %. Daarvoor is een bedrag van 238.119 EUR bestemd
- voor het functiecomplement voor een hoofdverpleegkundige in een dienst voor thuisverpleging voorziet het Koninklijk besluit een bedrag van 262.896 EUR.

1. K.B. van 16.09.2013 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2000 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69446.

2. K.B. van 16.09.2013 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69477.

Daarnaast zijn er ook maatregelen voorzien voor de overdracht van kennis en ervaring van oudere werknemers aan jongeren met minder basisopleiding en werd een maatregel voorzien van bijkomend verlof voor personeelsleden die niet genieten van de voordelen inzake eindeloopbaan. Voor het jaar 2013 gaat het om een bedrag van 18.218.390 EUR.<sup>3</sup> Dit wordt als volgt opgesplitst:

- maatregel peterschap: 2.957.531 EUR voor de publieke sector en 4.929.218 EUR voor de private sector
- maatregel bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die niet genieten van de maatregelen in het kader van de eindeloopbaan : 3.943.375 EUR voor de publieke sector en 6.388.266 EUR voor de private sector.

### c. Sociaal akkoord 2010

Op 4 en 17 maart 2010 zijn er akkoorden gesloten betreffende het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in een beperkt aantal sectoren.

De bijkomende vergoeding van de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra, wordt voor het jaar 2013 vastgesteld op 800.746 EUR. Daarvan gaat 778.844 EUR naar de private sector en 21.902 EUR naar de publieke sector.<sup>4</sup>

### d. Mini sociaal akkoord 2011

Op 4 en 25 februari 2011 werd een “mini sociaal akkoord” gesloten over de tewerkstelling, ongemakkelijke prestaties, tweede pensioenpijler, vakbondspremie en statutarisering van de publieke sector.

De bijkomende vergoeding voor de creatie van tewerkstelling en voor de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, de wijkgezondheidscentra en de openbare psychiatrische verzorgingstehuizen wordt voor het jaar 2013 vastgesteld op 7.429.846 EUR.<sup>5</sup>

### e. Sociaal akkoord 2013

Op 24 oktober 2012 werd een sociaal akkoord voor 2013 gesloten met onder meer een tegemoetkoming voor de creatie van bijkomende tewerkstelling ten belope van 4.108.000 EUR.<sup>6</sup> Dit wordt als volgt verdeeld:

- 40 VTE thuisverpleging privé: 2.000.000 EUR
- 3,16 VTE thuisverpleging publiek: 158.000 EUR

3. K.B. van 19.09.2013 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op peterschap en op de maatregel van bijkomend verlof voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69451.

4. K.B. van 16.09.2013 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties, voorzien in het akkoord van 04.03.2010 dat werd ondertekend door de federale regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers, en dat kadert in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voor de sector van de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra, voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69448.

5. K.B. van 16.09.2013 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties en de creatie van bijkomende tewerkstelling, voorzien in het akkoord van 04.02.2011 en 25.02.2011 dat werd ondertekend door de federale regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers van de federale gezondheidssectoren voor de sector van de thuisverpleging, in de wijkgezondheidscentra en de psychiatrische verzorgingstehuizen voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69449.

6. K.B. van 16.09.2012 tot vaststelling van het bedrag ter betaling van een bijkomende vergoeding voor de onregelmatige prestaties en de creatie van bijkomende tewerkstelling, voorzien in het akkoord van 24.10.2012 dat werd ondertekend door de federale regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers van de federale gezondheidssectoren voor de sector van de thuisverpleging, in de wijkgezondheidscentra en de ambulante revalidatiecentra voor het kalenderjaar 2013, B.S. van 04.10.2013, p. 69450.



- 28 VTE revalidatiecentra privé: 1.400.000 EUR
- 10 VTE wijkgezondheidscentra privé: 500.000 EUR
- 1 VTE wijkgezondheidscentra publiek: 50.000 EUR.

## 2. Experimentele financiering

### Immunotherapie

Het RIZIV verlengt de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming wordt verleend aan de experimentele technologie waardoor het mogelijk wordt dendritische cellen (dit zijn ondersteunende cellen van bijvoorbeeld het zenuwweefsel of de huid) zo te behandelen dat ze tot een therapeutisch vaccin leiden dat onderzocht wordt bij de behandeling van patiënten die lijden aan een glioom (1 type zenuwtumor) of van melanoom (1 type huidtumor).<sup>7</sup> De overeenkomsten lopen tot 30 september 2014.

## 3. Patiëntenverenigingen

Vanaf 2013 is een jaarlijks bedrag van 47.500 EUR van de subsidies voor Ligue des Usagers des Services de Santé en Vlaams Patiëntenplatform bestemd voor de inventarisatie, analyse en evaluatie van de informatienoden bij patiënten en het formuleren van beleidsaanbevelingen ter zake.<sup>8</sup> De Algemene Raad houdt toezicht op de verplichtingen die samenhangen met het ontvangen van de subsidie, en waar deze verenigingen aan moeten voldoen.

## 4. Vergoedingsbasis farmaceutische specialiteiten

Op 1 januari en op 1 juli van elk jaar worden, de prijzen en vergoedingsbasissen van de biologische geneesmiddelen voor menselijk gebruik, verminderd met 7,5 %. Het gaat om de farmaceutische specialiteiten, waarvan, in de loop van het voorafgaande semester, elk werkzaam bestanddeel verschijnt in een specialiteit die meer dan achttien jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was of waarvoor in de loop van het voorafgaande semester een farmaceutische specialiteit, die hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen bevat, ingeschreven is op de lijst van artikel 35*bis* van de gecoördineerde wet en niet onbeschikbaar is.<sup>9</sup> Op deze vermindering kan vanaf 7 december 2013 een uitzondering voor de biologische geneesmiddelen worden toegekend in volgende 3 gevallen:

- wanneer het werkzaam bestanddeel nog beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming door het octrooi

7. K.B. van 01.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 04.12.2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wet GVU, voor de behandeling van hooggradige gliomen via immunotherapie door de techniek van autologe dendritische cellen en voor de behandeling van maligne melanomen via immunotherapie door de techniek van autologe dendritische cellen, B.S. van 10.10.2013 (Ed. 2), p. 71661.

8. K.B. van 24.10.2013 houdende toekenning van een subsidie aan de representatieve patiëntenverenigingen, B.S. van 06.11.2013, p. 84245.

9. Zie I.B. - 2013/4, p. 393, Wet van 30.07.2013 houdende diverse bepalingen, B.S. van 01.08.2013 (Ed. 2), art. 30.

- wanneer het prijsniveau van de farmaceutische specialiteit op het ogenblik van de toepassing van de daling reeds 65 % lager ligt dan het niveau van de eerste opname op de lijst van een farmaceutische specialiteit met hetzelfde werkzame bestanddeel en dezelfde toedieningsvorm en dosis
- wanneer het prijsniveau reeds het laagste prijsniveau is in vergelijking met het prijsniveau binnen de andere Europese landen en in vergelijking met de laagste buiten bedrijf prijs van de bestaande alternatieven.

Sowieso krijgen enerzijds specialiteiten die zijn opgenomen in de vergoedingscategorieën Fa en Fb en anderzijds de moleculen met een klein marktaandeel een uitzondering toegekend op de daling van de vergoedingsbasis.

De wijze waarop deze bepalingen worden bekend gemaakt aan de farmaceutische firma's en het verder verloop van de procedure wordt eveneens vastgelegd.

## 5. Heffingen farmaceutische specialiteiten

### a. Subsidiaire heffing

Jaarlijks moet in september worden nagegaan of er, op basis van de technische ramingen, geen overschrijding van het globaal budget van farmaceutische specialiteiten kan worden vastgesteld. Indien dat het geval is, dient een subsidiaire heffing te worden opgelegd. Voor het jaar 2013 wordt deze vastgesteld, op basis van het omzetcijfer van 2012.<sup>10</sup>

### b. Moduleerbare prijsdaling

Vanaf 1 april 2013 werden de prijzen en de vergoedingsbases van bepaalde farmaceutische specialiteiten verminderd, wat per aanvrager een besparing opleverde van minstens 1,95 % van het omzetcijfer dat in 2011 verwezenlijkt werd op de Belgische markt.<sup>11</sup> De farmaceutische bedrijven die meer dan die vooropgestelde besparing hebben gerealiseerd, krijgen hiervoor een compensatie.<sup>12</sup>

### c. Verderzetting van heffingen

Voor 2014 worden de heffingen op de omzet van de farmaceutische specialiteiten verder gezet.<sup>13</sup> Het gaat om:

- de basisheffing van 6,73 %
- de bijdrageheffing van 1 %
- de weesheffing voor weesgeneesmiddelen met een omzet van meer dan 1,5 miljoen EUR.

10. K.B. van 15.12.2013 tot vaststelling van het percentage van het voorschot van de subsidiaire heffing voorzien door art. 191, eerste lid, 15<sup>e</sup> *undecies* van de wet G.V.U. en tot vaststelling van de uitzonderingsmodaliteiten voor sommige farmaceutische specialiteiten. - Jaar 2013, B.S. van 24.12.2013, p. 102041.

11. Zie I.B. - RIZIV 2013/1, p. 40 - Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), art. 2.

12. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 27.

13. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 28-31.

#### d. Bijdrage op marketing

De bijdrage ingevoerd om het negatieve effect van promotie op de verhoging van het aantal voorschriften van de vergoedbare geneesmiddelen te compenseren, wordt verdergezet in 2014.<sup>14</sup>

### 6. Weesgeneesmiddelen

Het statuut van weesgeneesmiddel kan worden verlengd wanneer de geldigheid voor 10 jaar op het nationale of het Europees niveau, vervalst. Dit is het geval indien er geen vrijwillige herroeping van het statuut is geweest voor om het even welke indicatie, en indien er geen andere niet zeldzame indicatie voor het gebruik is.<sup>15</sup>

### 7. Solidariteitsbijdragen pensioenen

Vanaf 1 januari 2014 breidt de toepassingsfeer van de inhouding van 3,55 % ten gunste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de solidariteitsbijdrage verricht op de pensioenen, uit.<sup>16</sup>

- Voortaan geldt de inhouding ook voor pensioenen ten laste van een buitenlands pensioenstelsel of van een pensioenstelsel van een internationale instelling (vanaf 01.01.2013)
- Inhoudingen kunnen slechts verricht worden in de mate waarin de gezondheidsverstrekkingen ten laste zijn van een Belgische instelling
- Zijn niet onderworpen aan de inhoudingen: de pensioenen ten laste van een Belgisch pensioenstelsel die worden uitbetaald aan een gepensioneerde die verblijft in een andere lidstaat van de Europese Economische ruimte en niet ten laste is van België voor zijn geneeskundige verzorging
- De gepensioneerden die in België verblijven en ten laste zijn van de Belgische ziekteverzekering, zijn voortaan onderworpen aan de inhouding op het geheel van hun pensioeninkomsten die voortkomen uit een Belgisch, buitenlands pensioenstelsel en/of een pensioenstelsel van een internationale instelling.

### 8. Administratiekosten verzekeringsinstellingen

Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt vastgelegd op 1.052.317.000 EUR voor 2014. Voor de Kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS wordt dit bedrag voor hetzelfde jaar vastgesteld op 18.073.000 EUR.<sup>17</sup>

14. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 32.

15. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 29.

16. K.B. van 08.12.2013 tot uitvoering van art. 4 en 13 van de wet van 13.03.2013 tot hervorming van de inhouding van 3,55 % ten gunste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de solidariteitsbijdrage verricht op de pensioenen, B.S. van 16.12.2013, p. 98791.

17. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 39.

## II. Geneeskundige verzorging

### 1. Verzekerden

#### a. Grensoverschrijdende gezondheidszorg

De tegemoetkoming voor in het buitenland verleende verstrekkingen breidt uit met ingang van 25 oktober 2013. De Belgische wetgever geeft hiermee uitvoering aan de Europese Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.<sup>18 19</sup>

Terugbetaling wordt toegekend aan:

- de geneeskundige verstrekkingen die medisch noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat van de Europese Unie / Europese Economische Ruimte. Als gevolg hiervan wordt tegemoetkoming voor de dringende ziekenhuisopname gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland<sup>20</sup> beperkt tot de landen die niet behoren tot de Europese Unie / Europese Economische Ruimte om overlappingen te vermijden
- de geplande geneeskundige verstrekkingen die geen voorafgaande toestemming vereisen. Deze categorie van geneeskundige verstrekkingen kwamen voorheen reeds in aanmerking voor een tegemoetkoming in de gemaakte kosten op grond van het zogenaamde “Kohll & Decker”-principe
- de geplande geneeskundige verstrekkingen die een voorafgaande toestemming vereisen. Hierbij wordt bepaald welke categorieën van geneeskundige verstrekkingen onderworpen blijven aan een voorafgaande toestemming (bv. de geneeskundige zorgen die minimum één overnachting in een ziekenhuis vereisen)<sup>21</sup>, de situaties waarin een voorafgaande toestemming niet mag geweigerd worden (bv. de geneeskundige zorg kan niet tijdig op Belgisch grondgebied worden aangeboden rekening houdende met het ziekteverloop van de patiënt), en de redenen voor de weigering van een voorafgaande toestemming (bijvoorbeeld de geneeskundige zorg kan tijdig op Belgisch grondgebied worden aangeboden).

De rechthebbende dient het bewijs te leveren dat hij de factuur betaald heeft op het moment van de aanvraag tot terugbetaling van de gemaakte kosten.

De vergoeding van de geneeskundige verstrekkingen mag nooit hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten.

De voorafgaande toestemming kan niet worden uitgereikt voor verstrekkingen die niet door de Belgische wetgeving worden vergoed of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding niet zijn vervuld.

De procedure voor het aanvragen van een voorafgaande toestemming voor geneeskundige zorg in het buitenland wordt vastgelegd.

- De adviserend geneesheer dient binnen de 45 kalenderdagen te antwoorden op een aanvraag voor een voorafgaande toestemming waarbij hij rekening dient te houden met individuele omstandigheden die een beslissing bij dringendheid vereisen

18. Publicatieblad van de Europese Unie nr. L88 van 04.04.2011, p. 45.

19. K.B. van 18.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV, wat de buitenlands verleende verstrekkingen betreft, B.S. van 24.10.2013, p. 75768 en het erratum, B.S. van 29.10.2013 (Ed. 2), p. 82846.

20. Art. 294, § 1, 3<sup>o</sup> van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV.

21. Zie omz. V.I. nr. 2013/352 van 30.10.2013 betreffende de vaststelling van de lijst van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is met toepassing van art. 294, § 1, 14<sup>o</sup>, tweede lid, onder a), van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV (<http://www.riziv.fgov.be/insurer/nl/circulars/international-conventions/list-health-prior-authorization/pdf/2013352.pdf>).

- De mogelijke beslissingen die de adviserend geneesheer kan nemen worden omschreven
- Opsomming van de gevallen waarbinnen de antwoordtermijn kan worden opgeschort
- Alsook een bepaling dat bij ontstentenis van antwoord binnen de gestelde termijn de voorafgaande toestemming geacht wordt verleend te zijn.

Ook de toekenning van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in een land dat niet met België verbonden is door een instrument van de internationale rechtsorde, wijzigt vanaf 25 oktober 2013.<sup>22</sup> Er kan voortaan ook een tegemoetkoming worden verleend indien:

- het een ziekenhuisopname betreft waarvoor de adviserend geneesheer een voorafgaande toestemming heeft afgeleverd
- de rechthebbende in een ziekenhuis wordt opgenomen in een land waarmee België verbonden is door een instrument van de internationale rechtsorde, maar waar de bepalingen niet op hem van toepassing zijn (bv. in het geval een Belgisch verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf in Spanje in een privé-ziekenhuis wordt opgenomen).

Voor het jaar 2014 bedraagt deze verpleegdagprijs 445,68 EUR.<sup>23</sup>

## b. Statuut personen chronische aandoening

In het kader van het programma “prioriteit chronische zieken” is vanaf 1 januari 2013 een nieuw statuut voor een persoon met een chronische aandoening gecreëerd.<sup>24</sup>

Een persoon erkend in het statuut, zal worden ondersteund om de kosten van geneeskundige verzorging, verbonden aan een ernstige chronische aandoening, te kunnen dragen. Het statuut zal hiertoe automatisch een aantal rechten openen voor de rechthebbende.

Het statuut wordt toegekend:

- automatisch door het ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten, op basis van een financieel criterium of op basis van het genot van de forfaitaire toelage “chronische zieken”
- op basis van een financieel criterium en een getuigschrift opgesteld door een geneesheer-specialist, dat bevestigt dat de rechthebbende lijdt aan een zeldzame ziekte of een weesziekte.

## c. Militairen in vrijwillige militaire inzet

Vanaf 2013 behoort het tijdvak van vrijwillige militaire inzet tijdens hetwelk de militair een soldij ontvangt ook tot de tijdvakken die geacht worden gedekt te zijn door voldoende bijdragen.<sup>25</sup> Hiermee wordt vermeden dat sommige militairen een aanvullende bijdrage zouden moeten betalen voor het tijdvak van vrijwillige militaire inzet, naar analogie van wat vroeger het geval was voor het tijdvak tijdens hetwelk men de dienstplicht vervulde.

22. M.B. van 18.10.2013 tot wijziging van het M.B. van 05.06.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, B.S. van 24.10.2013, p. 75771 en het erratum, B.S. van 20.11.2013 (Ed. 2), p. 86214.

23. M.B. van 28.11.2013 tot wijziging van het M.B. van 05.06.1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, B.S. van 10.12.2013 (Ed. 2), p. 97992.

24. K.B. van 15.12.2013 tot uitvoering van art. 37 *vicies*<sup>1</sup> van de wet G.V.U., B.S. van 23.12.2013 (Ed. 2), p. 101708.

25. K.B. van 11.09.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet G.V.U., wat de berekening van de aanvullende bijdrage betreft, B.S. van 09.10.2013, p. 71088.

## d. Vervoerskosten dringende geneeskundige hulpverlening

De derdebetalersregeling kon tot nog toe worden toegepast in de vergoeding van de kosten van het ambulancevervoer in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening volgens de modaliteiten vastgesteld door het Verzekeringscomité. Vanaf 1 januari 2014 kunnen de modaliteiten voor de toepassing van de derdebetalersregeling worden vastgesteld via bijzonder contract tussen de verzekeringsinstellingen en de diensten voor ambulancevervoer.<sup>26</sup>

## 2. Zorgverleners

### a. Artsen

#### TELEMATICAPREMIE

De jaarlijkse forfaitaire tegemoetkoming voor artsen die gebruik maken van een gelabeld softwarepakket ligt voor het jaar 2013 op 806 EUR.<sup>27</sup>

#### BESCHIKBAARHEIDSHONORARIA VOOR HUISARTSEN

Om recht te kunnen doen gelden op een beschikbaarheidshonorarium moet de huisarts via de verantwoordelijke van de wachtdienst volgende gegevens meedelen aan het RIZIV:

- het RIZIV-identificatienummer, de naam, de voornaam en het rekeningnummer
- de data waarop de huisarts heeft deelgenomen aan de georganiseerde wachtdienst.

Vanaf 1 januari 2014 geldt voor het meedelen van deze gegevens via de webtoepassing MEDEGA een termijn van 1 jaar.<sup>28</sup>

### b. Apothekers

#### SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd waardoor het voor 2012 op 2.715,2 EUR wordt vastgesteld.<sup>29</sup> Het bedrag wordt verminderd tot:

- 2.036,25 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1.357,51 EUR Indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

26. K.B. van 15.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU, B.S. van 20.12.2013 (Ed. 4), p. 101291.

27. K.B. van 10.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 06.02.2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, B.S. van 24.10.2013, p. 75638.

28. K.B. van 10.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 25.11.2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten, B.S. van 24.10.2013, p. 75767.

29. K.B. van 21.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 30.12.2013, p. 103249.

## HONORARIA

### ◦ Indexering

Sinds 1 april 2010 zijn de apothekershonoraria grondig gewijzigd.<sup>30</sup> De vergoeding voor apothekers bestaat thans uit:

- een economische marge
- een basishonorarium
- een honorarium voor bijzondere farmaceutische zorgen.

Vanaf 3 januari 2014 treden 2 wijzigingen in werking met betrekking tot de basishonoraria:<sup>31</sup>

- de niet besteding van de indexmassa is enerzijds aangewend voor een nieuw project (zie hieronder “begeleidingsgesprek nieuwe medicatie”) en anderzijds voor de verhoging van het forfait “begeleiding eerste aflevering” voor het jaar 2013. Het bedrag ligt voor dat jaar op 730 EUR
- de beslissing om al dan niet te indexeren, die in handen van de overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen ligt moet genomen worden ten laatste op 31 oktober van het jaar voorafgaand aan de verhoging. Zo niet zal er automatisch een indexering plaats vinden vanaf 1 januari.

### ◦ Begeleidingsgesprek nieuwe medicatie

Vanaf 1 januari 2014 krijgen de apothekers een vergoeding voor de prestatie “begeleidingsgesprekken voor nieuwe medicatie”.<sup>32</sup>

Deze prestatie bestaat uit het gestructureerd en gedocumenteerd verstrekken van informatie en het analyseren van de verwachtingen en ervaringen van de patiënt bij het opstarten van een nieuwe geneesmiddelentherapie voor de behandeling van een chronische aandoening. Het doel is de therapietrouw aan de behandeling te verbeteren.

Afhankelijk van de doelgroep van de betrokken chronische therapie, kan dit gesprek vervolledigd worden met een of meerdere opvolggesprek(ken). In een eerste fase zal voor de periode van 1 oktober tot 31 december 2013 een pilootproject, beperkt tot de inhalatiecorticosteroiden in de behandeling van astma, worden uitgevoerd.

## c. Kinesitherapeuten

Het bedrag van de sociale voordelen is voor de kinesitherapeuten die aan de voorwaarden voldoen vastgesteld op 1.465,62 EUR voor het jaar 2012.<sup>33</sup>

30. Zie I.B. - RIZIV 2010/2-3, p. 202 – K.B. van 16.03.2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek, B.S. van 19.03.2010 (Ed. 3), p. 17926.

31. K.B. van 15.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 16.03.2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek, B.S. van 24.12.2013, p. 102040.

32. K.B. van 26.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 16.03.2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), p. 104068.

33. K.B. van 21.12.2013 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 30.12.2013, p. 103249.

## d. Verpleegkundigen

### REPRESENTATIEVE ORGANISATIE

Vanaf 2013 liggen de voorwaarden en modaliteiten vast waaronder een financiële tegemoetkoming wordt toegekend voor de werking van de AUVB (de Algemene unie der verpleegkundigen van België).<sup>34</sup>

Het jaarbedrag bedraagt 350.000 EUR en wordt voor de komende 4 jaar toegekend. Op 1 maart van elk jaar na 2013 vindt een indexerings plaats.

De betaling gebeurt in 2 schijven:

- 75 %, voor 31 maart van 2014, 2015, 2016 en voor 30 november 2013 voor het jaar 2013
- 25 %, binnen de 3 maanden nadat de Raad van Bestuur van de AUVB de goedgekeurde jaarrekening voor het desbetreffende jaar aan het RIZIV bezorgde.

De Algemene raad kan beslissen de laatste schijf niet te betalen indien wordt vastgesteld dat het bedrag niet volledig werd gebruikt voor de voorziene doeleinden.

### THUISVERPLEEGKUNDIGEN

Vanaf het jaar 2011 kunnen de verpleegkundigen in de thuisverpleging recht doen gelden op een tegemoetkoming voor continue opleiding.<sup>35</sup> De vergoeding bedraagt 175 EUR per verpleegkundige die tijdens het jaar waarop de aanvraag betrekking heeft een opleiding van minstens 5 uur heeft gevolgd, waarvan 2 uur gewijd worden aan artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging of aan andere specifieke reglementeringen voor de sector van de thuisverpleging. Bovendien kan de vergoeding maar aangevraagd worden door verpleegkundigen die reeds een tegemoetkoming genieten voor het gebruik van software.

Om de vergoeding echter voor de eerste maal toegekend te krijgen, moeten de verpleegkundigen een opleiding van minstens 5 uur hebben gevolgd waarvan 4 uur gewijd werden aan artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging (of aan andere specifieke reglementeringen voor de sector van de thuisverpleging).

## e. Verzorgingsinstellingen en –diensten

### RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN / RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN

Vanaf 1 juli 2013 vinden er 2 wijzigingen plaats aan de financiering van de RVT's en ROB's:<sup>36</sup>

- met de creatie van een nieuwe afhankelijkheidscategorie “D” en het vastleggen van een financieringsformule voor de berekening van het bedrag van de aanvullende financiering voor de periode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 (deel Z5), is vastgesteld dat deze niet gewenste uitgaven creëerde ten aanzien van patiënten die van categorie “B” naar categorie “D” evolueren. Dit wordt rechtgezet met een aanpassing van de formule

34. K.B. van 26.09.2013 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene unie der verpleegkundigen van België, B.S. van 10.10.2013 (Ed. 2), p. 71660.

35. K.B. van 14.01.2013 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële vergoeding verleent aan de verpleegkundigen voor de gevolgde continue opleiding, B.S. van 14.11.2013 (Ed. 2), p. 85641.

36. M.B. van 05.12.2013 tot wijziging van het M.B. van 06.11.2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 12, van de wet GVU, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, B.S. van 13.12.2013 (Ed. 2), p. 98645.



- de opleiding die de referentiepersoon dementie moet hebben gevolgd, mag tot 30 juni 2014 plaatsvinden. De termijn voor het volgen van de opleiding wordt daarmee met 1 jaar uitgesteld.

#### FORENSISCH PSYCHIATRISCH CENTRUM

De programmawet van 26 december 2013 voorziet in de oprichting van forensisch psychiatrische centra die zullen instaan voor de opvang van geïnterneerden waarvoor er zowel een veiligheidsrisico is, als nood aan gespecialiseerde psychiatrische zorg. De uitvoeringsmodaliteiten zullen verder bij Koninklijk Besluit worden vastgelegd, maar de basis voor de financiering van het nieuwe initiatief is reeds gelegd.<sup>37</sup>

#### ZIEKENHUISFORFAITS<sup>38</sup>

Vanaf 1 januari 2014 is het mogelijk dat het forfait ingeval van heropname in het ziekenhuis wordt verlaagd bij Koninklijk Besluit<sup>39</sup>, in geval de patiënt binnen de 10 dagen na zijn ontslag uit het ziekenhuis, opnieuw wordt gehospitaliseerd. Bij heropname worden de forfaits verlaagd tot 82 %.

Dit zal ook het geval zijn voor patiënten die zijn opgenomen op de spoeddienst van een ziekenhuis en die vervolgens wordt opgenomen in dat ziekenhuis. Er wordt een einde gesteld aan de mogelijkheid om de forfaits verbonden aan de fase in de spoeddienst en de forfaits verbonden aan de opname te cumuleren.

### 3. Verstrekkingen

#### a. Artsen

##### HUISARTSGENEESKUNDE

Omdat de opleiding in de spirometrie geïntegreerd is in de huisartsenopleiding, dient de voorwaarde om in deze discipline gevormd te zijn, niet meer opgenomen te worden bij de verstrekking. Zij wordt dan ook geschrapt uit de nomenclatuur vanaf 1 februari 2014.<sup>40</sup>

##### ORTHOPEDISCHE CHIRURGIE

Vanaf 1 januari 2014 wijzigt de nomenclatuur van de orthopedische chirurgie grondig:<sup>41</sup>

- artikel 14, k) van de nomenclatuur wijzigt volledig, met uitzondering van de verstrekkingen met betrekking tot de wervelkolom. Het artikel wordt geactualiseerd en gemoderniseerd
- artikel 15 krijgt een nieuwe toepassingsregel om elke afdeling als een afzonderlijke operatiestreek in de heilkunde van de extremiteiten te erkennen
- in artikel 14, b) wijzigt de verstrekking betreffende de intrafasciculaire neurolyse onder operatiemicroscoop zodat deze niet meer kan toegepast worden voor de behandeling van het handwortelkanaal

37. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 33-34.

38. Programmawet van 26.12.2013, B.S. van 31.12.2013 (Ed. 2), art. 37-38.

39. Een K.B. is ook reeds gepubliceerd met datum van inwerkingtreding 01.01.2014. Bij heropname worden de forfaits verlaagd tot 82 %.

40. K.B. van 04.12.2013 tot wijziging van art. 3, § 1, B, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 27.12.2013 (Ed. 2), p. 102963.

41. K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van de art. 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2013, p. 92374 en de rechtzetting, B.S. van 27.12.2013 (Ed. 2), p. 102965 en K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van art. 37bis van de wet GVU, B.S. van 28.11.2013, p. 92373.

- de toepassingsregel met betrekking tot de radicale behandeling van ingegroeide nagel wijzigt met betrekking tot de toegang van de geneesheer-specialist voor dermato-venereologie tot deze verstrekking.

## KLINISCHE BIOLOGIE

De forfaitaire honoraria voor bepaalde verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, verlagen vanaf 1 november 2013.<sup>42</sup> De besparingen die worden gerealiseerd op de forfaits per voorschrift worden geherinvesteerd in de herwaardering van 3 basisforfaits in geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie.

### b. Tandheekundigen

De interpretatieregels die opgeheven wordt is regel 01 van artikel 26 van de nomenclatuur (urgentie-supplementen). Er wordt dus geen regel geschrapt met betrekking tot de “opbouw van een knobbel of van de incisale rand”<sup>43</sup>.

Het gaat om een geneeskundige regel die wel een verband had met de tandheekunde, in die zin dat ze toegang toestond voor tandartsen tot artikel 26. Met het opheffen ervan werd hier een einde aan gesteld. Samen met deze beslissing ging ook een overheveling gepaard van supplementen van artikel 26 naar 5 (zie K.B. van 30.08.2013 inzake nomenclatuur). Het gaat hier om 1 maatregel die gerealiseerd werd via 3 publicaties in het Belgisch Staatsblad.

### c. Kinesitherapeuten

Artikel 7 van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 december 2012 om tot een overeenstemming te komen met de eerder gewijzigde reanimatienomenclatuur.<sup>44</sup>

### d. Verpleegkundigen

Artikel 8 van de nomenclatuur wijzigt vanaf 1 januari 2014.<sup>45</sup>

- De structurele integratie van zorgkundigen wordt ingevoerd (toevoegen van § 12)
- In het Frans wordt de term “infirmière” gewijzigd in “infirmier”
- In het Nederlands wordt de term “verpleegkundige” op verschillende plaatsen gewijzigd in “beoefenaar van de verpleegkunde”.

### e. Bandagisten

In aanvulling op de herwaardering van de terugbetaling van de actieve rolstoel voor volwassenen wordt vanaf 1 november 2012 ook de terugbetaling van de manuele rolstoel<sup>46</sup> met individuele maatvoering verhoogd.

42. K.B. van 18.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 24.09.1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, B.S. van 30.10.2013, p. 83051.

43. Interpretatieregels van 29.04.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 11.10.2013 (Ed. 2), p. 72852.

44. K.B. van 19.09.2013 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 11.10.2013 (Ed. 2), p. 72671.

45. K.B. van 22.11.2013 tot wijziging van art. 8 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 06.12.2013 (Ed. 2), p. 96875.

46. K.B. van 04.11.2013 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.11.2013, p. 85909.

Met ingang van 1 februari zijn in de sector van de rolstoelen een aantal besparingen gerealiseerd die een ongewild effect met zich mee brachten. Dit wordt rechtgezet door de forfaitaire tegemoetkoming voor een volwassene die een standaardrolstoel voor kinderen nodig heeft uit de besparingsmaatregelen te schrappen.<sup>47</sup>

## f. Implantaten

### ORTHOPEDIE EN TRAUMATOLOGIE

#### o Orthopedische chirurgie

Naar aanleiding van de gewijzigde nomenclatuur van de verstrekkingen van orthopedische chirurgie, wijzigen ook de materiaalverstrekkingen. Het gebruiksmateriaal komt ook vanaf 1 januari 2014 in aanmerking voor terugbetaling.<sup>48</sup> Om diezelfde reden wijzigt ook de verstrekking “geheel van gebruiksmateriaal gebruikt tijdens de arthroscopische ingreep”. De terugbetaling geldt eveneens vanaf 1 januari 2014.<sup>49</sup>

#### o Botssubstituten

Vanaf 1 januari 2014 komen 3 nieuwe verstrekkingen in aanmerking voor tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.<sup>50</sup> Het gaat om verstrekkingen met betrekking tot botssubstituten, waarvoor een nieuw opschrift in artikel 35 van de nomenclatuur werd gecreëerd, en nieuwe toepassingsregels. Voorheen kwamen deze producten niet in aanmerking voor terugbetaling.

#### o Gewrichtsprothesen

Vanaf 1 januari 2014 wijzigen de verstrekkingen met betrekking tot de gewrichtsprothesen.<sup>51</sup>

- o Oude verstrekkingen van stelen worden vervangen door nieuwe verstrekkingen met het oog op het verduidelijken en coherent maken van de nomenclatuur
- o Er worden nieuwe verstrekkingen voor highly cross-linked polyethyleen ingevoegd ter vervanging van de prothesen in gewoon polyethyleen.

#### o Otorinolaryngologie

De verstrekking betreffende de warmte en vocht wisselaar filters kan worden aangerekend wanneer deze worden bezorgd aan ambulante patiënten en bestemd zijn om op een tracheacanule geplaatst te worden bij een patiënt met een langdurige tracheotomie.<sup>52</sup>

47. K.B. van 04.11.2013 tot wijziging van het K.B. van 17.12.2012 tot wijziging van art. 28, § 8, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 18.11.2013, p. 85910.

48. K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van de art. 35 en 35bis van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2013, p. 92451 en het K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 06.03.2007 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van art. 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 28.11.2013, p. 92374.

49. K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van art. 35bis van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2013, p. 92450.

50. K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2013, p. 92448.

51. K.B. van 24.10.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.11.2013, p. 92443.

52. Met uitwerking vanaf 01.04.2012 - Interpretatieregule van 02.12.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 31.12.2013, p. 103966.

## HEELKUNDE OP DE THORAX EN CARDIOLOGIE

Vanaf 1 november 2012 verduidelijken de omstandigheden waaronder een hartstimulator of resynchronisatie-hartstimulator vervangen kunnen worden, door de inwerkingtreding van een interpretatieregel.<sup>53</sup>

## HEELKUNDE OP HET ABDOMEN EN PATHOLOGIE VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Vanaf 1 december voorziet de nomenclatuur in de terugbetaling van materiaal gebruikt bij het plaatsen van een gastrostomiesonde.<sup>54</sup> Deze verstrekking werd reeds vergoed bij de percutane gastrostomie maar nog niet bij de open chirurgische ingreep.

## NEUROCHIRURGIE

Vanaf 1 december 2013 wijzigt de nomenclatuur inzake neurochirurgie.<sup>55</sup>

- De verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van Parkinson en essentiële tremor, verhuizen van categorie 5 naar categorie 1 van artikel 35 van de nomenclatuur
- De eerste implantatie van een heroplaadbare neurostimulator bij de behandeling van pijn wordt voortaan vergoed.

## g. Bandagisten - orthopedisten

Vanaf 1 december 2013 breidt de nomenclatuur van artikel 29 uit met de codes voor de verstrekkingen die worden verleend aan gehospitaliseerde patiënten.<sup>56</sup> Ook de verstrekkingen van artikel 27 met betrekking tot de orthopedische zolen, lumbostaten en postoperatieve borstprothesen worden uitgebreid met de codes voor gehospitaliseerde patiënten.

Het getuigschrift van afleveringen bestemd voor de bandagisten en de orthopedisten wordt eveneens aangepast om de 2 codes met betrekking tot de verstrekking (ambulant en gehospitaliseerd) te kunnen vermelden.<sup>57</sup>

## h. Medische hulpmiddelen

De wet van 13 december 2006 heeft een reeks hervormingen doorgevoerd in de sector van de implantaten en de invasieve medische hulpmiddelen.<sup>58</sup> Deze hervormingen kennen thans hun sluitstuk met de huidige wijzigingen die in werking treden op 1 juli 2015.<sup>59</sup>

53. Interpretatieregels van 22.07.2013 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 07.10.2013, p. 69678.

54. K.B. van 30.08.2013 tot wijziging van art. 35*bis* van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 21.10.2013, p. 74568.

55. K.B. van 18.10.2013 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.10.2013, p. 83047.

56. K.B. van 18.10.2013 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.10.2013 (Ed. 2), p. 82256.

57. Verordening van 21.10.2013 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11<sup>e</sup>, van de wet G.V.U., B.S. van 31.10.2013, p. 83273.

58. Zie I.B. - RIZIV 2007/1, p. 18 - Wet van 13.12.2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22.12.2006 (Ed.2), art. 50-58.

59. Wet van 15.12.2012 met betrekking tot medische hulpmiddelen, B.S. van 20.12.2013 (Ed. 5), p. 101490.

### ◦ Grondslag

Het principe, dat elke verstrekking dient voor te komen op een lijst die de verstrekkingen opsomt die het voorwerp kunnen zijn van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, blijft behouden. Echter zal het niet langer mogelijk zijn om voor ieder product tegemoetkoming te krijgen, zelfs al staat de overeenstemmende verstrekking op de lijst.

Er is dus voortaan een dubbele voorwaarde die vervuld moet worden:

- enerzijds komen hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking als zij opgenomen zijn in een verstrekking in de “lijst”, volgens de vergoedingsmodaliteiten die daaraan zijn gekoppeld
- anderzijds worden bepaalde hulpmiddelen die voorkomen in de “lijst” met hun vergoedingsmodaliteiten alleen vergoed indien het hulpmiddel ook voorkomt op de overeenstemmende “nominatieve lijst”.

### ◦ Beslissingsorganen

De Technische raad voor implantaten wordt opgeheven en vervangen door de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. De Commissie zal voortaan aan het Verzekeringscomité de voorstellen van interpretatieregels voorleggen.

Het komt aan het Verzekeringscomité toe om beslissingen te nemen over het aanpassen van een nominatieve lijst die gekoppeld is aan een verstrekking opgenomen op de “lijst”. Deze aanpassingen van een nominatieve lijst kunnen bestaan uit:

- een opname van een hulpmiddel in een nominatieve lijst zonder dat de overeenstemmende verstrekking of de vergoedingsmodaliteiten in de lijst werden gewijzigd
- een schrapping van een hulpmiddel van een nominatieve lijst
- een wijziging van de feitelijke gegevens van de betrokken onderneming of hun hulpmiddelen.

Het verzekeringscomité heeft ook de bevoegdheid gekregen om met verplegingsinrichtingen overeenkomsten te sluiten om hulpmiddelen tijdelijk te vergoeden in het kader van beperkt klinische toepassingen.

De overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten en verzekeringsinstellingen heeft de bevoegdheid om het bedrag van de afleveringsmarge van de medische hulpmiddelen vast te leggen.

### ◦ Vergoeding

De vergoedingsmodaliteiten van de medische hulpmiddelen worden omschreven op een lijst van verstrekkingen die eraan gelinkt zijn.

Aan bepaalde verstrekkingen in de lijst wordt een nominatieve lijst gekoppeld. Dit is het geval bij hulpmiddelen die risicovol zijn, de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, hulpmiddelen die mogelijk nog bijkomende garantievoorwaarden nodig hebben met betrekking tot de kwaliteit ervan of hulpmiddelen waarvoor geen passende tarifiering kan worden gewaarborgd.

De nominatieve lijst van hulpmiddelen wordt per ministerieel besluit bepaald, op voorstel van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Een opname of een schrapping van een verstrekking in de lijst, of het wijzigen van de verstrekking of van de vergoedingsmodaliteiten gebeurt aan de hand van een aantal evaluatiecriteria en met naleving van de procedures en termijnen.

Deze procedures en termijnen verschillen al naargelang de indiener van de aanvraag: de onderneming, de Commissie voor tegemoetkoming van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen of van de minister.

Ook het Verzekeringscomité kan beslissingen nemen over het aanpassen van de nominatieve lijst.

## III. Uitkeringen

### 1. Begrafeniskosten

Sinds 1 januari 2013 wordt de uitkering voor begrafeniskosten niet meer toegekend.<sup>60</sup>

Door de afschaffing van die uitkering zijn een aantal bepalingen van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 gewijzigd of opgeheven (bijvoorbeeld de bepalingen die handelen over een vrijstelling van wachttijd om recht te hebben op deze uitkering of over het precieze bedrag van deze forfaitaire uitkering).<sup>61</sup>

### 2. Herwaardering van de uitkeringen

Het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 schrapt dan ook de verwijzingen naar deze uitkering<sup>62</sup>.

#### a. Indexering

Vanaf 1 september 2013 worden de dagbedragen arbeidsongeschiktheid aangepast buiten index, zowel in de regeling van de werknemers, als in de regeling zelfstandigen.<sup>63</sup>

Wat de arbeidsongeschikte werknemers betreft, gaat het vooreerst om een herwaardering van de minima “regelmatig werknemer” (verhoging met 1,25 %) en een herwaardering van de minima “niet regelmatig werknemer” (verhoging met 2 %). Verder vindt er ook een herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % plaats voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2007.

Bij de arbeidsongeschikte zelfstandigen is er een herwaardering met 1,25 % van enerzijds de forfaitaire uitkeringen in primaire ongeschiktheid en van anderzijds de forfaitaire uitkeringen voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet. Er geldt eveneens een herwaardering met 1,25 % van de forfaitaire uitkeringen voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet (het betreft immers dezelfde bedragen als de minima “regelmatig werknemer” in het stelsel van de loontrekkenden).

60. Zie I.B. - RIZIV 2013/1, p. 58 – Programmawet van 27.12.2012, B.S. van 31.12.2012 (Ed. 2), p. 88860.

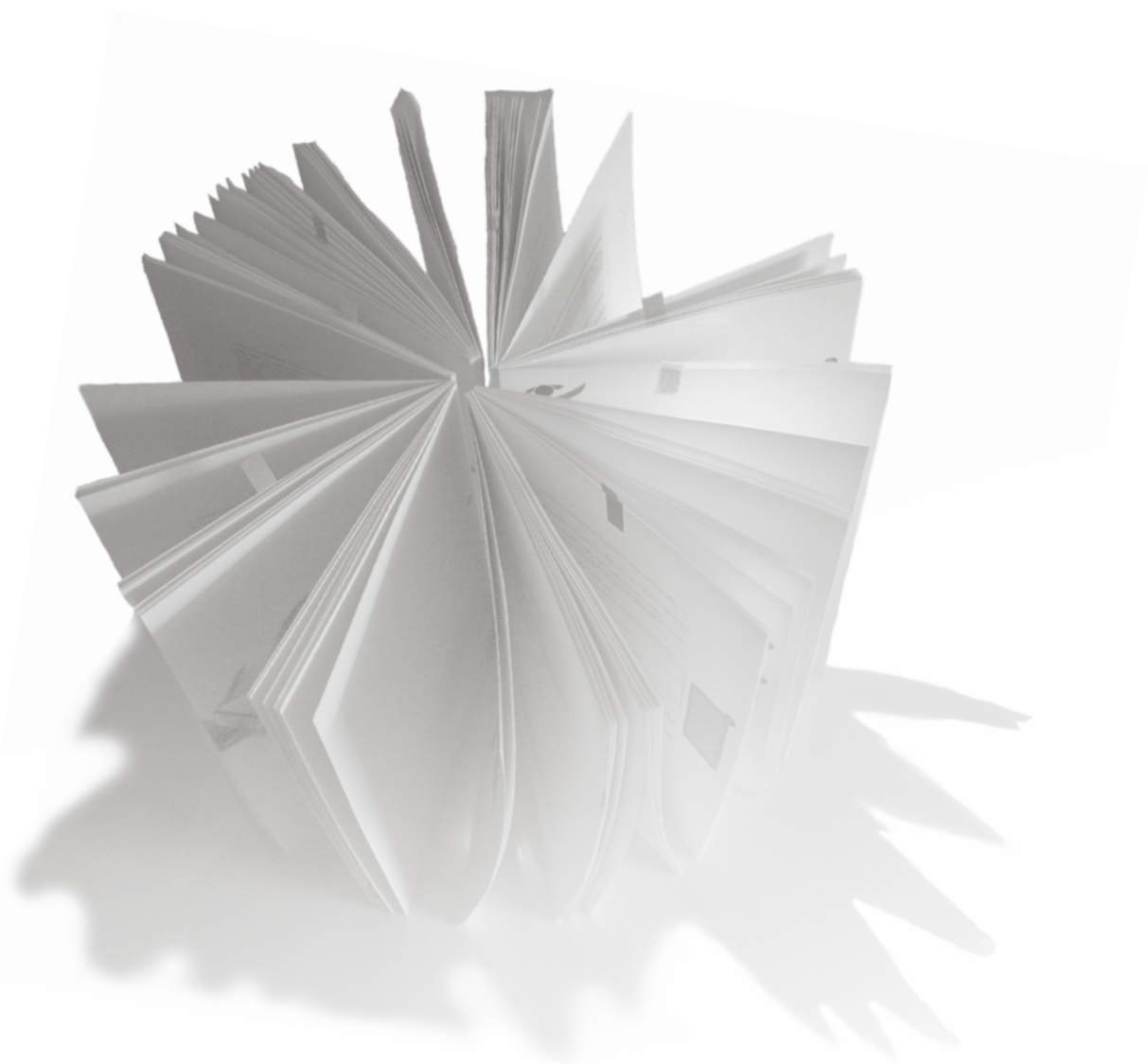
61. K.B. van 22.11.2013 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 19.12.2013, p. 99702.

