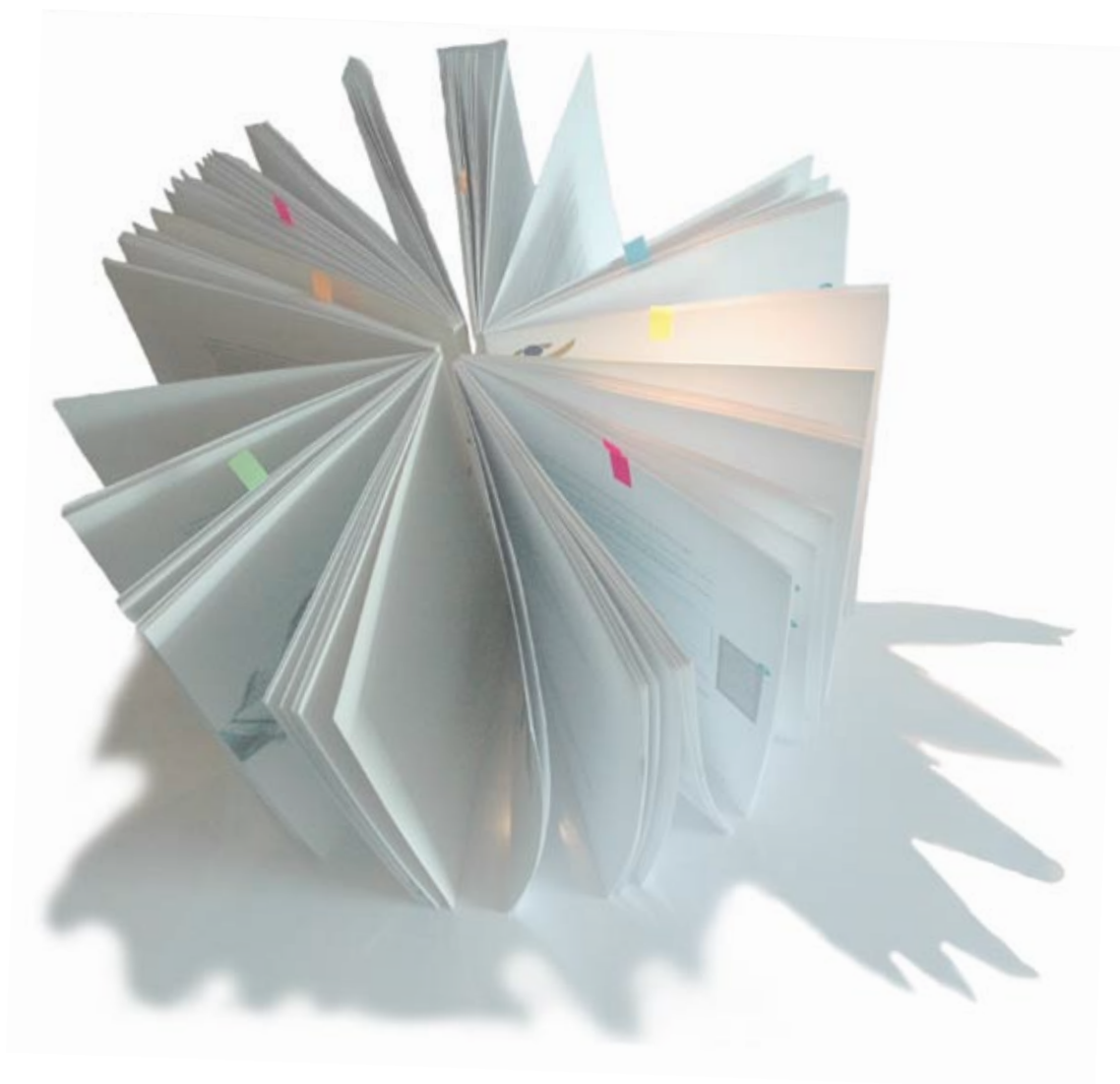




RIZIV