62. idem.

63. Aanpassing buiten index op 01.09.2013 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 24.12.2013, p. 102118.



3<sup>e</sup> Deel  
Rechtspraak





# I. Grondwettelijk Hof, 27 februari 2014

## Wet gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 56ter – Referentiebedragen

*Artikel 56ter van de wet van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vóór de vervanging ervan bij artikel 50 van de wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet :*

*Het systeem van de referentiebedragen werkt niet discriminerend vanwege de werking in de tijd : er is geen discriminatie tussen zorgverstrekkers die enerzijds onder de "methode 2006" niet op de hoogte zouden zijn van de referentiecriteriën en referentiebedragen die zij geacht worden te eerbiedigen op het ogenblik dat de prestaties worden verricht en zij die anderzijds vallen onder het berekeningssysteem 2009.*

*Er is geen discriminerend verschil in behandeling ingevoerd tussen ziekenhuizen met een erkend revalidatiecentrum en anderzijds ziekenhuizen met predominante kinesitherapieprestaties doordat de wet niet in een specifieke regeling voorziet voor de eerste groep ziekenhuizen maar er expliciet voor kiest om de ziekenhuizen op dezelfde wijze te behandelen wat betreft de referentiebedragen.*

*Alle ziekenhuizen die door de in het geding zijnde maatregel worden beoogd, zijn in elk van beide fasen aan dezelfde berekeningswijze onderworpen, zodat de wetgever op dat vlak geen enkel verschil in behandeling tussen de ziekenhuizen heeft ingevoerd. Bovendien kan zowel het criterium van het gemiddelde als dat van de mediaan niet onevenredig worden geacht met het doel dat door de wetgever met de in het geding zijnde maatregel wordt nagestreefd, namelijk de medische overconsumptie voor bepaalde verstrekkingen te bestrijden.*

*De in het geding zijnde maatregel heeft geen strafrechtelijk karakter in de zin van artikel 6.1 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Dit systeem strekt er immers toe de zorgverleners verantwoordelijk te maken, teneinde de sociale zekerheidsuitgaven te beperken.*

Arrest nr. 33/2014

...

### **Quant à l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

B.1.1. L'article 11 de la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé a introduit dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après : la loi AMI) un article 56ter qui instaure un système de "montants de référence" pour certaines prestations hospitalières courantes, "visant à supprimer les différences de pratiques dans les procédures standard appliquées dans les hôpitaux" (Doc. parl., Chambre, 2001-2002, DOC 50-1905/001, p. 8).

Appliqués par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, les montants de référence sont établis par groupes de pathologies relativement fréquentes et de sévérité faible (APR-DRG) (art. 56ter, §§ 1er, 2 et 9), en prenant en considération trois types de prestations (art. 56ter, § 8); ces montants de référence, calculés annuellement (art. 56ter, § 4), correspondent à la moyenne des dépenses annuelles effectuées pour chacune de ces pathologies "standards", majorée de 10 % (art. 56ter, § 3).

B.1.2. Les travaux préparatoires de la loi précitée du 22 août 2002 exposent la portée du système de montants de référence, tel qu'il a été instauré en 2002 :

“Tout écart de plus de 10 % par rapport au montant de référence entraînera des récupérations sur les honoraires médicaux en question. Outre des récupérations, les écarts par rapport aux montants de référence dans plus de 50 % des groupes de pathologies traitées dans l'hôpital entraîneront également la publication de données sur l'internet. Cette transparence tend à réduire les différences significatives de pratiques médicales qui ne sont pas motivées par le contexte médical” (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1905/001, p. 17).

En ce qui concerne cette récupération, le ministre a précisé :

“Concrètement, cette récupération se fera en déduisant la somme en question des montants lors du remboursement suivant de factures par les pouvoirs publics. Les modalités précises de ce mécanisme seront fixées par arrêté royal” (Doc. parl., Sénat, 2001-2002, n° 2-1245/3, p. 21).

Il a également été précisé :

“Les modalités d'imputation, à l'égard des médecins individuels, de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence, doivent être réglées dans le règlement de l'hôpital” (Doc. parl., Sénat, 2001-2002, n° 2-1245/3, p. 6).

Le ministre avait souligné que “le caractère préventif du système est essentiel” (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1905/004, p. 41).

Ainsi, lorsque les dépenses réelles dépassent d'au moins 10 % les montants de référence, la différence pouvait être déduite des factures ultérieures, selon des modalités à déterminer par le Roi (art. 56<sup>ter</sup>, §§ 5 et 6); en outre, lorsque ce dépassement concernait plus de la moitié des APR-DRG dans un hôpital, ces données étaient rendues publiques sur le site internet de l'INAMI (art. 56<sup>ter</sup>, § 7).

B.1.3. En vertu de l'article 60 de la loi précitée du 22 août 2002, le système des montants de référence est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002, les montants de référence devant être calculés pour la première fois pour l'année 2003, sur la base des données concernant les admissions qui prennent fin après le 1<sup>er</sup> octobre 2002 et avant le 31 décembre 2003 (art. 56<sup>ter</sup>, § 4, al. 2).

B.2.1. Après une correction minimale du système par la loi-programme du 24 décembre 2002, le système de récupération a été rendu applicable, à partir de l'année 2005, au cas où les dépenses réelles par admission dépassent les montants de référence, sans désormais exiger que ce dépassement soit de 10 % au moins des montants de référence.

Dans les travaux préparatoires relatifs à cette modification de l'article 56<sup>ter</sup>, le ministre constatait qu'aucun hôpital n'avait été sanctionné pour dépassement des montants de référence instaurés en 2002, en raison de la “complexité du système” (Doc. parl., Ch., 2004-2005, DOC 51-1627/005, p. 59) et que la modification envisagée avait “pour objectif de limiter réellement la tolérance à 10 %” (*ibid.*).

B.2.2. Le système des montants de référence prévu par l'article 56<sup>ter</sup> a ensuite été profondément modifié par la loi du 27 décembre 2005, qui a notamment prévu un mode de calcul du montant à récupérer en deux temps (une sélection des hôpitaux concernés, puis un calcul du montant effectif à rembourser par ces hôpitaux), le Roi devant toutefois déterminer les délais et modalités de calcul des montants concernés, ainsi que la façon dont ils sont remboursés par l'hôpital à l'assurance soins de santé (art. 56<sup>ter</sup>, § 5, al. 3).

En vertu de l'article 106 de la loi précitée du 27 décembre 2005, ces différentes modifications étaient d'application pour les calculs des montants de référence pour l'année 2003.

Au cours des travaux préparatoires de cette loi, il a ainsi été constaté que “les montants de référence n’ont pas encore été appliqués et le seront pour la première fois en 2006 sur base des admissions qui prennent fin avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004” (Doc. parl., Ch., 2005-2006, DOC 51-2098/028, p. 17).

B.2.3. En l’absence d’arrêtés d’application, le système des montants de référence instauré en 2002 n’a cependant jamais été appliqué concrètement (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/006, p. 9), avant l’insertion du nouvel article 56<sup>ter</sup> par l’article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (ci-après : la loi du 19.12.2008).

B.3. Cette nouvelle disposition tend à répondre à l’engagement du Gouvernement “de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale et de revoir, pour mieux atteindre cet objectif, le système des montants de référence actuellement existant” (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/001 et DOC 52-1492/001, p. 34); “l’objectif initial est répété et maintenu mais les mécanismes d’application doivent être revus pour une plus grande efficacité ou pour limiter ou éviter certains biais attribués à la méthodologie initiale ou corrigée” (ibid.).

B.4.1. Postérieurement à l’adoption de l’article 50 précité, l’article 31 de la loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé a complété l’article 56<sup>ter</sup>, § 5, 2<sup>o</sup>, de la loi AMI par la phrase suivante :

“Aussi longtemps qu’aucun régime n’est prévu dans le règlement, le régime visé à l’article 151, alinéas 3 à 5, de la loi précitée est applicable”.

B.4.2. Le système a été modifié par l’arrêté royal du 18 décembre 2012 “portant exécution de l’article 56<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, et § 11, 2<sup>o</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour ce qui concerne les montants de référence par admission”.

B.4.3. L’article 8 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) a modifié l’article 56<sup>ter</sup>, § 11, 1<sup>o</sup>, de la loi AMI et a ajouté un paragraphe 12 au même article.

B.5. Par son arrêt n<sup>o</sup> 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour a jugé irrecevable le recours en annulation qui avait été introduit contre l’article 50, précité, de la loi du 19 décembre 2008, étant donné que les parties requérantes ne justifiaient pas de l’intérêt requis.

Dans cet arrêt, la Cour a décrit le système des montants de référence comme suit :

“B.7.1. Le système des montants de référence attaqué, inscrit dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, “vise à supprimer les différences de pratiques injustifiées pour des prestations médicales et chirurgicales standards dans le secteur hospitalier” (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/006, pp. 8-9); cette disposition tend à responsabiliser les acteurs des soins de santé, afin de réduire les dépenses de sécurité sociale.

Comme il a été indiqué en B.3.2, la disposition attaquée ne remet pas en cause l’objectif initial poursuivi par le système des montants de référence, lorsqu’il a été instauré en 2002, mais en corrige certains mécanismes d’application, en intégrant notamment les propositions faites par les acteurs concernés, notamment l’avis de la Structure Multipartite en matière de politique hospitalière (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/001 et DOC 52-1492/001, pp. 38 et 40; Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/006, p. 10).

B.7.2. Les travaux préparatoires de la loi du 19 décembre 2008 expliquent les modalités d'application du système :

'Le premier principe est que le système des montants de référence reste basé sur l'approche technico-méthodologique prévue par la réforme de 2006. Cette approche, par son système de sélection des hôpitaux et son système de calcul de la pénalité/récupération, permet de concentrer l'application lourde (financièrement pénalisante) aux hôpitaux dans lesquels sont constatées les différences les plus importantes de pratiques médicales à pathologie égale. [...]

Le second principe est de permettre une pro-activité des hôpitaux par la communication d'un pré-calcul des montants de référence. Celui-ci permettra aux hôpitaux de connaître et de tenir compte en temps utile de la référence (l'objectif moyen par pathologie) et d'adapter ainsi leurs comportements durant l'exercice. [...]

Le troisième principe est de limiter ou d'éviter les risques sur la qualité des soins. Tout système basé sur un calcul d'une moyenne des dépenses réelles comporte une pression des dépenses élevées vers la moyenne. C'est même l'objectif du système, puisque la moyenne est censée représenter la pratique "standardisée". [...]

Pour limiter ou éviter ces biais il est proposé :

- que le pré-calcul (second principe) ne fige pas certaines évolutions possibles, par exemple dans les techniques, dans les modifications de nomenclature, etc... [...]
- d'introduire la possibilité pour le Roi de fixer un double seuil national sous lequel le montant de référence ne peut jamais descendre. [...]

Le quatrième principe est d'éviter un déplacement des pratiques hors de la période d'hospitalisation ou hors de l'hospitalisation classique, alors que le but est de réduire les différences de pratiques de manière globale à pathologie égale. Dans ce cadre, il est proposé :

- de maintenir la possibilité pour le roi d'étendre le système à l'hospitalisation de jour
- de prévoir les bases légales pour intégrer les prestations réalisées "en tout lieu" préalablement à une hospitalisation "chirurgicale" durant une période de carence de 30 jours. [...] ' (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001 et DOC 52-1492/001, pp. 40-41).

B.8.1. Le système de montants de référence prend en compte des "groupes de prestations" (art. 56<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>), de trois types de prestations (techniques, d'imagerie médicale et de biologie clinique) (art. 56<sup>ter</sup>, § 8), relatives à des groupes de pathologies déterminées (APR-DRG) (art. 56<sup>ter</sup>, §§ 1<sup>er</sup> et 9).

Ces prestations médicales ne sont prises en compte que dans la mesure où elles s'intègrent dans un séjour hospitalier pour ces pathologies usuelles, sans viser comme telles les prestations médicales individuellement accomplies par les médecins hospitaliers.

Le montant de référence n'est appliqué que pour l'intervention de l'assurance octroyée aux bénéficiaires hospitalisés (art. 56<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>).

B.8.2. Le système des montants de référence ' pénalise financièrement et a posteriori les hôpitaux ayant des pratiques jugées anormalement coûteuses par rapport à un standard ' (Doc. parl., Ch., 2008-2009, DOC 52-1491/006, p. 9).

En cas de dépassement des montants de référence, calculés annuellement (art. 56<sup>ter</sup>, § 4), le système attaqué prévoit une procédure en deux parties (a) de sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour le remboursement, puis (b) de calcul des montants effectifs à rembourser par les hôpitaux concernés (art. 56<sup>ter</sup>, § 5, 1<sup>o</sup>).

Les montants à rembourser sont communiqués à chaque hôpital en septembre de chaque année et ces montants doivent être remboursés pour le 15 décembre de l'année de la communication (art. 56<sup>ter</sup>, § 6, al. 1<sup>er</sup> et 2).

Ce sont les hôpitaux qui doivent verser les montants à rembourser, le "versement des montants à rembourser [devant] s'opérer en un versement unique et global" (art. 56<sup>ter</sup>, § 6, al. 2), et ce sont les hôpitaux qui pourront, le cas échéant, contester le remboursement devant le Comité de l'assurance (art. 56<sup>ter</sup>, § 6, al. 3 à 5)".

### **Quant à la recevabilité de la question préjudicielle**

B.6. Selon l'INAMI et le Conseil des ministres, la question préjudicielle n'appellerait pas de réponse. Dans les motifs de sa décision de renvoi, le juge a quo considérerait que la réglementation qui serait d'application au litige au fond est la réglementation antérieure à la modification apportée par la loi du 19 décembre 2008. Toutefois, c'est l'article 56<sup>ter</sup>, en cause, de la loi AMI, tel qu'il a été remplacé par la loi du 19 décembre 2008, que la question préjudicielle soumet au contrôle de la Cour. Le contrôle de la disposition en cause dans une version qui ne pourrait être d'application au litige au fond ne serait pas utile pour trancher ce litige.

B.7.1. Il appartient en principe au juge a quo de vérifier s'il est utile de poser une question préjudicielle à la Cour au sujet d'une disposition qu'il estime applicable au litige. Ce n'est que lorsque tel n'est manifestement pas le cas que la Cour peut déclarer la question irrecevable.

B.7.2. La question préjudicielle doit être interprétée comme portant sur l'article 56<sup>ter</sup> tel qu'il était rédigé avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008. En effet, il découle des motifs de la décision de renvoi et des circonstances de l'affaire que la version qui est d'application au litige au fond est celle qui est antérieure à cette modification de la loi.

B.8. La question préjudicielle comprend quatre branches, qui portent toutes sur la compatibilité de la disposition en cause avec les articles 10, 11, 12, 14, 16, 23 et 33 de la Constitution, combinés ou non avec les articles 6.1 et 7 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 15 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

B.9.1. Selon l'INAMI et le Conseil des ministres, les première, deuxième et troisième branches de la question préjudicielle concernent uniquement une éventuelle violation des articles 10 et 11 de la Constitution et non, en l'absence de tout exposé à ce sujet, une violation éventuelle des autres normes de contrôle invoquées dans la question préjudicielle.

B.9.2. En ce qui concerne les trois premières branches, ni les termes de la question ni les motifs de la décision de renvoi ne précisent en quoi les normes de contrôle invoquées, autres que celles des articles 10 et 11 de la Constitution, pourraient être violées par la disposition en cause.

En outre, permettre que soit posée une telle question préjudicielle compromettrait le caractère contradictoire de la procédure devant la Cour, dès lors que les parties qui, le cas échéant, souhaitent intervenir à la cause devant la Cour n'ont pas la possibilité de le faire efficacement. Il en est particulièrement ainsi pour la partie qui interviendrait pour défendre la disposition en cause et qui ne serait pas en mesure de fournir une défense utile.

B.10. En ce qu'elle invite la Cour à contrôler la mesure en cause au regard de l'article 33 de la Constitution, la question préjudicielle est irrecevable.

Ni l'article 142 de la Constitution, ni l'article 1<sup>er</sup> de la loi spéciale du 6 janvier 1989 ne confèrent à la Cour le pouvoir de censurer la violation éventuelle de l'article 33 de la Constitution : il ne s'agit en effet ni d'une règle qui est établie par la Constitution ou en vertu de celle-ci pour déterminer les compétences respectives de l'État, des communautés et des régions, ni d'une règle visée à l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de cette loi spéciale.

B.11.1. Il résulte de ce qui précède que la Cour doit examiner les dispositions en cause dans la version antérieure à leur remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 et, en ce qui concerne les trois premières branches de la question préjudicielle, exclusivement en ce qui concerne leur compatibilité avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

B.11.2. L'examen de la recevabilité de la quatrième branche de la question préjudicielle est joint à celui du fond de l'affaire.

### Quant aux dispositions en cause

B.12. L'article 56<sup>ter</sup> de la loi AMI applicable avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 disposait :

“§ 1<sup>er</sup>. Par dérogation aux dispositions de cette loi et de ses arrêtés d'exécution, des montants de référence sont appliqués annuellement par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, en ce qui concerne les groupes de prestations visées au § 8, pour autant que celles-ci figurent dans les groupes APR-DRG visés au § 9. Est entendu par groupe APR-DRG : la classification des patients en groupes diagnostiques tels que décrits dans le manuel “*All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manual, version 15.0*”. Le Roi peut étendre l'application des montants de référence aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application de l'article 46, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'entretien.

§ 2. Ces montants de référence sont calculés pour les groupes APR-DRG visés au § 1<sup>er</sup> pour les classes 1 et 2 de gravité clinique et après suppression des “outliers” de type 2 visés dans les arrêtés pris en exécution de l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 3. Les montants de référence concernés sont égaux à la moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 %, et sont basés sur les données visées à l'article 206, § 2, de la présente loi et à l'article 156, § 2, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

§ 4. Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sur la base des données dont il est question au § 3 concernant les prestations visées au § 1<sup>er</sup>. Les montants de référence sont communiqués à la structure multipartite en matière de politique hospitalière visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales et sont fixés par arrêté royal.

Les montants de référence annuels par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2003 et sont calculés sur la base des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> concernant les admissions qui prennent fin après le 30 septembre 2002 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

§ 5. Lorsque les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1<sup>er</sup>, en tenant compte des limitations visées au § 2, dépassent dans un hôpital de 10 [%] au moins les dépenses de référence calculées conformément au § 4, la différence est remboursée par l'hôpital à l'Institut, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2004, cette disposition s'applique dès que les dépenses réelles pour l'ensemble des admissions dans un hôpital visées au § 1<sup>er</sup> dépassent les dépenses de référence calculées conformément au § 4.

Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005, le mode de calcul modifié suivant, scindé en deux parties, s'applique :

a. Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser :

- calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions telles que visées à l'alinéa précédent et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées au § 2 et au § 3
- totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement.

b. Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a :

- recalcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions telles que visées à l'alinéa précédent et, d'autre part, la dépense médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations
- toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a., pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1000 EUR.

L'Institut calcule les montants à rembourser sur la base des données fournies par la cellule technique et communique le résultat du calcul aux hôpitaux. Le Roi détermine les délais et les modalités de calcul et de communication des montants concernés, la façon dont ils sont remboursés par l'hôpital à l'assurance soins de santé et leur comptabilisation par les organismes assureurs. Pour les admissions qui prennent fin avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006, cette imputation est limitée aux groupes APR-DRG visés au § 9, 1<sup>o</sup>.

Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 135, 1<sup>o</sup>, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par la loi du 14 janvier 2002.

Le Comité de l'assurance est chargé du règlement des contentieux relatifs au calcul des montants à rembourser, selon la procédure fixée par le Roi.

Le Roi détermine notamment le délai dans lequel l'hôpital concerné introduit une demande au Comité de l'assurance, le contenu et la forme de cette demande, le délai dans lequel, et les modalités selon lesquelles le Comité de l'assurance prend sa décision, ainsi que les modalités selon lesquelles la décision est portée ensuite à la connaissance de l'hôpital concerné.

§ 6. Le Roi fixe les modalités et le mode de tarification des montants visés au § 5, en vue de la clôture des comptes de l'assurance soins de santé et de l'application des dispositions en matière de responsabilité financière des organismes assureurs.

§ 7. Lorsque, pour plus de la moitié des groupes APR-DRG, visés au § 9, relevés dans un hôpital, les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1<sup>er</sup> dépassent de 10 % les dépenses des montants de référence calculés conformément au § 4, les données relatives aux institutions concernées sont, après que ces institutions ont eu la possibilité de transmettre leurs observations au Comité de l'assurance en vue de leur correction éventuelle, rendues publiques par l'Institut sur l'adresse internet <http://www.inami.fgov.be>, sans préjudice de l'application du § 5.



§ 8. Les groupes de prestations suivants sont pris en considération :

1<sup>o</sup> Les prestations reprises à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1<sup>er</sup>, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

2<sup>o</sup> Les prestations reprises à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 8<sup>o</sup>, 9<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup>, 12<sup>o</sup>, 17 *bis* et 17 *ter*, excepté les remboursements forfaitaires et les angiographies, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005, les angiographies sont comprises dans les calculs;

3<sup>o</sup> Les prestations reprises à l'article 3, excepté les prestations en biologie clinique, à l'article 7, à l'article 11, à l'article 20 et à l'article 22, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 9. Les groupes de diagnostic sont constitués sur la base des "*All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0*" :

1<sup>o</sup> APR-DRG 73 - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, APR-DRG 97 - Adenoidectomie et amygdalectomie, APR-DRG 179 - Ligature de veine et stripping, APR-DRG 225 - Appendicectomie, APR-DRG 228 - Cures de hernie inguinale et crurale, APR-DRG 263 - Cholécysectomie laparoscopique, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée, APR-DRG 313 - Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (méniscectomie partielle ou totale) a été attesté, APR-DRG - 318 Enlèvement matériel de fixation interne, APR-DRG 482 - Prostatectomie transurétrale, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome *in situ* et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes pour carcinome *in situ* et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté, APR-DRG 516 - Ligature tubaire par voie laparoscopie, APR-DRG 540 - Césarienne[, APR-DRG 560 - Accouchement par voie vaginale, APR-DRG 024 - Interventions sur les vaisseaux extra crâniens, APR-DRG 072 - Interventions extraoculaires sauf sur les orbites, APR-DRG 171 - Autres motifs pour le placement d'un pacemaker permanent, APR-DRG 176 - Remplacement d'un pacemaker ou défibrillateur, APR-DRG 445 - Interventions mineures sur la vessie et APR-DRG 517 - Dilatation et curetage, conisation];

2<sup>o</sup> APR-DRG 45 - Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 46 - Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 47 - Accident ischémique transitoire, APR-DRG 134 - Embolie pulmonaire, APR-DRG 136 - Affections malignes du système respiratoire, APR-DRG 139 - Pneumonie simple, APR-DRG 190 - Affections circulatoires avec infarctus, APR-DRG - 202 Angine de poitrine, APR-DRG 204 - Syncope et collapsus, APR-DRG 244 - Diverticulité et diverticulose, APR-DRG 464 - Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons en APR-DRG 465 - Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

§ 10. Afin de tenir compte de l'évolution dans les pratiques médicales et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996, adapter les prestations visées au § 8 et les groupes APR-DRG visés au § 9".



### Quant au fond

B.13. Dans une première branche, le juge *a quo* demande si le système des montants de référence prévu par la mesure en cause (“méthodologie 2006”) est discriminatoire en raison de son application dans le temps : les hôpitaux et les prestataires de soins n’auraient pas connaissance, au moment de l’accomplissement des prestations, des critères de référence et des montants de référence qu’ils sont censés respecter, ce qui entraînerait éventuellement une différence de traitement non justifiée par rapport au système de calcul de 2009.

B.14.1. La différence de traitement en cause repose sur la comparaison de deux réglementations qui étaient d’application aux mêmes destinataires à différents moments, à savoir, d’une part, la “méthodologie 2006” (applicable avant la loi du 19.12.2008) et, d’autre part, la “méthodologie 2009” (applicable à la suite de la loi du 19.12.2008).

Pour vérifier le respect du principe d’égalité et de non-discrimination, il n’est pas pertinent de comparer entre elles deux législations qui étaient applicables à des moments différents. Il relève du pouvoir d’appréciation du législateur de poursuivre un objectif différent de celui qu’il poursuivait antérieurement et d’adopter des dispositions qui sont de nature à atteindre cet objectif. La seule circonstance que le législateur ait pris une mesure différente de celle qu’il avait adoptée antérieurement n’établit en soi aucune discrimination.

Le propre d’une nouvelle législation est d’établir une distinction entre les personnes relevant du champ d’application de l’ancienne législation (“méthodologie 2006”) et les personnes relevant de la législation ultérieure (“méthodologie 2009”).

Il ne peut par ailleurs être déduit de la simple modification d’une réglementation légale que l’ancienne législation serait inconstitutionnelle.

La Cour ne doit dès lors examiner le grief invoqué que dans la mesure où il est dirigé contre la “méthodologie 2006” en cause.

B.14.2. Dans la “méthodologie 2006”, les hôpitaux et les prestataires de services n’auraient pas connaissance, au moment où les prestations sont fournies, des critères de référence et des montants de référence qu’ils sont censés respecter.

Par son arrêt précité n° 60/2010, la Cour a jugé à propos du système *a posteriori* de moyenne :

*“B.9.2. Les montants de référence correspondent à une moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 % (art. 56<sup>ter</sup>, § 3).*

*En prenant en compte un montant moyen des dépenses nationales, le législateur a préféré instaurer non pas un système a priori de forfait théorique, mais un système a posteriori de moyenne, qui tend ainsi à se rapprocher au maximum de la pratique, en se fondant sur les montants qui ont été réellement facturés aux patients; le montant de référence est ainsi considéré comme un indicateur des dépenses qui ont été réellement nécessaires au cours d’une année, pour le traitement de pathologies courantes.*

*[...]”.*

B.14.3. La mesure en cause ne fait pas de distinction entre ses destinataires, en ce qui concerne la communication des critères de référence et des montants de référence.

B.15. Dans la deuxième branche, le juge *a quo* demande si le système des montants de référence instaure une différence de traitement discriminatoire entre, d’une part, les hôpitaux disposant d’un centre de révalidation agréé et, d’autre part, les autres hôpitaux où les prestations de kinésithérapie prédominent, dans la mesure où les prestations de physiothérapie sont incluses dans le système de calcul 2006, de sorte qu’il n’est pas tenu compte du caractère spécifique de l’hôpital.

Selon la partie demanderesse devant le juge *a quo*, les dépenses moyennes dans les hôpitaux ne disposant pas d'un centre de revalidation agréé seraient considérablement moins élevées, parce que ceux-ci dispensent surtout des traitements de kinésithérapie (d'un niveau de remboursement inférieur) et non de physiothérapie (d'un niveau de remboursement supérieur). Par contre, les hôpitaux disposant d'un centre de revalidation agréé, telle la partie demanderesse devant le juge *a quo*, se situeraient inévitablement au-dessus des montants de référence : en raison des traitements de physiothérapie qu'ils dispensent, leurs dépenses dans le groupe de prestations "autres prestations techniques" seraient plus élevées.

B.16.1. La Cour doit examiner si le principe d'égalité et de non-discrimination est violé en ce que la mesure en cause ne fait aucune distinction entre les hôpitaux selon qu'ils disposent ou non d'un centre de revalidation agréé, de sorte que des situations différentes seraient traitées à tort de manière identique.

B.16.2. En soumettant les hôpitaux à un système de montants de référence pour des prestations déterminées et en prévoyant, le cas échéant, un remboursement, le législateur a adopté une mesure en rapport avec le but qu'il poursuit, qui est de lutter contre la surconsommation médicale pour des prestations déterminées. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation.

Par son arrêt n° 60/2010 précité, la Cour a jugé :

*"La disposition attaquée, en visant à mettre fin à une surconsommation médicale par la référence à une moyenne nationale de dépenses, en outre majorée de 10 %, ne porte pas atteinte aux obligations morales et professionnelles de médecins ou à la qualité des soins de santé. Toute autre conclusion reviendrait à considérer que la liberté thérapeutique et la qualité des soins de santé ne devraient en rien tenir compte des possibilités budgétaires".*

B.16.3. Le législateur peut estimer que la meilleure façon d'atteindre l'objectif précité est d'utiliser une réglementation simple à contrôler qui permet de déterminer avec un degré de certitude élevé les dépenses afférentes à certaines prestations. L'on ne saurait reprocher au législateur, eu égard notamment à la grande diversité des situations qui peuvent se rencontrer dans la pratique, de ne pas avoir prévu une catégorie spécifique d'hôpitaux, à savoir la catégorie des hôpitaux qui disposent d'un centre de revalidation agréé et qui se situeraient ainsi, le cas échéant, au-dessus des montants de référence fixés en raison de la physiothérapie qu'ils dispensent.

B.16.4. Par conséquent, en ne prévoyant pas un régime spécifique pour les hôpitaux disposant d'un centre de revalidation agréé et en traitant ces hôpitaux de la même manière que les hôpitaux qui ne disposent pas d'un centre de revalidation agréé, en ce qui concerne l'établissement des montants de référence, le législateur n'a pas violé le principe d'égalité et de non-discrimination.

B.17. Dans la troisième branche, le juge *a quo* demande si le mode de calcul prévu dans la mesure en cause est discriminatoire en ce que, pour déterminer le montant à récupérer, il n'est pas tenu compte des dépenses de référence moyennes mais des dépenses médianes.

B.18.1. Le mode de calcul utilisé dans la "méthodologie 2006" (art. 56<sup>ter</sup>, § 5) comporte deux phases : la première phase consiste à déterminer, sur la base des montants de référence augmentés d'une marge de dix pour cent, si un hôpital a dépensé au total plus que les dépenses de référence préconisées; la seconde phase consiste à déterminer le montant qui doit effectivement être remboursé et il n'est pas tenu compte pour cela des dépenses de référence moyennes, majorées de dix pourcent, mais des dépenses médianes.

B.18.2. La différence de traitement qui est soumise à la Cour s'appuie sur la comparaison entre les méthodologies utilisées respectivement dans chacune des deux phases du mode de calcul, à savoir, d'une part, la moyenne et, d'autre part, la médiane.

La décision de renvoi ne précise pas en quoi cette différence de traitement serait discriminatoire et n'indique pas davantage quelles catégories d'hôpitaux doivent être comparées.

Tous les hôpitaux visés par la mesure en cause sont soumis, dans chacune des deux phases, aux mêmes modes de calcul, de sorte que le législateur n'a instauré aucune différence de traitement entre les hôpitaux à cet égard.

En outre, ni le critère de la moyenne ni celui de la médiane ne peuvent être considérés comme disproportionnés au but que le législateur poursuit par la mesure en cause, à savoir la lutte contre la surconsommation médicale en ce qui concerne des prestations déterminées.

B.19. Dans la quatrième branche, le juge *a quo* demande si, dans l'interprétation selon laquelle il constituerait une disposition pénale, l'article 56<sup>ter</sup> violerait les normes de contrôle citées dans la question préjudicielle, en ce qu'il prévoit un remboursement en raison du dépassement des montants de référence, en contradiction avec les principes de légalité et de non-rétroactivité en matière pénale.

B.20. La réponse à la quatrième branche nécessite que soit préalablement précisée la nature, pénale ou non, de la mesure en cause.

B.21.1. La seule circonstance que des déclarations ont été faites au cours des travaux préparatoires, dans lesquelles il est question de "sanction" et du fait d'être "pénalisé", ne suffit pas en soi pour conclure au caractère pénal de la mesure.

B.21.2. L'article 56<sup>ter</sup> en cause figure dans une section de la loi AMI, intitulée "Prestations dispensées aux bénéficiaires dans un hôpital".

Le système des montants de référence a été instauré, comme il est dit en B.1.1, afin de "supprimer les différences de pratiques dans les procédures standard appliquées dans les hôpitaux" pour certaines prestations courantes. Ainsi que la Cour l'a jugé dans son arrêt précité n° 60/2010, le système tend à responsabiliser les acteurs des soins de santé, afin de réduire les dépenses de sécurité sociale.

Dans le même arrêt, la Cour a observé qu'en prenant en compte un montant moyen des dépenses nationales, le législateur a préféré instaurer non pas un système a priori de forfait théorique mais un système a posteriori de moyenne, qui tend ainsi à se rapprocher au maximum de la pratique en se fondant sur les montants qui ont réellement été facturés aux patients.

La réglementation en matière de montants à rembourser vise tout autant à responsabiliser les personnes concernées.

Il s'ensuit que la mesure en cause, en ce qu'elle prévoit un remboursement, ne revêt pas un caractère pénal.

B.21.3. Le remboursement prévu par la mesure en cause ne peut pas davantage être considéré comme une sanction pénale au sens de l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme.

En effet, en vertu de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, une mesure ne pourrait être considérée comme une sanction pénale, au sens de l'article précité, que si elle revêt un caractère pénal de par sa qualification en droit interne ou si la nature de l'infraction, à savoir sa portée générale et le caractère préventif et répressif de la sanction, montre qu'il s'agit d'une sanction pénale ou encore s'il ressort de la nature et de la sévérité de la sanction subie par l'intéressé qu'elle a un caractère punitif et donc dissuasif (voy. CEDH, grande chambre, 23.11.2006, *Jussila c. Finlande*).

B.22. La question préjudicielle appelle une réponse négative.

**PAR CES MOTIFS,**

**la Cour,**

dit pour droit :

L'article 56<sup>ter</sup> de la loi SSI, avant son remplacement par l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

...

## II. Raad van State, 7 januari 2014

### Cassatieprocedure tegen een beslissing van de Kamer van Beroep ingesteld bij de DGEC

• *Artikel 71bis, § 2, van de ZIV-wet machtigt de Koning om te voorzien in een tegemoetkoming in de kosten voor acute hemodialyses, verricht in erkende centra voor chronische hemodialyse, maar legt daartoe geen verplichting op. In § 2 van artikel 1, van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 wordt gepreciseerd dat het gaat om een rechthebbende die een chronische hemodialyse ondergaat en om een tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse. Daaruit volgt dat de regelgever de toepassings-sfeer van de tegemoetkoming wenste te beperken tot chronische hemodialyses, met uitsluiting van acute hemodialyses.*

*De kamer van beroep heeft dan ook uit de bepalingen van hoofdstuk 1 van dit Koninklijk besluit terecht afgeleid dat de regelgever "vanaf 1 juli 2003 in een tegemoetkoming voorzag voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse".*

*De omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 van 7 juli 2003 geeft enkel weer wat reeds uit hoofdstuk 1 van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 kan worden afgeleid. Door deze omzendbrief worden geen nieuwe voorwaarden of regels aan dit Koninklijk besluit toegevoegd, en wordt evenmin het toepassings-gebied ervan beperkt.*

• *De terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen op grond van het toenmalige artikel 141, § 5, laatste lid, van de gecoördineerde ZIV-wet is geen straf, maar een herstelmaatregel. De rechtswaarbor-gen die gelden voor strafvervolgingen in de zin van de artikelen 6 van het EVRM en 14 van het BUPO zijn bijgevolg voor de Kamer van beroep niet van toepassing.*

• *De terugvordering van de waarde van de verstrekkingen kan niet worden gelijkgesteld met een ont-eigening in de zin van artikel 16 van de Grondwet.*

• *Luidens artikel 141, § 7, eerste lid, van de ZIV-wet, zoals het gold tot 15 mei 2007, moeten de ad-ministratieve geldboetes door het Comité worden uitgesproken binnen de drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de inbreuk werd vastgesteld. Deze wetsbepaling betreft enkel de administratieve geldboete en niet de terugbetaling van de waarde der verstrekkingen.*

Arrest nr. 225.972

...

## IV. Onderzoek van de middelen

### Eerste middel

#### STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJ

6. In het eerste middel voert de verzoekende partij de schending aan van de artikelen 1 en 2 van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71*bis*, §§ 1 en 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : Koninklijk besluit van 23 juni 2003), de artikelen 2, 71*bis*, §§ 1 en 2, en 144 van de voormelde wet van 14 juli 1994 (hierna : ZIV-wet), de artikelen 10, 11, 23, 105, 108, 159, 160, 161 en 190 van de Grondwet, de artikelen 4, 6 en 7 van de wet van 31 mei 1961 betreffende het gebruik der talen in wetgevingszaken, het opmaken, bekendmaken en inwerkingtreden van wetten en verordeningen, en van de artikelen 3 en 84 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Samengevat houdt het middel in dat de bestreden beslissing artikel 71*bis* van de ZIV-wet schendt, door met de verwijzing naar de “wetgever” en de “wettelijke bepalingen” te oordelen dat die bepaling enkel in een tegemoetkoming voorziet voor de “chronische hemodialyse”, en niet voor de “acute hemodialyse”. De verzoekende partij acht hierdoor tevens artikel 23 van de Grondwet geschonden, dat het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand instelt en waarborgt.

Volgens de verzoekende partij sluit de term “hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse”, van voormeld artikel 71*bis*, de “acute hemodialyse” immers niet uit en kan die term niet dienen als grondslag voor de vervolging door de DGEC. De parlementaire werken bevatten volgens de verzoekende partij overigens ook geen enkele aanwijzing in de zin van een eventuele beperking van de term “hemodialyse” tot “chronische dialyses”.

Zij stelt tevens dat artikel 1, § 2, van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003, dat in welbepaalde gevallen van cumul van het bedrag van de verpleegdag of de opname met de “tegemoetkomingen” deze laatste beperkt tot 50 %, niet geldt voor alle rechthebbenden die een “hemodialyse ondergaan”. Dit vormt volgens haar een schending van de artikelen 2, 71*bis* en 144 van de ZIV-wet, en van de artikelen 1 en 2 van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003, doordat wordt geoordeeld dat “de wetgever vanaf 1 juli 2003 een tegemoetkoming voorzag voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse”.

Voorts bekritiseert de verzoekende partij de stelling van de Kamer van beroep als zou de term “hemodialyse”, bepaald in artikel 1, § 1, eerste lid, van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003, op te vatten zijn als een “chronische dialyse”, aangezien de omzendbrief waaruit de Kamer van beroep dit afleidt niet gepubliceerd is en het ontwerp ervan niet werd voorgelegd aan de afdeling wetgeving van de Raad van State. Dit parallelisme der vormen moest volgens haar nochtans nageleefd worden daar deze omzendbrief het toepassingsgebied van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 wijzigt, door enkel voor “chronische dialyses” een tegemoetkoming voor te schrijven, en niet voor “acute hemodialyses”. De verzoekende partij leidt hieruit ook een schending af van de artikelen 105, 108 en 190 van de Grondwet, de artikelen 4, 6 en 7 van de wet van 31 mei 1961 betreffende het gebruik der talen in wetgevingszaken, het opmaken, bekendmaken en inwerkingtreden van wetten en verordeningen en de artikelen 3 en 84 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973. Ten slotte schendt steeds volgens de verzoekende partij de Kamer van beroep de artikelen 159 en 161 van de Grondwet en artikel 144 van de ZIV-wet door toepassing te verlenen aan deze omzendbrief, waar zij die moest weigeren omdat dit “pseudo” reglement het toepassingsgebied van de tegemoetkomingen, bepaald in artikel 71*bis* van de ZIV-wet en het Koninklijk besluit van 23 juni 2003, op onwettelijke wijze beperkt.

7. In de memorie van wederantwoord voegt de verzoekende partij nog toe dat twee beslissingen van de Kamer van eerste aanleg van 6 juni 2013 inzake de DGEC tegen respectievelijk Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman en Asbl Cliniques Universitaires Saint-Luc op duidelijke wijze de RIZIV-eis afwijzen, waarmee de grieven over de niet-toepassing van pseudo-wetgeving worden bevestigd. Zij stelt tevens in essentie dat de Raad van State niet de feiten beoordeelt door de schending van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 te onderzoeken, en dat de verwerende partij een verkeerd uitgangspunt hanteert door te stellen dat hetgeen in de omzendbrief wordt bepaald, ook wordt bepaald in het Koninklijk besluit van 23 juni 2003.

## BEOORDELING

8. In de mate dat de verzoekende partij aanvoert dat de Kamer van beroep ten onrechte een inbreuk op de ZIV-reglementering heeft vastgesteld, wordt het middel niet in aanmerking genomen. De Kamer van beroep oordeelt immers in laatste aanleg en onaantastbaar of de ten laste gelegde inbreuken bewezen zijn. De administratieve cassatierechter is enkel bevoegd om de rechtmatigheid van de hem voorgelegde beslissing van de feitenrechter na te gaan. Luidens artikel 14, § 2, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State treedt de afdeling bestuursrechtspraak wanneer ze uitspraak doet over cassatieberoepen “daarbij niet in de beoordeling van de zaken zelf”.

9. Het ontbreken van een tegemoetkoming voor acute hemodialys wordt door de Kamer van beroep niet afgeleid uit artikel 71*bis* van de ZIV-wet, maar enkel uit het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71*bis*, §§ 1 en 2 van de ZIV-wet. De uiteenzetting van de verzoekende partij laat de Raad van State, als administratieve cassatierechter, niet toe in te zien hoe de aangevoerde onduidelijkheid in verband met de tegemoetkomingen aan zorgverleners verband zou houden met artikel 23 van de Grondwet.

10. Artikel 71*bis*, § 2, van de ZIV-wet machtigt de Koning wel om te voorzien in een tegemoetkoming in de kosten voor acute hemodialyses, verricht in erkende centra voor chronische hemodialyse, maar legt daartoe geen verplichting op. In § 2 van artikel 1, van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 wordt gepreciseerd dat het gaat om een “rechthebbende die een chronische hemodialyse ondergaat” en om een “tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse”. Daaruit volgt dat de regelgever de toepassingsfeer van de tegemoetkoming wenste te beperken tot chronische hemodialyses, met uitsluiting van acute hemodialyses.

De Kamer van beroep heeft dan ook uit de bepalingen van hoofdstuk 1 van dit Koninklijk besluit terecht afgeleid dat de regelgever “vanaf 1 juli 2003 in een tegemoetkoming voorzorg voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse”.

Uit eventueel andersluidende beslissingen in andere zaken behandeld door dezelfde bodemrechter kan op zichzelf geen rechtsregel worden afgeleid die een voorziening tot cassatie kan ondersteunen.

11. De omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 van 7 juli 2003 geeft enkel weer wat reeds uit hoofdstuk 1 van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 kan worden afgeleid. Door deze omzendbrief worden geen nieuwe voorwaarden of regels aan dit Koninklijk besluit toegevoegd, en wordt evenmin het toepassingsgebied ervan beperkt. De grieven die de verzoekende partij in verband met deze omzendbrief laat gelden zijn niet relevant en worden dan ook niet aangenomen.

Het eerste middel is niet gegrond.

## Tweede middel

### STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJ

12. Het middel steunt op de schending van de artikelen 10, 11, 12, 14, 16, 77, 144, 145, 160 en 161 van de Grondwet, de artikelen 6 en 7 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (hierna : EVRM), de artikelen 14 en 15 van het internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (hierna : BUPO), artikel 1 van het Aanvullend Protocol bij het EVRM, de artikelen 73*bis*, 139 en 142 van de ZIV-wet, en de “beginselen van legaliteit, rechtszekerheid en redelijke termijn”.

De verzoekende partij betoogt dat de strafrechtelijke kwalificatie van de procedure wordt bepaald door de maximale straf en dat zij vervalt, noch doordat geen maximumstraf wordt gevorderd, noch doordat in beroep wordt afgezien van een geldboete. Zij leidt hieruit af dat de Kamer van beroep de artikelen 6 en 7 van het EVRM, 14 en 15 van het BUPO en 12 en 14 van de Grondwet schendt, door te oordelen dat, samengevat,

1. de strafrechtelijke kwalificatie niet meer aan de orde is omdat, nadat de Kamer van eerste aanleg de verjaring van de geldboete had vastgesteld, de vervolgende partij hiertegen geen beroep heeft ingesteld
2. de strafrechtelijke kwalificatie reeds van in het begin niet aan de orde zou zijn geweest, alhoewel de geldboete tot 150 % van de terugbetaling kon oplopen en te dezen 21.882 EUR bedroeg
3. de vordering tot terugbetaling geen strafvervolgning in de zin van artikel 6 van het EVRM (meer) is
4. elke uitbetaling van een tegemoetkoming die berust op een zogenoemde “niet-restrictieve” lezing van de “nomenclatuur” kan en zelfs moet aanleiding geven tot een terugbetaling, uitgevoerd met de vordering bepaald in artikel 142, § 1, van de ZIV-wet.

Doordat pas op 8 april 2013, dit is pas zes jaar na de uitbetaling van de tegemoetkomingen aan de verzoekende partij in april 2007, uitspraak werd gedaan, zijn volgens de verzoekende partij eveneens artikel 6 van het EVRM en artikel 14 van het BUPO geschonden.

Ten slotte stelt de verzoekende partij dat de terugbetaling van “een – al dan niet (on)verschuldigde - ontvangen betaling” het eigendomsrecht betreft. Aangezien de wetgever in beginsel zelf de beperkingen aan grondrechten moet bepalen en hij daarin enkel kan voorzien mits machtiging door de wetgever, schendt de Kamer van beroep, steeds volgens de verzoekende partij, artikel 16 van de Grondwet en artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM door te oordelen dat “de wetgever vanaf 1 juli 2003 een tegemoetkoming voorzag voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse”. Zij wijst daarbij op de overweging dat “de Kamer van beroep verwijst naar de duidelijke regeling zoals deze hiervoor werd opgenomen en naar de omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6”.

13. De verzoekende partij repliceert in haar memorie van wederantwoord dat de Raad van State niet in de beoordeling van de feiten treedt wanneer hij de juridische vraag onderzoekt of de tegemoetkoming voor “acute hemodialyse” wel kan worden uitgesloten. Zij verwijst opnieuw naar de bij het eerste middel vermelde beslissingen van de Kamer van eerste aanleg van 6 juni 2013. Ten slotte voegt zij toe dat de schending van de redelijketermijneis *in globo* dient beoordeeld te worden en voor het eerst bij de Raad van State kan worden opgeworpen wanneer de termijn van uitspraak voor de Kamer van beroep moet worden onderzocht en beoordeeld.



## BEOORDELING

14. De veroordeling tot terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen vindt wettelijke grondslag in het toenmalige artikel 141, § 5, laatste lid, van de gecoördineerde ZIV-wet. Volgens deze wetsbepaling moet de zorgverlener de waarde van de betrokken verstrekkingen terugbetalen wanneer hij aan de verzekering voor geneeskundige verzorging niet uitgevoerde verstrekkingen heeft aangerekend en/of wanneer de aangerekende verstrekkingen niet overeenstemmen met de ZIV-wet of haar uitvoeringsbesluiten.

15. Die terugbetaling is geen straf, maar een herstelmaatregel. De rechtswaarborgen die gelden voor strafvervolgingen in de zin van de artikelen 6 van het EVRM en 14 van het BUPO zijn bijgevolg te dezen voor de Kamer van beroep niet van toepassing.

Het middel afgeleid uit de niet-naleving van de redelijketermijneis, is, zoals het te dezen naar voren wordt gebracht, niet ontvankelijk omdat het onderzoek ervan de cassatierechter zou verplichten feitelijke gegevens van de zaak na te gaan, waarvoor hij niet bevoegd is.

16. Die terugvordering kan niet worden gelijkgesteld met een onteigening als bedoeld door artikel 16 van de Grondwet.

Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het EVRM verhindert niet dat de overheid terugvordert wat zij onverschuldigd betaald heeft. De verzoekende partij toont dan ook niet aan dat deze terugvordering het eigendomsrecht, zoals beschermd door deze verdragsbepaling, zou schenden.

Het tweede middel is niet gegrond.

...

## Vierde middel

### STANDPUNT VAN DE VERZOEKENDE PARTIJ

22. In het vierde middel laat de verzoekende partij gelden dat de Kamer van beroep artikel 112 van de wet van 13 december 2006 en artikel 141, §§ 5 en 7, van de ZIV-wet schendt door te bepalen dat de verjaring van de bevoegdheid om terugbetaling te bevelen niet samenvalt met de verjaring van de bevoegdheid om een geldboete op te leggen, temeer daar artikel 142 van de ZIV-wet enkel geldt voor "nieuwe inbreuken", bepaald in artikel 73*bis* van de ZIV-wet.

## BEOORDELING

23. Overeenkomstig artikel 112, § 1, van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen, gewijzigd door de wet van 27 december 2006, worden de inbreuken op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgingen en uitkeringen, die werden gepleegd vóór 15 mei 2007, wat betreft de verjaring, de administratieve geldboete en de terugbetaling, geregeld volgens de bepalingen van de artikelen 73 en 141, §§ 2, 3, 5, 6 en 7, eerste tot vijfde lid, van de ZIV-wet zoals die van kracht waren tot die datum.

Luidens artikel 141, § 7, eerste lid, van deze wet, zoals het gold tot 15 mei 2007, moeten de administratieve geldboeten door het Comité worden uitgesproken binnen de drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de inbreuk werd vastgesteld. Deze wetsbepaling betreft enkel de administratieve geldboete en niet de terugbetaling van de waarde der verstrekkingen.



Artikel 141, § 5, laatste lid, van de ZIV-wet, zoals het gold tot 15 mei 2007, bepaalde weliswaar dat de zorgverlener ook de waarde van de betrokken verstrekkingen moet terugbetalen in de gevallen bedoeld in de punten a) en b), waarin het Comité administratieve geldboetes kan uitspreken, doch hieruit kan niet worden afgeleid dat de terugbetaling van de waarde der verstrekkingen binnen dezelfde termijn als de administratieve geldboete moet worden uitgesproken.

Het vierde middel is niet gegrond.

...

#### BESLISSING

**1. De Raad van State verwerpt het cassatieberoep.**

**2. De verzoekende partij wordt verwezen in de kosten van het beroep.**

### III. Arbeidshof van Bergen, 15 januari 2014

Gerechtigd Wetboek, artikelen 1048, 792, 704, § 2 en 580, 2<sup>o</sup> –  
Ontvankelijkheid van het verzoekschrift tot hoger beroep

*De verwijzing in artikel 1048 naar artikel 792 dat zelf naar artikel 704, § 2 verwijst, maakt een link tussen de aanvang van de termijn van hoger beroep en de wijze van instelling van een vordering bij verzoekschrift. De verwijzing in artikel 704 naar artikel 580, 2<sup>o</sup> impliceert bovendien een tweede link tussen de indiening via verzoekschrift en de bevoegdheid van de Arbeidsrechtbank.*

*Aangezien de bevoegdheid van de Arbeidsrechtbank en de ontvankelijkheid van de ingestelde vordering in dit geval niet in vraag zijn gesteld door een hoofdberoep of incidenteel beroep, stond het in de debatten definitief vast dat de arbeidsrechtbank niet alleen bevoegd was om zich over die vordering uit te spreken maar ook dat die vordering bij verzoekschrift kon worden ingesteld. De ingang van de termijn van hoger beroep is in dit geval onlosmakelijk verbonden met de bevoegdheid van de rechtbank alsook met de ontvankelijkheid van de bij verzoekschrift geformuleerde vordering.*

A.R. nr. 2013/AH/17  
D.D./ASBL L.L. en RIZIV

...

#### ÉLÉMENTS DE LA CAUSE ET ANTÉCÉDENTS DE LA PROCÉDURE

Il appert des conclusions des parties et des éléments de leur dossier que M. D. est le père de l'enfant B.D., né le 24 août 2001.

En mars 2007, B. a entamé une rééducation logopédique auprès de l'ASBL [...].

Les prestations de logopédie, dispensées de juin à novembre 2007, ont donné lieu à l'établissement de six factures pour un total de 489,90 EUR. Ces factures n'ayant pas été acquittées, l'ASBL [...] refusa, d'une part, de délivrer les attestations de soins et ce, jusqu'à paiement intégral, et, d'autre part, de poursuivre la rééducation au-delà du mois de novembre.

Le 11 mai 2009, l'ASBL [...] mit en demeure M. D. d'avoir à lui payer 506,40 EUR. Les parties ont alors convenu d'un remboursement échelonné de ce montant, les termes et délais contractuels ayant ensuite été respectés aux dires des parties.

Le 7 octobre 2010, l'ASBL [...] communiqua les attestations de soins à M. D. qui avait apuré sa dette.

À une date qui n'apparaît pas du dossier, M. D. sollicita de l'O.A. le remboursement de ces soins de logopédie, remboursement qui lui fut refusé au motif tiré de la prescription de 2 ans visée par l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'O.A. sollicita auprès de l'INAMI, pour son affilié, la levée de la prescription frappant le remboursement de ces prestations.

Par décision du 17 décembre 2010, la demande de M. D. fut rejetée par l'INAMI au motif que les conditions de la force majeure n'étaient pas remplies.

La décision était libellée comme suit :

*“La force majeure est un évènement mettant celui contre lequel court la prescription dans l'impossibilité absolue d'agir. Par ailleurs, cet évènement doit être imprévisible, extérieur à celui contre lequel court la prescription et ne doit pas pouvoir être évité par ce dernier.*

*Or, la raison pour laquelle vous n'avez pas reçu les attestations dans le délai de deux ( ans) est le non paiement des soins de santé. Ce fait ne peut être considéré comme un fait qui vous est indépendant et il ne peut donc être considéré que vous avez été confronté à un cas de force majeure. Vous disposiez en outre de la possibilité d'interrompre le délai de prescription par l'envoi d'une lettre recommandée et vous vous en êtes abstenu”.*

Sur nouvelle demande de l'O.A. du 21 décembre 2010, l'INAMI confirma sa décision par courrier du 17 janvier 2011.

Par requête du 16 mars 2011, M. D. contesta la décision de l'INAMI du 17 décembre 2010 au motif que la rentrée tardive des attestations de soins relevait d'un cas de force majeure, à savoir la non-délivrance des attestations de soins par l'ASBL [...]. Il mit, en outre, à la cause cette ASBL dont il sollicita la condamnation à des dommages et intérêts équivalents aux montants des remboursements refusés.

Par jugement prononcé le 13 novembre 2012, le Tribunal du travail de Tournai (section de Mouscron) déclara le recours recevable mais non fondé et confirma la décision administrative de l'INAMI.

Le Tribunal estima que M. D. ne pouvait se prévaloir de la force majeure dès lors qu'il n'y avait pas eu d'évènement imprévisible extérieur à celui-ci qu'il n'avait pu éviter.

En effet, fit valoir le Tribunal, M. D. pouvait, d'une part, payer totalement les soins de logopédie dispensés à son fils et, ainsi, recevoir les attestations de soins litigieuses et, d'autre part, interrompre la prescription par l'envoi d'un courrier recommandé à son organisme assureur.

S'agissant du fondement de la demande subsidiaire formulée par M. D., le Tribunal considéra que l'ASBL [...] avait commis une faute pouvant engager sa responsabilité en ne respectant pas l'article 53 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 imposant aux dispensateurs de soins de remettre une attestation de soins donnés dans le délai prévu par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 19 mai 1995 mais que, dans la mesure où M. D. ne prouvait pas l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le dommage allégué (il n'a pas mis en demeure le dispensateur de soins de délivrer les attestations et aurait pu éviter le dommage en interrompant la prescription par l'envoi d'un courrier recommandé à son organisme assureur), il lui appartenait de supporter les conséquences de son inertie.

Monsieur D. interjeta appel de ce jugement qui lui fut notifié le 23 novembre 2012.

#### SAISINE DE LA COUR DE CÉANS

Aux termes de l'article 1068, alinéa 1, du Code judiciaire *"tout appel d'un jugement définitif ou avant dire droit saisit du fond du litige le juge d'appel"*.

Il en résulte que l'appel dirigé contre un jugement définitif ou avant dire droit saisit de plein droit le juge d'appel de la totalité de la contestation, de toutes les questions de fait et de droit que le litige comporte (Cass., 17.05.1999, Pas., I, p. 692).

Le principe de l'effet dévolutif de l'appel constitue une règle d'organisation judiciaire qui est, partant, d'ordre public (Cass., 05.01.2006, J.T., 2007, p. 118).

Ce principe se heurte, toutefois, à l'effet relatif de l'appel: il appartient, en effet, aux parties de déterminer, par l'appel principal ou incident, les limites dans le cadre desquelles le juge d'appel doit statuer sur les contestations tranchées par le premier juge (Cass., 25.03.1999, Pas., I, p. 451).

Ainsi, si les parties sont libres de limiter l'objet de leur appel, cette limitation ne vaut que pour les points de droit qui ont été tranchés par le premier juge.

En l'espèce, M. D. précise explicitement (p. 3 de sa requête d'appel et de ses conclusions additionnelles et de synthèse d'appel) "qu'il interjette appel de la partie de la décision qui avait confirmé la décision administrative de l'INAMI en ce qu'elle avait estimé qu'il n'y avait pas de situation de force majeure de telle sorte qu'il n'interjette pas appel contre l'INAMI".

Il interjette appel uniquement du jugement prononcé le 13 novembre 2012 "en ce que les premiers juges ont déclaré non fondée la demande subsidiaire formulée à l'égard de l'ASBL [...]".

#### GRIEFS ÉLEVÉS À L'ENCONTRE DU JUGEMENT QUERELLÉ

Monsieur D. estime que sa requête d'appel est recevable au motif que le délai d'appel ne pouvait commencer à courir que le lendemain de la signification opérée par voie d'huissier, signification qui n'a pas eu lieu.

Selon lui, l'article 792, alinéa 2, du Code judiciaire renvoie à l'article 704, § 2, du Code judiciaire pour déterminer les matières pour lesquelles la notification fait courir le délai d'appel.

Or, fait valoir M. D., les litiges opposant les patients, bénéficiaires de prestations sociales, aux prestataires de soins, ne font pas partie des matières énumérées à l'article 704, alinéa 2, du Code judiciaire et ne peuvent, dès lors, pas donner lieu à une notification conforme à l'article 792, alinéa 2, du même code.

Monsieur D. renvoie, à cet effet, aux arrêts de la Cour de cassation des 30 juin 1997 et 5 mars 2007 ainsi qu'aux arrêts de la Cour du travail de Liège (19.08.2010) et de Gand (03.12.2004).

Ainsi, observe M. D., ce n'est pas parce que le litige opposant les parties a été introduit par requête déposée en application de l'article 704, § 2, du Code judiciaire, car le litige était subsidiaire à une demande principale dirigée contre l'INAMI, que, pour autant, le présent litige porte sur une matière visée à l'article 704, § 2, du Code judiciaire.

Abordant le fond du litige, M. D. fait valoir que c'est à juste titre que le premier juge a considéré que la faute commise par, l'ASBL [...] était établie puisque les attestations de soins litigieuses auraient dû être délivrées au plus tard le 31 janvier 2008.

Il souligne que, contrairement à ce qu'a décidé le premier juge, la faute commise par l'ASBL [...] présente incontestablement un lien causal avec son dommage puisque, sans cette faute, il aurait adressé en temps et en heure ces attestations et ne se serait pas vu opposer la prescription.

Le premier juge a, ainsi, fait, selon M. D. une mauvaise application de la théorie de l'équivalence des conditions.

Subsidiairement, fait observer M. D., s'il fallait considérer qu'il aurait, lui aussi, fait preuve d'une inertie fautive, il y aurait, alors, lieu de décider d'un partage de responsabilités.

Cependant, relève-t-il, il n'a, en réalité, commis aucune faute de telle sorte que l'ASBL [...] est l'unique responsable de son préjudice: ainsi, ce n'est pas parce qu'il n'est pas établi qu'il ait mis en demeure l'ASBL [...] de respecter ses obligations légales que pour autant il a commis une faute puisque la délivrance des attestations de soins donnés est une obligation légale incombant aux prestataires de soins.

D'autre part, souligne M. D., il n'a pas davantage commis de faute en n'adressant pas de lettre recommandée à son organisme assureur en vue d'interrompre la prescription: en effet, non seulement il n'est pas un spécialiste de la réglementation mais, en outre, il n'était pas en droit d'adresser une lettre recommandée à son organisme assureur pour exiger le remboursement des prestations litigieuses puisqu'il ne disposait pas des pièces réglementaires pour justifier un droit au paiement par son organisme assureur.

Monsieur D. estime que le dommage subi est constitué du montant qui lui aurait été remboursé par sa mutuelle s'il ne s'était pas vu opposer l'exception déduite de la prescription, soit la somme de 389,66 EUR.

Il sollicite la réformation du jugement dont appel.

## DISCUSSION - EN DROIT

### I. Quant à la recevabilité de la requête d'appel

L'article 1048 du Code judiciaire dispose que *"le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3"*.

En vertu de cet article 792, la notification est faite aux parties elles-mêmes dans les matières énumérées par l'article 704, § 2, du Code judiciaire qui énonce que :

*"Dans les matières énumérées aux articles 508/16, 580, 2°, 3°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° et 11°, 581, 2°, 582, 1° et 2°, et 583, les demandes sont introduites par une requête écrite, déposée ou adressée, sous pli recommandé, au greffe du Tribunal du travail ; (...)"*.

En vertu de l'article 580, 2°, du Code judiciaire, *"Le Tribunal du travail connaît (...) des contestations relatives aux droits et obligations des travailleurs salariés (...) et de leurs ayants droit résultant des lois et règlements prévus au 1°"*, soit notamment *"la législation en matière (...) d'assurance obligatoire maladie-invalidité"*.

Comme l'observe avec pertinence M. l'avocat général, le renvoi fait par l'article 1048 à l'article 792 se référant lui-même à l'article 704, § 2, établit, donc, le lien entre la prise de cours du délai d'appel et le mode d'introduction de l'instance par requête. Par ailleurs, le renvoi fait par l'article 704 à l'article 580, 2°, implique un second lien opéré, cette fois, entre l'introduction par voie de requête et la compétence du Tribunal du travail.

En l'espèce, M. D. a déposé sa requête introductive d'instance le 16 mars 2011 au greffe du Tribunal du travail de Tournai -section de Mouscron- en y indiquant ce qui suit: *"Je demande de mettre à la cause également le centre de logopédie "[...] asbl" ..., celui-ci étant responsable de la rentrée tardive des attestations de soins"*.

À l'instar de M. l'avocat général dont la cour fait sienne les judicieuses observations, il s'impose de relever que le Tribunal du travail s'est implicitement mais nécessairement déclaré compétent pour connaître de cette demande en la considérant comme recevable mais aussi en examinant le fond. Ni M. D. ni l'ASBL [...] n'ont remis ces considérations en cause, que ce soit par le biais d'un appel principal ou incident, en sorte qu'il est définitivement acquis aux débats non seulement que le Tribunal du travail était compétent pour connaître de cette demande mais encore qu'elle pouvait valablement être introduite par requête. La prise de cours du délai d'appel étant indissociablement liée en l'espèce à la compétence du Tribunal et par-delà à la recevabilité de la demande formulée par requête, il est techniquement impossible de soutenir que ce délai d'appel prendrait cours à la signification du jugement sans remettre en cause la compétence même du Tribunal du travail à se prononcer en l'espèce.

La compétence avérée du Tribunal du travail implique, donc, en cette cause l'irrecevabilité de l'appel pour tardiveté puisque la requête d'appel a été introduite le 11 janvier 2013, soit plus d'un mois après la notification opérée le 23 novembre 2012.

## II. Quant aux dépens de l'instance d'appel

Dès lors que l'INAMI n'est pas partie à la cause en degré d'appel, il ne s'impose pas de faire application des dispositions de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire qui sont dérogoratoires au droit commun.

Succombant dans son action diligentée contre l'ASBL [...], il y a lieu, partant, de condamner M. D. aux frais et dépens de l'instance d'appel non liquidés par l'ASBL [...] à défaut d'état (art. 1017, al. 1<sup>er</sup>, du C.Jud.).

## PAR CES MOTIFS,

### La Cour,

Statuant contradictoirement,

...

## IV. Arbeidshof van Brussel, 26 februari 2014

### Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 174, 5<sup>o</sup> – Terugvordering van het onverschuldigde bedrag – Bedrieglijk opzet

*Onder bedrieglijke handeling moet worden verstaan "een bewust onwettige handeling waarvan de rechthebbende op sociale prestaties gebruik maakt om die onrechtmatig te verkrijgen waardoor het ontstaan van het onverschuldigde bedrag in dit geval voortvloeit uit de slechte wil om het te verkrijgen" (Arbeidshof van Bergen, 19.05.1993, A.R. nr. 91/18346; Arbeidshof van Bergen, 27.08.1998, A.R. nr. 14.223).<sup>1</sup>*

*Het is niet aangetoond dat de appellant bewust een onjuiste of onvolledige verklaring heeft afgelegd. De arbeidsperiode was immers relatief kort en is correct door zijn werkgever aangegeven.*

1. Uittreksel gepubliceerd in het I.B. - RIZIV nr. 1999/1, p.42.

*Het is niet omdat de appellant een formulier heeft ondertekend waarin vermeld staat dat hij iedere wijziging van zijn situatie zou aangeven, dat het verzuimen om ze aan te geven een bedrieglijke handeling zou zijn.*

A.R. nr. 2012/AB/147  
Z.S.H. t./RIZIV en V.I.

...

## I. LES ANTÉCÉDENTS DU LITIGE

1. Monsieur Z. bénéficiait des indemnités d'incapacité de travail, depuis le 9 septembre 2002.

Le 17 octobre 2005, il a repris une activité professionnelle dans le secteur du nettoyage et n'en a pas informé son organisme assureur.

Le 23 décembre 2008, le Service de contrôle administratif de l'INAMI a constaté que des prestations avaient été déclarées à partir du 17 octobre 2005.

Le 23 mars 2009, l'organisme assureur a invité Monsieur Z. à rembourser les indemnités d'incapacité de travail à compter du 17 octobre 2005.

2. Monsieur Z. a contesté la décision de l'INAMI du 11 janvier 2010 par une requête déposée au greffe du tribunal du travail le 25 mars 2010.

Par requête envoyée au greffe le 25 février 2011, l'O.A. demande la condamnation de Monsieur Z. à lui rembourser la somme de 26.923,67 EUR à titre d'indemnités d'incapacité de travail versées indument.

3. Par jugement prononcé le 12 janvier 2012, le Tribunal du travail a déclaré le recours de Monsieur Z. non fondé et a fait droit à la demande de l'O.A.

Le tribunal a condamné M. Z. à rembourser la somme de 26.923,67 EUR à titre d'indemnités d'incapacité de travail versées indument, à compter du 17 octobre 2005.

4. Monsieur Z. a fait appel du jugement par une requête reçue au greffe le 20 février 2012.

## II. OBJET DE L'APPEL

5. Monsieur Z. demande à la Cour du travail de réformer le jugement et de renoncer à la récupération des indemnités d'incapacité de travail.

À titre subsidiaire, il demande à la Cour du travail de réduire le montant du remboursement aux indemnités versées du 17 octobre 2005 au 30 septembre 2006 et de lui accorder des termes et délais.

L'O.A. demande la confirmation du jugement et la condamnation de M. Z. aux dépens.

## III. DISCUSSION

### Incidences de la reprise de travail

6. Il résulte de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, que pour bénéficier des indemnités d'incapacité de travail, il faut avoir cessé toute activité.

En règle, est interdite, *“toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales, même à titre de service d’amis”* (Cass. 18.05.1992, Chron. D. S., 1992, p. 329).

Le travailleur qui reprend une activité perd le bénéfice du droit aux indemnités et cesse d’être reconnu en état d’incapacité de travail.

S’il met ultérieurement fin à cette activité, il ne peut obtenir les indemnités qu’après avoir fait, à nouveau, constater son état d’incapacité de travail.

7. Par dérogation à ce qui a été rappelé ci-dessus, l’article 100, § 2, de la loi coordonnée permet la reprise d’une activité (à temps partiel) moyennant l’accord préalable du médecin-conseil de la mutuelle et à condition que le travailleur conserve une réduction de sa capacité de gain d’au moins 50 %.

Cette possibilité suppose la réunion de plusieurs conditions qui ne sont pas remplies en l’espèce.

C’est ainsi qu’il n’est pas allégué que lorsqu’il a repris une activité à temps plein, M. Z. présentait encore une incapacité de 50 % au moins.

8. C’est dès lors à juste titre que l’O.A. a décidé que M. Z. n’avait plus droit aux indemnités d’incapacité de travail à partir de la reprise de travail.

#### **Renonciation à la récupération**

9. Monsieur Z. demande à la Cour d’ordonner la renonciation à la récupération des indemnités versées indument.

Les parties se réfèrent à l’article 101, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version actuelle.

Eu égard à la date des faits, il y aurait lieu de se référer aux articles 101 et 102 de la loi coordonnée tels qu’ils étaient d’application avant l’entrée en vigueur de la loi du 28 avril 2010.

Quoi qu’il en soit, la limitation de la récupération aux jours durant lesquels le travail non autorisé a été accompli et la possibilité pour le Comité de gestion de renoncer à la récupération des indemnités, supposent que M. Z. ait conservé une incapacité de 50 % au moins, ce qui n’est pas allégué en l’espèce.

Par ailleurs, la possibilité de renoncer à la récupération de l’indu est une compétence discrétionnaire du Comité de gestion.

Bien que les décisions du Comité de gestion refusant de renoncer à la récupération, n’échappent pas au contrôle de légalité des juridictions du travail, ces dernières sont sans pouvoir pour accorder d’office une renonciation. Le principe de la séparation des pouvoirs s’y oppose.

10. En conséquence, la demande de renonciation, telle qu’actuellement formulée, ne peut être déclarée fondée.

#### **En ce qui concerne l’intention frauduleuse et le délai de prescription**

11. Selon l’article 174, 5<sup>e</sup> de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, *“l’action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l’assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué”*.

Toutefois, selon le même article, la prescription de 2 ans n’est pas applicable *“dans le cas où l’octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans”*.

**12.** Par manœuvre frauduleuse, on entend, *“l’agissement volontairement illicite dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour en obtenir indûment l’octroi de sorte que la création de l’indu dans ce cas a pour cause la volonté malicieuse d’y déboucher”* (C. Trav. Mons, 19.05.1993, R.G. 91/18346 ; C. Trav. Mons, 27.08.1998, RG 14.223).

Les manœuvres frauduleuses s’apparentent ainsi au dol :

*“le législateur semble se référer à la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui sachant ou se doutant n’avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d’affirmations sciemment inexactes, d’omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité et ce pour obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné”* (C. Trav. Mons, 15.05.1998, R.G. n° 11.364).

La Cour de cassation a, quant à elle, décidé :

*“lorsqu’une prestation est octroyée indûment suite à l’omission non frauduleuse d’informer l’organisme assureur de la procédure engagée, le paiement effectué par l’organisme assureur est indu, l’organisme assureur a immédiatement droit au remboursement et cette action se prescrit, en principe, par deux ans à compter du paiement indu”* (Cass. 04.01.1993, Pas. 1993, I, p. 3).

**13.** En l’espèce, il résulte de ce qui a été décidé ci-dessus que M. Z. n’avait pas droit aux indemnités d’incapacité de travail pendant la période litigieuse.

Il n’est pas établi, toutefois, que M. Z. a sciemment fait une déclaration inexacte ou incomplète.

En l’espèce, la période de travail a été relativement brève (elle a, semble-t-il, pris fin le 30.09.2006) et a été dûment déclarée par l’employeur de M. Z., (puisque c’est apparemment grâce aux bons de cotisations et/ou via la banque carrefour de la sécurité sociale, que le service de contrôle administratif en a pris connaissance).

De ce que M. Z. aurait signé un formulaire précisant qu’il signalerait tout changement dans sa situation, il ne résulte pas que toute omission de déclaration est constitutive d’une manœuvre frauduleuse.

L’intention frauduleuse n’est pas rapportée.

**14.** Le délai de prescription est donc de deux ans.

Il a été interrompu par la lettre recommandée du 23 mars 2009.

Conformément à l’article 174, 5° de la loi coordonnée, le délai de prescription de deux ans a pris cours à la fin du mois au cours duquel le paiement des indemnités a été effectué.

Il y a donc lieu d’inviter l’organisme assureur à procéder à une nouvelle notification du montant devant être récupéré, dans les limites du délai de prescription de 2 ans.

Cette nouvelle notification comportera les mentions prévues à l’article 15 de la loi du 11 avril 1995 instaurant la Charte de l’assuré social de sorte que M. Z. aura la possibilité d’introduire une demande de renonciation et/ou une demande de termes et délais directement auprès de l’organisme assureur.

...



**PAR CES MOTIFS,****La Cour du travail,**

...

Déclare l'appel partiellement fondé,

Confirme le jugement sous réserve que le délai de prescription est de deux ans,

Invite l'organisme assureur à notifier le montant des sommes récupérables en permettant à M. Z. d'introduire une demande de renonciation et/ou de termes et délais comme cela est prévu par l'article 15 de la Charte de l'assuré social,

...

## V. Arbeidshof van Bergen, 27 februari 2014

### Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 25sexies – Begrip voorschrift van de geneeskundige verstrekkingen

*Een voorschrift van geneeskundige verstrekkingen is geen medisch voorschrift in de strikte zin van het woord, met name, de aflevering van een verzoek gericht aan een collega of een andere zorgverlener om een bepaalde zorg aan een gegeven patiënt te verlenen. Het volstaat dat de Belgische geneesheer beslist om zijn patiënt naar een gespecialiseerde dienst in het buitenland te sturen opdat deze daar verzorging zou krijgen.*

*Artikel 25sexies is gewijzigd bij wet van 7 februari 2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (B.S. van 25.02.2014). De voorschriften van de geneesheer die wettelijk de toestemming heeft om de geneeskunde in een andere lidstaat van de Europese Unie uit te oefenen, mogen voortaan in aanmerking worden genomen.*

A.R. nr. 2013/AM/103  
V.S., V.J. en V.C. t./RIZIV

...

**OBJET DE L'APPEL**

Les appelants sollicitent la cour de réformer le jugement entrepris en ce qu'il statue dans la cause inscrite sous le numéro 10/5365/A, qui concerne le recours contre les décisions de l'INAMI.

Ils demandent, en ordre principal, de dire pour droit que le Fonds spécial de solidarité doit intervenir dans la prise en charge des frais médicaux dont a bénéficié Mme V. en Allemagne en 2010, et des frais de déplacement et d'hébergement exposés par celle-ci et par ses accompagnateurs, et en ordre subsidiaire de renvoyer la cause devant le Fonds spécial de solidarité en l'invitant à prendre une nouvelle décision.

## DÉCISION

### Recevabilité

L'appel, régulier en la forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

### Fondement

1. Le Collège des médecins-directeurs motive le refus d'intervention par le fait qu'il n'est pas répondu aux critères de l'article 25sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : d'une part le cas n'est pas jugé digne d'intérêt et d'autre part les prestations de santé dispensées à l'étranger n'ont pas été prescrites avant leur réalisation par un médecin spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique. Dans les faits, la motivation est la suivante :

*“Le Collège des médecins-directeurs ne doute en rien de la gravité de l'affection de Madame V., ni du bienfondé de sa recherche personnelle pour optimiser son traitement, mais il n'estime pas sa demande digne d'intérêt. Il s'agit en effet d'une affection très fréquente, pouvant être traitée en Belgique selon les protocoles thérapeutiques les plus récents faisant l'unanimité du monde scientifique international. La valeur scientifique et l'efficacité du traitement délivré en Allemagne ne sont en rien établies et reconnus par les instances médicales faisant autorité.*

*Les demandes ne répondent donc pas à l'esprit du Fonds spécial de solidarité.*

*De surcroît, les demandes ne sont accompagnées d'aucune prescription médicale préalable. Plusieurs documents établis au nom de l'Institut Bordet, mais non signés et ne mentionnant pas le nom de l'auteur, contre-indiquent le traitement délivré en Allemagne. Ces documents mentionnent clairement que c'est la patiente qui a pris l'initiative de se faire traiter en Allemagne mais il n'y est nullement écrit, que du contraire, qu'un prescripteur belge le cautionne.*

*Le Dr A. dont les certificats non signés sont joints au dossier, n'est pas autorisé à pratiquer la médecine en Belgique”.*

2. Les appelants font valoir que le médecin-conseil de l'organisme assureur a considéré qu'il y avait lieu d'accorder l'autorisation préalable aux soins à l'étranger et de délivrer le formulaire E112, ce qui implique qu'il a estimé que le Docteur D., éminent oncologue, donnait son aval au traitement envisagé. Ils relèvent qu'à ce sujet, il faut se référer, non seulement au courrier de ce spécialiste du 29 janvier 2010, mais également aux courriers rédigés en mai et juillet 2009, dans lesquels l'efficacité des chimio-embolisations hépatiques a été soulignée. Les appelants critiquent par ailleurs l'interprétation faite par le Collège des médecins-directeurs de la notion de “cas digne d'intérêt”, à savoir l'existence d'une affection rare, présentant un intérêt scientifique parce que susceptible de faire évoluer le savoir médical. Cette interprétation fait selon eux abstraction de la souffrance physique et morale.

3. L'article 25 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que :

*“Il est créé au sein du Service des soins de santé, un Fonds spécial de solidarité financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 dont le montant est fixé, pour chaque année civile, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.*

*Le Collège des médecins-directeurs décide d'accorder des interventions aux bénéficiaires visés à l'article 32 dans les limites des moyens financiers de ce Fonds.*

*Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une Intervention lorsque les conditions fixées dans la présente section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif. Le Fonds accorde uniquement des interventions dans les coûts de prestations de santé pour lesquelles, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger".*

L'intervention du Fonds est, en ce qui concerne les soins délivrés à l'étranger, régi par l'article 25sexies qui prévoit:

*"Le Fonds spécial de solidarité peut prendre en charge les frais médicaux des bénéficiaires dans des cas dignes d'intérêt pour des prestations de santé dispensées à l'étranger pour lesquelles le médecin conseil a donné son accord conformément à la réglementation belge, internationale ou supranationale en vigueur, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire y relatifs et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne pour les prestations visées.*

*Les prestations de santé dispensées à l'étranger doivent être prescrites avant leur réalisation par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique".*

4. Les conditions que met la loi à l'intervention du Fonds dans les prestations de santé dispensées à l'étranger et dans les frais de voyage et de séjour sont :

1° l'existence d'un cas digne d'intérêt

2° l'accord du médecin-conseil

3° une prescription des prestations de santé avant leur réalisation par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Il s'agit de conditions cumulatives.

5. En ce qui concerne la troisième condition, il ne s'agit pas d'une prescription médicale entendue au sens strict du terme, à savoir la délivrance d'une demande adressée à un collègue ou à un autre prestataire de soins, de pratiquer tel soin particulier à un patient donné, qui ne se justifie pas pour des soins dispensés à l'étranger. Il suffit au regard de l'article 25sexies que le médecin belge ait décidé d'envoyer son patient auprès d'un service spécialisé à l'étranger pour que des soins lui soient prodigués.

En l'espèce, contrairement à ce que soutiennent les appelants, il faut s'en tenir au courrier du Docteur D. rédigé le 29 janvier 2010, soit au moment où Mme V. a repris contact avec les médecins allemands suite aux mauvais résultats apparaissant du dernier bilan. Le Docteur D. écrit: "(...) *Il est clair que dans notre institution, une chimio-embolisation avec hémofiltration n'est pas réalisée habituellement. En outre, la location rétro-péritonéale associée constituerait une contre-indication à ce geste. La patiente envisage de se faire à nouveau traiter en Allemagne en raison du succès transitoire obtenu il y a un peu moins d'un an*".

Il ressort de ce courrier que le Docteur D., non seulement ne préconise pas le traitement en Allemagne, mais émet une nette réserve (contre-indication), et d'autre part souligne le caractère temporaire du succès constaté en 2009.

L'accord donné par le médecin-conseil de l'organisme assureur ne lie pas le Collège des médecins-directeurs dans son contrôle du respect des conditions légales.

Une des conditions de l'article 25sexies n'est pas remplie en l'espèce, à savoir l'existence d'une prescription des prestations de santé telle qu'exigée par l'alinéa 2, ce qui suffit à justifier le refus d'intervention.

6. Il est dès lors sans utilité pour la solution du litige d'examiner si le cas est "digne d'intérêt", notion qui n'est pas définie par la loi et dont les contours volontairement flous permettent de prendre en compte les circonstances particulières de chaque situation.

**PAR CES MOTIFS,**

**La cour du travail,**

Statuant contradictoirement,

...

Reçoit l'appel;

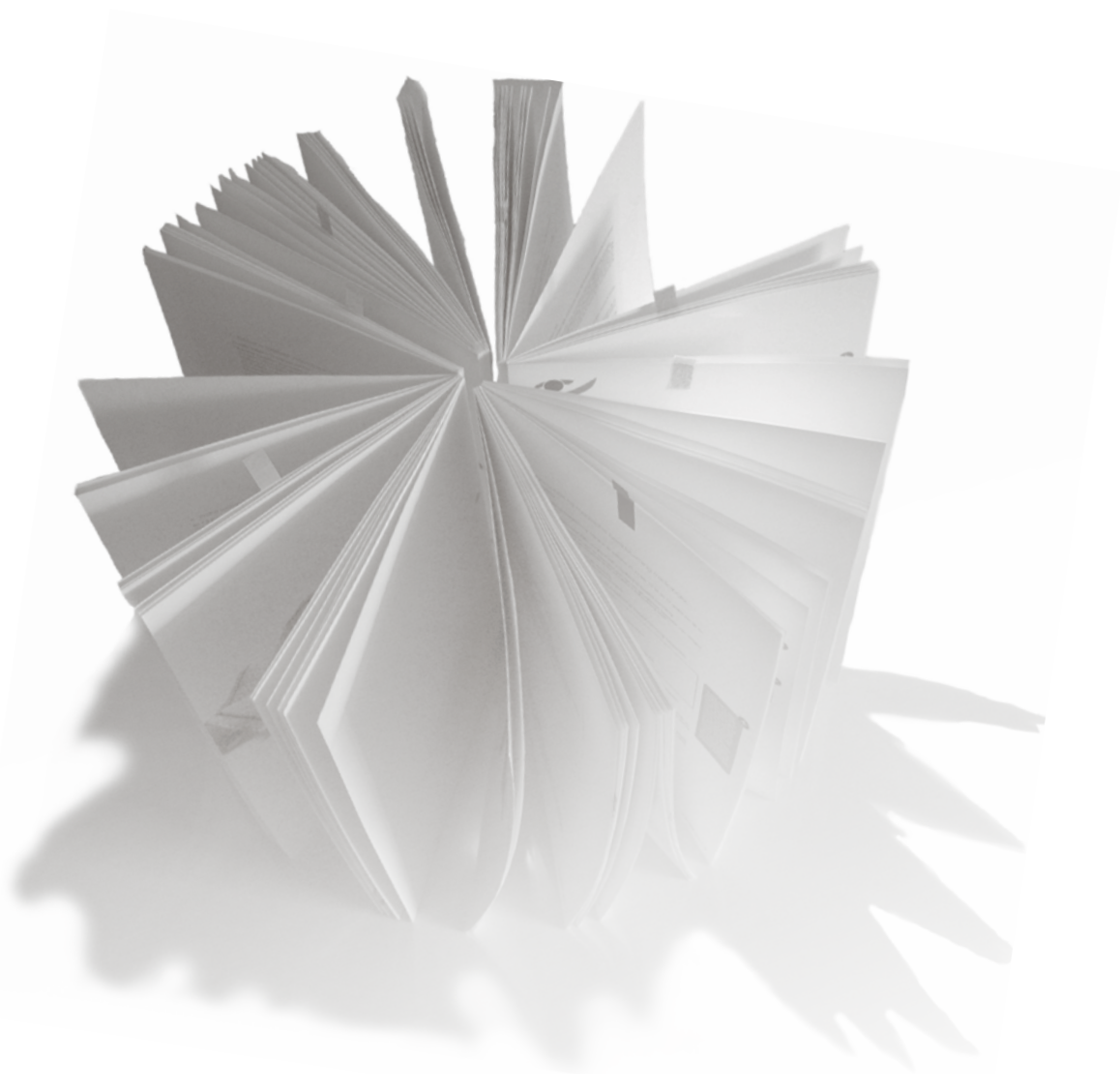
Le dit non fondé;

Confirme le jugement entrepris;

...



4<sup>e</sup> Deel  
Parlementaire vragen en  
antwoorden



# Wachtdienst voor huisartsen

## Reorganisatie van de wacht – Nationaal nummer 1733

Vraag nr. 1321, gesteld op 28 november 2013 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de federale culturele instellingen, door de heer VAN HECKE, Volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Wie vanaf 2014 buiten de kantooruren medische hulp nodig heeft, belt best naar 1733, het nieuw nationaal nummer voor de wachtdienst van huisartsen. Opgeleide medewerkers van de 100-centrale zullen de oproepen naar het verkort nummer beantwoorden. Ze gaan na of de patiënt doorverwezen moet worden naar de huisarts, dan wel of de huisarts zelf moet langskomen, of indien nodig zelfs een ziekenwagen regelen om de patiënt naar een spoeddienst te brengen.

1. Momenteel wordt er verwacht dat mensen 's nachts, in het weekend en op feestdagen de huisarts van wacht consulteren. De mensen die vanaf nu de oproepen zullen aannemen, zijn zelfs niet bevoegd medische handelingen te stellen.
  - a) Vreest u niet dat er een toevloed aan spoedopnames zal zijn door de installering van dit nummer, uit voorzorg?
  - b) Zal kwantiteit door dit systeem niet de bovenhand nemen op de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg?
  - c) Vreest u niet dat wachttijden op spoeddiensten nog zullen oplopen, dat terwijl het tekort aan urgentieartsen steeds schrijnender wordt?
2. Bovendien spreekt u over 45 extra wachtposten, deze zijn van essentieel belang, zodat de praktische voorzieningen er zijn voor het telefoonsysteem operationeel wordt gemaakt.

Wanneer worden deze wachtposten geoperationaliseerd?

### Antwoord

1. De opname van een beperkt aantal patiënten door de spoedgevallen zal enkel gebeuren tijdens de "zwarte nacht", de periode waarin er meestal geen verzaaiing van de urgentiediensten is.

De invoering van het nummer 1733 houdt in dat er naast het gebruik van een nationaal oproepnummer ook een medische regulering en een triage van de oproepen plaatsvindt op basis van wetenschappelijk gevalideerde protocollen, die de aangestelden begeleiden in het behandelen van de oproepen aan de huisartsenwachtdienst. De 1733-oproepen worden beantwoord door de aangestelden in de 100/112-centra, die eerst een opleiding van zes maanden dienen te volgen.

1. Bulletin nr. 152, Kamer, gewone zitting 2013-2014, p. 182.

Een andere maatregel die samen met het oproepnummer wordt ingevoerd is dat er een registratie zal plaatsvinden van de oproepen, waardoor ook een evaluatie en een verbetering van het systeem mogelijk zal worden.

De bedoeling van deze maatregelen is dat ze de kwaliteit van de antwoorden aan de oproepen tijdens de wachtdienst verhogen, zodat de patiënt de meest gepaste zorg krijgt. In de huidige situatie, zonder 1733, is er geen enkele garantie dat de oproepen aangenomen worden door medisch geschoolde personen of personen die opgeleid zijn voor het behandelen van dergelijke oproepen. De oproepen worden bijvoorbeeld aangenomen door de secretaresse van de wachtpost of door de echtgeno(o)t(e) van de huisarts van wacht.

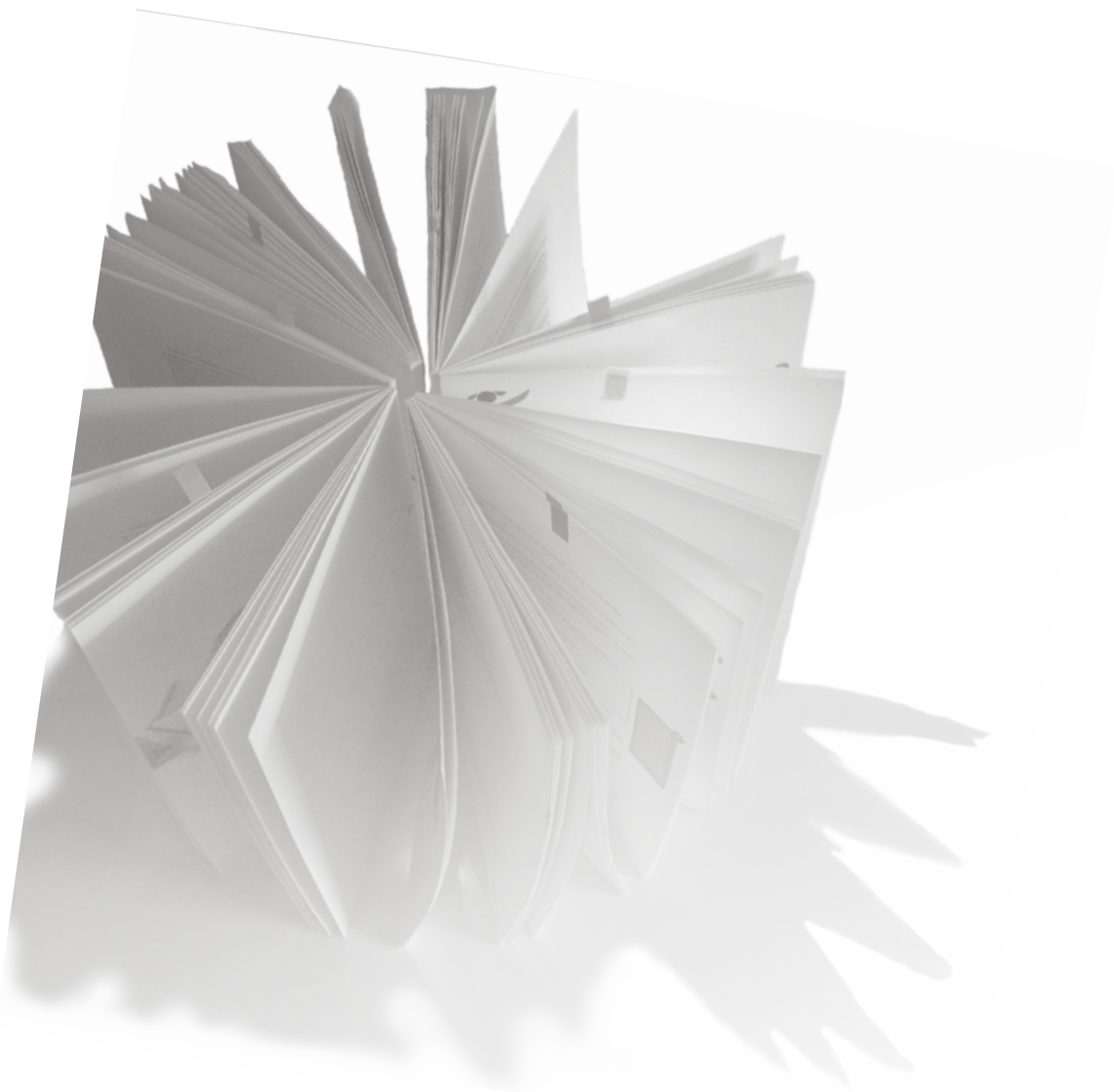
2. In het budget voor 2014 is voor de financiering van al de initiatieven tot reorganisatie van de wacht (huisartsenwachtposten en andere) een bedrag voorzien van 17,399 miljoen EUR, hetgeen de opening toelaat van vijftien nieuwe wachtposten in 2014.

De technische ramingen van het RIZIV zullen de nodige middelen kunnen bevatten om in 2015 en 2016 vijftien nieuwe wachtposten per jaar te openen. Het komt in de eerste plaats toe aan de lokale huisartsenkringen om dergelijke initiatieven te ontwikkelen en er financiering voor aan te vragen, maar ik zal aan de Federale Stuurgroep die is aangesteld om de uitvoering van mijn actieplan wachtdienst te ondersteunen en begeleiden, vragen dat met de kringen een nauwgezette communicatie wordt opgezet om hen van de mogelijkheden die in het plan zijn opgenomen op de hoogte te brengen.





5<sup>e</sup> Deel  
Richtlijnen  
van het RIZIV



# I. Reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Van toepassing vanaf 1 januari 2014.

## Inhoudstafel

1. Inleiding
2. Gemeenschappelijke bepalingen
  - 2.1. Beherend ziekenfonds: verantwoordelijkheid
  - 2.2. Gegevensuitwisselingen tussen verzekeringsinstellingen
  - 2.3. Vaststelling van het genot van het voordeel of van de specifieke situatie
3. Automatisch toegekend recht op de verhoogde tegemoetkoming
  - 3.1. Beoogde voordelen en situaties
  - 3.2. Precisering
  - 3.3. Beherend ziekenfonds en automatische toekenning van het recht
  - 3.4. Opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming
  - 3.5. Verlenging van het recht op de verhoogde tegemoetkoming
  - 3.6. Toekenning en intrekking van het recht voor de andere gezinsleden
4. Recht op de verhoogde tegemoetkoming dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend
  - 4.1. Enkele belangrijke wijzigingen
  - 4.2. Beherende verzekeringsinstelling
  - 4.3. Referentieperiode en indicatoren
  - 4.4. Organisatie van een stroom waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden kunnen identificeren
  - 4.5. Gezinsnotie
  - 4.6. In aanmerking genomen grensbedrag (periode)
  - 4.7. In aanmerking genomen inkomsten (periode)
  - 4.8. Verklaring op erewoord
  - 4.9. Controles die het beherend ziekenfonds moet uitvoeren
  - 4.10. Opening van het recht
  - 4.11. Einde van het recht in geval van wijziging van de gezinssamenstelling
  - 4.12. Tussentijdse controle
  - 4.13. Systematische controle
  - 4.14. Overgang van het automatisch toegekende recht op de verhoogde tegemoetkoming naar het recht dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend
  - 4.15. Overgangsbepalingen



In de omzendbrief:

- GVU-wet: wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- Koninklijk besluit van 3 juli 1996: 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
- Koninklijk besluit van 1 april 2007: Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het Omnio-statuut.

Wanneer de reglementering in vergelijking met het Koninklijk besluit van 1 april 2007 is gewijzigd, wordt daarop de aandacht gevestigd met een .

## 1. Inleiding

Het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd op 29 januari 2014 in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt en is in werking getreden op 1 januari 2014.

In het algemeen kan de verhoogde tegemoetkoming op twee manieren worden toegekend:

1° automatisch, op basis van een voordeel dat de verzekerde geniet (bijvoorbeeld het leefloon), of op basis van een situatie waarin hij zich bevindt (bijvoorbeeld een kind met een ernstige handicap); de voorwaarden zijn vastgelegd in hoofdstuk 3 van het besluit;

2° na een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds. De voorwaarden zijn vastgelegd in hoofdstuk 4 van het besluit.

De eerste manier van opening heeft voorrang op de tweede<sup>1</sup>. Die voorrangsregel betreft enkel de opening van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: zodra dat recht is geopend en het voordeel/de situatie wordt verloren of daarentegen een van de in aanmerking komende voordelen/situaties wordt genoten, luidt de enige belangrijke vraag of er al dan niet recht is op de verhoogde tegemoetkoming, ofwel op basis van het voordeel/de situatie, ofwel op basis van de inkomensvoorwaarde waaraan is voldaan.

Indien een gezin automatisch recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, moet er geen inkomensonderzoek worden uitgevoerd om het recht toe te kennen, en bijgevolg worden de inkomsten van dat gezin, zolang een van haar leden het voordeel/de situatie geniet, niet onderworpen aan de systematische controle<sup>2</sup>.

Indien een gezin de verhoogde tegemoetkoming geniet na een inkomensonderzoek en een van haar leden vervolgens een voordeel ontvangt of zich in een situatie bevindt die de automatische toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming aan datzelfde gezin mogelijk maakt, dan moet dat gezin het recht blijven genieten indien aan de voorwaarden inzake opening of behoud van het automatisch recht is voldaan.

1. Art. 3.  
2. Art. 16.

## 2. Gemeenschappelijke bepalingen

### 2.1. Beherend ziekenfonds: verantwoordelijkheid<sup>3</sup>

Een ziekenfonds wordt als dossierbeheerder aangewezen. Het neemt de beslissingen betreffende de verhoogde tegemoetkoming voor alle gezinsleden, ook wanneer sommige gezinsleden niet bij dat ziekenfonds zijn ingeschreven.

Het ziekenfonds beslist aldus over de toekenning van het recht of over de weigering, het behoud en de intrekking ervan.

Meer bepaald in het kader van het recht dat wordt toegekend na een inkomenscontrole door het ziekenfonds, is het beherend ziekenfonds verantwoordelijk voor het onderzoek van de bewijsstukken en de berekening van de inkomsten.

In het kader van het automatisch recht verifieert het beherend ziekenfonds de aanwezigheid van een beoogd voordeel of beoogde situatie en onderzoekt het of de voorwaarden inzake opening en verlenging van het recht zijn vervuld.

Het is daarentegen het ziekenfonds waarbij de afgeleide rechthebbende is ingeschreven dat beslist over de intrekking van het recht wanneer die rechthebbende zijn hoedanigheid van afgeleide rechthebbende in het kader van het automatisch recht verliest (zie hieronder, punt 3.6).

Indien gezinsleden bij een ander ziekenfonds dan het beherend ziekenfonds zijn ingeschreven, is dat ander ziekenfonds verantwoordelijk voor de mededeling aan het beherend ziekenfonds van de gegevens die in zijn bezit zijn (zie hieronder, punt 2.2), alsook voor de uitvoering van de beslissing. Het is ook verantwoordelijk voor de mededeling van de beslissingen aan zijn eigen leden.

### 2.2. Gegevensuitwisseling tussen verzekeringsinstellingen<sup>4</sup>

Wanneer het gezin leden telt die bij verschillende verzekeringsinstellingen zijn ingeschreven, zijn gegevensuitwisselingen tussen die verzekeringsinstellingen noodzakelijk. Het betreft alle gegevens die nuttig zijn voor het beheer van het dossier betreffende het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor de betrokken gezinnen. Sommige van die uitwisselingen moeten dus zelfs vóór de beslissing inzake de toekenning van het recht plaatsvinden, wanneer het ziekenfonds gegevens nodig heeft om een beslissing te nemen.

Het gaat meer bepaald om de volgende gegevens:

- de samenstelling van het gezin (bijvoorbeeld de personen ten laste van de echtgenoot die bij een andere V.I. is aangesloten) en in het bijzonder de eventuele aanwezigheid van een “samenwonende” wanneer dat gegeven door de andere verzekeringsinstelling dan de beherende instelling bekend is, bijvoorbeeld in het kader van het bestaan van een recht in een andere sector van de sociale zekerheid
- de situatie van een gezinslid (meer bepaald de aanwezigheid van een “indicator”, zie hieronder, punt 4.3)
- de opening van het recht, zodat het ook kan worden toegekend aan de gezinsleden die bij een andere verzekeringsinstelling zijn ingeschreven
- het behoud van het recht
- de intrekking van het recht

3. Art. 4.

4. Art. 5.

- de nodige gegevens met het oog op de toepassing van de overgangsbepalingen (zie hieronder, punt 4.15).

De praktische modaliteiten van die uitwisselingen worden gepreciseerd in een omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle.

### 2.3. Vaststelling van het genot van het voordeel of van de specifieke situatie<sup>5</sup>

Het genot van het voordeel of de specifieke situaties die in aanmerking komen voor de toekenning van het recht (zowel de situaties die automatisch recht geven als de situaties die een inkorting van de referentieperiode mogelijk maken, zie hieronder, punt 3.6) worden vastgesteld door de elektronische overdracht van die gegevens door de bevoegde overheden.

Als de gegevens niet beschikbaar zijn in het netwerk of niet door het ziekenfonds kunnen worden gebruikt (de gegevens bestaan niet in het netwerk, zijn nog niet in het netwerk ingevoerd, zijn voor het ziekenfonds niet toegankelijk in het netwerk ...), wordt het recht toegekend op basis van een papieren getuigschrift.

Sommige situaties worden echter vastgesteld op basis van een papieren getuigschrift (bv. een ambtenaar die in disponibiliteit is gesteld, een militair die tijdelijk uit zijn ambt is ontheven). Andere zijn gekend door de ziekenfondsen (bijvoorbeeld een inschrijving in de hoedanigheid van NBMV, genot van invaliditeitsuitkeringen).

De details betreffende de vaststelling van het genot van de voordelen of situaties worden gepreciseerd in een omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle.

## 3. Automatisch toegekend recht op de verhoogde tegemoetkoming<sup>6</sup>

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt automatisch toegekend op basis van het daadwerkelijke genot van een voordeel of van een situatie waarin een gezinslid zich bevindt.

### 3.1. Beoogde voordelen en situaties<sup>7</sup>

Het daadwerkelijk genot van één van de volgende voordelen laat toe dat de verhoogde tegemoetkoming wordt verleend zonder dat het ziekenfonds de inkomsten van het gezin controleert:

- (1) het leefloon ingesteld bij de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie
- (2) de steun verleend door een OCMW en gedeeltelijk of geheel ten laste genomen door de federale overheid
- (3) de inkomensgarantie voor ouderen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001
- (4) het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ingesteld bij wet van 1 april 1969 en het behoud van het recht op de rentebijslag

5. Art. 6.

6. Hoofdstuk 3.

7. Art. 8.

- (5) de tegemoetkomingen aan personen met een handicap voorzien in de wet van 27 februari 1987 (inkomensvervangende tegemoetkoming, integratietegemoetkoming en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden), alsook de vroegere tegemoetkomingen voorzien in de wet van 27 juni 1969 indien ze daadwerkelijk betaald zijn omdat ze voordeliger zijn dan de tegemoetkomingen van de wet van 27 februari 1987 – de vroegere gewone tegemoetkoming, de bijzondere tegemoetkoming, de aanvullende tegemoetkoming, de tegemoetkoming ter aanvulling van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden en de tegemoetkoming voor hulp van derden).

De volgende situaties laten eveneens toe dat de verhoogde tegemoetkoming wordt verleend zonder dat het ziekenfonds de inkomsten van het gezin controleert:

- (5) de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % van een kind
- (6) de hoedanigheid van gerechtigde NBMV (niet-begeleide minderjarige vreemdeling), bedoeld in artikel 32, eerste lid, 22°, van de GVV-wet
- (7) de hoedanigheid van gerechtigde wees, in de zin van artikel 32, eerste lid, 20°, van de GVV-wet.

### 3.2. Precisering

#### HET LEEFLOON INGESTELD BIJ DE WET VAN 26 MEI 2002 BETREFFENDE HET RECHT OP MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN DE STEUN VERLEEND DOOR EEN OCMW EN GEDEELTELIJK OF GEHEEL TEN LASTE GENOMEN DOOR DE FEDERALE OVERHEID

- De steun verleend door een OCMW betreft hulp gelijkwaardig aan het leefloon, die wordt toegekend door een OCMW aan behoeftige personen die omwille van hun nationaliteit of leeftijd geen recht hebben op een eigenlijk leefloon.
- De rechthebbende moet dat voordeel gedurende minstens drie volledige ononderbroken maanden hebben genoten.
- ! De mogelijkheid om zes maanden genot van het voordeel gedurende een periode van twaalf maanden in aanmerking te nemen, wordt geschrapt.
- Er wordt rekening gehouden met de betaling van een gedeeltelijk leefloon.
- Een betrokkene die daarentegen tewerkgesteld is op basis van artikel 60, § 7 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, wordt niet beschouwd als een rechthebbende op een leefloon of op gelijkwaardige hulp.

#### DE LICHAAMELIJKE OF GEESTELIJKE ONGESCHIKTHEID VAN TEN MINSTE 66 % VAN EEN KIND

De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % wordt vastgesteld door een geneesheer van het Directoraat-generaal Personen met een handicap van de FOD Sociale zekerheid. Deze vaststelling steunt op de volgende regels<sup>8</sup>:

1. voor alle kinderen, zowel deze die onder de oude reglementering van de verhoogde kinderbijslag vallen als voor deze die onder de nieuwe reglementering vallen, gebeurt de vaststelling op basis van de oude regels om het ongeschiktheidspercentage te bepalen (regels vermeld in art. 2 van het K.B. van 03.05.1991 tot uitvoering van de art. 47, 56<sup>septies</sup> en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van art. 96 van de wet van 29.12.1990 houdende sociale bepalingen).

8. Art. 8, tweede en derde lid.

Op die manier wordt rekening gehouden met de vermeerdering van het percentage die onder de oude reglementering werd toegepast bij bepaalde zware aandoeningen, ook voor de kinderen die onder de nieuwe reglementering vallen.

2. voor de kinderen die onder de nieuwe reglementering vallen wordt, in afwijking van de voornoemde regel, echter geen rekening gehouden met de “Lijst van aandoeningen” van artikel 2 van het Koninklijk besluit van 3 mei 1991, maar met de “Lijst van pediatrie aandoeningen” van artikel 7 van het Koninklijk besluit van 28 maart 2003 tot uitvoering van de artikelen 47, 56<sup>septies</sup> en 63 van de samengevoegde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van artikel 88 van de programmawet (I) van 24 december 2002.



#### DE INSCHRIJVING IN DE HOEDANIGHEID VAN GERECHTIGDE WEES

Voortaan geniet een weeskind automatisch het recht op de verhoogde tegemoetkoming. Hij of zij moet daadwerkelijk zijn ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde bedoeld in artikel 32, eerste lid, 20°, van de GVV-wet, wat veronderstelt dat hij of zij beide ouders heeft verloren en om die reden verhoogde kinderbijslag geniet. Het moet gaan om een kind van jonger dan 25 jaar.

### 3.3. Beherend ziekenfonds en automatische toekenning van het recht<sup>9</sup>

Het beherend ziekenfonds is dat van de rechthebbende op het voordeel of dat van de persoon die zich in de beoogde situatie bevindt. Het kent de rechthebbende op eigen initiatief het recht toe op basis van de gegevens waarover het beschikt.

Indien meerdere gezinsleden een voordeel genieten en/of zich in een beoogde situatie bevinden, is het beherend ziekenfonds het ziekenfonds waarbij het lid is aangesloten dat in eerste instantie op basis van het voordeel/de situatie het recht op de verhoogde tegemoetkoming geniet. In geval van gelijktijdigheid gaat het om het ziekenfonds van de oudste rechthebbende op het voordeel/de situatie.



#### Voorbeeld:

A en B zijn gehuwd en ingeschreven bij verschillende verzekeringsinstellingen. A ontvangt vanaf 1 juli 2020 het leefloon: het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend vanaf 1 oktober 2020. Het recht wordt ook toegekend aan B. Het ziekenfonds van A is het beherend ziekenfonds. Op 16 december 2020 verneemt de verzekeringsinstelling echter dat B een uitkering van een persoon met een handicap geniet, waardoor hij sinds 1 juni 2020 de verhoogde tegemoetkoming kan genieten. Bijgevolg wordt het ziekenfonds van B het beherend ziekenfonds.

### 3.4. Opening van het recht op verhoogde tegemoetkoming

#### HET LEEFLOON INGESTELD BIJ DE WET VAN 26 MEI 2002 BETREFFENDE HET RECHT OP MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN DE STEUN VERLEEND DOOR EEN OCMW EN GEDEELTELIJK OF GEHEEL TEN LASTE GENOMEN DOOR DE FEDERALE OVERHEID.<sup>10</sup>

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend op de dag die volgt op het einde van de periode van drie volledige ononderbroken maanden van genot van het leefloon of gelijkwaardige hulp, en dat tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend.



De verzekerde moet het voordeel daadwerkelijk gedurende drie volledige maanden (van de datum tot de dag voor de datum) hebben genoten; het moet niet noodzakelijk om kalender maanden gaan.

9. Art. 9.

10. Art. 10.





Voorbeelden:

1. Ononderbroken genot van het leefloon van 30 november 2020 tot 15 april 2021: de 3 maanden lopen van 30 november 2020 tot 28 februari 2021 (niet-schrikkeljaar): opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming op 1 maart 2021.
2. Onderbroken genot van het leefloon van 31 januari 2020 tot 15 juni 2020: de 3 maanden lopen van 31 januari tot 30 april 2020: opening van het recht op 1 mei 2020.



Er wordt dus geen rekening meer gehouden met een genot van het leefloon gedurende 6 maanden van een periode van 12 maanden.

#### DE ANDERE VOORDELEN<sup>11</sup>

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend op de dag waarop het voordeel daadwerkelijk wordt genoten – het recht wordt dus met terugwerkende kracht toegekend tot de eerste dag van het daadwerkelijke genot van het voordeel, en dat tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd geopend.

#### DE LICHAMELIJKE OF GEESTELIJKE ONGESCHIKTHEID VAN TEN MINSTE 66 % VAN EEN KIND<sup>12</sup>

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend op de datum waarop de beslissing tot erkenning van de handicap van het kind uitwerking heeft, en dat tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd geopend.

#### HOEDANIGHEID VAN NBMV OF WEES<sup>13</sup>

Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend op de datum waarop de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV of wees uitwerking heeft, en dat tot 31 december van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd geopend.

### 3.5. Verlenging van het recht op de verhoogde tegemoetkoming<sup>14</sup>



De referentieperiode om het recht te verlengen is gewijzigd in vergelijking met het Koninklijk besluit van 1 april 2007: het gaat om het kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin het recht wordt verlengd.

Na de periode van opening van het recht, bedoeld in punt 3.4., wordt het recht, op basis van om het even welk voordeel of om het even welke situatie, telkens voor een kalenderjaar verlengd als de rechthebbende zich, in het kalenderjaar vóór het jaar van de verlenging, in een van de volgende situaties bevindt:

- de rechthebbende heeft daadwerkelijk het leefloon (of gelijkwaardige hulp) genoten gedurende drie volledige ononderbroken maanden
- de rechthebbende heeft daadwerkelijk een van de andere voordelen genoten (op een bepaald moment van het referentiejaar)
- de beslissing tot erkenning van de handicap van het kind heeft nog steeds uitwerking (op een bepaald moment van het referentiejaar)

11. Art. 11.

12. Art. 12.

13. Art. 13.

14. Art. 15.

- de rechthebbende is ingeschreven in de hoedanigheid van NBMV of wees (op een bepaald moment van het referentiejaar).



Voorbeelden:

1. Genot van het leefloon van 1 november 2020 tot 28 februari 2022  
Opening van het recht: van 1 februari 2021 tot 31 december 2022.  
Verlenging van het recht in 2023: neen (in 2022: slechts twee maanden leefloon en geen ander voordeel/situatie).
2. Genot van het leefloon van 1 november 2020 tot 28 februari 2022 en van 1 december 2022 tot 28 februari 2023.  
Opening van het recht: van 1 februari 2021 tot 31 december 2022.  
Verlenging van het recht in 2023: neen (in 2022: drie maanden leefloon, maar onderbroken en geen ander voordeel/situatie).  
Heropening van het recht op 1 maart 2023.
3. Genot van een uitkering aan een persoon met een handicap van 1 maart 2020 tot 1 februari 2022.  
Opening van het recht: van 1 maart 2020 tot 31 december 2021.  
Verlenging van het recht in 2022: ja (in 2021 genoot betrokkene nog het voordeel).  
Verlenging van het recht in 2023: ja (in 2022 genoot betrokkene nog het voordeel).  
Verlenging van het recht in 2024: neen (in 2023 genoot betrokkene niet langer het voordeel en was er geen ander voordeel/situatie).
4. Op 20 april 2021 wordt de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % van een kind erkend van 14 december 2020 tot 1 juli 2026.  
Opening van het recht: van 14 december 2020 (datum waarop de beslissing uitwerking heeft) tot 31 december 2021.  
Verlenging van het recht tot eind 2027: aangezien de erkenning in de loop van 2026 wordt beëindigd, kan het recht voor de laatste maal in 2027 worden verlengd.
5. Inschrijving in de hoedanigheid van NBMV van 1 juli 2020 tot 25 juli 2022.  
Opening van het recht: van 1 juli 2020 tot 31 december 2021.  
Verlenging van het recht tot eind 2023: aangezien de hoedanigheid in de loop van 2022 is verloren, kan het recht voor de laatste maal in 2023 worden verlengd.

### 3.6. Toekenning en intrekking van het recht voor de andere gezinsleden<sup>15</sup>

- **Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan:**
  - de rechthebbende die het voordeel geniet (“hoofdrechthebbende”)
  - zijn niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot / samenwonende / wettelijk samenwonende (“afgeleide rechthebbende”)
  - hun personen ten laste (“afgeleide rechthebbenden”)
  - de personen ten laste van zijn echtgenoot of samenwonende of wettelijk samenwonende (“afgeleide rechthebbenden”).

Dat gezin is hetzelfde als in het kader van het recht na inkomenscontrole indien de rechthebbende op het voordeel een gerechtigde is.

Indien de rechthebbende op het voordeel als persoon ten laste is ingeschreven, bestaat zijn gezin uit hemzelf, zijn echtgenoot/samenwonende en de personen ten laste van de echtgenoot/samenwonende. De gerechtigde ten laste van wie de rechthebbende op het voordeel is ingeschreven, maakt geen deel uit van zijn gezin en geniet geen verhoogde tegemoetkoming op basis van het voordeel of de situatie van zijn persoon ten laste.

- **Een algemeen principe luidt dat de afgeleide rechthebbenden geen recht op de verhoogde tegemoetkoming kunnen genieten op basis van het voordeel of de situatie van de hoofdrechthebbende, wanneer de hoofdrechthebbende die verhoogde tegemoetkoming zelf niet geniet.**

In geval van overlijden van de hoofdrechthebbende geniet de afgeleide rechthebbende echter een behoud van het gewone recht (zie hieronder).

Het is daarentegen mogelijk dat een afgeleide rechthebbende nog een behoud van recht op de verhoogde tegemoetkoming heeft, terwijl hij echtgenoot/samenwonende of persoon ten laste wordt van een andere gerechtigde die de verhoogde tegemoetkoming zelf niet geniet.



Voorbeelden:

1. A geniet een voordeel waardoor hij vanaf 1 december 2020 de verhoogde tegemoetkoming kan genieten. Zijn persoon ten laste B geniet deze ook. Op 15 maart 2021 wordt B persoon ten laste van C, die geen verhoogde tegemoetkoming geniet. B geniet een behoud van recht tot 30 september 2021 (zie hieronder).

Indien het recht op geneeskundige verzorging van de hoofdrechthebbende niet voor een jaar kan worden verlengd, belet dat de afgeleide rechthebbende (indien hij zelf gerechtigde is en zijn eigen recht op geneeskundige verzorging kan worden verlengd) niet om het recht op de verhoogde tegemoetkoming te genieten. Die situatie eindigt wanneer de inschrijving van de hoofdrechthebbende afloopt.

2. A geniet gedurende drie maanden het leefloon en geniet de verhoogde tegemoetkoming van 20 november 2014 tot 31 december 2015. Zijn samenwonende (die zelf gerechtigde is) geniet deze ook (afgeleid recht). Op 1 januari 2015 kunnen de rechten op het vlak van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de hoofdrechthebbende niet worden verlengd, maar wel die van zijn samenwonende. De samenwonende blijft het recht op de verhoogde tegemoetkoming genieten.

Op 1 januari 2016 kunnen de rechten op het vlak van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de hoofdrechthebbende nog steeds niet worden verlengd, maar wel die van zijn samenwonende: hij geniet het recht op de verhoogde tegemoetkoming indien de hoofdrechthebbende gedurende 3 maanden in 2015 het leefloon (of andere voordelen/situaties bedoeld in het besluit) heeft genoten. Indien de situatie inzake verzekeraarbaarheid van de hoofdrechthebbende wordt geregulariseerd, zal hij zelf het recht op de verhoogde tegemoetkoming genieten volgens dezelfde voorwaarden.

Op 1 januari 2017 eindigt de inschrijving van de hoofdrechthebbende en daarmee ook alle rechten. De samenwonende verliest zijn recht op de verhoogde tegemoetkoming. Als afgeleide rechthebbende zal hij enkel opnieuw het recht op de verhoogde tegemoetkoming genieten als en wanneer de hoofdrechthebbende die zelf opnieuw zal genieten.

- **Het recht wordt uitgebreid tot de afgeleide rechthebbende, zelfs als deze zich bij het gezin voegt op een ogenblik dat het voordeel is verloren (misschien is het zelfs verloren door die komst), zolang het recht op de verhoogde tegemoetkoming bestaat.**

## TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE ECHTGENOOT

- **Het recht wordt ten vroegste vanaf het huwelijk toegekend aan de echtgenoot (die niet feitelijk is gescheiden – niet van tafel en bed is gescheiden).**



Voorbeeld:

A trouwt op 13 juli 2020 en geniet het leefloon vanaf 1 september 2020; op 1 december 2020 geniet hij de verhoogde tegemoetkoming. Vanaf die datum (en niet vanaf 13.07.2020) geniet zijn echtgenoot eveneens de verhoogde tegemoetkoming.

- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2e trimester dat volgt op dat waarin de scheiding of de scheiding van tafel en bed wordt uitgesproken of waarin de feitelijke scheiding van kracht wordt.**

Van die twee datums wordt alleen met de eerste datum (in de tijd) rekening gehouden: het recht blijft alleen behouden tot de scheiding of de scheiding van tafel en bed is uitgesproken als de echtgenoten niet eerder feitelijk zijn gescheiden. Anders gezegd: het is altijd de kortste periode van behoud van recht die van toepassing zal zijn.



Voorbeeld:

A (rechthebbende van het voordeel) en B scheiden (feitelijk) op 15 juli 2022 en hun scheiding wordt op 30 juni 2023 uitgesproken. B geniet de verhoogde tegemoetkoming tot 31 maart 2023 op voorwaarde dat A op die datum zelf nog altijd het recht geniet. Als het recht van A niet kon worden verlengd in 2023, zal het recht van B evenmin zijn verlengd en werd het recht voor beiden op 31 december 2022 beëindigd.

- **Als de echtgenoten echter feitelijk of van tafel en bed zijn gescheiden en als de ene echtgenoot ten laste van de andere echtgenoot is gebleven (onder de voorwaarden van art. 123, 1 van het K.B. van 03.07.1996), blijft hij afgeleide rechthebbende zolang hij persoon ten laste blijft.**



Voorbeeld:

A is gerechtigde, B is de gescheiden echtgenoot die als persoon ten laste van A bleef ingeschreven. A heeft een samenwonende gerechtigde C, B eveneens (D).

- Als A de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel geniet, wordt het recht aan zijn samenwonende C toegekend (op basis van een verklaring op erewoord, zie hieronder) en aan zijn persoon ten laste B.
- Als B de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel geniet, wordt het recht aan zijn samenwonende D toegekend (op basis van een verklaring op erewoord, zie hieronder).
- Als C de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel geniet, wordt het recht aan A en B toegekend.
- Als D de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel geniet, wordt het recht aan B toegekend.

## TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE SAMENWONENDE

- **De samenwonende is de persoon met wie de rechthebbende samenwoont op basis van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen, met uitsluiting van de bloed- of aanverwant tot en met de 3e graad, en met wie hij een feitelijk gezin vormt. Die situatie wordt vastgesteld door een verklaring op erewoord (bijlage 1 bij het besluit).**

De kinderen jonger dan 18 jaar worden niet geacht een samenwonende te hebben.

Een persoon kan geen samenwonende hebben als hij op hetzelfde adres als dat van zijn echtgenoot verblijft.

Het begrip “samenwonende” in de context van de verhoogde tegemoetkoming verschilt van het begrip “samenwonende persoon ten laste”. Met dat laatste begrip wordt niet noodzakelijkerwijze de persoon bedoeld met wie de gerechtigde een feitelijk gezin vormt. Het feit dat een gerechtigde een samenwonende ten laste heeft, sluit dus niet uit dat hij een samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming heeft.

- **Het recht wordt aan de samenwonende toegekend ten vroegste vanaf de dag waarop die verklaring bij het ziekenfonds wordt ingediend.**

Als de samenwoning van na de opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor de hoofdrechthebbende dateert, wordt het recht toch met terugwerkende kracht aan de samenwonende toegekend ten vroegste op de datum van de samenwoning, als de verklaring op erewoord binnen de drie maanden vanaf die datum bij het ziekenfonds wordt ingediend.

Als de samenwoning van vóór de opening van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor de hoofdrechthebbende dateert, wordt het recht toch met terugwerkende kracht aan de samenwonende toegekend ten vroegste op de datum van de opening van het recht voor de hoofdrechthebbende, als de verklaring op erewoord binnen de drie maanden vanaf de opening van het recht bij het ziekenfonds wordt ingediend.



Voorbeeld:

A geniet het leefloon vanaf 1 september 2020; op 1 december 2020 geniet hij de verhoogde tegemoetkoming.

1. Hij woont sinds 15 april 2020 samen met C: C geniet eveneens de verhoogde tegemoetkoming vanaf 1 december als de verklaring op erewoord vóór 1 maart 2021 bij het ziekenfonds wordt ingediend.
2. Hij woont sinds 15 oktober 2020 samen met C: C geniet eveneens de verhoogde tegemoetkoming vanaf 1 december als de verklaring op erewoord vóór 1 maart 2021 bij het ziekenfonds wordt ingediend.
3. Hij woont sinds 20 mei 2021 samen met C: C geniet vanaf 20 mei 2021 de verhoogde tegemoetkoming als de verklaring op erewoord vóór 20 augustus 2021 bij het ziekenfonds wordt ingediend.

- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2<sup>e</sup> trimester dat volgt op dat waarin de samenwoning werd beëindigd.**



De verklaring op erewoord van bijlage 1 moet worden ingevuld, ook als de gerechtigden gemeenschappelijke kinderen hebben en zelfs als het gaat om ex-echtgenoten of wettelijk samenwonenden.

Als de betrokkenen hebben verklaard samenwonenden te zijn voor de sector uitkeringen, in de zin van artikel 225, § 1, 2<sup>o</sup>, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden ze ook als samenwonenden beschouwd in het kader van de verhoogde tegemoetkoming.


#### TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE WETTELIJK SAMENWONENDE

- **De wettelijk samenwonende wordt altijd als een samenwonende beschouwd, behalve als de samenwoning wordt beëindigd.**
- **Het recht wordt hem ten vroegste toegekend op de datum waarop de verklaring van de wettelijke samenwoning in de bevolkingsregisters wordt genoteerd.**

- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2<sup>e</sup> trimester dat volgt op dat waarin de wettelijke samenwoning werd beëindigd of in de loop waarvan de samenwoning werd beëindigd volgens de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen.**

Zoals voor de echtgenoten (zie hierboven) is de kortste periode van behoud van recht van toepassing.

Als de wettelijke samenwoning wordt beëindigd, wordt een einde gesteld aan het recht ook al blijft de samenwoning zelf behouden. Er kan niet worden verondersteld dat de vroegere wettelijke samenwonenden een feitelijk gezin vormen: om als samenwonenden te worden beschouwd, moeten ze de verklaring op erewoord van bijlage 1 invullen.


 **Voorbeeld:**  
A geniet het leefloon. Hij woont sinds 15 augustus 2007 samen met B. Ze hebben geen verklaring op erewoord “samenwonende” (bijlage 1) ondertekend. Ze hebben een verklaring van wettelijke samenwoning afgelegd die op 24 juni 2020 in de bevolkingsregisters wordt genoteerd: B geniet het afgeleid recht vanaf 24 juni 2020.

#### TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE PERSONEN TEN LASTE

- **Het recht wordt eveneens toegekend aan de persoon ten laste van de rechthebbende of van zijn echtgenoot of samenwonende ten vroegste op de datum van inwerkingtreding van de inschrijving als persoon ten laste (maar, zie hierboven, nooit vóór de opening van het recht voor de rechthebbende van het voordeel zelf).**
- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2<sup>e</sup> trimester dat volgt op dat waarin de hoedanigheid van persoon ten laste wordt verloren.**


Als de persoon ten laste gerechtigde wordt maar samenwonende is, moet hij de verklaring op erewoord “samenwonende” onderschrijven vóór het einde van de periode van behoud van recht.

Als de rechthebbende van het voordeel persoon ten laste van zijn samenwonende is en gerechtigde wordt, moet de situatie niet worden herzien:

 **Voorbeeld:**  
A is ingeschreven als samenwonende ten laste van B en geniet een voordeel dat de automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming toelaat. B geniet bijgevolg ook van de verhoogde tegemoetkoming. A begint te werken en schrijft zich in als gerechtigde. Als A het recht uitbreidt tot B wanneer hij persoon ten laste is, is dat omdat B zijn samenwonende is in de zin van de verhoogde tegemoetkoming (er moet een verklaring op erewoord “samenwonende” zijn) en niet omdat hij zijn gerechtigde is (in het automatisch recht geniet de gerechtigde van de persoon ten laste die het voordeel geniet dat toelaat om de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen, niet in die hoedanigheid van het afgeleid recht). Als A gerechtigde wordt, verandert dat niet de hoedanigheid van samenwonende van B.

## 4. Recht op de verhoogde tegemoetkoming dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend<sup>16</sup>

### 4.1. Enkele belangrijke wijzigingen

 De hoedanigheid waarin de verzekerde bij zijn ziekenfonds is ingeschreven, is niet meer determinerend voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming. De toekenning van het recht berust uitsluitend op de stabiliteit van bescheiden inkomsten (zie hieronder, punt 4.3). Als er op het moment van de aanvraag van de verhoogde tegemoetkoming een “indicator” bestaat, omdat de sociaal verzekerde aan alle voorwaarden voldoet om in een zekere hoedanigheid te worden ingeschreven en dit vervolgens niet meer het geval is, betekent dat op zich niet dat het toegekende recht moet worden ingetrokken: in principe heeft dat element geen enkele weerslag op het recht (onder voorbehoud van wat er later over de tussentijdse controle zal worden vermeld, zie hieronder, punt 4.12).

Er wordt een mechanisme geïnstalleerd voor het opsporen van gezinnen die bescheiden inkomsten zouden kunnen genieten (zie hieronder, punt 4.4).

Er worden bijzondere bepalingen ingevoerd met betrekking tot de samenstelling van het gezin, wanneer de aanvrager een persoon ten laste of een gerechtigde kind is; daarentegen is er voor de echtgenoten in rustoorden geen bijzondere bepaling meer van toepassing (zie hieronder, punt 4.5).

De verzekerde moet voortaan verklaren over welk(e) type(s) van inkomsten hij beschikt en moet daarover de desbetreffende bewijsstukken verstrekken; het ziekenfonds is met de berekening van die inkomsten belast.

### 4.2. Beherende verzekeringsinstelling

Het ziekenfonds van de aanvrager, namelijk de persoon die de aanvraag van de verhoogde tegemoetkoming indient<sup>17</sup> (zie hieronder punt, 4.8), beheert het dossier van het gezin (zie hierboven, punt 2.1).

### 4.3. Referentieperiode en indicatoren

In principe moet het gezin bescheiden inkomsten hebben genoten gedurende het kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin het genot van de verhoogde tegemoetkoming werd aangevraagd (= referentieperiode).<sup>18</sup>

Bij uitzondering, wanneer een gezinslid zich in een situatie bevindt waarin de stabiliteit van bescheiden inkomsten (min of meer) kan worden verondersteld (men spreekt hierna van indicator), is er geen referentieperiode.

De referentieperiode wordt vastgesteld op het moment waarop de verhoogde tegemoetkoming wordt aangevraagd (zie hieronder, punt 4.8).

Als de indicator die aanwezig is op het moment waarop de aanvraag wordt ingediend, niet meer aanwezig is op het moment waarop de verklaring op erewoord wordt ondertekend, blijft dit zonder gevolg voor de toepasbare referentieperiode, maar het feit dat de inkomsten al dan niet zijn gestegen, zal grondig moeten worden onderzocht (zie hieronder, punt 4.9) en de tussentijdse controle (zie hieronder, punt 4.12) zal misschien moeten worden uitgevoerd (als de situatie ongewijzigd blijft).

16. Hoofdstuk 4.

17. Art. 29.

18. Artikel 17.

**GEEN REFERENTIEPERIODE<sup>19</sup>**

De referentieperiode is niet van toepassing voor de gezinnen waarvan een lid:

- **gepensioneerd is**; het volstaat dat hij aan de voorwaarden voldoet om te worden ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 12<sup>o</sup>, van de GVV-wet; de rechthebbende op een overlevingspensioen wordt niet beoogd
- **rechthebbende op een invaliditeitsuitkering en de daaraan gelijkgestelde categorieën is**:
  - lid van het overheidspersoneel die wegens ziekte of gebrekkigheid in disponibiliteit is gesteld, wanneer die periode een jaar bereikt (de ongeschiktheidsperiode die daaraan eventueel voorafgaat wordt eveneens voor de termijn van één jaar in aanmerking genomen)
  - de militair die om gezondheidsredenen tijdelijk uit zijn ambt is ontheven, wanneer die periode één jaar bereikt (de ongeschiktheidsperiode die eventueel aan de periode van ambtsontheffing voorafgaat, wordt voor de vaststelling van de periode van één jaar in aanmerking genomen).

Ook de volgende verzekerden, die niet echt een invaliditeitsuitkering genieten, worden beoogd:

- de gerechtigden die wegens de toepassing van artikel 136, § 2 van de GVV-wet geen invaliditeitsuitkering genieten omdat ze een uitkering in het kader van de arbeidsongevallen of de beroepsziekten genieten
- de gerechtigden die sinds 1 jaar arbeidsongeschikt zijn, maar geen invaliditeitsuitkering genieten omdat ze tijdens de wachtperiode onvoldoende arbeidsdagen hebben gepresteerd.




- de periodes van schorsing van het invaliditeitstijdvak, bedoeld in artikel 93, derde lid, van de GVV-wet (= tijdvak van moederschapsbescherming), worden gelijkgesteld met een tijdvak waarin invaliditeitsuitkeringen worden toegekend
- de verzekerde van wie de betaling van de invaliditeitsuitkeringen bij wijze van sanctie wordt opgeschort (omdat hij zich bijvoorbeeld niet voor de controle heeft aangemeld) wordt niet gelijkgesteld aan de rechthebbende op de invaliditeitsuitkeringen en er is op hem geen beperkte referentieperiode van toepassing
- de verzekerde die geen invaliditeitsuitkering geniet wegens een andere cumulatieregel (opzegvergoedingen, vakantiegeld, ...) wordt niet gelijkgesteld en er is op hem geen beperkte referentieperiode van toepassing.


Wat de zelfstandigen betreft, worden beoogd:

- De zelfstandigen die arbeidsongeschikt zijn erkend en invaliditeitsuitkeringen genieten,
- de zelfstandigen die invaliditeitsuitkeringen genieten en hun beroepsactiviteit wegens ziekte of invaliditeit hebben onderbroken en in die hoedanigheid hun rechten sedert minstens vier trimesters behouden met toepassing van de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen; anders gezegd, ze hebben sedert minstens 4 trimesters de gelijkstelling voor het pensioen verkregen.
- **arbeidsongeschikt of een werkloze in gecontroleerde werkloosheid is** (in de zin van de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging) op voorwaarde dat hij sedert minstens één jaar ononderbroken arbeidsongeschikt of volledig werkloos is (in de zin van de werkloosheidsreglementering).


19. Artikel 18.




 De periodes van arbeidsongeschiktheid en van volledige werkloosheid worden dus bij elkaar opgeteld om te bepalen of de duur van één jaar wordt bereikt. Het volstaat dat de verzekerde op het moment van de aanvraag arbeidsongeschikt of volledig werkloos is en dat de duur van één jaar wordt bereikt.

 Voorbeelden:


1. 7 maanden werkloosheid + 2 maanden arbeidsongeschiktheid + 3 maanden werkloosheid -> de duur van één jaar wordt bereikt
2. 5 maanden werkloosheid + 7 maanden arbeidsongeschiktheid -> de duur van één jaar wordt bereikt
3. 5 maanden arbeidsongeschiktheid + 7 maanden werkloosheid -> de duur van één jaar wordt bereikt

 Met de periodes van arbeidshervatting wordt echter een einde gesteld aan de berekening van de periode van één jaar: als de werkloze zijn arbeid hervat, ongeacht de duur van de arbeidshervatting, heeft hij geen recht meer op de indicator en als hij opnieuw een gecontroleerde werkloze wordt, begint er een nieuwe termijn te lopen.

 Voorbeeld:  
5 maanden werkloosheid + 5 arbeidsdagen + 7 maanden werkloosheid -> de duur van één jaar wordt niet bereikt, omdat de teller na de arbeidshervatting opnieuw op nul wordt gezet.

De deeltijds werknemer met behoud van rechten (art. 29, § 2 K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering) wordt als een volledig werkloze beschouwd voor de uren tijdens welke hij gewoonlijk niet werkt. Zolang hij in dat systeem is opgenomen, wordt hij als een volledig werkloze beschouwd en wordt er geen rekening gehouden met de arbeidsdagen (het gaat niet om een arbeidshervatting).

- **gerechtigde met een handicap**; het volstaat dat hij voldoet aan de voorwaarden om te zijn ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde met een handicap, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 13<sup>o</sup> van de GVV-wet.

 Als die persoon een tegemoetkoming voor een persoon met een handicap geniet, zal hij op basis van het voordeel recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (automatisch recht, zie hierboven, punt 3.1)

- **weduwnaar of weduwe**: persoon van wie de echtgenoot is overleden en die geen nieuw huwelijk is aangegaan of geen verklaring van wettelijke samenwoning heeft gedaan. Een weduwe die hertrouwt en vervolgens scheidt, wordt niet meer als weduwe beschouwd.

Een weduwe met een samenwonende (zij heeft een verklaring op erewoord over het inkomen ondertekend, waarin een samenwonende werd vermeld) mag niet als weduwe worden beschouwd.

- **gerechtigde van een eenoudergezin**, daarmee wordt een gerechtigde bedoeld die, volgens de gegevens van het Rijksregister, uitsluitend samenwoont met een of meerdere kinderen die te zijner laste zijn ingeschreven.

Als indicator bestaat het eenoudergezin uit een gerechtigde die, volgens de gegevens van het Rijksregister, uitsluitend samenwoont met een of meerdere kinderen die te zijner laste zijn ingeschreven. Voor de samenstelling van het gezin wordt echter ook rekening gehouden met de kinderen ten laste van de gerechtigde die niet met hem zouden samenwonen.

Wanneer de gerechtigde en zijn personen ten laste in een gemeenschap<sup>20</sup> verblijven, kan gesteld worden dat ze een eenoudergezin vormen, op voorwaarde dat geen echtgenoot of samenwonende op hetzelfde adres is ingeschreven.

20. In de zin van het K.B.15.07.2002 tot uitvoering van hoofdstuk III/bis van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 (maximumfactuur), art. 9 : de rechthebbende met zijn (haar) hoofdverblijfplaats in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschermt wonen, een centrum voor sociaal verweer, een gevangenis of in een religieuze gemeenschap.

De hoedanigheid van eenoudergezin zal in dat geval vastgesteld worden op basis van een verklaring op erewoord met betrekking tot de gezinssamenstelling.

Wanneer de gerechtigde:

- een rechthebbende is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die in het buitenland verblijft en die met toepassing van een Verordening van de Europese Unie of van een overeenkomst betreffende de sociale zekerheid gesloten tussen België en een of meerdere staten, in zijn land van verblijfplaats en gedurende zijn tijdelijk verblijf in België recht heeft op geneeskundige verstrekkingen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
- of een persoon is die vrijgesteld is van inschrijving in het Rijksregister met toepassing van artikel 19 van het Koninklijk besluit van 16 juli 1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister, wordt de samenstelling van het gezin vastgesteld op basis van een verklaring op erewoord die de identificatie van de personen die onder hetzelfde dak wonen, vermeldt.

Om te bepalen of de indicator aanwezig is, wordt rekening gehouden met het moment waarop de aanvraag wordt ingediend. Als een gerechtigde op die datum samenwoont met een kind te zijner laste, is de indicator aanwezig, ook al begint het kind tussen de datum van de aanvraag en de verklaring op erewoord te werken en wordt het aldus gerechtigde. Dat geldt ook als het kind is beginnen te werken vóór de indiening van de aanvraag, maar nog niet als gerechtigde is ingeschreven. De situatie wordt vastgesteld op de datum van de aanvraag, ook al wordt later vastgesteld dat het kind ten laste vóór de aanvraag als gerechtigde moest zijn ingeschreven.

#### 4.4. Organisatie van een stroom waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden kunnen identificeren<sup>21</sup>

Aan de hand van deze stroom (de zogenaamde “proactieve stroom”) kan het ziekenfonds de gezinnen opsporen die eventueel aan de inkomensvoorwaarden zouden voldoen om de verhoogde tegemoetkoming te genieten. Het ziekenfonds zal die gezinnen dan contacteren om hun te verzoeken daartoe een aanvraag in te dienen. Die opsporing gebeurt via een stroom die samen met de belastingadministratie wordt georganiseerd en gelijkaardig is aan de stroom die voor de systematische controle wordt gebruikt.

##### WELKE GEZINNEN MOETEN WORDEN MEEGEDEELD?

Het ziekenfonds moet het gezin samenstellen in de zin van het hieronder vermelde punt 4.5. Het ziekenfonds waarbij de oudste gerechtigde is ingeschreven, beheert het dossier voor de proactieve stroom.

De gezinssamenstelling kan alleen met zekerheid worden uitgevoerd voor de personen ten laste en de echtgenoot of de wettelijk samenwonende van een gerechtigde.

De gezinnen die bestaan uit een gerechtigde, en/of zijn echtgenoot of wettelijk samenwonende, en/of hun personen ten laste, worden in het kader van de proactieve stroom meegedeeld, als ten minste één van hun gezinsleden op 1 januari van dat jaar geen verhoogde tegemoetkoming geniet (onder voorbehoud van de hieronder vermelde uitsluitingen).

Voor de andere gevallen baseert het ziekenfonds zich op de gegevens van het Rijksregister. Als twee gerechtigden dezelfde hoofdverblijfplaats hebben, maar noch echtgenoten, noch wettelijk samenwonenden, noch bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad zijn, worden ze met hun personen ten laste als een gezin beschouwd en voor de proactieve stroom meegedeeld, als minstens één van de gezinsleden op 1 januari van dat jaar geen verhoogde tegemoetkoming geniet (onder voorbehoud van de hieronder vermelde uitsluitingen).

21. Art. 19-20.

Als er meer dan twee gerechtigden met dezelfde hoofdverblijfplaats zijn, die noch echtgenoten, noch wettelijk samenwonenden, noch bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad zijn, worden ze eventueel met hun personen ten laste als zodanig als afzonderlijke gezinnen beschouwd en voor de proactieve stroom meegedeeld, als minstens één van de gezinsleden op 1 januari van dat jaar geen verhoogde tegemoetkoming geniet (onder voorbehoud van de hieronder vermelde uitsluitingen).

## UITSLUITINGEN

In het kader van de proactieve stroom moeten echter niet alle voormelde gezinnen worden meegedeeld. Het ziekenfonds beschikt immers over gegevens op basis waarvan het kan vermoeden dat een gezin niet aan de inkomensvoorwaarden voldoet om de verhoogde tegemoetkoming te genieten.

Bijgevolg moeten de gezinnen die zich in de volgende situaties bevinden, niet in het kader van de proactieve stroom worden meegedeeld:

1. een gezinslid heeft in de loop van één van de vorige 4 jaren geen gevolg gegeven aan een verzoek van het ziekenfonds om een aanvraag in te dienen, teneinde de verhoogde tegemoetkoming te genieten
2. het gezin heeft het recht op de verhoogde tegemoetkoming verloren als gevolg van een systematische controle in de loop van één van de vorige 4 jaren
3. de bijdragebonnen of andere elementen waarover het ziekenfonds beschikt, tonen aan dat één of meerdere gezinsleden een beroepsinkomen hebben dat hoger ligt dan de inkomensgrens die van toepassing is voor een gezin dat uit twee gerechtigden en twee personen ten laste bestaat (dus voor een gezin van 4 personen)
4. een gezinslid is ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde resident en is één van de twee hoogste bijdragen verschuldigd voor het laatste trimester van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de proactieve stroom of voor het 2<sup>e</sup> jaar dat voorafgaat aan het jaar van de proactieve stroom
5. één van de gezinsleden heeft in de loop van één van de vorige 4 jaren een aanvraag ingediend om de verhoogde tegemoetkoming te genieten, waaruit is gebleken dat dit gezin niet aan de inkomensvoorwaarden voldeed.

De specifieke kenmerken van de stroom worden in een omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle gepreciseerd.



Voor de eerste keer kan de uitvoering van die stroom over de jaren 2015 en 2016 worden verdeeld (voor de modaliteiten, zie omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle).

De verzekeringsinstellingen moeten de informatie uiterlijk op 31 maart 2017 meedelen.<sup>22</sup>

## 4.5. Gezinsnotie<sup>23</sup>

- **De samenstelling van het gezin wordt bepaald op het moment waarop de aanvraag van de verhoogde tegemoetkoming wordt ingediend (zie 4.8).**

Het in aanmerking te nemen gezin is samengesteld uit:

- de gerechtigde-aanvrager,
- zijn niet feitelijk of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot,

22. Art. 47.

23. Artikel 25 en 26.

- o of zijn samenwonende<sup>24</sup>,
- o en hun personen ten laste.

Als de aanvrager een persoon ten laste is, bestaat het gezin uit:

- o de aanvrager,
- o de gerechtigde ten laste van wie hij is ingeschreven,
- o de niet feitelijk of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot van de gerechtigde,
- o of de samenwonende van de gerechtigde,
- o en de personen ten laste van de gerechtigde ten laste van wie hij is ingeschreven evenals de personen ten laste van de echtgenoot of de samenwonende van die gerechtigde.

Het gezin wordt dus opnieuw samengesteld rond de gerechtigde en is identiek, ongeacht of de aanvrager de gerechtigde dan wel de persoon ten laste is.

- o **Als een rechthebbende zowel persoon ten laste van een gerechtigde en echtgenoot of samenwonende van een andere gerechtigde is, krijgt de hoedanigheid van persoon ten laste voorrang: hij zal uitsluitend deel uitmaken van het gezin van zijn gerechtigde en niet van het gezin van zijn echtgenoot/samenwonende. Met andere woorden, de echtgenoot/samenwonende maakt geen deel uit van het gezin van de aanvrager als hij ten laste van een andere gerechtigde is ingeschreven.**



Voorbeelden :

1. A is persoon ten laste van zijn moeder B, hij woont samen met C, die gerechtigde is: dit zijn twee gezinnen: AB en C, ongeacht wie de aanvrager is.
2. A is gerechtigde, B is gescheiden echtgenoot die nog steeds ten laste van A is ingeschreven. A heeft een samenwonende gerechtigde C, B ook (D). Dit zijn twee gezinnen: ABC en D, ongeacht wie de aanvrager is.

### Opmerkingen met betrekking tot de samenwonende

Men mag er niet automatisch van uitgaan dat personen die hun huwelijk of hun wettelijke samenwoning beëindigen, maar blijven samenwonen, voor de verhoogde tegemoetkoming als samenwonenden worden beschouwd, zelfs als zij samen kinderen hebben.

Als de betrokkenen hebben verklaard samenwonenden te zijn voor de sector uitkeringen, **in de zin van artikel 225, § 1, 2<sup>o</sup>**, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden ze ook als samenwonenden beschouwd in het kader van de verhoogde tegemoetkoming.

- o **Als de aanvrager een kind is dat is ingeschreven als gerechtigde, maar dat voldoet aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als kind ten laste en samenwoont met zijn ouders of met een van hen, is het gezin samengesteld uit:**
  - o dat kind
  - o de ouder(s) waarbij het woont
  - o de niet feitelijk of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot van die ouder
  - o of de samenwonende van die ouder
  - o en de personen ten laste van de ouder(s) en/of samenwonende van de ouder.

Met andere woorden, zijn gezin zal hetzelfde zijn als wanneer hij als persoon ten laste zou zijn ingeschreven.

Die bepaling is niet van toepassing als het kind niet voldoet aan de voorwaarden om ten laste van een ouder te worden ingeschreven: dat is het geval wanneer hij als gerechtigde aanspraak kan maken op de geneeskundige verstrekkingen zonder een persoonlijke bijdrage te betalen.

24. Het begrip van samenwonende is hetzelfde als in het kader van het automatisch recht, zie 3.6.

 Voorbeelden:

1. A is jonger dan 25 jaar en woont bij zijn ouder B. Hij is ingeschreven als gerechtigde resident. Als hij een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming indient, maakt B deel uit van zijn gezin. Als B een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming indient, maakt A geen deel uit van zijn gezin.
2. A is jonger dan 25 jaar en woont bij zijn ouder B. Hij is ingeschreven als gerechtigde werkloze: hij zou niet ten laste van zijn ouder kunnen zijn ingeschreven, hij vormt een apart gezin.


Deze bijzondere bepaling inzake gezinssamenstelling heeft dus betrekking op de kinderen die zijn ingeschreven als gerechtigde persoon met een handicap en als gerechtigde resident (zonder een bijdrage te betalen), want de reglementering laat hen toe ten laste te blijven, terwijl zij een hoedanigheid van gerechtigde hebben waarmee ze aanspraak kunnen maken op de verstrekkingen zonder een persoonlijke bijdrage te betalen<sup>25</sup>.

De bepaling is niet van toepassing als het kind een werknemer is voor wie de waarde van de bijdrage ontoereikend is: hij kan ervoor kiezen om persoon ten laste te blijven, maar als hij zich als gerechtigde inschrijft, moet hij een aanvullende bijdrage betalen. In dat geval vormt hij in het kader van de verhoogde tegemoetkoming een apart gezin.

Hetzelfde geldt voor het kind dat is ingeschreven als gerechtigde student, die de daaraan verbonden bijdrage betaalt: hij vormt een apart gezin.

Die bepaling is enkel van toepassing als het kind de aanvrager is. Als de aanvrager een ouder is, is het gezin samengesteld volgens de gebruikelijke regels. Het is immers de bedoeling te vermijden dat kinderen als gerechtigden worden ingeschreven om een apart gezin te vormen, en dit alleen om de verhoogde tegemoetkoming te krijgen.

Die bepaling is niet van toepassing als het kind zelf een persoon ten laste heeft, noch als het kind een echtgenoot of samenwonende heeft.

 Voorbeeld:

A is jonger dan 25 jaar en woont bij zijn ouder B en zijn samenwonende C. Hij is ingeschreven als gerechtigde resident.

A dient een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in: het gezin bestaat uit A en zijn samenwonende C (ongeacht of deze laatste gerechtigde of persoon ten laste van A is).

B dient de aanvraag in: het gezin bestaat uit B.

C dient de aanvraag in: het gezin bestaat uit A en C.

- **Voor echtgenoten die in een rusthuis verblijven, geldt er geen bijzondere bepaling meer en wordt die situatie niet meer met een feitelijke scheiding gelijkgesteld. Het gezin is dus samengesteld volgens de algemene regel: ongeacht of beiden gerechtigden zijn, dan wel of de ene ten laste van de andere is ingeschreven en ongeacht wie de verhoogde tegemoetkoming aanvraagt, zij vormen één gezin.**

Dit betekent niet dat er in die situatie nooit sprake kan zijn van feitelijke scheiding.

 Voorbeeld:

B, gerechtigde, echtgenoot van A, gerechtigde, verblijft in een rustoord. A verklaart een samenwonende C te hebben: hij drukt aldus zijn bedoeling uit te worden beschouwd als feitelijk gescheiden van B en men heeft twee gezinnen: AC en B.

Als B daarentegen blijft ingeschreven ten laste van A, is er slechts één gezin (zie hierboven).

25. Cf. art. 124, § 1, 2<sup>o</sup>, 2e lid van het K..B. van 03.07.1996.

#### 4.6. In aanmerking genomen grensbedrag (Periode)

Referentieperiode	Grensbedrag
Geen referentieperiode	Grensbedrag van de maand waarvan de inkomsten in aanmerking worden genomen.
1 jaar	Rekenkundig gemiddelde van de 12 maandelijkse grensbedragen van dat jaar.

#### 4.7. In aanmerking genomen inkomsten (Periode)<sup>26</sup>

De referentieperiode en de in aanmerking genomen inkomsten worden bepaald op het moment waarop de aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming (zie hieronder, punt 4.8) wordt ingediend:

- als er geen referentieperiode is, worden de inkomsten van de maand die voorafgaat aan die van de indiening van de aanvraag in aanmerking genomen
- als de aanvraag echter wordt ingediend in de loop van de maand waarin de situatie is ontstaan, waardoor de referentieperiode (de “indicator”) niet moet worden toegepast, worden de inkomsten van die maand in aanmerking genomen (bijvoorbeeld, een gepensioneerde vraagt het ge-not van de verhoogde tegemoetkoming zodra hij met pensioen gaat)
- als de referentieperiode het vorige kalenderjaar is, worden de inkomsten van dat jaar in aanmerking genomen.

Referentieperiode	Aangegeven inkomsten
Geen referentieperiode	Inkomsten van de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend. Inkomsten van de lopende maand als de aanvraag wordt ingediend in de loop van de maand waarin de indicator is ontstaan.
1 jaar	Inkomsten van dat jaar.

#### 4.8. Verklaring op erewoord<sup>27</sup>

##### AANVRAAG EN ONDERTEKENING

De referentiedatum is de datum waarop de verhoogde tegemoetkoming wordt aangevraagd, met andere woorden het ogenblik waarop de verzekerde het formulier voor de verklaring op erewoord komt vragen. Het beherend ziekenfonds is het ziekenfonds dat die aanvraag ontvangt.

Die datum wordt vermeld op de verklaring op erewoord en moet door de aanvrager worden ondertekend. De aanvrager moet dus zijn handtekening zetten bij de datum van de aanvraag en onder zijn verklaring op erewoord.

Die datum is de datum die in aanmerking wordt genomen:

- voor de gezinssamenstelling
- voor de bepaling van de referentieperiode en de in aanmerking genomen inkomsten.

26. Art. 28.

27. Art. 29 tot 32.

Vanaf de datum van de aanvraag beschikken de gezinsleden over een termijn van twee maanden (van datum tot de dag voor datum; als dat geen werkdag is, wordt de eerste werkdag die daarop volgt in aanmerking genomen<sup>28</sup>) om de verklaring op erewoord met betrekking tot de inkomsten in te vullen, te dateren, te ondertekenen en terug te bezorgen aan het ziekenfonds, samen met alle bewijsdocumenten. Als die termijn is verstreken (de verklaring op erewoord werd niet binnen die termijn ondertekend of niet alle bewijsdocumenten waren bijgevoegd), vervalt de aanvraag. Het ziekenfonds wordt dus verondersteld om dat gegeven te registreren.

#### VERKLARING OP EREWOORD

In de verklaring op erewoord vermeldt elk gezinslid (of zijn vertegenwoordiger), per type van inkomsten, of hij daarover tijdens de referentieperiode beschikt of heeft beschikt. Hij vermeldt dus niet het bedrag van die inkomsten. Het beherend ziekenfonds bepaalt welke inkomsten in aanmerking moeten worden genomen en bepaalt het bedrag daarvan.

Als het gezin minderjarige kinderen omvat, is één handtekening van de vertegenwoordiger voor alle kinderen voldoende en als de vertegenwoordiger zelf lid is van het gezin, volstaat zijn handtekening voor hem en voor de kinderen.

De ondertekening van de verklaring op erewoord wordt beschouwd als een substantiële formaliteit: als er een handtekening ontbreekt, is de verklaring op erewoord ongeldig en kan het recht op de verhoogde tegemoetkoming niet worden toegekend.

#### BIJ TE VOEGEN DOCUMENTEN

De volgende documenten worden voor elk gezinslid bij de verklaring op erewoord met betrekking tot de inkomsten gevoegd:

- het meest recente aanslagbiljet; dit document laat het ziekenfonds toe na te gaan of alle inkomsten wel werden aangegeven. Het is ook mogelijk dat bepaalde inkomsten niet meer bestaan (bijvoorbeeld de verkoop van een onroerend goed)
- alle bewijsdocumenten die betrekking hebben op de in aanmerking genomen inkomsten (naargelang van de referentieperiode). Aangezien de sociaal verzekerde niet altijd op de hoogte is van de in aanmerking genomen inkomsten, moet hij daarover correct door het ziekenfonds worden geïnformeerd.

Een brochure met meer uitleg over de inkomsten en de bewijsdocumenten is opgenomen in een andere omzendbrief van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

#### VERKLARING MET BETREKKING TOT DE HUIDIGE INKOMSTEN<sup>29</sup>

Bij de ondertekening van de verklaring op erewoord moeten de leden ook verklaren dat hun in aanmerking genomen inkomsten, op het moment van die ondertekening, niet zijn gestegen (tenzij als gevolg van een indexering of een baremieke aanpassing), en dat in alle gevallen.

### 4.9. Controles die het beherend ziekenfonds moet uitvoeren

Het beherend ziekenfonds bepaalt welke inkomsten in aanmerking moeten worden genomen op basis van de documenten die het gezin heeft bezorgd en andere gegevens waarover het beschikt, en legt er het totaalbedrag van vast.

28. Bijvoorbeeld: aanvraag op 30.01, verklaring op erewoord uiterlijk op 29.03 (als dat een zondag is, 30.03).

29. Art. 32.

Bij het onderzoek van de aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming houdt het ziekenfonds rekening met alle nuttige informatie waarover het beschikt.

Het controleert minstens de volgende punten:

1. Controle van het bestaan van een “indicator” waardoor de referentieperiode kan worden geschrapt
2. Controle van de gezinssamenstelling
3. Vaststelling van het grensbedrag van de inkomsten
4. Controle van de verklaring op erewoord: die moet door alle gezinsleden worden ingevuld, gedateerd en ondertekend (onder voorbehoud van wat hierboven werd vermeld voor de minderjarige kinderen)
5. Controle van de aangegeven inkomsten:
  - wat het statuut van de sociaal verzekerde betreft: is hij bediende of arbeider? Als hij bijvoorbeeld arbeider is, wordt het vakantiegeld dat niet door de werkgever werd gestort, opgenomen in een apart document.
  - als alle gezinsleden geen of een zeer laag inkomen hebben, moet het ziekenfonds de bronnen van inkomsten van het gezin controleren.
  - de aangegeven inkomsten vergelijken met de bewijsdocumenten: op de bewijsdocumenten die de sociaal verzekerde heeft ingediend, kunnen inkomsten zijn vermeld die niet in de verklaring op erewoord werden opgenomen.
  - mogelijke inkomsten opsporen aan de hand van het aanslagbiljet of andere mogelijke bronnen voor het ziekenfonds als zij betrekking hebben op een vorige periode. In dat geval moet de sociaal verzekerde worden gevraagd of hij het opgespoorde inkomen nog steeds ontvangt. Het antwoord van de sociaal verzekerde moet in het dossier worden opgenomen.
  - bestaande inkomsten opsporen aan de hand van de beschikbare bronnen als de inkomsten betrekking hebben op de huidige periode (bijvoorbeeld: arbeidsongeschiktheidsuitkeringen).
  - berekening van de inkomsten: bepaalde inkomsten moeten worden herberekend en het dossier moet een spoor van die berekening bevatten. Dat is het geval voor:
    - het kadastraal inkomen van de woning die men zelf betreft (toepassing van de vrijstelling)
    - de beroepsinkomsten die voortvloeien uit een zelfstandige activiteit (vermenigvuldigd met 100/80)
  - de beroepsinkomsten van kinderen worden vrijgesteld: het effectieve genot van de kinderbijslag moet worden aangetoond.
6. Wat de bewijsstukken betreft, moet de datum worden gecontroleerd.

Het beherend ziekenfonds stelt na afloop van dit onderzoek vast of de inkomsten van de referentieperiode lager zijn dan het toepasbare grensbedrag.

Als elk gezinslid verklaart dat zijn inkomsten op het ogenblik van de ondertekening van de verklaring op erewoord niet zijn gestegen sinds de periode waarin de inkomsten werden aangegeven (toepasselijke referentieperiode), moet het ziekenfonds geen aanvullende controles uitvoeren.

Als een lid verklaart dat zijn inkomsten zijn gestegen, onderzoekt het ziekenfonds of ze op de datum waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, onder het grensbedrag blijven; het kent het recht alleen toe als dat effectief het geval is. Het gaat niet om een nieuwe aanvraag met een nieuwe datum van toekenning.



 Voorbeelden:

- Op 10 februari dient het gezin AB een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in. Aangezien A over de indicator “werkloze” beschikt, moeten A en B (in principe) de inkomsten aangeven van de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend. Op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, namelijk 5 maart, is A opnieuw beginnen werken: het ziekenfonds moet de inkomsten van A herberekenen (het houdt bijvoorbeeld rekening met de nieuwe beroepsinkomsten en trekt de werkloosheidsuitkeringen af die worden stopgezet). Als dat bedrag (van maart), samen met de andere inkomsten (van januari) die A en B hebben aangegeven, het grensbedrag dat op dat moment (maart, moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend) van toepassing is, bereikt of overschrijdt, kan het recht niet worden toegekend.
- Op 10 februari dient het gezin ABC een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in en wordt er een referentieperiode van een jaar toegepast. C is op het moment van de aanvraag persoon ten laste van A. Tussen de aanvraag en de verklaring op erewoord (5 maart) begint C te werken. Het ziekenfonds gaat na of de huidige inkomsten (maart) van C, samen met de inkomsten die A en B hebben aangegeven – inkomsten van het vorige kalenderjaar – op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend (maart) nog steeds lager zijn dan het grensbedrag; als dat niet het geval is, kan het recht niet worden toegekend (voor de gevolgen van de wijziging van de gezinssamenstelling, zie hieronder, punt 4.11.7).
- Tussen de indiening van de aanvraag en de verklaring op erewoord erft A een onroerend goed. Dit (huidig) inkomen wordt toegevoegd aan de aangegeven inkomsten (ongeacht of het gaat om de inkomsten van de maand die voorafgaat aan de indiening van de aanvraag, dan wel van het vorige jaar); als het totaal lager is dan het grensbedrag dat van toepassing is op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, wordt het recht toegekend.

De berekeningswijze en het bedrag van de inkomsten moeten aan de aanvrager worden meegegeeld zodra de beslissing is genomen.

De in aanmerking genomen inkomsten zijn het onderwerp van een andere omzendbrief van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

#### 4.10. Opening van het recht

Als aan de voorwaarden is voldaan, wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming toegekend aan alle leden van het in punt 4.5 gedefinieerde gezin<sup>30</sup>.

Het recht wordt geopend naargelang van de referentieperiode<sup>31</sup>:


Referentieperiode	Opening van het recht
1 maand	Volgens de in aanmerking genomen inkomsten: op de eerste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarin de aanvraag werd ingediend  OF  op de eerste dag van de maand waarin de aanvraag werd ingediend  OF  op de eerste dag van de maand waarin de indicator is ontstaan, als de aanvraag werd ingediend binnen de drie maanden nadat die indicator is ontstaan <sup>32</sup>
1 jaar	op de eerste dag van het trimester waarin de aanvraag werd ingediend

30. Art. 33.

31. Art. 34.

### Voorbeelden:

1. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 maart (< 3 maanden sinds het ontstaan van de indicator). Zijn inkomsten van de maand april worden vergeleken met het grensbedrag dat in april van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 maart worden geopend.
2. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 mei. Zijn inkomsten van de maand mei worden vergeleken met het grensbedrag dat in mei van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 mei worden geopend.
3. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 januari (> 3 maanden sinds het ontstaan van de indicator). Zijn inkomsten van de maand april worden vergeleken met het grensbedrag dat in april van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 april worden geopend.
4. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij heeft geen indicator. Zijn inkomsten van het vorige jaar worden vergeleken met het gemiddelde van de grensbedragen die tijdens dat vorige jaar van toepassing waren. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 april worden geopend.

 In tegenstelling tot de bepalingen van het Koninklijk besluit van 1 april 2007, wordt de duur van de opening niet meer vastgelegd. Zodra het recht is geopend, blijft het behouden tot er iets gebeurt dat daaraan een eind maakt: wijziging van de gezinssamenstelling, tussentijdse controle, systematische controle. Het recht wordt dus niet meer geopend tot 31 december van het derde jaar dat volgt.

### PRECISERING

Gepensioneerde: de aanvraag kan pas worden ingediend vanaf het ogenblik waarop de gepensioneerde kennis neemt van de beslissing tot toekenning van een pensioen (zelfs als de daadwerkelijke betaling van het pensioen pas later gebeurt).

#### 4.11. Einde van het recht in geval van wijziging van de gezinssamenstelling<sup>33</sup>

4.11.1. Er wordt op elk moment rekening gehouden met de wijziging van de gezinssamenstelling. Indien de gezinssamenstelling wordt gewijzigd, wordt het recht beëindigd, uiterlijk op de laatste dag van het tweede trimester dat volgt op het trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden. Er wordt een uitzondering gemaakt: als de wijziging het gevolg is van de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd, wordt het recht niet beëindigd en wordt het eveneens aan het kind toegekend.

Om het recht te blijven genieten, zal het nieuwe gezin of zullen de nieuwe gezinnen een nieuwe aanvraag moeten indienen met toepassing van de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht.

4.11.2. De hier bedoelde termijn is enkel van toepassing als het recht nog niet om andere redenen werd beëindigd (bijvoorbeeld naar aanleiding van de systematische controle). Als er dus meerdere periodes van behoud van recht van toepassing zijn, wordt de kortste periode toegepast.<sup>34</sup>

32. Wanneer een derde het bestaan van een indicator heeft meegedeeld, kan de termijn van drie maanden voor het indienen van een aanvraag vanaf die mededeling beginnen lopen. Dat belet echter niet dat het recht voor die mededeling kan worden toegekend, als de indicator op een andere manier met zekerheid wordt vastgesteld.

33. Art. 35.

34. Art. 40.

4.11.3. Wanneer uit de gegevens van het Rijksregister blijkt dat het gezin “verhoogde tegemoetkoming” is uitgebreid met een persoon die mogelijk een samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming is (een meerderjarige persoon die geen bloed- of aanverwant tot en met de derde graad is), contacteert het ziekenfonds het betrokken gezin om na te gaan of deze persoon al dan niet een samenwonende is in de zin van de verhoogde tegemoetkoming. Kinderen jonger dan 18 jaar worden niet geacht een samenwonende te hebben. Een persoon die met de gerechtigde samenwoont in het kader van een georganiseerde gezinsplaatsing is voor de verhoogde tegemoetkoming evenmin een samenwonende.

Ofwel is de betrokken persoon geen samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming: de rechthebbende duidt dat aan in het daartoe bestemde vakje in de verklaring op erewoord.

Ofwel is de betrokken persoon een samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming en betreft het een wijziging van de gezinssamenstelling: het recht wordt beëindigd (met periode van behoud van recht vanaf de datum waarop de gegevens van het Rijksregister werden gewijzigd).

Ofwel antwoordt het gezin niet binnen de drie maanden (vanaf de datum waarop het ziekenfonds het gezin heeft gecontacteerd) en meent men dat het een wijziging van de gezinssamenstelling betreft: het recht wordt beëindigd (met periode van behoud van recht vanaf de datum waarop de gegevens van het Rijksregister werden gewijzigd).

4.11.4. Het verlies van de hoedanigheid van persoon ten laste wordt als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd. Dit wil zeggen dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de andere gezinsleden opnieuw moet worden onderzocht, ook al is de situatie van de andere gezinsleden onveranderd (het toepasbare grensbedrag wordt uiteraard verminderd indien de ex-persoon ten laste geen deel meer uitmaakt van het betreffende gezin).



Voorbeeld:


Een gezin bestaat uit X, zijn vrouw en hun twee kinderen ten laste. Ze genieten de verhoogde tegemoetkoming. Een van de kinderen begint in november 2015 te werken en schrijft zich in als gerechtigde werknemer, met uitwerking op 1 oktober 2015. Hij maakt geen deel meer uit van het gezin “verhoogde tegemoetkoming”. Het recht wordt voor elk gezinslid beëindigd op de laatste dag van het tweede trimester dat volgt op het trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden, namelijk op 30 juni 2016. Het gezin dat bestaat uit de ouders en het kind ten laste zal een nieuwe aanvraag moeten indienen (nieuwe verklaring op erewoord, bewijsdocumenten) en als er aan de voorwaarden is voldaan, zal het een nieuwe opening van het recht betreffen. Dit zal ook het geval zijn voor het gezin van de nieuwe gerechtigde.

Het verlies van de hoedanigheid van persoon ten laste wordt niet als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd indien de personen waaruit het gezin is samengesteld dezelfde blijven: een echtgenoot die de hoedanigheid van persoon ten laste verliest om gerechtigde te worden, maakt nog altijd deel uit van het gezin, zelfs in een andere hoedanigheid. Het recht wordt dus niet beëindigd.

4.11.5. Wanneer de gerechtigde echtgenoot of samenwonende persoon ten laste wordt binnen hetzelfde gezin, meent men eveneens dat er geen wijziging van de gezinssamenstelling is en wordt het recht niet beëindigd.

De opname in het gezin van een kind ten laste wordt als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd, behalve als het gaat om de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd.

Indien een kind dat ten laste van een ouder is ingeschreven echter persoon ten laste van zijn andere ouder wordt en indien zijn twee ouders deel uitmaken van hetzelfde gezin, wordt dat niet als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd.

 4.11.6. Een feitelijke scheiding is een wijziging van de gezinssamenstelling die onmiddellijk in aanmerking wordt genomen (de periode van 6 maanden gedurende welke de echtgenoten nog steeds geacht werden één gezin te vormen volgens de bepalingen van het K.B. van 01.04.2007, werd geschrapt).

4.11.7. Wijziging van de gezinssamenstelling tussen de datum van de aanvraag en deze van de verklaring op erewoord.

Voor het onderzoek van de aanvraag wordt de gezinssamenstelling bevroren op het ogenblik van de aanvraag.

 Voorbeelden:

1. Op het ogenblik van de aanvraag op 5 mei 2015 is het gezin samengesteld uit een gerechtigde en zijn samenwonende. De twee personen scheiden op 2 juli 2015 (tijdens de termijn van twee maanden om het dossier te vervolledigen). Als ze de verklaring op erewoord en de bewijsdocumenten indienen binnen de termijn en de voorwaarden zijn vervuld, wordt het recht geopend. Op 2 juli is er een wijziging van de gezinssamenstelling, het recht neemt dus een einde op 31 maart 2016. De twee gezinnen moeten een nieuwe verklaring op erewoord indienen met toepassing van de gewone regels van opening van het recht.

2. Op het ogenblik van de aanvraag op 5 mei 2015 is het gezin samengesteld uit een gerechtigde en een kind ten laste. Deze laatste begint te werken op 2 juni 2015. Hij vraagt zijn inschrijving als gerechtigde op 4 juni en de inschrijving heeft uitwerking op 1 april 2015. Voor het onderzoek van het recht op de verhoogde tegemoetkoming houdt men rekening met het gezin zoals het is samengesteld op 5 mei 2015. De inkomsten van de twee verzekerden worden onderzocht, rekening houdend met de toepasselijke referentieperiode. De verzekerde die is begonnen te werken zal echter moeten verklaren dat zijn inkomsten gestegen zijn. Als de voorwaarden zijn vervuld, wordt het recht geopend.

4.11.8. Wanneer kunnen de nieuwe gezinnen een nieuwe verklaring op erewoord indienen?

 Voorbeeld:

Het gezin AB geniet de verhoogde tegemoetkoming; C wordt in het gezin opgenomen op 14.11.X -> het recht voor AB wordt beëindigd op 30.6.X+1. Het nieuwe gezin ABC kan tot op die datum een nieuwe aanvraag indienen opdat AB het recht ononderbroken kan genieten.

Het gezin dient de nieuwe aanvraag in op 15.12.X:

- referentieperiode van 1 jaar: inkomsten van X -1, opening van het recht voor C op 1.10.X
- referentieperiode van 1 maand: inkomsten van 11.X, opening van het recht voor C op 1.11.X
- referentieperiode van 1 maand en indiening van de aanvraag binnen de 3 maanden vanaf het ontstaan van de indicator op 14.10.X: inkomsten van 11.X, opening van het recht voor C op 1.10.X
- referentieperiode = lopende maand: inkomsten van 12.X, opening van het recht voor C op 1.12.X.

Het gezin dient de nieuwe aanvraag in op 15.5.X+1:


- referentieperiode van 1 jaar: inkomsten van X, opening van het recht voor C op 1.4.X+1
- referentieperiode van 1 maand: inkomsten van 4.X+1, opening van het recht voor C op 1.4.X+1
- referentieperiode van 1 maand en indiening van de aanvraag binnen de 3 maanden vanaf het ontstaan van de indicator op 14.3.X+1: inkomsten van 4.X+1, opening van het recht voor C op 1.3.X+1
- referentieperiode = lopende maand: inkomsten van 5.X+1, opening van het recht voor C op 1.5.X+1.

Het betreft een nieuw recht waarop de gebruikelijke regels betreffende de tussentijdse en systematische controle worden toegepast.

## 4.12. Tussentijdse controle<sup>35</sup>

Deze procedure is van toepassing op de gezinnen voor wie het recht zonder referentieperiode werd geopend.

Het beherend ziekenfonds moet controleren of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog steeds een indicator binnen het gezin bestaat. Het beherend ziekenfonds moet die controle vóór 1 september van datzelfde jaar uitvoeren.

 Voorbeeld:  
Op 1 april 2015 werd het recht op de verhoogde tegemoetkoming zonder referentieperiode aan het gezin AB toegekend omdat A langdurig werkloos was.

De tussentijdse controle bestaat erin te controleren of er op 30 juni 2016 nog steeds een indicator in het gezin aanwezig is:

- ofwel is A nog steeds langdurig werkloos -> de tussentijdse controle wordt stopgezet.
- ofwel is A niet meer werkloos -> maar geniet B invaliditeitsuitkeringen, de tussentijdse controle wordt stopgezet.
- ofwel hebben A noch B een indicator -> de tussentijdse controle wordt voortgezet.

Indien op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend geen enkel gezinslid over een indicator beschikt en indien het gezin in de tussentijd geen automatisch recht geniet, contacteert het ziekenfonds het gezin opdat het een verklaring op erewoord ondertekent.

Als uit die verklaring blijkt dat de gezinsinkomsten (op de datum van de verklaring – er is overeengekomen om de inkomsten in aanmerking te nemen vanaf de maand die voorafgaat aan de indiening van de verklaring) niet het grensbedrag overschrijden dat op datzelfde moment van toepassing is, wordt het recht behouden. Die verklaring moet vóór 31 december van hetzelfde jaar worden ingediend.

Als uit die verklaring blijkt dat de inkomensgrens is overschreden of als het gezin geen verklaring indient vóór 31 december, wordt het recht op 31 december van dat jaar ingetrokken.

Een verklaring die daarna wordt ingediend, wordt als een nieuwe aanvraag behandeld, met toepassing van de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht.

### PRECISERINGEN

- Als het ziekenfonds vaststelt dat er op 30 juni geen indicator is, maar later blijkt met terugwerkende kracht dat er op die datum wel degelijk een indicator was, kan er van de procedure van de tussentijdse controle worden afgezien.
- Als het ziekenfonds echter vaststelt dat er op 30 juni geen indicator is en er nadien een indicator wordt teruggewonnen, wordt de procedure van de tussentijdse controle voortgezet.
- Zodra de tussentijdse controle is uitgevoerd, wordt ze daarna niet meer opnieuw in vraag gesteld. Het recht wordt behouden en de gebruikelijke regels van de systematische controle zullen worden toegepast. Als uit de systematische controle betreffende de inkomsten van het jaar waarin de tussentijdse controle heeft plaatsgevonden, blijkt dat het grensbedrag werd overschreden, zijn de gevolgen gelijk aan die van de systematische controle: beëindiging van het recht aan het einde van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd (behalve in geval van fraude).

De procedure van de tussentijdse controle is ook van toepassing wanneer het recht werd geopend zonder referentieperiode op basis van de indicator weduwnaar/weduwe.

35. Art. 36.

### 4.13. Gevolgen van de systematische controle<sup>36</sup>


Voor de organisatie van de systematische controle, zie omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle.

Het ziekenfonds onderzoekt, op basis van de gegevens die in het kader van de systematische controle zijn bezorgd en de elementen die het bezit, of het gezin al dan niet recht had op de verhoogde tegemoetkoming gedurende het jaar waarop die gegevens betrekking hebben<sup>37</sup>.

Indien, volgens de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd, de inkomensgrens niet is overschreden, moet het ziekenfonds nagaan of het niet over elementen beschikt die dat resultaat kunnen wijzigen, in het bijzonder de inkomsten die in de verklaring op erewoord zijn aangegeven en die niet zijn opgenomen in de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd (bijvoorbeeld: het kadastraal inkomen van de woning, roerende inkomsten).

Indien, volgens de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd, de inkomensgrens is overschreden, moet het ziekenfonds nagaan of het niet over elementen beschikt die dat resultaat kunnen wijzigen, bijvoorbeeld: immunisatie van het kadastraal inkomen van de woning, beroepsinkomsten van kinderen die kinderbijslag genieten.

Indien het ziekenfonds na dat onderzoek vaststelt dat de inkomensgrens niet is bereikt, wordt het recht voor één kalenderjaar verlengd.

 Indien het ziekenfonds na dat onderzoek vaststelt dat de inkomensgrens is bereikt, wordt het recht ingetrokken op 31 december van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd. Het recht wordt ook ingetrokken op 31 december van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd als er voor een gezinslid geen fiscale gegevens zijn bezorgd of als de bezorgde gegevens niet alle gezinsleden betreffen, ongeacht het resultaat van de gegevens die zijn bezorgd (al dan niet overschrijding van de inkomensgrens).

Uitzondering: als er geen gegevens zijn over een kind jonger dan 18 jaar, wordt het recht niet automatisch op 31 december beëindigd, maar onderzoekt het ziekenfonds de gegevens om na te gaan of het recht kan worden verlengd. Een kind beschikt soms immers wel over inkomsten (bijvoorbeeld alimentatie).

#### INDIENING VAN EEN NIEUWE VERKLARING OP EREWOORD


Wanneer het recht naar aanleiding van de systematische controle werd ingetrokken, kan het gezin een nieuwe verklaring op erewoord indienen.

Als het gezin die verklaring vóór 1 april indient, wordt het recht toegekend op 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin de controle werd uitgevoerd (dus zonder onderbreking), ongeacht de referentieperiode die van toepassing is. Het gezin zal in de systematische controle blijven.

Het gaat wel degelijk om de verklaring op erewoord die vóór 1 april moet worden bezorgd, niet enkel de aanvraag.

Indien de verklaring vanaf 1 april wordt ingediend, zijn de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht van toepassing.

De nieuwe verklaring op erewoord moet na het verlies van het recht worden ingediend: ze moet dus worden ingediend tussen 1 januari en 31 maart van het jaar dat volgt op het jaar waarin de systematische controle heeft plaatsgevonden. Het is de bedoeling om de situatie in aanmerking te nemen op het ogenblik waarop het recht niet meer wordt toegekend.

 Wanneer het recht op verschillende datums moet worden ingetrokken, met toepassing van de bepalingen betreffende de wijziging van de gezinssamenstelling, de tussentijdse controle of de systematische controle, dan is de kortste periode van behoud van recht van toepassing.<sup>38</sup>

36. Art. 37 tot 39.

37. Art. 37, § 3.

38. Art. 40.

#### 4.14. Overgang van het automatisch toegekende recht op de verhoogde tegemoetkoming naar het recht dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend

De referentieperiode om het automatisch recht te verlengen, is het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar. Het ziekenfonds kan dus pas op 31 december van het vorige kalenderjaar met zekerheid vaststellen dat het recht niet kan worden verlengd.

Als het recht niet in het kader van het automatisch recht kan worden verlengd, beschikt het gezin over een termijn van drie maanden om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen (dus vóór 1 april van het volgende jaar) teneinde het recht te genieten op 1 januari, dus zonder onderbreking, als de inkomensvoorwaarden zijn vervuld.

Na die datum zijn de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht van toepassing.

Het gezin wordt opgenomen in de systematische controle volgens de gebruikelijke regels in geval van opening van het recht (zie hierboven, punt 4.13). De tussentijdse controle wordt uitgevoerd volgens de gebruikelijke regels (zie hierboven, punt 4.12).

#### 4.15. Overgangsbepalingen

Er zijn overgangsbepalingen vastgelegd voor de personen die de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari 2014 genieten krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007.

Er zijn meerdere situaties mogelijk:

- verzekerde die het automatisch recht geniet in het kader van het Koninklijk besluit van 1 april 2007: de overgangsmaatregelen zijn noodzakelijk aangezien:
  - de referentieperiode voor de verlenging van het recht is veranderd
  - het genot van het leefloon gedurende 6 onderbroken maanden niet meer in aanmerking wordt genomen.
- verzekerde die het recht geniet na een inkomenscontrole in het kader van de klassieke verhoogde tegemoetkoming: de systematische controle wordt behouden.
- verzekerde die het Omnio-statuuut geniet: overgangsbepalingen zijn noodzakelijk om hem in de systematische controle op te nemen, want het Omnio-gezin en het gezin “verhoogde tegemoetkoming” kunnen verschillend zijn.

#### RECHTHEBBENDEN OP HET AUTOMATISCH RECHT<sup>39</sup>: VERLENGING VAN HET RECHT IN 2015 EN 2016<sup>40</sup>

Men past de regels toe van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (art. 8 tot artikel 9<sup>ter</sup>) om de rechten in 2014 en 2015 te verlengen.



Voorbeelden:

1. Een verzekerde geniet sinds 1 november 2013 een tegemoetkoming voor personen met een handicap: krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007 geniet hij de verhoogde tegemoetkoming van 1 november 2013 tot 31 december 2014. Om zijn recht in 2015 te verlengen, moet er worden nagegaan of hij een dergelijke tegemoetkoming heeft genoten tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014 (referentieperiode van het K.B. van 01.04.2007).

39. Hoofdstuk II van het KB van 1 april 2007.

40. Art. 44.

2. Een verzekerde geniet van juni 2013 tot januari 2014 ononderbroken het leefloon. Zijn recht werd geopend op 1 september 2013 tot 31 december 2014. Om zijn recht in 2015 te verlengen, moet er worden nagegaan of hij gedurende 3 maanden tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014 het leefloon heeft genoten; gedurende die periode werd het leefloon wel degelijk gedurende 3 maanden toegekend (oktober, november en december 2013): het recht wordt dus verlengd in 2015.

3. Een verzekerde geniet het leefloon vanaf 15 oktober 2013: wanneer wordt zijn recht geopend? Op 31 december 2013 voldeed hij aan de voorwaarden opdat het recht zou worden geopend op 1 januari 2014 tot eind 2015.

4. Als hij echter vanaf 15 november 2013 het leefloon geniet, heeft hij krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007 geen enkel recht op 1 januari 2014. De nieuwe regel wordt toegepast en het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt op 15 februari 2014 geopend.

5. Een verzekerde geniet het leefloon in augustus/september/oktober 2013 en in september/oktober/november 2014:

- opening van het recht (K.B. van 01.04.2007): 1 november 2013 -> 31 december 2014.
- verlenging in 2015:
  1. volgens de regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (referentieperiode van 01.10.2013 tot 30.09.2014): neen
  2. volgens de nieuwe regels (referentieperiode: 2014): ja

De toepassing van de nieuwe regels lijkt in dit voorbeeld dus minder gunstig. Op grond van de nieuwe regels kan het recht echter worden toegekend op basis van 3 maanden leefloon in december 2014 en dit tot 31 december 2015. De verzekerde wordt aldus in het nieuwe systeem opgenomen.

#### BIJZONDER GEVAL: DE RECHTHEBBENDEN OP HET LEEFLOON GEDURENDE 6 ONDERBROKEN MAANDEN

Het automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt hun niet meer toegekend.

In 2014 en 2015 wordt het recht verlengd volgens de regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007.

Bovendien worden ze op 1 januari 2015 in de systematische controle opgenomen.



Voorbeeld:

Een verzekerde geniet in 2013 het leefloon gedurende 6 onderbroken maanden; de 6e maand is december 2013: wordt het recht voor hem geopend op 1 januari 2014? Op basis van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (art. 6) voldoet de verzekerde aan de voorwaarden om het recht te genieten op 1 januari 2014 ("vanaf de dag die volgt op het einde van de periode van zes maanden"). Zijn recht wordt op die datum geopend tot eind 2015.



Deze bepalingen beletten niet dat de regels in geval van verlies van de hoedanigheid van afgeleide rechthebbende worden toegepast (art. 14, zie hierboven, punt 3.6).

Als het ziekenfonds de betrokken rechthebbenden onmogelijk kan identificeren wordt hun recht stopgezet. In dat geval nodigt het ziekenfonds hen uit om een aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming na een inkomensonderzoek in te dienen.

#### RECHTHEBBENDEN OP DE KLASSIEKE VERHOOGDE TEGEMOETKOMING<sup>41</sup>: BEHOUD VAN DE SYSTEMATISCHE CONTROLE<sup>42</sup>

Die rechthebbenden worden in de systematische controle behouden, behalve als ze zich, met toepassing van artikel 30 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007, niet meer in de periode van behoud van recht bevinden omdat de gezinssamenstelling werd gewijzigd.

41. Hoofdstuk III van het K.B. van 01.04.2007.

42. Art. 45.



### RECHTHEBBENDEN OP HET OMNIO-STATUUT<sup>43</sup>

Het is de bedoeling om die rechthebbenden in de systematische controle op te nemen. Er moet echter worden overgestapt van het gezin “Rijksregister” naar het gezin “verhoogde tegemoetkoming”.

- Ofwel kan men het gezin of de gezinnen “verhoogde tegemoetkoming” meteen al samenstellen en is het aantal leden in totaal identiek OF zijn er extra leden die kinderen ten laste jonger dan 16 jaar zijn: men kan het gezin of de gezinnen in de systematische controle opnemen.



Voorbeelden:

1. Gezin RR = A (gerechtigde), echtgenoot B (gerechtigde), kind C (PTL van A), kind D (gerechtigde werkloze) gezin VT 1 = A B C, gezin VT 2: D.

2. Gezin RR = A (gerechtigde), echtgenoot B (gerechtigde) gezin VT = A B + C kind ten laste van B, dat elders woont en jonger is dan 16 jaar; bovendien wordt het recht aan het kind toegekend vanaf 1 januari 2014.

- Ofwel kan men het gezin “verhoogde tegemoetkoming” niet met zekerheid samenstellen aangezien het gezin “Rijksregister” verschillende gerechtigden bevat die noch echtgenoten, noch wettelijk samenwonenden, noch bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad zijn: om het gezin te kunnen samenstellen en te bepalen of er zich tussen die gerechtigden samenwonenden bevinden, vraagt men een verklaring op erewoord zoals bedoeld in artikel 14, § 3 = om de hoedanigheid van samenwonende vast te stellen. Als ze nalaten dit te doen vóór 15 maart 2014, wordt het recht op 31 december 2014 beëindigd.
- Ofwel bevat het gezin “verhoogde tegemoetkoming” een gerechtigde of een persoon ten laste die geen kind ten laste is dat jonger is dan 16 jaar en die de verhoogde tegemoetkoming niet geniet; in dat geval wordt het recht beëindigd op 31 december 2014.

### ECHTGENOTEN DIE IN EEN RUSTHUIS VERBLIJVEN<sup>44</sup>

Er bestaat geen bijzondere bepaling meer voor de echtgenoten die in een rusthuis verblijven: hun gezin wordt samengesteld volgens de algemene regels (ze vormen *a priori* dus één gezin). In de overgangsbepaling wordt voorzien dat als ze twee aparte gezinnen zouden vormen krachtens artikel 22 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (waarin de overbrenging van de hoofdverblijfplaats naar een rustoord met een feitelijke scheiding wordt gelijkgesteld<sup>45</sup>), er geen tijdsbeperking op die situatie wordt toegepast, behalve indien zou blijken dat de nieuwe reglementering (één gezin) gunstiger is: bijvoorbeeld, slechts één van beide geniet de verhoogde tegemoetkoming, terwijl die op basis van de nieuwe reglementering door beide kan worden genoten.

De regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 blijven van toepassing, zelfs als het gezin van één van hen is gewijzigd (bijvoorbeeld, de ene neemt een tweede persoon ten laste).

### FEITELIJK GESCHIEDEN ECHTGENOTEN<sup>46</sup>

Er bestaat geen bijzondere bepaling meer voor de echtgenoten die sinds minder dan zes maanden feitelijk gescheiden zijn. De overgangsbepaling voorziet dat de gezinnen die op 1 januari 2014 uit sinds minder dan 6 maanden feitelijk gescheiden echtgenoten bestaan (op die datum en volgens het K.B. van 01.04.2007 vormen zij nog één gezin), overeenkomstig de nieuwe reglementering worden samengesteld (en dus twee gezinnen vormen). De wijziging van de gezinssamenstelling wordt geacht plaats te vinden op 1 januari 2014.

43. Art. 46.


44. Art. 49.

45. Meer precies, de echtgenoot die zijn hoofdverblijfplaats heeft overgebracht naar een dienst of een instelling bedoeld in art. 34, eerste lid, 11° of 12° van de GVVU-wet.

46. Art. 49.

### Voorbeelden:

1. A en B genieten de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel dat aan A is toegekend; ze scheiden op 1 november 2013: op basis van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 vond het verlies van de hoedanigheid van “afgeleide rechthebbende” 6 maanden later plaats (op 01.05.2014) en begon het behoud van recht op die datum te lopen (dus tot 31.12.2014). Krachtens de overgangsbepaling vindt het verlies van de hoedanigheid van “afgeleide rechthebbende” op 1 januari 2014 plaats en begint het behoud van recht op dat moment te lopen (dus tot 30.09.2014).
2. A en B, die de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van de inkomsten, scheiden op 1 november 2013: men meent dat er een wijziging van de gezinssamenstelling is op 1 januari 2014, dus er is een behoud van recht tot 30 september 2014.
3. A en B, die niet de verhoogde tegemoetkoming genieten, scheiden op 1 november 2013: vanaf 1 januari 2014 vormen ze twee gezinnen voor de verhoogde tegemoetkoming en kunnen ze elk een afzonderlijke aanvraag indienen.

 Omzendbrief V.I. nr. 2014/72 – 3991/244 van 5 februari 2014.

## II. Het verrichten van een werkstraf door een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde

### 1. Context

#### 1.1. Wat?

In toepassing van artikel 37<sup>ter</sup> en volgende van het Strafwetboek beschikt de rechter over de mogelijkheid om als hoofdstraf een autonome werkstraf op te leggen als het feit van die aard is om door een politiestraf of een correctionele straf te worden gestraft. Indien de rechter overweegt om een autonome werkstraf op te leggen, het openbaar ministerie deze straf vordert of de beklaagde deze straf vraagt, moet de rechter – waarbij hij ook rekening kan houden met de belangen van de eventuele slachtoffers – de beklaagde voor de sluiting van de debatten inlichten over de draagwijdte van deze straf en hem horen in zijn opmerkingen.

Omdat de werkstraf echter niet kan worden afgedwongen, bepaalt de rechter reeds in het vonnis tot veroordeling van een werkstraf in een vervangende gevangenisstraf of geldboete die van toepassing worden als de werkstraf door de veroordeelde niet wordt verricht.

In het kader van deze werkstraf verricht de veroordeelde kosteloze arbeid tijdens de vrije tijd waarover hij naast zijn eventuele school- en beroepsactiviteiten beschikt. Deze arbeid mag uitsluitend worden verricht bij de openbare diensten van de Staat, de gemeenten, de provincies, de gewesten en de gemeenschappen, evenals bij de VZW's of bij stichtingen met een sociaal, wetenschappelijk of cultureel oogmerk. De werkstraf mag wel niet bestaan uit een activiteit die in de aangewezen overheidsdienst of vereniging doorgaans door bezoldigde werknemers wordt verricht. Als (klassieke) voorbeelden van werkstraffen kunnen worden aangehaald: het verwijderen van zwerfvuil, het opruimen van illegale stortplaatsen, helpen bij archeologische opgravingen, keukenhulp in verzorgingstehuizen, administratief werk in gemeentebesturen, ...

## 1.2. Duur

Een werkstraf bedraagt minstens twintig uren en ten hoogste driehonderd uren. Een werkstraf van maximaal vijfenveertig uren is een politiestraf; een werkstraf van meer dan vijfenveertig uren vormt daarentegen een correctionele straf. Voorts moet deze werkstraf worden uitgevoerd binnen twaalf maanden na de dag waarop de rechterlijke beslissing in kracht van gewijsde is gegaan. De probatiewaardering kan de termijn ambtshalve of op verzoek van de veroordeelde verlengen.

## 1.3. Betrokken actoren

De rechter bepaalt de duur van de werkstraf en kan aanwijzingen geven omtrent de concrete invulling van de werkstraf.

Op de justitieassistent rust de taak om de concrete invulling van de werkstraf in een door de veroordeelde te ondertekenen overeenkomst vast te leggen waarbij hij rekening houdt met enerzijds de opmerkingen van de veroordeelde, die hij heeft gehoord, en anderzijds met de aanwijzingen zoals vermeld in de rechterlijke uitspraak. De probatiewaardering beschikt over een toezichtsbevoegdheid en kan bovendien ten allen tijde preciseringen en wijzigingen aanbrengen, hetzij ambtshalve, hetzij op vordering van het openbaar ministerie, hetzij op verzoek van de veroordeelde. De concrete invulling van de werkstraf wordt vastgelegd in een door de veroordeelde te ondertekenen overeenkomst waarvan de justitieassistent hem een kopie overhandigt. De justitieassistent deelt eveneens binnen drie werkdagen een kopie van de ondertekende overeenkomst mee aan de probatiewaardering.

## 2. Uitoefenen van een werkstraf tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid: reglementering van de uitkeringsverzekering

Aangezien het uitvoeren van een autonome werkstraf een “werkzaamheid” vormt, is de toelating van de adviserend geneesheer vereist opdat de betrokkene deze werkstraf kan verrichten. Afhankelijk van het stelsel waarin de betrokkene arbeidsongeschikt is erkend, geldt een onderscheiden regeling.

### 2.1. Stelsel van de loontrekkenden

Bij een loontrekkende gerechtigde zal de adviserend geneesheer de toelating slechts kunnen geven op voorwaarde dat de betrokkene, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 % behoudt (vgl. art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Bovendien moet de activiteit verenigbaar zijn met de aandoening van betrokkene (vgl. art. 230, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

### 2.2. Stelsel van de zelfstandigen

Wanneer de betrokkene in het stelsel van de zelfstandigen arbeidsongeschikt is erkend, dient de adviserend geneesheer een toelating op grond van artikel 23 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 te geven. Het verrichten van een werkstraf valt immers onder het uitoefenen van “gelijk welke andere beroepsbezigheid”. Deze toelating kan voor een tijdvak van maximaal zes maanden worden gegeven (waarbij een verlenging met nog eens maximaal zes maanden mogelijk is). Hoewel artikel 23 van voormeld Koninklijk besluit principieel een reclasseringsvereiste vooropstelt, dient in het kader van een werkstraf deze voorwaarde niet te worden vervuld omdat het namelijk om een door een rechtcollege opgelegde straf gaat.

## 3. Procedure

### 3.1. Informatie-uitwisseling vóór de veroordeling tot het verrichten van een werkstraf

Er moet worden vermeden dat een bepaald rechtscollege de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde tot een werkstraf veroordeelt en de betrokkene vervolgens deze werkstraf niet kan uitoefenen omdat de adviserend geneesheer de toelating niet verleent omdat de betrokkene niet aan de wettelijke voorwaarden beantwoordt.

Met de Dienst Justitiehuisen van de FOD Justitie is dan ook een bijzondere procedure overeengekomen waarbij is afgesproken om de verschillende betrokken actoren te sensibiliseren over deze bijzondere situatie. Uiteraard moet de sociaal verzekerde zelf ook de rechter en de justitieassistent erop attent maken dat hij arbeidsongeschikt is erkend.

In het strafwetboek is de mogelijkheid opgenomen dat met het oog op het opleggen van een werkstraf het openbaar ministerie, de onderzoeksrechter, de onderzoeksgerechten en de vonnisgerechten aan de afdeling van de Dienst justitiehuisen van de FOD Justitie van het gerechtelijk arrondissement van de verblijfplaats van de in verdenkinggestelde, de beklaagde of de veroordeelde de opdracht kunnen geven om een beknopt voorlichtingsverslag op te stellen en/of een maatschappelijke enquête uit te voeren.

Wanneer een werkstraf aan een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde zou worden opgelegd, moet de justitieassistent in het kader van deze maatschappelijke enquête en/of het voorlichtingsrapport voorafgaandelijk contact opnemen met de adviserend geneesheer van het ziekenfonds om zijn advies te vragen. Opdat de adviserend geneesheer een dergelijk advies zou kunnen verstrekken, is het vereist dat de justitieassistent een aantal gegevens meedeelt (aard van de activiteit, arbeidsvolume, specifieke voorwaarden omtrent de uitoefening van de activiteit, ...). In dit stadium gaat het veeleer om een informeel contactmoment tussen de adviserend geneesheer en de justitieassistent waarbij er geen vastgelegde procedure moet worden gevolgd. Aan de Dienst Justitiehuisen is met het oog op dit informele contactmoment een lijst meegedeeld die voor elke verzekeringsinstelling een aantal contactpersonen bevat (contactpersonen zijn door elke verzekeringsinstelling aan de Dienst voor uitkeringen bezorgd).

### 3.2. Procedure na de veroordeling

Na zijn veroordeling tot het uitoefenen van een autonome werkstraf moet de betrokkene de formele toelating aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling vragen. Aangezien sinds 12 april 2013 in het stelsel van de werknemers het voorafgaande karakter van de toelating opgeheven is, kan de werkstraf al worden aangevat alvorens de loontrekkende gerechtigde de (formele) toelating van de adviserend geneesheer bezit. In de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen blijft de voorafgaande toelating echter vereist. Ook de weerslag van het verrichten van een toegelaten activiteit op het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering verschilt tussen beide stelsels grondig. Op praktisch vlak geldt er dan ook een andere werkwijze naargelang het stelsel waarin de betrokkene arbeidsongeschikt erkend is.

#### 3.2.1. STELSEL VAN DE LOONTREKKENDEN

##### **A. Aangifte van de gedeeltelijke werkhervatting via een werkstraf en de aanvraag om toelating aan de adviserend geneesheer**

De justitieassistent bezorgt de gerechtigde het Formulier dat moet worden ingevuld in geval van gedeeltelijke hervatting van een beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid en vult dit samen met hem in.


Het betreft dus hetzelfde formulier dat elke loontrekkende gerechtigde moet invullen om tijdens de arbeidsongeschiktheid de werkhervatting mee te delen en de toelating te vragen (vgl. de bijlage bij de omzendbrief V.I. nr. 2013/156 van 11.04.2013). Met het oog op het correct invullen van de gegevens treedt de justitieassistent in contact met de prestatieplaats en eventueel met de omkaderingsdienst.

Behalve de persoonsgegevens bevat dit aanvraagformulier alle nuttige gegevens over de werkstraf. Het gaat meer specifiek om de volgende gegevens:

- Prestatieplaats waar de werkstraf wordt verricht
- Aard en omschrijving van de taken die de betrokkene in het kader van de werkstraf moet verrichten
- Uurrooster.

Vervolgens bezorgt de werkgestrafte uiterlijk de eerste werkdag vóór de aanvang van de werkstraf het aanvraagformulier aan zijn ziekenfonds via de post (waarbij de poststempel geldt als bewijs) of persoonlijk tegen ontvangstbewijs.

Na de ontvangst van de aanvraag bezorgt het ziekenfonds de gerechtigde het formulier Verklaring van uitoefening van niet bezoldigde activiteiten dat als bijlage 5 bij de Omzendbrief V.I. 2011/306 van 20 juli 2011 is opgenomen (Formulier gewijzigd via de Omzendbrief V.I. 2014/130 van 10.03.2014).

 Mocht de uitvoering van de autonome werkstraf de aanvankelijk door de adviserend geneesheer bepaalde toelatingsduur overschrijden (indien deze toelating bijvoorbeeld niet voor een onbepaalde duur is verstrekt), moet de werkgestrafte een aanvraag om een verlenging van de toelating via hetzelfde standaardformulier indienen. Op het aanvraagformulier wordt dan duidelijk vermeld dat het gaat om een aanvraag tot verlenging van een voorheen al verstrekte toelating en dat de aard van de activiteit (werkstraf) niet is gewijzigd.

### **B. Beslissing van de adviserend geneesheer**

De betrokkene kan de werkstraf al aanvatten alvorens hij over de toelating beschikt. Hij kan uiteraard ook wachten op deze toelating alvorens de werkstraf aan te vatten.

De adviserend geneesheer dient zijn beslissing te nemen binnen dertig werkdagen te rekenen vanaf de aanvang van de werkstraf. In voorkomend geval verricht de adviserend geneesheer een lichamenlijk onderzoek om zijn beslissing te kunnen nemen.


De adviserend geneesheer verzendt het formulier met zijn beslissing binnen zeven kalenderdagen te rekenen vanaf de dag van de beslissing via de post naar de gerechtigde. Als hij een lichamenlijk onderzoek zou hebben verricht, kan hij het formulier ook na afloop van dit onderzoek aan de gerechtigde bezorgen.

### **C. Mededeling van de beslissing van de adviserend geneesheer aan de justitieassistent**

De gerechtigde bezorgt aan de justitieassistent een kopie van de schriftelijke toestemming of weigering die hij van de adviserend geneesheer heeft ontvangen.

### **D. Kennisgeving van de verklaring van uitvoering van niet bezoldigde activiteiten aan het ziekenfonds**

De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde bezorgt het formulier Verklaring van uitoefening van niet bezoldigde activiteiten aan de prestatieplaats opdat die prestatieplaats het luik "organisatie" kan invullen. Zelf vult hij het luik "gerechtigde" in. Binnen een maand volgend op de aanvang van de werkstraf moet de gerechtigde dit formulier aan het ziekenfonds bezorgen.

 Indien het zou gaan om een werkstraf die niet binnen twaalf maanden kan worden verricht, dient deze verklaring te worden hernieuwd.

### 3.2.2. STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN

#### A. Aangifte van de gedeeltelijke werkhervatting via een werkstraf en de aanvraag om toelating aan de adviserend geneesheer

De justitieassistent bezorgt de gerechtigde het Aanvraagformulier tot het bekomen van een toelating tot het verrichten van een werkstraf voor de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigden en vult dit samen met hem in. Het betreft een specifiek formulier dat als bijlage bij deze omzendbrief is gevoegd. Met het oog op het correct invullen van de gegevens treedt de justitieassistent in contact met de prestatieplaats en eventueel met de omkaderingsdienst.

Behalve de persoonsgegevens bevat dit aanvraagformulier alle nuttige gegevens over de werkstraf. Het gaat meer specifiek om de volgende gegevens:

- datum van het vonnis
- aantal opgelegde uren van de werkstraf
- prestatieplaats waar de werkstraf wordt uitgevoerd
- aard van de werkstraf
- vroegste startdatum van de uitvoering van de werkstraf
- einddatum: aangezien de toelating slechts voor een periode van maximaal zes maanden – die nogmaals met een tijdvak van maximaal zes maanden kan worden verlengd – kan worden verstrekt, is dit gegeven onontbeerlijk. Gelet op het gegeven dat artikel 28*bis*, § 1 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepaalt dat het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met 10 % wordt verminderd vanaf de eerste dag van de zevende maand van de toegelaten activiteit, sensibiliseert de Dienst Justitiehuisen de betrokken actoren om – indien mogelijk – de werkstraf binnen zes maanden uit te voeren
- uurrooster.

Ten slotte bezorgt de werkgestrafte het ingevulde document via de post of tegen ontvangstbewijs aan zijn ziekenfonds. Aangezien in het stelsel van de zelfstandigen het voorafgaandelijk karakter van de toelating niet is opgeheven, wacht hij in elk geval op de toelating van de adviserend geneesheer alvorens de uitvoering van de werkstraf aan te vatten.

#### B. Beslissing van de adviserend geneesheer

Aan de hand van de gegevens die op het aanvraagformulier zijn vermeld, gaat de adviserend geneesheer na of de werkstraf verenigbaar is met de gezondheidstoestand van de gerechtigde. In voorkomend geval verricht de adviserend geneesheer een lichamenlijk onderzoek.

Vervolgens verzendt de adviserend geneesheer het formulier met zijn beslissing via de post naar de gerechtigde. Als hij een lichamenlijk onderzoek heeft verricht, kan hij het formulier ook na afloop van dit onderzoek aan de gerechtigde bezorgen.

#### C. Mededeling van de beslissing van de adviserend geneesheer aan de justitieassistent

De gerechtigde bezorgt een kopie van de schriftelijke toestemming of weigering die hij van de adviserend geneesheer heeft ontvangen, aan de justitieassistent.

#### D. Opstart van de werkstraf

Na de ontvangst van de schriftelijke toelating kan de werkstraf worden opgestart.

## 4. Alternatief: de dienstverlening

De situatie zou zich kunnen voordoen dat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde wordt uitgenodigd om dienstverlening te verrichten. Ook de uitvoering van dienstverlening vormt een werkzaamheid waarvoor de toelating van de adviserend geneesheer noodzakelijk is. Dezelfde procedurerestappen zoals hiervoor uiteengezet voor de werkstraf gelden ook voor het uitvoeren van dienstverlening.

### 4.1. Wat?

Onder bepaalde voorwaarden beschikt de Procureur des Konings over de mogelijkheid tot verval van de strafvordering. Zo kan de Procureur des Konings op grond van artikel 216<sup>ter</sup> van het Wetboek van Strafvordering de dader van een misdrijf oproepen en – op voorwaarde dat het feit niet van die aard is dat het gestraft moet worden met een hoofdstraf van meer dan twee jaar correctionele gevangenisstraf of een zwaardere straf – hem verzoeken in te stemmen met de uitvoering van een dienstverlening.

De dader van het misdrijf verricht de dienstverlening kosteloos tijdens de vrije tijd waarover hij naast zijn eventuele school- of beroepsactiviteiten beschikt. De dienstverlening mag uitsluitend worden verricht hetzij bij openbare diensten van de Staat, de gemeenten, de provincies, de gemeenschappen en de gewesten, hetzij bij verenigingen zonder winstoogmerk of bij stichtingen met een sociaal, wetenschappelijk of cultureel oogmerk. De dienstverlening mag niet bestaan uit een activiteit die, in de aangewezen overheidsdienst of vereniging, doorgaans door bezoldigde werknemers wordt verricht.

### 4.2. Duur

De dienstverlening duurt ten hoogste 120 uren en dient te worden verricht binnen een door de Procureur des Konings bepaalde termijn. Deze termijn bedraagt ten minste een maand en ten hoogste zes maanden.

### 4.3. Betrokken actoren

Wanneer de dader van het misdrijf in het kader van een bemiddeling in strafzaken instemt met het voorstel van de Procureur des Konings om een dienstverlening uit te voeren, deelt de Procureur des Konings zijn beslissing ter uitvoering mee aan de afdeling van de Dienst Justitiehuisen van de FOD Justitie van het gerechtelijk arrondissement van de verblijfplaats van de dader van het misdrijf, die onverwijld een justitieassistent aanwijst die wordt belast met de uitwerking en met de opvolging van de uitvoering van de dienstverlening.

De justitieassistent bepaalt, na de dader van het misdrijf te hebben gehoord en rekening houdend met zijn opmerkingen en lichamelijke en intellectuele capaciteiten en met de eventuele aanwijzingen van de Procureur des Konings, de concrete invulling van de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd, dit onder toezicht van de Procureur des Konings, die hierin ten allen tijde preciseringen of wijzigingen kan aanbrengen, hetzij ambtshalve, hetzij op verzoek van de dader van het misdrijf. De concrete invulling van de dienstverlening wordt vastgelegd in een door de dader van het misdrijf te ondertekenen overeenkomst waarvan de justitieassistent hem een kopie overhandigt. De justitieassistent deelt eveneens een kopie van de ondertekende overeenkomst mee aan de Procureur des Konings.

## 5. De gegevensstroom RTPP

Als de gerechtigde de toelating van de adviserend geneesheer heeft ontvangen om een werkstraf (dienstverlening) uit te voeren, moet dit via de gegevensstroom RTPP worden meegedeeld. In het veld "Aard van de activiteit" (dit is een vrij veld) dient de adviserend geneesheer duidelijk weer te geven dat het om een werkstraf (dienstverlening) gaat.

## 6. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 maart 2014.





Bijlage (vervolg)

Ik ga aan de slag volgens volgend uurrooster: (voor de adviserend geneesheer is het belangrijk het aantal werkuren per week te kennen, met oog op inspectie is het uurrooster belangrijk).

- Ik werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in).

Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1<sup>ste</sup> rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:.....

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Week 1	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:
	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:
Week 2	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:
	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:
Week 3	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:
	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:
Week 4	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:	Van:
	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:	Tot:

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week:.....

Gelieve elke informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden.

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Met de meeste hoogachting,

.....

De aanvrager  
 (Naam en Voornaam)

Op datum van .../.../...

### III. Socio-professionele re-integratie in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers (art. 109*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994)

#### Inleiding

De uitkeringsverzekering wenst maximaal in te zetten op de verschillende maatregelen die arbeidsongeschikt erkende gerechtigden kunnen ondersteunen om weer aan het werk te gaan. Werken is namelijk zowel in economisch als in sociaal opzicht van groot belang, en alle studies over dit onderwerp wijzen uit dat hoe sneller men start met socio-professionele re-integratie, hoe groter de kansen op succes.

De Technisch medische raad (TMR) heeft een methodologie ontwikkeld voor een nieuwe en bredere benadering van het begrip socio-professionele re-integratie, door re-integratietrajecten voor te stellen in functie van de verschillende niveaus in de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid die de gerechtigden vertonen. Het gaat om een dynamische visie waarin de verzekerde en de adviserend geneesheer samen streven naar een zo snel mogelijke terugkeer op de arbeidsmarkt. Daarnaast heeft de TMR het concept “beroepsherscholing” nader toegelicht omdat de terminologie zoals bepaald in artikel 215<sup>quater</sup> van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (beroepsherscholing in het Nederlands en *réadaptation professionnelle* in het Frans) voor een zekere verwarring zorgde wat betreft de toepassing van dit artikel. De Franstalige tekst laat namelijk een bredere interpretatie toe dan de Nederlandse tekst bij het beoordelen of al dan niet tegemoetkomingen moeten worden toegekend.

In de wetgevende teksten dient bijgevolg de term beroepsherscholing te worden begrepen als professionele rehabilitatie en professionele heroriëntering.

Tot slot dient onder socio-professionele re-integratie het geheel van maatregelen voor de re-integratie te worden verstaan.

Deze voorstellen werden goedgekeurd op 17 juli 2013 door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor de loontrekkenden van de Dienst voor uitkeringen. Hierbij aansluitend heeft de Dienst het begrip referentieberoepen geactualiseerd (art. 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) die ook in deze omzendbrief zal nader worden toegelicht.

#### 1. Wettelijk kader en omzendbrieven

- Wet GVU
- Wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling

- 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
- Koninklijk besluit van 30 maart 2009 tot wijziging, wat de beroepsherscholing betreft, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, gecoördineerd op 14 juli 1994
- Koninklijk besluit van 30 maart 2009 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van Hoofdstuk III, Afdeling 4, van de wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling
- Omzendbrief V.I. nr 263/2009 van 25 juni 2009 betreffende Boekhouddocumenten H21 en H41
- Omzendbrief V.I. nr 2012/423 van 29 oktober 2012 Beroepsherscholing in het kader van de uitkeringsverzekering : praktische vragen
- Omzendbrief V.I. nr 2012/490 van 12 december 2012 Samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV - het NIC – VDAB – GTB in het kader van het traject naar werk van een arbeidsongeschikt erkende persoon
- Omzendbrief V.I. nr 2013/10 van 14 januari 2013 Aanvraagformulier beroepsherscholing
- Omzendbrief V.I. nr 2013/180 van 30 april 2013 Samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, AWIPH en Forem, gesloten in het raam van de socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende verzekerden
- Omzendbrief V.I. nr 2014/127 van 10 maart 2014 RIZIV - NIC - ACTIRIS - Bruxelles Formation - VDAB - Phare.

## 2. Socio-professionele re-integratie: nieuwe visie en richtlijnen

### 2.1. Inleiding

De TMR heeft in haar visie verschillende niveaus ontwikkeld die afgestemd zijn op de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. De te onderscheiden niveaus zijn:

- Niveau 1: de evolutie van de gezondheidsproblemen is gunstig om te denken aan een hervatting van het normale beroep
- Niveau 2: de gezondheidsproblemen laten geen terugkeer naar de arbeidspost toe maar het niveau van de medische geschiktheid van de verzekerde laat toe om een ander referentieberoep uit te oefenen
- Niveau 3: de gezondheidsproblemen maken de uitoefening van ieder referentieberoep onmogelijk.

Aan elk van deze niveaus worden vervolgens re-integratietrajecten gekoppeld. Volgende re-integratietrajecten kunnen worden onderscheiden:

- Niveau 1: Terugkeer naar de laatste arbeidspost
- Niveau 2: Definitieve ongeschiktheid voor wat het laatste beroep betreft, maar medico-socio-professionele geschiktheid om een ander referentieberoep uit te oefenen
- Niveau 3: Ongeschiktheid voor alle referentieberoepen.

## 2.2. De verschillende re-integratietrajecten

### 2.2.1. NIVEAU 1: TERUGKEER NAAR DE LAATSTE ARBEIDSPOST

De arbeidsongeschiktheid is tijdelijk wat het laatste uitgeoefende beroep betreft. Er is dus sprake van een gunstige medische prognose en de gerechtigde kan zijn beroepsactiviteiten in principe terug hervatten.

Het re-integratietraject bestaat uit een volledige hervatting van de beroepsactiviteiten, zoals bepaald door de adviserend geneesheer, indien mogelijk met het akkoord van de verzekerde en in samenwerking met de arbeidsgeneesheer.

### 2.2.2. NIVEAU 2: PROFESSIONELE REHABILITATIE

De professionele rehabilitatie werkt aan het herstel van de beroepscompetenties die een sociaal verzekerde heeft verloren door het niet uitoefenen van één van zijn referentieberoepen. Twee situaties zijn mogelijk, met name:

A) de verzekerde is definitief ongeschikt voor wat het laatste uitgeoefende beroep betreft, maar hij blijft medico-socio-professioneel geschikt om één van zijn referentieberoepen uit te oefenen (d.m.v. een eventuele actualisatie van de beroepscompetenties ten laste van de werkgever of de werkloosheidsverzekering);

B) de verzekerde is definitief ongeschikt voor het laatste uitgeoefende beroep en (niet definitief) arbeidsongeschikt om één van zijn referentieberoepen uit te oefenen. Er is dus sprake van een "gunstige prognose" volgens welke er verwacht wordt dat de verzekerde op termijn één van zijn referentieberoepen zou kunnen hernemen (tenlasteneming van de kosten door de uitkeringsverzekering).

#### 2.2.2.1. A) Definitieve ongeschiktheid voor wat het laatste beroep betreft, maar medico-socio-professionele geschiktheid om een ander referentieberoep uit te oefenen.

De arbeidsongeschiktheid is definitief wat het laatste uitgeoefende beroep betreft. De verzekerde blijft medisch geschikt om één van zijn referentieberoepen uit te oefenen. De re-integratie moet dus plaatsvinden in één van die referentieberoepen. In dat geval beantwoordt de verzekerde niet langer aan de criteria van artikel 100, § 1 en moet het einde van de arbeidsongeschiktheid worden betekend.

De verzekerde heeft eventueel recht op een actualisatie of op, weliswaar beperkte, hulp bij de re-integratie in een referentieberoep (professionele rehabilitatie). Daarvoor zijn twee re-integratietrajecten mogelijk, met name met of zonder een actualisatie van de beroepscompetenties.

##### 2.2.2.1.1. Een actualisatie van de beroepscompetenties is niet noodzakelijk

Ofwel kan de werknemer een nieuwe arbeidspost worden toegewezen door zijn werkgever of door een andere werkgever, eventueel na een gedeeltelijke werkhervatting (op arbeidsrechtelijk vlak), ofwel moet de verzekerde naar de arbeidsmarkt worden geheroriënteerd in het kader van de werkloosheidsverzekering.

##### 2.2.2.1.2. Professionele rehabilitatie, bestaande uit een actualisatie van de beroepscompetenties of beperkte hulp bij de professionele re-integratie, is noodzakelijk

Ofwel kan er de werknemer een nieuwe arbeidspost worden toegewezen door zijn werkgever of door een andere werkgever na actualisatie van de beroepscompetenties binnen het bedrijf. Ofwel moet de verzekerde worden doorverwezen naar de werkloosheidsverzekering die de actualisatie op zich moet nemen, in samenwerking met de gewestelijke arbeidsbemiddelings- en beroepsopleidingsdiensten.

#### **2.2.2.2. B) Definitieve ongeschiktheid voor het laatste beroep. Wat de referentieberoepen betreft wordt er verwacht dat de verzekerde op termijn één van de referentieberoepen kan hernemen**

In het niveau B is de verzekerde dus definitief arbeidsongeschikt voor wat betreft het laatste beroep en (niet definitief) arbeidsongeschikt voor de uitoefening van één van zijn referentieberoepen. Er is dus sprake van een “gunstige prognose” volgens welke er verwacht wordt dat de verzekerde op termijn één van zijn referentieberoepen zou kunnen hernemen. De verzekerde is dus arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

De professionele rehabilitatie in het kader van de uitkeringsverzekering kan:

- zowel betrekking hebben op één van de referentieberoepen (behoud en aanpassing van de beroepscompetenties in één van deze beroepen)
- als op een ander beroep van zodra een socio-professionele diagnose bepaalt dat het niet uitoefenen van een beroepsactiviteit ertoe leidt dat de verzekerde blijvend van de arbeidsmarkt zal verwijderd worden.

De voorbereiding om een ander beroep te hernemen dient zo vroeg mogelijk opgestart te worden. Indien de verzekerde nog voldoet aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voor het geheel van zijn referentieberoepen, maar de progressieve evolutie van zijn gezondheidstoestand een gedeeltelijke hervatting in een nieuwe activiteit toelaat, kan de re-integratie evenzeer starten in het kader van artikel 100, § 2 van voornoemde gecoördineerde wet.

#### **2.2.3. NIVEAU 3: ONGESCHIKTHEID VOOR ALLE REFERENTIEBEROEPEN**

De verzekerde is definitief arbeidsongeschikt voor het laatst uitgeoefende beroep én de referentieberoepen. Er is dus prognostisch geen enkele kans meer dat de verzekerde op termijn één van zijn referentieberoepen zou kunnen hernemen. Het re-integratietraject bestaat dus uit een professionele heroriëntering waarbij nieuwe beroepscompetenties worden verworven.

Op het einde van het re-integratietraject in niveau 2.B of 3, staat het de adviserend geneesheer vrij om een toelating tot werkhervatting te geven in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Evaluatierooster van de arbeidsongeschiktheid					
	Evaluatie	Re-integratie traject	Evaluatie artikel 100, § 1	Acties	Gevolgen
<b>Niveau 1</b>	De evolutie van de gezondheidsproblemen is gunstig om te denken aan een hervatting van het normale beroep Laatste beroep: tijdelijk ongeschikt	Terugkeer naar de laatste arbeidspost	Voldoet niet aan artikel 100, § 1 en is arbeidsgeschikt	Hervatting normale beroepsactiviteiten	Return to work ten laste van de werkgever
<b>Niveau 2</b>	A) Laatste beroep: definitief ongeschikt  Referentieberoepen: geschikt	Definitieve ongeschiktheid voor wat het laatste uitgeoefende beroep betreft, maar medico-socio-professionele geschiktheid om een ander referentieberoep uit te oefenen	Voldoet niet aan artikel 100, § 1 en is arbeidsgeschikt	Actualisatie van beroepscompetenties is niet noodzakelijk:  -nieuwe arbeidspost door oude of nieuwe werkgever, eventueel na een gedeeltelijke werkhervatting op arbeidsrechtelijk vlak  -heroriëntering naar arbeidsmarkt via werkloosheidsverzekering	
				Actualisatie van beroepscompetenties is noodzakelijk:  -nieuwe arbeidspost bij oude of nieuwe werkgever, na actualisatie van beroepscompetenties  -actualisatie van beroepscompetenties via de werkloosheidsverzekering	Professionele rehabilitatie ten laste van de werkgever  Professionele rehabilitatie ten laste van de werkloosheidsverzekering

Evaluatierooster van de arbeidsongeschiktheid (vervolg)					
	Evaluatie	Re-integratie traject	Evaluatie artikel 100, § 1	Acties	Gevolgen
	<p>B) Laatste beroep: definitief ongeschikt</p> <p>Referentieberoepen: ongeschikt, maar gunstige prognose op termijn</p>	<p>Definitieve ongeschiktheid voor wat het laatste beroep betreft. Wat de referentieberoepen betreft, wordt er verwacht dat de verzekerde op termijn één van de referentieberoepen kan hernemen</p>	<p>Voldoet aan artikel 100, § 1 en is arbeidsongeschikt</p>	<p>Actualisatie van beroepscompetenties is noodzakelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-actualiseren beroepscompetenties voor een referentieberoep</li> <li>-het aanleren van nieuwe beroepscompetenties voor een ander beroep indien een socio-professionele diagnose bepaalt dat het niet uitoefenen van een beroepsactiviteit ertoe leidt dat de verzekerde blijvend van de arbeidsmarkt zal worden verwijderd</li> </ul>	<p>Professionele rehabilitatie ten laste van de uitkeringsverzekering</p> <p>Professionele rehabilitatie ten laste van de uitkeringsverzekering</p>
<b>Niveau 3</b>	<p>De gezondheidsproblemen maken de uitoefening van ieder referentieberoep onmogelijk</p> <p>Laatste beroep: definitief ongeschikt</p> <p>Referentieberoepen: definitief ongeschikt (geen gunstige prognose)</p>	<p>Ongeschiktheid voor alle referentieberoepen</p>	<p>Voldoet aan artikel 100, § 1 en is arbeidsongeschikt</p>	<p>Verwerven van nieuwe beroepscompetenties</p>	<p>Professionele heroriëntering</p>



## 2.3. Referentieberoepen

Om het evaluatierooster correct te kunnen toepassen is ook een goed begrip nodig van welke de referentieberoepen zijn van de verzekerde. De evaluatie van de arbeidsongeschiktheid zal namelijk bepalen tot welk niveau de verzekerde behoort (niveau 1, 2a, 2b of 3) en welke re-integratietrajecten kunnen worden toegepast.

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

Bij de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen dient rekening te worden gehouden met de stand en de opleiding van de sociaal verzekerde, dit om te vermijden dat er een sociale declassering zou zijn in hoofde van de verzekerde.

Daarnaast dient er voor de beoordeling van het verdienvermogen rekening gehouden te worden met 2 categorieën van referentieberoepen:

- de laatst uitgeoefende arbeid en de bijhorende beroepencategorie
- de verschillende beroepen die de sociaal verzekerde heeft uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen hebben, gelet op zijn beroepsopleiding.

Tijdens de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid wordt de vermindering van het verdienvermogen gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de sociaal verzekerde, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

### 2.3.1. CATEGORIE 1: DE BEROEPENCATEGORIE WAARTOE DE DOOR VERZEKERDE LAATST UITGEOEFENDE BEROEPSACTIVITEIT BEHOORT

Een eerste categorie van referentieberoepen is de laatst uitgeoefende arbeid en de bijhorende beroepencategorie. Bij de beroepencategorie moet er een tweevoudig onderscheid worden gemaakt. Een eerste onderscheid is deze van de geschoolde en de ongeschoolde arbeid. Binnen de ongeschoolde arbeid dient er vervolgens nog eens een onderscheid te worden gemaakt tussen zwaar ongeschoolde arbeid en licht ongeschoolde arbeid.

Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een gerechtigde die vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid een activiteit als metser-diender uitoefende. Voordat hij echter metser-diender werd, heeft hij nog een opleiding tot automechanieker gevolgd, maar hij heeft nooit als dusdanig gewerkt. Bij de evaluatie van de eerste categorie, moeten dus als referentieberoepen worden beschouwd:

- laatst uitgeoefende arbeid: metser-diender
- beroepencategorie: zware ongeschoolde arbeid.

### 2.3.2. CATEGORIE 2: DE VERSCHILLENDE BEROEPEN DIE HIJ HEEFT UITGEOEFEND OF ZOU KUNNEN UITOEFENEN HEBBEN UIT HOOFDE VAN ZIJN BEROEPSOPLEIDING

Als op basis van een evaluatie van het eerste criterium (laatst uitgeoefende arbeid en bijhorende beroepencategorie) de arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld, dient er nog steeds te worden onderzocht of de arbeidsongeschiktheid ook vaststaat ten aanzien van de tweede categorie van referentieberoepen, met name de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.<sup>1</sup>

Betreffende ongeschoolde arbeid kan worden gesteld dat in navolging van twee arresten van het Hof van Cassatie van 17 maart 1980<sup>2</sup> en van 26 februari 1990<sup>3</sup> de meerderheid van de rechtspraak oordeelt dat een werknemer die arbeidsongeschikt erkend is om zware arbeid uit te oefenen, wiens beroepsverleden of wiens laatst uitgeoefende beroep beperkt blijft tot het uitoefenen van zware ongeschoolde arbeid, arbeidsongeschikt kan worden erkend in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, wanneer er nog de mogelijkheid blijft bestaan om middelzware of lichte arbeid te verrichten die verenigbaar is met de gezondheidstoestand en die geen specifieke scholing vereist.

Er wordt algemeen aanvaard dat ongeschoolde arbeid niet noodzakelijk zware arbeid is, maar dat er ook laaggekwalificeerde activiteiten bestaan die slechts lichte of matige fysieke inspanningen vereisen. In deze context zijn vaak volgende activiteiten terug te vinden: portier, conciërge, kassierster, toezichter of bewaker, schoonmaakster, bepaalde vormen van bandwerk of inpakkingswerk.

Wanneer de metser-diender in het voorbeeld arbeidsongeschikt wordt geacht voor zijn laatst uitgeoefende beroep en de bijhorende beroepencategorie (zware ongeschoolde arbeid), dient er dus te worden nagegaan of hij tevens arbeidsongeschikt is voor de uitoefening van middelzware of lichte ongeschoolde arbeid.

Wat betreft de beroepsopleiding interpreteert de rechtspraak een beroepsopleiding als “het geheel van de theoretische en praktische kennis van een beroep, een techniek, zij kan bestaan zonder diploma, zij kan verworven worden door de professionele praktijk; zij kan bestaan door de professionele studies alleen of door de studies welke zijn geëindigd door een diploma zelfs indien zij niet gevolgd zijn geweest door een beroepspraktijk.”<sup>4</sup>

De rechtspraak is verder van oordeel dat er bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in het kader van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 er ook dient “rekening te worden gehouden met een beroepsopleiding die lang geleden tijdens de loopbaan of voor het begin van de loopbaan is verworven, ook al is een opfrissing van de opleiding noodzakelijk. Het gebrek aan beroepservaring die aansluit bij het diploma of bij de schoolopleiding speelt geen rol, net zomin als het ontbreken van een actualisering voor een opleiding die lang geleden is verworven, omdat in de toepasbare norm die van openbare orde is en die strikt dient te worden geïnterpreteerd, het volgende referentiecriterium is vastgelegd: “de beroepen die de verzekerde heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen met de beroepsopleiding die hij genoot.”<sup>5</sup>

Het ontbreken van een actualisatie van het verworven diploma heeft geen invloed op de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen.<sup>6</sup> De actualisering van vroeger verworven competenties is een risico dat niet ten laste is van de uitkeringsverzekering, maar wel van de werkloosheidsverzekering.<sup>7</sup>

1. PH. GOSSERIES, “L’incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoires”, J.T.T. 1997, 77-89.

2. Cass. 17.03.1980, Inf. Riziv 1980/4, p. 286.

3. Cass. 26.02.1990, Inf. Riziv 1990/3, p. 205.

4. Arbh. Bergen 20.11.1991, J.T.T. 1992, 153; Arbh. Bergen 23.10.1998, Rechtspraakrepertorium RIZIV, 4.1.2.171; Arbh. Bergen 27.06.2003, Inf. Riziv 2003/4, 520; Arbh. Bergen 13.10.2011, Inf. RIZIV 2011/3, p. 325.

5. Arbh. Bergen 27.06.2003, Inf. Riziv 2003/4, 520; Arbeidsrechtbank Namen 20.12.2012.

6. Arbh. Brussel 14.03.1991, Rechtspraakrepertorium RIZIV, 4.1.2.200, p. 28.

7. Arbh. Bergen 27.06.2003, Inf. Riziv 2003/4, 520; Arbeidsrechtbank Namen 20.12.2012; zie in deze zin ook Regards croisés sur la sécurité sociale, CUP, 2012, 281.

In principe dient er dus rekening te worden gehouden met de gevolgde opleiding(en) om te bepalen of de gerechtigde arbeidsgeschikt is. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat dit niet mag leiden tot het arbeidsgeschikt verklaren van een gerechtigde wiens kennis voor de uitoefening van een bepaald beroep dermate achterhaald is (bv. ingevolge de technologische evolutie) dat hij dit beroep toch niet zou kunnen uitoefenen waardoor dit ook niet meer als referentieberoep kan worden beschouwd.

In het voorbeeld van de metsersdiender die nog een opleiding tot automechanieker heeft gevolgd, maar deze nooit heeft uitgeoefend, dient het verdienvermogen in principe dus ook te worden beoordeeld ten aanzien van het beroep automechanieker. De vraag stelt zich of er met deze opleiding nog moet worden rekening gehouden indien de gerechtigde hiervan geen toepasbare kennis meer heeft.

Zo zal iemand die 10 jaren geleden een cursus boekhouden of een cursus tot automechanieker heeft gevolgd, en in de praktijk nooit als boekhouder of automechanieker heeft gewerkt niet in staat zijn om het actuele beroep uit te oefenen omdat deze opleidingen op 10 jaar tijd sterk zijn geëvolueerd.

In dit kader kan ook worden gedacht aan iemand die jaren geleden een opleiding informatica heeft gevolgd maar deze nooit beroepsmatig heeft uitgeoefend.

Kortom, bij beroepsopleidingen die sterk onderhevig zijn aan evoluties (op technologisch, maatschappelijk vlak) meent de Dienst dat bovenvermelde rechtspraak dient te worden genuanceerd en dat een niet geactualiseerde opleiding in deze beroepscategorieën geen onderdeel uitmaakt van de referentieberoepen.

In dezelfde zin stelt zich de vraag of er bij de beoordeling van het verdienvermogen rekening moet worden gehouden met een beroep dat een verzekerde lang geleden heeft uitgeoefend. Indien de verzekerde arbeidsgeschikt wordt geacht op basis van een beroep dat hij lang geleden heeft uitgeoefend, kan de slaagkans van een terugkeer op de arbeidsmarkt naar dit beroep eveneens in vraag worden gesteld.


De Dienst meent dan ook dat er bij de beoordeling van het verdienvermogen evenmin rekening kan worden gehouden met een beroep dat een verzekerde lang geleden heeft uitgeoefend.

### 2.3.3 VERBAND MET HET NIVEAU VAN DE EVALUATIE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Zoals hierboven reeds aangehaald behoren volgende situaties niet langer tot de referentieberoepen:

- beroepsopleidingen die sterk onderhevig zijn aan evoluties (op technologisch, maatschappelijk vlak) en die niet geactualiseerd zijn (d.w.z. de gerechtigde heeft de opleiding nooit beroepsmatig uitgeoefend)
- beroepen die de gerechtigde lange tijd niet meer heeft uitgeoefend en waardoor ingevolge de snelle evolutie van het beroep de beroepscompetenties verloren zijn gegaan.

Dit heeft een invloed op de evaluatie in toepassing van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:

 Voorbeeld:  
indien de gerechtigde een cursus automechanica heeft gevolgd en in de praktijk nooit als automechanieker heeft gewerkt, maar wel als metsersdiender zal er met de gevolgde cursus automechanica geen rekening worden gehouden bij de beoordeling van het verdienvermogen.

Indien de gerechtigden voldoen aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 dient in het evaluatierooster vervolgens onderzocht te worden of deze gerechtigden een actualisatie van hun beroepscompetenties nodig hebben via een professionele rehabilitatie, dan wel nieuwe beroepscompetenties dienen aan te leren door een professionele heroriëntering.

Indien wordt verwacht dat de gerechtigde op termijn één van zijn referentieberoepen kan herneemen, is niveau 2. B van het evaluatierooster van toepassing. Toegepast op het voorbeeld, waarbij de gerechtigde een cursus automechanica heeft gevolgd, maar dit nooit beroepsmatig heeft uitgeoefend, kunnen volgende referentieberoepen worden onderscheiden:

- laatst uitgeoefende arbeid: metser-diender
- beroepencategorie: zware ongeschoolde arbeid.

De re-integratie kan erin bestaan de beroepscompetenties te actualiseren voor één van de referentieberoepen, dan wel een ander beroep aan te leren indien het niet uitoefenen van een beroepsactiviteit ertoe leidt dat de verzekerde blijvend van de arbeidsmarkt zal verwijderd worden.



Doordat de gerechtigde het beroep van automechanieker nooit heeft uitgeoefend, en enkel de cursus heeft gevolgd, wordt het beroep automechanieker niet meer als referentieberoep beschouwd. Indien de gerechtigde dus opnieuw een cursus automechanica zou volgen, leert hij een nieuw beroep aan.

Indien wordt geoordeeld dat de gerechtigde definitief ongeschikt is voor alle referentieberoepen, is niveau 3 van het evaluatierooster van toepassing. Het re-integratietraject zal vervolgens bestaan uit het verwerven van nieuwe beroepscompetenties, door bijvoorbeeld opnieuw een cursus automechanica te volgen of een opleiding tot een ander beroep te volgen.

## 2.4. Gebruik van het evaluatierooster van de arbeidsongeschiktheid

De onderstaande manier van werken:

- moedigt een systematische reflectie en initiatieven met betrekking tot socio-professionele re-integratie door de adviserend geneesheer van bij het begin van de arbeidsongeschiktheid aan
- voorziet in controle door en interactie met de GRI vanaf de intrede in invaliditeit
- maakt het geheel van de inspanningen/initiatieven van de uitkeringsverzekering op het vlak van socio-professionele re-integratie zichtbaar.

### Begin van de arbeidsongeschiktheid

Reeds bij het eerste gesprek met de verzekerde evalueert de adviserend geneesheer het niveau van de arbeidsongeschiktheid aan de hand van het evaluatierooster.

### Intrede in invaliditeit

Bij het opmaken van de medische steekkaart tot intrede in invaliditeit evalueert de adviserend geneesheer de arbeidsongeschiktheid opnieuw aan de hand van het rooster en maakt alle nuttige gegevens over de ondernomen acties met betrekking tot socio-professionele re-integratie over aan de GRI, voor de niveaus 2.B en 3. Deze gegevens worden op de medische steekkaart vermeld en gemotiveerd in rubriek 7: "socio-professionele bespreking".

Bij het behandelen van deze steekkaart besteedt de GRI de nodige aandacht aan de mogelijkheden tot socio-professionele re-integratie en maakt zijn eventuele vragen en opmerkingen onmiddellijk over aan de adviserend geneesheer via de medische directies.

### **Verlenging van de invaliditeit**

Bij iedere aanvraag tot verlenging wordt op dezelfde manier tewerk gegaan. De adviserend geneesheer evalueert de arbeidsongeschiktheid opnieuw aan de hand van het rooster en maakt alle nuttige gegevens over de ondernomen acties met betrekking tot socio-professionele re-integratie over aan de GRI. De GRI besteedt de nodige aandacht aan de mogelijkheden tot socio-professionele re-integratie en maakt zijn eventuele vragen en opmerkingen onmiddellijk over aan de adviserend geneesheer.

## 3. Vergelijking tussen de professionele rehabilitatie en de professionele heroriëntering

### 3.1. Verschil in doelgroep tussen de professionele rehabilitatie en de professionele heroriëntering

Voor de bespreking van het onderscheid tussen de professionele rehabilitatie en de professionele heroriëntering dient er vooreerst te worden vermeld dat de professionele rehabilitatie ten laste van de werkgever of desgevallend de werkloosheidsverzekering (zie niveau 2.A) niet wordt besproken omdat deze niet door de uitkeringsverzekering wordt ten laste genomen.

De professionele rehabilitatie (niveau 2.B) en de professionele heroriëntering (niveau 3) ten laste van de uitkeringsverzekering worden van elkaar onderscheiden door de doelgroep waarop zij van toepassing zijn. Bij een professionele rehabilitatie is de verzekerde dus definitief ongeschikt voor het laatste beroep. Wat de referentieberoepen betreft is er een gunstige prognose waarbij er wordt verwacht dat hij op termijn één van zijn referentieberoepen terug zal kunnen hernemen. Bij een professionele heroriëntering is de verzekerde definitief ongeschikt zowel voor het laatste beroep als voor de referentieberoepen. De verwachting dat de verzekerde één van zijn referentieberoepen nog zal kunnen hernemen is dus onbestaande.

### 3.2. Gelijkenissen tussen de professionele rehabilitatie en de professionele heroriëntering

#### 3.2.1. DE FASEN VAN ORIËNTERING, OPLEIDING EN RE-INTEGRATIE

Het proces van professionele rehabilitatie of heroriëntering omvat volgende fasen: oriënteringfase, opleidingsfase en de re-integratiefase; waarbij op het einde van deze re-integratiefase (maximum 6 maanden vanaf de maand volgend op de maand waarin de opleiding werd beëindigd) de arbeidsongeschiktheid zal worden geherevalueerd rekening houdend met de nieuw verworven competenties.

Hierna wordt elk van deze fasen toegelicht, telkens met praktische richtlijnen en verwijzing naar de betreffende omzendbrieven.

##### 3.2.1.1. Oriënteringsfase

In deze fase worden de competenties en de vaardigheden van de verzekerde in kaart gebracht, rekening houdend met zijn voorkeuren.

De HCGRI garandeert de tenlasteneming van een oriënterend onderzoek<sup>8</sup>. Zonder voorafgaande toestemming van de HCGRI kan de adviserend geneesheer, in samenspraak met de verzekerde:

- **In het kader van een klassiek programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering:** een beroepsoriënteringsonderzoek aanvragen bij een psycholoog of in een gespecialiseerd centrum (de adviserend geneesheer moet een aanvraag indienen bij de HCGRI):
  - de adviserend geneesheer maakt de aanvraag over aan het centrum of aan de psycholoog
  - het centrum of de psycholoog nodigen de verzekerde uit, voeren het onderzoek uit, bespreken de resultaten met de verzekerde en maken ze over aan de adviserend geneesheer.
- **In het kader van een samenwerkingsovereenkomst:** een aanvraag doen voor een oriënterende module bij de regionale dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding<sup>9</sup>
  - De adviserend geneesheer vult het aanmeldingsformulier in waarmee de verzekerde zich aanmeldt bij deze dienst
  - Deze dienst schrijft de verzekerde in, start de oriënterende module, bespreekt de resultaten van het oriënteringsonderzoek met de verzekerde en maakt ze over aan de adviserend geneesheer.

Na afloop van het oriënterend onderzoek dient de adviserend geneesheer de aanvraag voor tenlasteneming in bij de HCGRI, samen met de onkostenstaat en het verslag.

In de samenwerkingsovereenkomsten (VDAB-GTB-NIC-RIZIV; RIZIV-VI-FOREM-AWIPH en RIZIV-VI-ACTIRIS-VDAB-BRUXELLES FORMATION-PHARE) is voorzien dat de adviserend geneesheer de conclusies van de oriënterende module overmaakt aan de HCGRI ter informatie.

### 3.2.1.2. Opleidingsfase

In deze fase bespreekt de adviserend geneesheer elk voorstel van opleiding met de verzekerde, ongeacht of er aan het voorstel een oriënterend onderzoek voorafgegaan is of niet, of het voorstel binnen een samenwerkingsovereenkomst kadert of niet, of het om professionele rehabilitatie of om professionele heroriëntering gaat.

De adviserend geneesheer dient de aanvraag tot tenlasteneming van de opleiding in bij de HCGRI.

Indien het RIZIV de opleiding ten laste neemt, kan de verzekerde starten met de opleiding<sup>10</sup>.

Voor het indienen van de aanvraag bij de HCGRI zijn standaard aanvraagformulieren ter beschikking:

- de opleiding kadert niet in een samenwerkingsovereenkomst: aanvraagformulier
  - de voorgestelde opleiding is niet het resultaat van een oriënterend onderzoek in het kader van de samenwerkingsovereenkomst
  - de voorgestelde opleiding is wel het resultaat van een oriënterend onderzoek in het kader van de samenwerkingsovereenkomst, maar ze wordt door de partner niet erkend.

8. In de samenwerkingsovereenkomsten wordt het oriënterend onderzoek als volgt genoemd: oriënterende module (VDAB), projectbepaling (Forem) en bilan (Actiris).

9. Het RIZIV heeft samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding (VDAB-GBT voor Vlaanderen, Forem-AWIPH voor Wallonië en Actiris-VDAB-Bruxelles Formation en Phare voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

10. Indien de verzekerde start zonder het akkoord van de HCGRI loopt hij het risico dat zijn kosten van het programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering niet terugbetaald worden (cfr. omzendbrief V.I. nr 2012/423 praktische vragen, vraag 2).

- de opleiding kadert in de samenwerkingsovereenkomst: formulier samenwerkingsovereenkomst
  - RIZIV-NIC-VDAB-GTB
  - RIZIV-VI-FOREM-AWIPH
  - RIZIV-NIC-ACTIRIS-Forem-Phare-VDAB.

Bij de behandeling van de aanvragen door de HCGRI kunnen zich verschillende situaties voordoen:

- de HCGRI twijfelt over de arbeidsongeschiktheid. De HCGRI stelt haar beslissing uit en laat de verzekerde eerst onderzoeken door de GCGRI
- de HCGRI twijfelt over de noodzaak van het volgen van een opleiding. De HCGRI stelt haar beslissing uit en vraagt bijkomende inlichtingen aan de adviserend geneesheer
- de HCGRI beslist de opleiding ten laste te nemen
- de HCGRI beslist de opleiding niet ten laste te nemen en motiveert haar beslissing.

De beslissing van de HCGRI wordt betekend aan de verzekerde en aan de V.I.

De Hoge Commissie kent, wanneer zij de aanvraag voor een opleiding goedkeurt, slechts een welbepaalde periode toe.

Na afloop van deze periode dient de adviserend geneesheer telkens aanvragen voor verlenging in bij de HCGRI, tot aan het einde van de opleiding.

Indien er tijdens de opleiding wijzigingen optreden in het traject, dient onderzocht te worden of deze wijzigingen moeten beschouwd worden als een nieuwe eerste aanvraag. Een wijziging ten gronde van het oorspronkelijk goedgekeurde traject, met name een andere opleiding en/of ander opleidingscentrum houden een nieuwe eerste aanvraag in.

Volgende gegevens houden een wijziging in van het goedgekeurde traject:

- wijziging van data en/of periodes
- wijziging van kosten
- wijziging van lesroosters
- bijkomende kosten.

### 3.2.1.3. Re-integratiefase

Na het beëindigen van de opleiding is een re-integratieperiode van maximum zes maanden voorzien. De re-integratieperiode gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de opleiding beëindigd werd.

De adviserend geneesheer superviseert de begeleiding van de verzekerde bij het zoeken naar werk met het oog op zijn re-integratie op de arbeidsmarkt.

De adviserend geneesheer kan tijdens de re-integratieperiode de arbeids(on)geschiktheid van de verzekerde opnieuw evalueren, maar enkel op basis van de vroegere competenties. Hij mag dus nog geen rekening houden met de tijdens de opleiding verworven competenties.

De adviserend geneesheer of de Geneeskundige raad voor invaliditeit evalueert de arbeids(on)geschiktheid opnieuw na afloop van de re-integratiefase. Bij deze evaluatie wordt rekening gehouden met de nieuwe vaardigheden verworven tijdens de opleiding<sup>11</sup>.

De adviserend geneesheer maakt onmiddellijk na de re-integratieperiode en zes maanden na het einde van de re-integratieperiode een evaluatieverslag over aan de HCGRI. Hij vult daartoe de voorziene rubrieken van het aanvraagformulier in.

11. Art 215septies van het K.B. van 03.07.1996.

### 3.2.2. TENLASTENEMING VAN DE KOSTEN VERBONDEN AAN DE FASEN VAN ORIËNTERING, OPLEIDING (PROFESSIONELE REHABILITATIE EN PROFESSIONELE HERORIËNTERING) EN RE-INTEGRATIE

#### 3.2.2.1. Algemeen

De verzekeringsinstellingen betalen in het kader van een door de HCGRI goedgekeurd programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering onder bepaalde voorwaarden de kosten terug bij de fase van oriëntering, opleiding en re-integratie.



Voorbeeld:

als de betrokkene naar een centrum voor beroepsoriëntering gestuurd werd voor een beroepsoriënteringsonderzoek worden de kosten hiervan aan deze instelling terugbetaald. Als de betrokkene bepaalde kosten zelf heeft betaald (bijv. inschrijvingsgeld of materiaal voor een door de HCGRI goedgekeurde opleiding), worden deze terugbetaald aan de betrokkene, na voorlegging van de bewijzen.

De kostprijs van de effectieve inschakeling van een gerechtigde die een programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering heeft gevolgd, bestaat uit de verschillende uitgaven die worden aangegaan om de integratie op de arbeidsmarkt te bevorderen. Deze kosten kunnen ten laste worden genomen indien zij rechtstreeks bijdragen tot de integratie en in verhouding zijn met het te bereiken doel.<sup>12</sup> Het gaat meer bepaald om de kosten voor begeleiding naar werk van de gerechtigde, de kosten voor de briefwisseling of de kosten die samenhangen met het solliciteren, bijvoorbeeld de verplaatsingskosten.

Deze kosten kunnen ten laste worden genomen voor een periode van maximaal zes maanden vanaf de maand volgend op de maand waarin het voormeld programma met succes is afgerond.

Voor de tenlasteneming van de kosten gelden de volgende richtlijnen:

*de opleiding kadert niet in de samenwerkingsovereenkomst met een gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding (m.a.w. = klassieke procedure)*

- kosten voor het beroepsoriënteringsonderzoek worden ten laste genomen. De adviserend geneesheer dient een aanvraag in bij de HCGRI die beslist over de tenlasteneming
- kosten van de opleiding worden ten laste genomen mits goedkeuring door de HCGRI van de opleiding
- kosten verbonden aan de re-integratie worden ten laste genomen mits goedkeuring door de HCGRI. De adviserend geneesheer dient een aanvraag in bij de HCGRI die beslist over de tenlasteneming.

*de opleiding kadert in de samenwerkingsovereenkomst met*

#### • VDAB-GTB

- Voor de oriënterende module is er een forfaitair bedrag van 2.500 EUR bepaald. De adviserend geneesheer maakt de conclusie van de oriëntering over aan de HCGRI ter informatie.
- Het forfaitair bedrag van 10.000 EUR voor een opleidingstraject omvat de opleiding en de begeleiding door de VDAB tijdens de opleiding en tijdens de re-integratieperiode. Voor de tenlasteneming van de kosten is een goedkeuring nodig van de HCGRI.

12. Art 215 *quinquies* van het K.B. van 03.07.1996.



- **Forem-Awiph**
- Fase bepaling project
  - Geen aanvraag door adviserend geneesheer voor kosten tot en met 6.000 EUR. De advise-rend geneesheer maakt de conclusie van de oriëntering over aan de HCGRI ter informatie
  - Voor de tenlasteneming van kosten van meer dan 6.000 EUR moet de adviserend genees-heer een gemotiveerde aanvraag tot tenlasteneming indienen bij de HCGRI.
- Fase opleiding
  - Er dient steeds een aanvraag tot goedkeuring van de tenlasteneming van de kosten te worden ingediend bij de HCGRI.
- Fase Re-integratie
  - Geen aanvraag door adviserend geneesheer voor kosten tot en met 2.000 EUR. De advise-rend geneesheer informeert de HCGRI over de acties tot re-integratie
  - Voor de tenlasteneming van kosten van meer dan 2.000 EUR moet de adviserend genees-heer een gemotiveerde aanvraag indienen bij de HCGRI.
- **ACTIRIS-VDAB-Bruxelles Formation-Phare**
- Fase bilan
  - Geen aanvraag door adviserend geneesheer voor kosten tot en met 2.000 EUR. De advise-rend geneesheer maakt de conclusie van de oriëntering over aan de HCGRI ter informatie
  - Voor de tenlasteneming van kosten van meer dan 2.000 EUR moet de adviserend genees-heer een gemotiveerde aanvraag indienen bij de HCGRI.
- Opleidingsfase
  - Er dient steeds een aanvraag tot goedkeuring van de tenlasteneming van de kosten te wor-den ingediend bij de HCGRI.
- Re-integratiefase
  - Geen aanvraag door adviserend geneesheer voor kosten tot en met 2.000 EUR. De advise-rend geneesheer informeert de HCGRI over de acties tot re-integratie
  - Voor de tenlasteneming van kosten van meer dan 2.000 EUR moet de adviserend genees-heer een gemotiveerde aanvraag indienen bij de HCGRI.

### 3.2.2.2. Verplaatsingskosten

De verplaatsingskosten verbonden aan een programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering worden vergoed volgens de criteria zoals bepaald door de Hoge Commissie van de GRI. Als basisregel voor de terugbetaling geldt dat ze dient te gebeuren op basis van het goedkoopste tarief van het openbaar vervoer. *In concreto* kunnen er zich drie mogelijkheden voordoen:

1. De rechthebbende gebruikt het openbaar vervoer (basisregel):

Een maandelijkse vergoeding op basis van het goedkoopste tarief van een maandabonnement van het openbaar vervoer (voor een voltijdse opleiding) of op basis van het goedkoopste tarief per traject (heen-terug) van het openbaar vervoer (voor een deeltijdse opleiding). In dit laatste geval mag de totale maandelijkse kost nooit hoger zijn dan de prijs van een maandabonnement.

2. De rechthebbende gebruikt een eigen vervoermiddel: als de rechthebbende het openbaar vervoer niet kan gebruiken om een andere dan een medische reden en gebruik maakt van een eigen vervoermiddel (bijvoorbeeld wagen), dan kan hij de tegenwaarde van de verplaatsing per openbaar vervoer terugbetaald krijgen *a rato* van 0,15 EUR per kilometer, na mededeling van die reden aan de Hoge Commissie van de GRI.

3. De rechthebbende gebruikt zijn eigen wagen wegens medische redenen: indien de rechthebbende, om medische redenen, zich enkel in een personenwagen kan verplaatsen, kan hij in dit geval na expliciet akkoord van de Hoge Commissie van de GRI een kilometervergoeding van 0,25 EUR per kilometer verkrijgen voor het gebruik van een personenwagen.

### 3.2.2.3. Een specifieke situatie: mutatie

Aangezien een programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering over een langere periode kan lopen, is het mogelijk dat de betrokkene tijdens de duur van dit programma van ziekenfonds verandert (mutatie). Wat de betaling van de prestaties betreft, dient het ziekenfonds waarbij de betrokkene is aangesloten op het moment waarop de betaling van de prestaties gevraagd wordt, deze kosten ten laste te nemen.



#### Voorbeeld:

Een gerechtigde volgt een beroepsopleiding van januari 2013 tot juni 2013. Op 1 april 2013 verandert hij van ziekenfonds A naar ziekenfonds B. Alle kosten waarvoor een betaling wordt gevraagd vanaf 1 april 2013 – hetzij door de betrokkene, hetzij door de instelling die de opleiding heeft ingericht – dienen te worden gericht aan ziekenfonds B.

### 3.2.3. FINANCIËLE STIMULI TIJDENS EN NA HET PROGRAMMA VAN PROFESSIONELE REHABILITATIE OF HERORIËNTERING

De gerechtigde die een programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering volgt, kan aanspraak maken op een premie van vijf EUR per effectief gevolgd uur van opleiding, begeleiding of scholing. De betaling gebeurt na ontvangst van het attest waarin het aantal effectief gevolgde uren wordt meegedeeld en uiterlijk de laatste werkdag van de daaropvolgende maand.

De gerechtigde die een programma van professionele rehabilitatie of heroriëntering met succes heeft doorlopen, kan aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR. De betaling gebeurt in de maand volgend op de maand waarin het programma wordt beëindigd.

Bovenvermelde bedragen worden niet geïndexeerd.

### 3.2.4. TERUGVORDERING VAN TEN ONRECHTE VERLEENDE PRESTATIES

Aangezien de programma's inzake professionele rehabilitatie of heroriëntering ten laste worden genomen door de uitkeringsverzekering zijn de bepalingen over de terugvordering van ten onrechte verleende prestaties ten laste van de uitkeringsverzekering (art. 164, eerste lid van de gecoördineerde wet) evenals de toepasselijke verjaringstermijnen (art. 174, eerste lid, 5<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet) van toepassing. In voorkomend geval zou een aanvraag tot verzaking aan terugvordering ingediend kunnen worden in het kader van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

### 3.2.5. WETTELIJK VERMOEDEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Tijdens het volgen van een door de HCGRI goedgekeurd programma in het kader van een professionele rehabilitatie of een heroriëntering geldt een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid (art. 239, § 2 van het K.B. van 03.07.1996). Dit vermoeden geldt enkel tijdens de opleiding. Dit vermoeden geldt noch tijdens de fase van oriëntering noch tijdens de fase van re-integratie.

### 3.2.6. BEREKENING VAN DE UITKERING VAN EEN GERECHTIGDE DIE OPNIEUW ARBEIDSONGESCHIKT WORDT NA HET DOORLOPEN VAN EEN PROGRAMMA VAN PROFESSIONELE REHABILITATIE OF HERORIËNTERING

Er wordt herinnerd aan de garantiemaatregel van artikel 43 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 die bepaalt dat als een gerechtigde, na een tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid van meer dan zes maanden of na een tijdvak van invaliditeit, arbeidsongeschikt wordt verklaard buiten de termijnen van hervat (dus vanaf 14 dagen tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid en vanaf drie maanden in de invaliditeit), maar binnen de 24 maanden na het einde van het vorige tijdvak van arbeidsongeschiktheid, het gemiddeld dagloon voor de berekening van de uitkeringen niet lager mag zijn dan wanneer de eerste arbeidsongeschiktheid ononderbroken had voortgeduurd.

Bovendien wordt tijdens een periode van volledig gecontroleerde werkloosheid het tijdvak van 24 maanden geschorst.



Voorbeeld:

Een verpleegkundige tewerkgesteld in de ziekenhuissector (met een bruto-inkomen van 2000 EUR per maand) wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 februari 2013. Tijdens zijn arbeidsongeschiktheid volgt hij van 1 maart 2013 tot en met 30 juni 2013 een professionele heroriëntering – een omscholing tot lesgever – goedgekeurd door de Hoge Commissie van de GRI. Betrokkene slaagt in deze opleiding en vat dankzij de nieuw verworven competenties een activiteit als docent (met een bruto-inkomen van 1.900 EUR per maand) aan op 25 september 2013. Op 15 februari 2014 wordt hij echter opnieuw arbeidsongeschikt. In toepassing van de bovenvermelde garantiemaatregel worden zijn uitkeringen berekend op basis van zijn (hoger) loon uit zijn initiële tewerkstelling als verpleegkundige.

### 3.2.7. VOORTGEZETTE VERZEKERING

De gerechtigde die na afloop van de termijn van zes maanden, als bedoeld in voormeld artikel 215<sup>septies</sup>, niet langer arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet en die een beroep uitoefent waardoor hij onderworpen wordt aan het sociaal statuut der zelfstandigen of die een beroep uitoefent waarop geen verzekeringsplicht staat krachtens één der wetgevingen inzake sociale zekerheid, kan krachtens artikel 247, § 1, 4<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 in de voortgezette verzekering treden. Op die manier kan hij zijn recht op uitkeringen behouden in het kader van de uitkeringsverzekering voor loontrekkenden als hij later opnieuw arbeidsongeschikt wordt erkend.

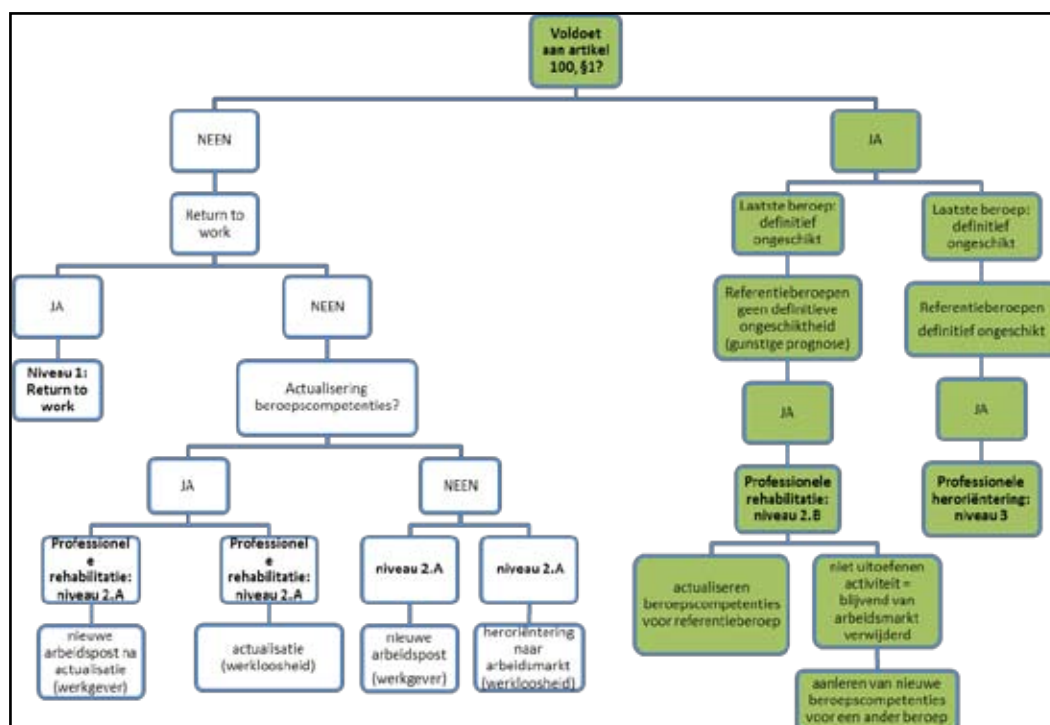
Deze voortgezette verzekering kan worden verleend voor een periode van twee jaar, te rekenen vanaf het verstrijken van bovenvermelde termijn van zes maanden; dit tijdvak kan worden hernieuwd. Gedurende de periode van voortgezette verzekering dient de betrokkene een bijdrage te betalen. Hij dient eveneens een bewijs van hervatting van het bovenvermelde beroep af te leveren aan zijn verzekeringsinstelling (cf. art. 248, eerste lid, b) van bovenvermeld K.B.). Op basis van dit bewijsstuk levert de verzekeringsinstelling een getuigschrift van voortgezette verzekering af en vordert zij de desbetreffende bijdrage van betrokkene (art. 249 van bovenvermeld K.B.).

Deze omzendbrief betreft de socio-professionele re-integratie in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers en vernietigt en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2010/1 de dato 7 januari 2010 voor wat betreft de uitkeringsverzekering voor werknemers. De omzendbrief V.I. nr. 2010/1 de dato 7 januari 2010 blijft van toepassing in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/143 – 407/10 van 18 maart 2014.

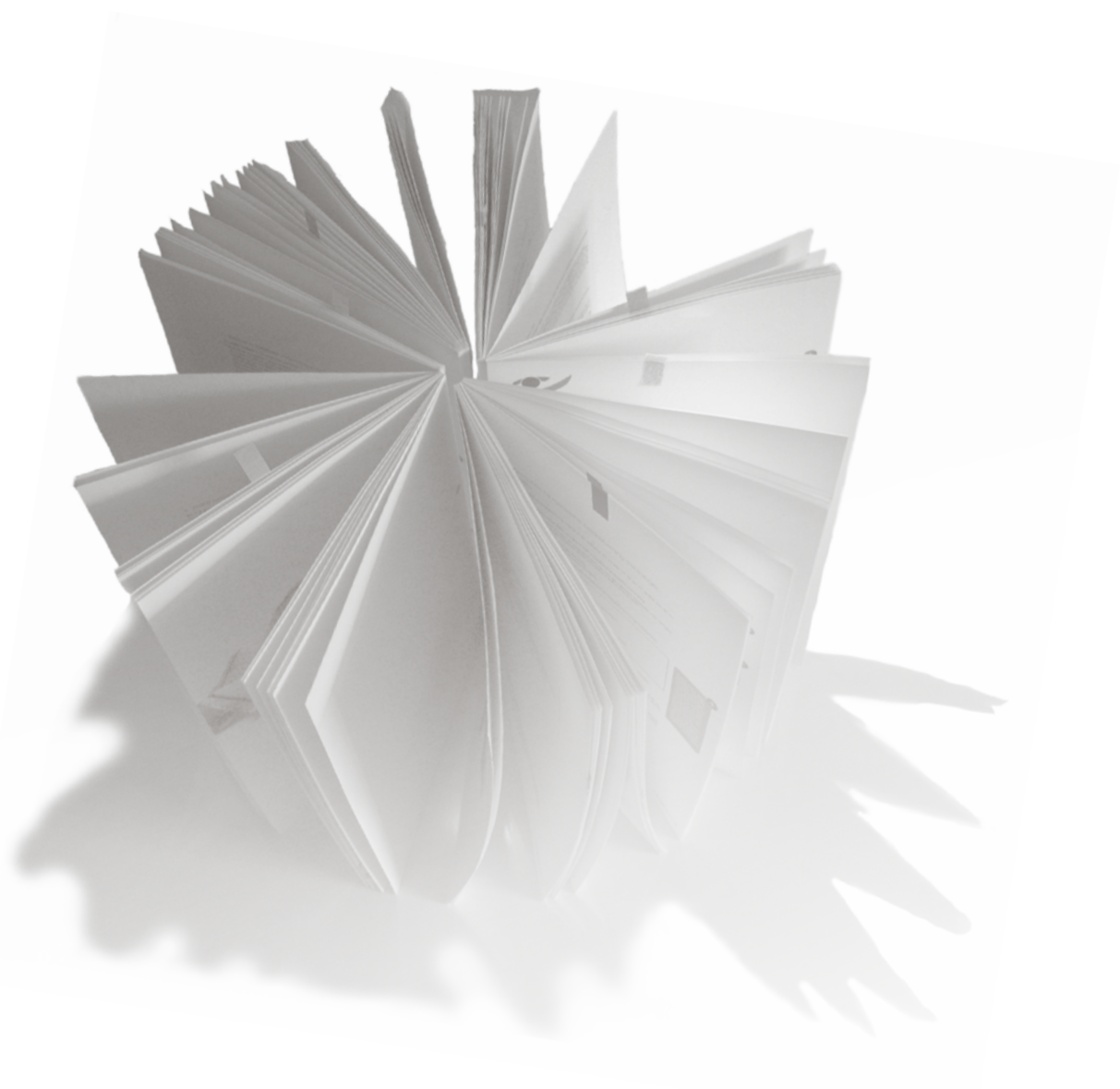
Referentieberoepen	
Evaluatie artikel 100, §1	
Beroepencategorie van de laatst uitgeoefende beroepsactiviteit	Laatst uitgeoefende arbeid Beroepencategorie
De verschillende beroepen die de verzekerde heeft uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding	Geen rekening houden met: niet geactualiseerde opleiding
	Geen rekening houden met: lang geleden uitgeoefend beroep



Belangrijke opmerking: enkel de situaties in de groene kaders worden door de uitkeringsverzekering ten laste genomen.



6<sup>e</sup> Deel  
Basisgegevens



## I. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 01.04.2007)

### Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Van toepassing vanaf 1 januari 2014.

Het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad van 3 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

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

Coëfficiënt 1,70 in 2014

Het bedrag voor 2014 wordt berekend op grond van de instructies van de mechanografie van het kadaster; uitgaande van het bedrag in euro, vermenigvuldiging met de vastgestelde coëfficiënt en normale afronding op de euro.

Dat geeft voor 2014 :        1.264 EUR

211 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/73 – 3991/245 van 5 februari 2014.

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

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

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

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

1 september 2008 indexering

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

1 september 2010 indexering

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

Waarde per trimester (bedragen in EUR)		
1 <sup>ste</sup> trimester 2008	$2.065,42 \cdot 3/3$	2.065,42
2 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.065,42 \cdot 1/3 + 2.106,73 \cdot 2/3$	2.092,96
3 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.106,73 \cdot 2/3 + 2.148,87 \cdot 1/3$	2.120,78
4 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1 <sup>ste</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
4 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
2 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87
3 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 2/3 + 2.191,85 \cdot 1/3$	2.163,20
4 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85
2 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.191,85 \cdot 1/3 + 2.235,68 \cdot 2/3$	2.221,07
3 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
4 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	$2.235,68 \cdot 1/3 + 2.280,40 \cdot 2/3$	2.265,49
2 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
3 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40
4 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 2/3 + 2.326,00 \cdot 1/3$	2.295,60
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00
2 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00
3 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00
4 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00

Van toepassing vanaf 10 februari 2014.



Omzendbrief V.I. nr. 2014/91 – 248/59 van 11 februari 2014.



### III. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2014 Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 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 wordt de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij Koninklijk besluit van 29 juli 1988.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan vier maal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon drie vierden van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving.

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de **Nationale Arbeidsraad sinds 1 december 2012 ongewijzigd is gebleven en nog steeds 1.501,82 EUR bedraagt** moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2014 als volgt worden vastgesteld:

21 jaar en ouder	:	1.501,82 EUR x 4 =	6.007,28 EUR
Minder dan 21 jaar:		6.007,28 EUR x 3/4 =	4.505,46 EUR

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.

Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken

B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 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, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt

C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere EUR te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR , dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**


De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8 , artikel 149-167 (B.S. van 31.12.2002, pag. 58716 – 58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.


Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2014 geldende percentages van de sociale zekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Categorieën	Totale bijdrage	Aandeel van de werkgever	Aandeel van de werknemer
Arbeiders en bedienden	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mijnwerkers	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Overheidsdiensten	7,35 %	3,80 %	3,55 %

Artikel 286, 3<sup>de</sup> alinea, van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de mindervaliden die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80.400 BEF of 1.993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64.800 BEF of 1.606,37 EUR (voor de 19 en 20 jarigen), 48.000 BEF of 1.189,90 EUR (voor de 17 en 18 jarigen) en 40.800 BEF of 1.011,42 EUR (voor de min 17 jarigen).

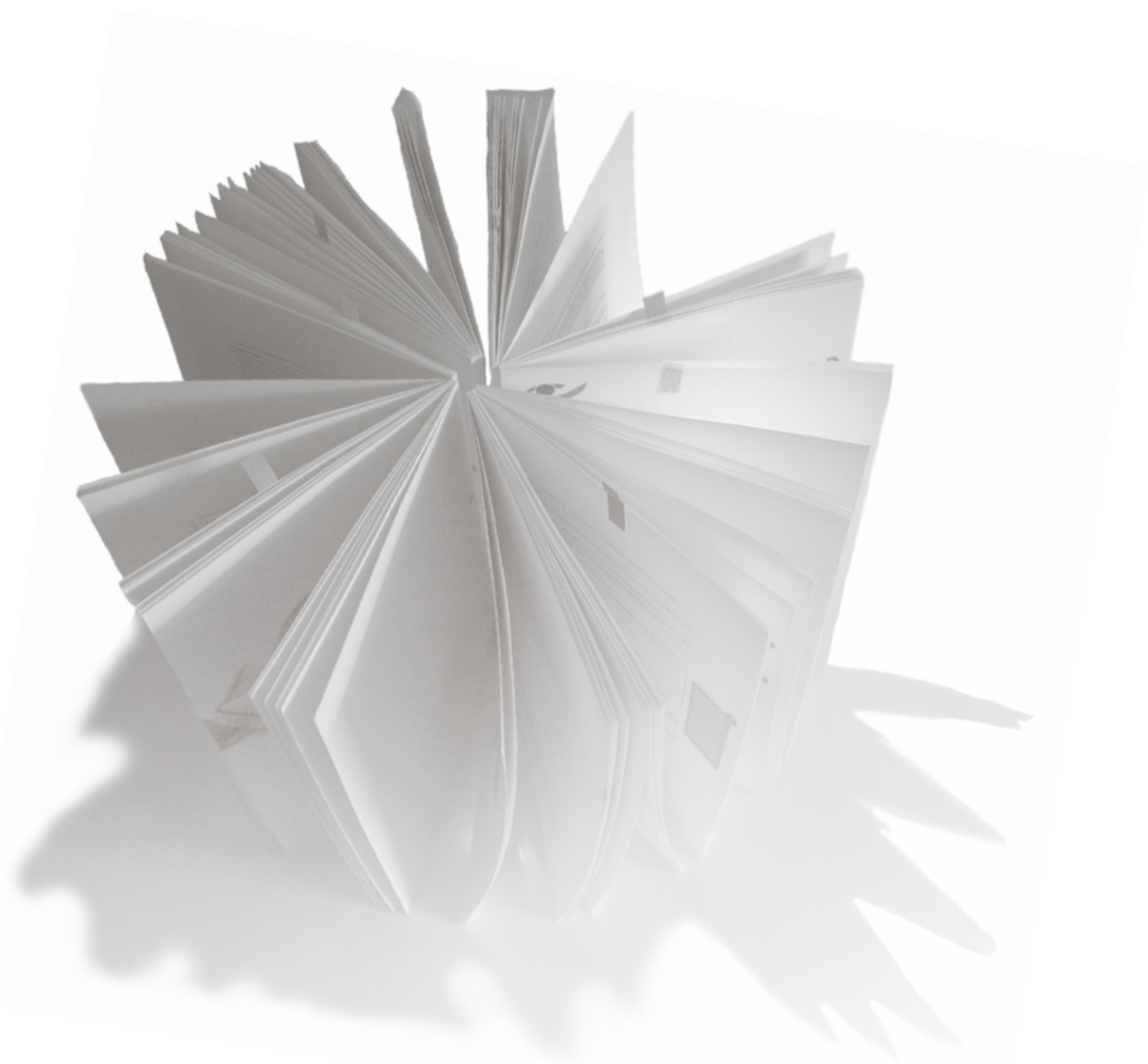
Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

 De tabellen welke u kan terug vinden op de website van het RIZIV – [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) (rubriek verzekeringsinstellingen) geven een overzicht van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR tot 6.008,00 EUR.

 Omzendbrief V.I. nr. 2014/118 – 271/62 van 4 maart 2014.



7<sup>e</sup> Deel  
Statistieken



# I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - Jaar 2013

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Medische beeldvorming	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Speciale verstrekkingen	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Heelkunde	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynaecologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Toezicht	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accreditering geneesheren	3.180	3.180	9.076	10.617	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	46	6.181	6.471	6.547	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	9.075	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Impulsfonds	906	3.004	5.709	6.908	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	430	542	1.393	15.912	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	0	0	0	0	
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	0	0	0	0	
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>1.715.378</b>	<b>3.464.709</b>	<b>5.141.826</b>	<b>6.955.943</b>	<b>7.110.317</b>
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accreditering	7	12	13.121	13.287	13.198
<b>Totaal tandheekkundigen</b>	<b>198.161</b>	<b>388.851</b>	<b>579.468</b>	<b>775.562</b>	<b>810.470</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraria van verpleegkundigen	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Verzorging door kinesitherapeuten	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Verzorging door bandagisten	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Verzorging door opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Verzorging door audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Verpleegdagprijs	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Vervoer	0	0	0	0	238
<b>Totaal</b>	<b>1.268.530</b>	<b>2.572.585</b>	<b>3.877.351</b>	<b>5.195.106</b>	<b>5.334.146</b>

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Geneesheren	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait nierdialyse	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) Thuis, in een centrum	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
<b>Totaal dialyse</b>	<b>94.125</b>	<b>188.558</b>	<b>288.423</b>	<b>391.476</b>	<b>396.291</b>
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Rustoorden voor bejaarden	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Dagverzorgingscentra	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Loonharmonisering personeel RVT	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Syndicale premie	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	277	
<b>Totaal</b>	<b>604.424</b>	<b>1.169.916</b>	<b>1.766.594</b>	<b>2.366.241</b>	<b>2.367.070</b>
17. Einde loopbaan	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatieven van beschut wonen	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	590	1.260	1.919	2.575	2.634
<b>Totaal</b>	<b>32.792</b>	<b>66.084</b>	<b>101.953</b>	<b>137.069</b>	<b>150.205</b>
19. Revalidatie en herscholing	115.340	243.652	363.792	500.031	561.805
20. Bijzonder Fonds	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopedie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Medisch-pediatrie centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Regularisaties + Herfacturatie	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>125.352</b>	<b>160.709</b>	<b>223.499</b>	<b>329.653</b>	<b>379.760</b>
26. Chronische zieken	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Palliatieve zorgen	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	121	235	397	535	526
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Therapeutische projecten	134	263	407	521	1.335
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>380</b>	<b>735</b>	<b>1.098</b>	<b>1.424</b>	<b>2.686</b>

Tabel I: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2011 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Doelstelling
32. Geïnterneerden	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Tabaksonwenning	224	430	629	837	2.535
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	50.000
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. MS/ALS/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Chronische ziekten extra	0	0	0	0	9.069
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.964
45. Sociaal akkoord	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Diversen	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectatie toekomstfonds					0
- Initiatieven 2010 BMF					0
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					1.093.460
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.148.607</b>
<b>Algemeen totaal</b>	<b>5.993.230</b>	<b>11.922.699</b>	<b>17.837.635</b>	<b>24.077.470</b>	<b>25.869.336</b>

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Medische beeldvorming	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Speciale verstrekkingen	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Heelkunde	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynaecologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Toezicht	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accreditering geneesheren	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	22	6.239	6.734	6.802	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	3.476	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Impulsfonds	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	432	637	685	17.093	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	0	0	0	0	
p) financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	0	0	0	0	
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>1.886.293</b>	<b>3.745.514</b>	<b>5.463.071</b>	<b>7.265.430</b>	<b>7.304.023</b>
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accreditering	15	26	13.893	14.076	14.148
<b>Totaal tandheelkundigen</b>	<b>204.043</b>	<b>402.123</b>	<b>599.517</b>	<b>804.594</b>	<b>822.036</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraria van verpleegkundigen	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Verzorging door kinesitherapeuten	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Verzorging door bandagisten	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Verzorging door opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Verzorging door audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Verpleegdagprijs	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Vervoer	0	0	0	0	238
<b>Totaal</b>	<b>1.330.420</b>	<b>2.685.322</b>	<b>4.037.545</b>	<b>5.418.398</b>	<b>5.537.867</b>
14. Militair hospitaal - all-in prijs	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait nierdialyse	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) Thuis, in een centrum	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	0
<b>Totaal dialyse</b>	<b>100.271</b>	<b>201.059</b>	<b>302.445</b>	<b>404.042</b>	<b>417.311</b>



Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Rustoorden voor bejaarden	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Dagverzorgingscentra	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Syndicale premie	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	132	438	
<b>Totaal</b>	<b>628.583</b>	<b>1.233.979</b>	<b>1.854.695</b>	<b>2.484.066</b>	<b>2.516.463</b>
17. Einde loopbaan	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatieven van beschut wonen	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	688	1.419	2.080	2.715	2.955
<b>Totaal</b>	<b>34.613</b>	<b>68.129</b>	<b>103.192</b>	<b>138.113</b>	<b>152.897</b>
19. Revalidatie en herscholing	127.460	266.005	397.389	533.873	602.074
20. Bijzonder Fonds	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopedie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Regularisaties + Herfacturatie	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>111.124</b>	<b>148.496</b>	<b>214.199</b>	<b>328.002</b>	<b>390.694</b>
26. Chronische zieken	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Palliatieve zorgen	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	171	339	504	700	551
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Therapeutische projecten	105	201	237	337	4.698
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>347</b>	<b>654</b>	<b>916</b>	<b>1.191</b>	<b>5.754</b>
32. Geïnterneerden	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Tabaksontwenning	234	459	645	859	2.575
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	59	120	120	120	0
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	0

Tabel II: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2012 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Doelstelling
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. MS/ALS/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.696
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.507
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	3.053
45. Sociaal akkoord	0	65	823	8.688	18.199
46. Diversen	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Bevriezing gereserveerde bedragen					70.049
- Compensatie besparingen maart 2012					20.247
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					55.147
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					0
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>145.443</b>
<b>Algemeen totaal</b>	<b>6.363.652</b>	<b>12.612.485</b>	<b>18.667.167</b>	<b>24.984.951</b>	<b>25.627.379</b>

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	305.530	635.092	930.408	1.259.253	
b) Medische beeldvorming	281.702	581.964	856.725	1.161.446	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	523.660	1.014.034	1.492.545	1.971.301	
d) Speciale verstrekkingen	308.588	629.042	923.746	1.248.002	
e) Heelkunde	282.989	588.528	865.848	1.171.714	
f) Gynaecologie	22.401	45.755	68.263	92.175	
g) Toezicht	101.673	209.990	309.423	414.273	
h) Forfait accreditering geneesheren	6	8.497	12.291	17.188	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	19	2.339	4.459	8.700	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	19.886	33.644	46.740	59.501	
m) Impulsfonds	7.057	14.640	19.110	22.632	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	473	593	641	17.287	
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland	240	240	240	240	
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen	538	626	694	1.393	
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>1.854.762</b>	<b>3.764.984</b>	<b>5.531.133</b>	<b>7.445.105</b>	<b>7.544.861</b>
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	211.948	419.956	613.738	824.244	826.934
b) Forfait accreditering	29	34	14.928	14.996	14.523
<b>Totaal tandheekkundigen</b>	<b>211.977</b>	<b>419.990</b>	<b>628.666</b>	<b>839.240</b>	<b>841.457</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.060.095	2.160.451	3.180.912	4.257.005	4.248.545
4. Honoraria van verpleegkundigen	298.775	619.416	946.392	1.266.158	1.282.530
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.916	12.485	24.292	24.292	22.307
6. Verzorging door kinesitherapeuten	169.315	331.226	489.487	652.480	657.250
7. Verzorging door bandagisten	65.271	131.966	200.316	274.691	290.265
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	164.573	335.461	488.586	662.940	700.552
10. Verzorging door opticiens	7.163	14.061	20.531	27.211	32.687
11. Verzorging door audiciens	12.766	25.540	39.865	53.343	57.624
12. Verlossingen door vroedvrouwen	4.288	8.420	12.797	17.193	17.638
13. Verpleegdagprijs	1.319.992	2.640.460	3.963.354	5.320.679	5.510.542
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	58.265	122.036	182.498	247.606	260.151
Vervoer	0	0	0	0	235
<b>Totaal</b>	<b>1.378.257</b>	<b>2.762.496</b>	<b>4.145.852</b>	<b>5.568.285</b>	<b>5.770.928</b>
14. Militair hospitaal - all-in prijs	2.694	4.386	6.377	8.332	8.098
15. Dialyse					
a) Geneesheren	38.652	77.024	115.267	154.910	157.208
b) Forfait nierdialyse	36.614	73.390	109.697	148.677	156.119
c) Thuis, in een centrum	28.359	55.131	82.934	112.087	120.947
d) Nachtdialyse	0	0			0
<b>Totaal dialyse</b>	<b>103.625</b>	<b>205.545</b>	<b>307.898</b>	<b>415.674</b>	<b>434.274</b>

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	325.303	656.489	993.009	1.334.243	
b) Rustoorden voor bejaarden	233.360	470.657	712.288	957.047	
c) Dagverzorgingscentra	5.346	10.703	16.228	22.341	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.702	159.897	234.842	310.367	
e) Syndicale premie	2.578	4.096	4.096	4.393	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	3.163	3.163	3.713	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	0	
<b>Totaal</b>	<b>650.289</b>	<b>1.305.005</b>	<b>1.963.626</b>	<b>2.632.104</b>	<b>2.633.895</b>
17. Einde loopbaan	43.748	70.734	97.667	124.602	130.216
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	24.960	49.593	74.352	98.384	107.357
b) Initiatieven van beschut wonen	11.361	21.817	32.692	43.722	44.123
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	768	1.488	2.171	2.818	3.548
<b>Totaal</b>	<b>37.089</b>	<b>72.898</b>	<b>109.215</b>	<b>144.924</b>	<b>155.028</b>
19. Revalidatie en herscholing	134.091	278.394	419.639	567.949	620.727
20. Bijzonder Fonds	313	811	1.118	1.402	14.166
21. Logopedie	21.854	43.694	60.745	82.054	83.691
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	8.312	15.746	23.750	31.562	32.209
24. Regularisaties + Herfacturatie	-30.248	-52.546	-68.907	-81.355	-93.680
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	0
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>111.243</b>	<b>150.106</b>	<b>214.554</b>	<b>331.080</b>	<b>372.949</b>
26. Chronische zieken	22.249	40.986	67.620	95.711	98.806
27. Palliatieve zorgen	3.850	8.034	11.553	12.549	13.387
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.878	7.624	11.252	15.091	20.589
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.881	3.655	5.178	7.016	7.325
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	174	345	542	747	847
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	120	224	331	433	329
b) COMA	99	210	321	470	555
c) Therapeutische projecten	113	213	348	458	4.828
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>332</b>	<b>647</b>	<b>1.000</b>	<b>1.361</b>	<b>5.712</b>
32. Geïnterneerden	11.243	11.243	24.132	37.831	34.522
33. Tabaksontwenning	233	466	670	911	1.233
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	0	0	0	0

Tabel III: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2013 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Doelstelling
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	0
36. Fonds verslaving	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	24.290	52.646	84.403	113.177	115.607
39. MS/ALS/Huntington	2.003	4.138	6.528	8.593	9.056
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	6.029
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	12.310
44. Zeldzame ziekten	0	0	0	0	2.071
45. Sociaal akkoord	1.316	27.712	28.430	28.430	27.137
46. Diversen	1.102	1.936	2.428	8.353	24.413
- Vermindering alternatieve financiering					346.132
- Vermindering alternatieve financiering conclaaf maart 2013					38.745
- Compensatie uitgaven buiten doelstelling					51.448
<b>Totaal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>436.325</b>
<b>Algemeen totaal</b>	<b>6.396.699</b>	<b>12.843.701</b>	<b>19.091.247</b>	<b>25.679.041</b>	<b>26.676.586</b>

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in %

Omschrijving	2012.1 2011.1	2012.2 2011.2	2012.3 2011.3	2012.4 2011.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	13,4	12,1	8,8	6,3
b) Medische beeldvorming	13,9	11,9	8,1	4,3
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,1	4,4	5,2	3,8
d) Speciale verstrekkingen	9,1	8,0	6,3	4,9
e) Heelkunde	8,6	7,0	5,0	4,1
f) Gynaecologie	3,3	3,7	1,6	1,0
g) Toezicht	10,4	8,8	6,9	6,6
h) Forfait accreditering geneesheren	104,8	250,6	70,6	55,0
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-52,2	0,9	4,1	3,9
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				-61,7
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	249,8	-16,0	-21,2	-14,4
m) Impulsfonds	57,2	-46,3	-54,2	-35,2
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,5	17,5	-50,8	7,4
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>10,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,2</b>	<b>4,4</b>
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accreditering	114,3	116,7	5,9	5,9
<b>Totaal tandheelkundigen</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	3,9	2,8	1,0	-0,6
4. Honoraria van verpleegkundigen	7,7	9,2	7,2	6,8
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,5	25,4	15,5	15,5
6. Verzorging door kinesitherapeuten	3,9	1,1	2,5	3,0
7. Verzorging door bandagisten	6,2	5,4	5,7	5,5
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	16,3	16,4	14,8	13,8
10. Verzorging door opticiens	0,2	2,4	2,9	2,1
11. Verzorging door audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	8,0
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3,3	6,3	4,9	4,2
13. Verpleegdagprijs	4,5	4,1	3,9	4,1
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	13,1	11,8	9,5	8,2
Vervoer				
<b>Totaal</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-79,3	-50,8	-66,0	-24,0
15. Dialyse				
a) Geneesheren	7,0	6,6	5,0	3,4
b) Forfait nierdialyse	8,3	8,2	6,1	4,1
c) Thuis, in een centrum	3,6	4,8	3,0	1,8
d) Nachtdialyse				
<b>Totaal dialyse</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>4,9</b>	<b>3,2</b>

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg				
Omschrijving	2012.1 2011.1	2012.2 2011.2	2012.3 2011.3	2012.4 2011.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,6	6,7	6,2	5,4
b) Rustoordelen voor bejaarden	0,7	3,5	4,0	4,4
c) Dagverzorgingscentra	22,6	20,0	18,7	15,7
d) Loonharmonisering personeel RVT	8,9	7,9	6,5	6,6
e) Syndicale premie	2,0	6,9	-41,7	-41,7
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-32,5	-40,6	-58,5	-30,5
g) Palliatieve dagcentra				58,1
<b>Totaal</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
17. Einde loopbaan	9,0	10,4	10,9	11,3
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	2,0	-1,1	-3,0	-2,5
b) Initiatieven van beschut wonen	13,7	13,2	11,7	8,6
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,6	12,6	8,4	5,4
<b>Totaal</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>
19. Revalidatie en herscholing	10,5	9,2	9,2	6,8
20. Bijzonder Fonds	-80,6	-71,2	-68,6	-65,9
21. Logopedie	4,2	4,3	4,2	4,2
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,9	4,9	2,9	3,3
24. Regularisaties + Herfacturatie	-16,1	-10,2	-13,4	-14,5
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
b) Fiscale MAF				
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-0,5</b>
26. Chronische zieken	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Palliatieve zorgen	10,0	6,7	6,1	7,1
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,4	10,0	10,1	10,6
29. Menselijk lichaamsmateriaal	33,6	22,4	21,0	20,7
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	41,3	44,3	27,0	30,8
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	-8,7
b) COMA	12,6	6,1	0,8	-2,8
c) Therapeutische projecten	-21,6	-23,6	-41,8	-35,3
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,0</b>	<b>-16,6</b>	<b>-16,4</b>

Tabel IV: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2011 - 2012 in % - vervolg

Omschrijving	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
32. Geïnterneerden	-38,5	163,2	10,3	-5,4
33. Tabaksontwenning	4,5	6,7	2,5	2,6
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	1,7	-90,4	-93,0	-93,2
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	12,9	10,2	11,2	9,2
39. MS/ALS/Huntington	17,5	14,3	16,2	18,5
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord			-89,7	-51,9
46. Diversen	17,9	34,6	-2,5	-61,4
<b>Algemeen totaal</b>	<b>6,2</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>	<b>3,8</b>



Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in %				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	-4,5	-2,1	-1,7	0,5
b) Medische beeldvorming	-7,0	-5,1	-3,6	-0,9
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	4,6	5,4	5,8	5,3
d) Speciale verstrekkingen	-4,2	-2,8	-2,8	-1,3
e) Heelkunde	-2,5	1,9	3,5	5,1
f) Gynaecologie	-5,1	-3,6	-3,2	-2,4
g) Toezicht	0,9	4,4	5,0	5,7
h) Forfait accreditering geneesheren	-99,9	-23,8	-20,6	4,4
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	-13,6	-62,5	-33,8	27,9
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				-100,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	15,4	18,4	13,6	8,2
m) Impulsfonds	395,6	808,2	631,3	405,6
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	9,5	-6,9	-6,4	1,1
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>-1,7</b>	<b>0,5</b>	<b>1,2</b>	<b>2,5</b>
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	3,9	4,4	4,8	4,3
b) Forfait accreditering	93,3	30,8	7,4	6,5
<b>Totaal tandheekkundigen</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,9</b>	<b>4,3</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	-6,7	-4,2	-3,5	-2,6
4. Honoraria van verpleegkundigen	3,6	4,9	6,5	6,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	6,4	3,4	6,7	6,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,2	3,5	4,3	4,4
7. Verzorging door bandagisten	4,4	1,7	2,5	3,2
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	3,0	5,5	5,2	5,7
10. Verzorging door opticiens	8,5	10,8	12,4	13,6
11. Verzorging door audiciens	13,2	10,6	12,5	5,5
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	5,1	6,0	6,9
13. Verpleegdagprijs	3,8	2,9	2,7	2,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	-0,8	1,8	2,8	4,3
Vervoer	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
<b>Totaal</b>	<b>3,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	470,8	71,3	146,6	16,3
15. Dialyse				
a) Geneesheren	1,4	1,2	1,0	1,6
b) Forfait nierdialyse	3,4	3,3	2,7	4,2
c) Thuis, in een centrum	6,1	2,3	1,8	3,0
d) Nachtdialyse				
<b>Totaal dialyse</b>	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>2,9</b>
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	4,0	5,9	6,1	6,7
b) Rustoorden voor bejaarden	5,0	6,5	6,5	6,5
c) Dagverzorgingscentra	15,6	16,2	16,5	17,8
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,8	2,6	2,3	2,5
e) Syndicale premie	8,0	63,6	63,6	75,5
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	-60,3
g) Palliatieve dagcentra			-100,0	-100,0
<b>Totaal</b>	<b>3,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>
17. Einde loopbaan	16,4	15,1	14,6	14,2
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	6,7	7,9	6,3	5,2
b) Initiatieven van beschut wonen	7,9	5,1	4,8	4,4
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	11,6	4,9	4,4	3,8
<b>Totaal</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>5,8</b>	<b>4,9</b>
19. Revalidatie en herscholing	5,2	4,7	5,6	6,4
20. Bijzonder Fonds	-69,9	-66,8	-64,2	-66,1
21. Logopedie	7,0	5,9	6,0	5,7
22. Medisch-pediatische centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	5,3	4,8	7,1	6,2
24. Regularisaties + Herfacturatie	-10,6	-10,9	-6,0	-4,7
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	0,1	1,1	0,2	0,9
b) Fiscale MAF				
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,9</b>
26. Chronische zieken	7,7	7,9	4,9	5,7
27. Palliatieve zorgen	-1,9	-1,8	2,8	2,2

Tabel V: Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2012 - 2013 in % - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	7,0	9,2	7,7	7,4
29. Menselijk lichaamsmateriaal	16,6	15,6	5,6	5,0
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	1,8	1,8	7,5	6,7
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	17,7
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	-3,3
c) Therapeutische projecten	7,6	6,0	46,8	35,9
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>-4,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>9,2</b>	<b>14,3</b>
32. Geïnterneerden	181,0	-36,1	36,3	29,6
33. Tabaksontwenning	-0,4	1,5	3,9	6,1
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	10,3	16,4	20,5	18,8
39. MS/ALS/Huntington	21,1	11,7	14,9	12,8
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord		42.533,8	3.354,4	227,2
46. Diversen	-29,7	-3,3	-9,5	
<b>Algemeen totaal</b>	<b>0,5</b>	<b>1,8</b>	<b>2,3</b>	<b>2,8</b>

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013

Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie				
b) Medische beeldvorming				
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen				
d) Speciale verstrekkingen				
e) Heelkunde				
f) Gynaecologie				
g) Toezicht				
h) Forfait accreditering geneesheren				
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica				
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie				
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)				
m) Impulsfonds				
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde				
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>24,6</b>	<b>49,9</b>	<b>73,3</b>	<b>98,7</b>
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	25,6	50,8	74,2	99,7
b) Forfait accreditering	0,2	0,2	102,8	103,3
<b>Totaal tandheelkundigen</b>	<b>25,2</b>	<b>49,9</b>	<b>74,7</b>	<b>99,7</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,0	50,9	74,9	100,2
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,3	48,3	73,8	98,7
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	48,9	56,0	108,9	108,9
6. Verzorging door kinesitherapeuten	25,8	50,4	74,5	99,3
7. Verzorging door bandagisten	22,5	45,5	69,0	94,6
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	23,5	47,9	69,7	94,6
10. Verzorging door opticiens	21,9	43,0	62,8	83,2
11. Verzorging door audiciens	22,2	44,3	69,2	92,6
12. Verlossingen door vroedvrouwen	24,3	47,7	72,6	97,5
13. Verpleegdagprijs	24,0	47,9	71,9	96,6
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	22,4	46,9	70,2	95,2
Vervoer	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Totaal</b>	<b>23,9</b>	<b>47,9</b>	<b>71,8</b>	<b>96,5</b>

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg				
Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Militair hospitaal - all-in prijs	33,3	54,2	78,7	102,9
15. Dialyse				
a) Geneesheren	24,6	49,0	73,3	98,5
b) Forfait nierdialyse	23,5	47,0	70,3	95,2
c) Thuis, in een centrum	23,4	45,6	68,6	92,7
d) Nachtdialyse				
<b>Totaal dialyse</b>	<b>23,9</b>	<b>47,3</b>	<b>70,9</b>	<b>95,7</b>
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen				
b) Rustoorden voor bejaarden				
c) Dagverzorgingscentra				
d) Loonharmonisering personeel RVT				
e) Syndicale premie				
f) Zorgvernieuwing (art. 56)				
g) Palliatieve dagcentra				
<b>Totaal</b>	<b>24,7</b>	<b>49,5</b>	<b>74,6</b>	<b>99,9</b>
17. Einde loopbaan	33,6	54,3	75,0	95,7
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	23,2	46,2	69,3	91,6
b) Initiatieven van beschut wonen	25,7	49,4	74,1	99,1
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	21,6	41,9	61,2	79,4
<b>Totaal</b>	<b>23,9</b>	<b>47,0</b>	<b>70,4</b>	<b>93,5</b>
19. Revalidatie en herscholing	21,6	44,8	67,6	91,5
20. Bijzonder Fonds	2,2	5,7	7,9	9,9
21. Logopedie	26,1	52,2	72,6	98,0
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	25,8	48,9	73,7	98,0
24. Regularisaties + Herfacturatie	32,3	56,1	73,6	86,8
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,8	40,2	57,5	88,8
b) Fiscale MAF				
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>29,8</b>	<b>40,2</b>	<b>57,5</b>	<b>88,8</b>
26. Chronische zieken	22,5	41,5	68,4	96,9
27. Palliatieve zorgen	28,8	60,0	86,3	93,7
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	18,8	37,0	54,7	73,3
29. Menselijk lichaamsmateriaal	25,7	49,9	70,7	95,8

Tabel VI: Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2013 in de doelstelling 2013 - vervolg

Omschrijving	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,5	40,7	64,0	88,2
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	36,5	68,1	100,6	131,6
b) COMA	17,8	37,8	57,8	84,7
c) Therapeutische projecten	2,3	4,4	7,2	9,5
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>5,8</b>	<b>11,3</b>	<b>17,5</b>	<b>23,8</b>
32. Geïnterneerden	32,6	32,6	69,9	109,6
33. Tabaksontwenning	18,9	37,8	54,3	73,9
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit				
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	100,0	100,0	100,0	100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	21,0	45,5	73,0	97,9
39. MS/ALS/Huntington	22,1	45,7	72,1	94,9
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Zeldzame ziekten	0,0	0,0	0,0	0,0
45. Sociaal akkoord	4,8	102,1	104,8	104,8
46. Diversen	4,4	7,9	9,9	34,2
<b>Algemeen totaal</b>	<b>24,0</b>	<b>48,1</b>	<b>71,6</b>	<b>96,3</b>

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden

Omschrijving	Maart 2013 (1)	Juni 2013 (2)	September 2013 (3)	December 2013 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	1,76	-0,76	-1,45	0,49
b) Medische beeldvorming	-0,87	-4,08	-4,20	-0,87
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	3,96	4,34	4,34	5,34
d) Speciale verstrekkingen	1,52	-0,50	-1,90	-1,31
e) Heelkunde	1,26	1,53	3,05	5,06
f) Gynaecologie	-1,10	-2,57	-2,63	-2,43
g) Toezicht	4,11	4,36	5,18	5,73
h) Forfait accreditering geneesheren	-28,69	-25,72	-22,07	4,45
i) Forfait medisch dossier				
j) Forfait Telematica	4,23	-56,06	-33,52	27,90
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	-61,70	-61,70	-61,70	-100,00
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-24,68	2,39	14,00	8,19
m) Impulsfonds	36,13	217,33	450,18	405,63
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	7,67	6,51	12,13	1,13
o) DNA-tests uitgevoerd in het buitenland				
p) Financiering voor lokale kwaliteitsgroepen				
<b>Totaal geneesheren</b>	<b>1,50</b>	<b>0,67</b>	<b>0,77</b>	<b>2,47</b>
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	3,94	4,24	4,74	4,27
b) Forfait accreditering	5,98	5,89	7,48	6,54
<b>Totaal tandheelkundigen</b>	<b>3,98</b>	<b>4,26</b>	<b>4,79</b>	<b>4,31</b>
3. Farmaceutische verstrekkingen	-3,31	-4,13	-3,99	-2,56
4. Honoraria van verpleegkundigen	5,75	4,70	6,25	6,23
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	15,20	4,57	6,71	6,65
6. Verzorging door kinesitherapeuten	2,55	4,22	4,28	4,42
7. Verzorging door bandagisten	4,70	3,20	4,39	5,16
8. Verzorging door orthopedisten	5,38	4,04	2,08	1,71
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	10,17	8,20	6,57	5,69
10. Verzorging door opticiens	4,50	6,62	9,45	13,63
11. Verzorging door audiciens	12,82	15,61	17,54	5,48
12. Verlossingen door vroedvrouwen	5,34	3,64	4,99	6,87
13. Verpleegdagprijs	3,95	3,55	3,20	2,70
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	4,76	3,25	3,23	4,26
Vervoer				
<b>Totaal</b>	<b>3,98</b>	<b>3,54</b>	<b>3,20</b>	<b>2,77</b>

(1) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)

(2) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)

(3) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)

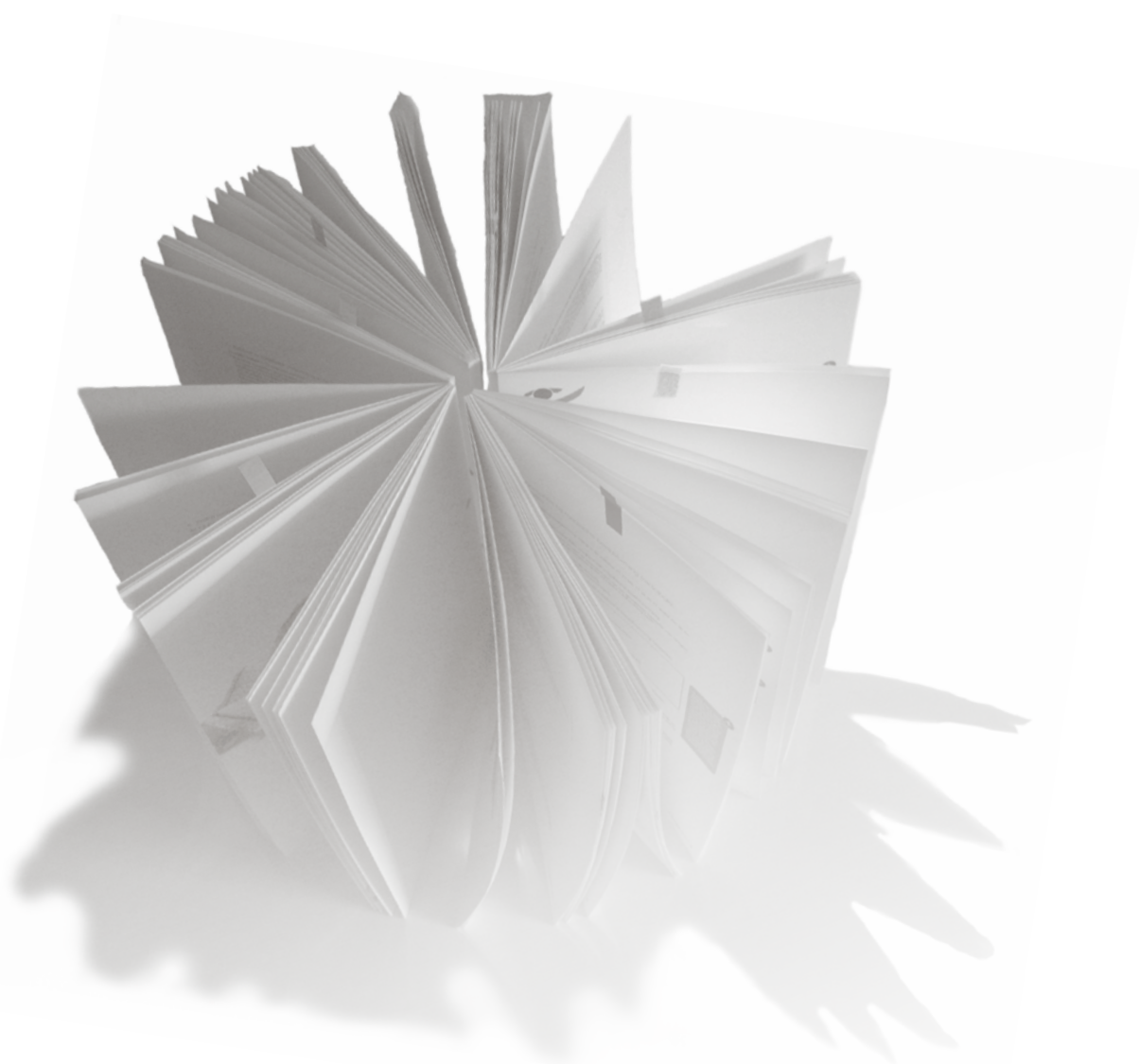
(4) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)

Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Maart 2013 (1)	Juni 2013 (2)	September 2013 (3)	December 2013 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	23,16	32,56	148,19	16,30
15. Dialyse				
a) Geneesheren	2,05	0,83	0,46	1,62
b) Forfait nierdialyse	2,92	1,82	1,64	4,15
c) Thuis, in een centrum	2,42	0,63	0,86	2,97
d) Nachtdialyse				
<b>Totaal dialyse</b>	<b>2,46</b>	<b>1,13</b>	<b>0,99</b>	<b>2,88</b>
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	5,02	5,04	5,46	6,65
b) Rustoorden voor bejaarden	5,48	5,88	6,29	6,48
c) Dagverzorgingscentra	14,14	14,08	14,40	17,82
d) Loonharmonisering personeel RVT	4,36	3,86	3,43	2,45
e) Syndicale premie	-37,95	-8,06	63,60	75,51
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-49,71	-22,08	11,15	-60,33
g) Palliatieve dagcentra	58,12	58,12	-25,18	-100,00
<b>Totaal</b>	<b>4,83</b>	<b>5,13</b>	<b>5,65</b>	<b>5,96</b>
17. Einde loopbaan	13,97	14,02	14,19	14,23
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	-1,35	1,85	4,49	5,19
b) Initiatieven van beschut wonen	7,23	4,76	3,71	4,43
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	4,56	1,83	2,56	3,79
<b>Totaal</b>	<b>1,22</b>	<b>2,71</b>	<b>4,21</b>	<b>4,93</b>
19. Revalidatie en herscholing	5,54	4,57	4,22	6,38
20. Bijzonder Fonds	-56,34	-58,97	-59,88	-66,05
21. Logopedie	4,97	5,12	5,53	5,66
22. Medisch-pediatrie centra				
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3,66	3,23	6,46	6,20
24. Regularisaties + Herfacturatie	-12,42	-15,21	-8,56	-4,67
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	4,03	3,83	2,50	0,94
b) Fiscale MAF				
<b>Totale Maximumfactuur</b>	<b>4,03</b>	<b>3,83</b>	<b>2,50</b>	<b>0,94</b>
(1) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(2) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				
(3) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)				
(4) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)				



<b>Tabel VII: Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg</b>				
<b>Omschrijving</b>	<b>Maart 2013 (1)</b>	<b>Juni 2013 (2)</b>	<b>September 2013 (3)</b>	<b>December 2013 (4)</b>
26. Chronische zieken	7,47	6,12	-1,23	5,72
27. Palliatieve zorgen	3,22	1,29	3,96	2,24
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	9,37	10,13	8,72	7,42
29. Menselijk lichaamsmateriaal	16,99	17,36	8,94	4,95
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,17	10,49	14,95	6,71
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-1,04	8,67	2,06	17,66
b) COMA	-12,43	-15,73	-14,31	-3,29
c) Therapeutische projecten	-29,88	-23,97	27,64	35,91
<b>Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg</b>	<b>-15,46</b>	<b>-11,84</b>	<b>2,66</b>	<b>14,27</b>
32. Geïnterneerden	28,51	-45,33	9,59	29,56
33. Tabaksontwenning	1,30	0,00	3,63	6,05
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-96,56	-100,00	-100,00	-100,00
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen				
38. Medische huizen	8,65	12,33	16,22	18,84
39. MS/ALS/Huntington	19,32	16,79	17,18	12,78
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Zeldzame ziekten				
45. Sociaal akkoord	-44,66	100,29	231,92	227,23
46. Diversen	-67,75	-64,40	-64,18	156,62
<b>Algemeen totaal</b>	<b>2,33</b>	<b>1,81</b>	<b>2,02</b>	<b>2,78</b>
(1) Maart 2013 = (3 eerste maanden 2013 + 9 laatste maanden 2012) / (3 eerste maanden 2012 + 9 laatste maanden 2011)				
(2) Juni 2013 = (6 eerste maanden 2013 + 6 laatste maanden 2012) / (6 eerste maanden 2012 + 6 laatste maanden 2011)				
(3) September 2013 = (9 eerste maanden 2013 + 3 laatste maanden 2012) / (9 eerste maanden 2012 + 3 laatste maanden 2011)				
(4) December 2013 = (12 maanden 2013) / (12 maanden 2012)				

8<sup>e</sup> Deel  
Publicatieprijzen



# Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2014 (in EUR)

## 1. Informatieblad RIZIV

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar ..... 32,00



Het informatieblad is ook beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

## 2. Samengeordende GVVU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom ..... 5,00  
Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar ..... 5,00

### a. Gecöördineerde wet van 14 juli 1994

Bijwerkingen 2014 ..... 25,00  
Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 ..... Losbladig ..... 52,00

### b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Bijwerkingen 2014 ..... 5,00  
Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 ..... Losbladig ..... 22,00

### c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 ..... 12,00  
Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 ..... Losbladig ..... 14,00

### d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Bijwerkingen 2014 ..... 6,00  
Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 ..... Losbladig ..... 18,00

### e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Bijwerkingen 2014 ..... 13,00  
Basistekst<sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 ..... Losbladig ..... 58,00

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

#### f. Diverse Koninklijke besluiten (o.a. uitkeringen zelfstandigen, controle, betwiste zaken)

Bijwerkingen 2014 .....	6,00
Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen 2014..... Losbladig .....	12,00

#### g. Voornoemde samengeordende GVVU-teksten (a tot en met f)

Basisteksten <sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 .....	Losbladig .....	168,00
Bijwerkingen 2014 .....		52,00

#### h. Voornoemde samengeordende GVVU-teksten (c tot en met e)

Basisteksten <sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 .....	Losbladig .....	87,00
Bijwerkingen 2014 .....		28,00



Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF-formaat met name:

- gecöördineerde wet van 14 juli 1994
- koninklijk besluit van 3 juli 1996
- verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003 en uitvoeringsbesluiten
- verordening uitkeringen van 16 april 1997 en uitvoeringsbesluiten.

### 3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

#### a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen 2014.....	Losbladig .....	68,00
Bijwerkingen 2014 .....		45,00

#### b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst <sup>1</sup> + bijwerkingen 2014 .....	Losbladig .....	49,00
Bijwerkingen 2014 .....		8,00



De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), toegang vanaf de home page.

1. Voor de nieuwe abonnees. Onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

## 4. Technische informatie

### Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen

Omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. mededeelt.

Per blad .....	0,12
Abonnement <sup>1</sup> .....	Provisie van..... 50,00
Index 1964-2012 .....	CD-Rom ..... 6,00

## 5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

### a. Jaarverslag RIZIV, enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

### b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure ..... gratis

### c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder ..... gratis

### d. Bijzonder solidariteitsfonds

Folder, zolang de voorraad strekt ..... gratis

### e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GVU)

Uitgave juni 2014.....gratis

### f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten ..... gratis

### g. De evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Boek door J. Engels (449 blz.) ..... 12,50



De publicaties vermeld onder 5 (a tot e) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV:  
[www.riziv.be](http://www.riziv.be), rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

1. De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2014.



Voor inlichtingen en het afhalen van de publicaties zich wenden tot:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: <a href="mailto:abonnee@riziv.fgov.be">abonnee@riziv.fgov.be</a>
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: <a href="mailto:communication@riziv.fgov.be">communication@riziv.fgov.be</a>
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 78 77, e-mail: <a href="mailto:solidariteitsfonds@riziv.fgov.be">solidariteitsfonds@riziv.fgov.be</a>
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: <a href="mailto:daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be">daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be</a>
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: <a href="mailto:bib@riziv.fgov.be">bib@riziv.fgov.be</a>



De betalende publicaties kunnen verkregen worden tegen storting op postrekeningnr. IBAN: BE 84 6790 2621 5359 – BIC: PCHQ BEBB van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, met vermelding van de gewenste publicatie.

#### Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts  
De h. Luc Maroy  
De h. Paul-André Briffeuil  
Mevr. Isabelle Daumerie  
De h. Jan Demey  
Mevr. Nancy De Marneffe  
Mevr. Christel Heymans  
Mevr. Linda Maesen  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
De h. Youssef Elboutaibe  
Mevr. Kathleen Hove  
De h. Cédric Stassin  
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

#### Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR  
IBAN : BE 84 6790 2621 5359  
Tel. 02/739 72 32  
E-mail : [abonnee@riziv.fgov.be](mailto:abonnee@riziv.fgov.be)

Disponible en français

ISSN 0046-9726

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie en grafisch ontwerp: Administratief ondersteunende diensten en Communicatiecel van het RIZIV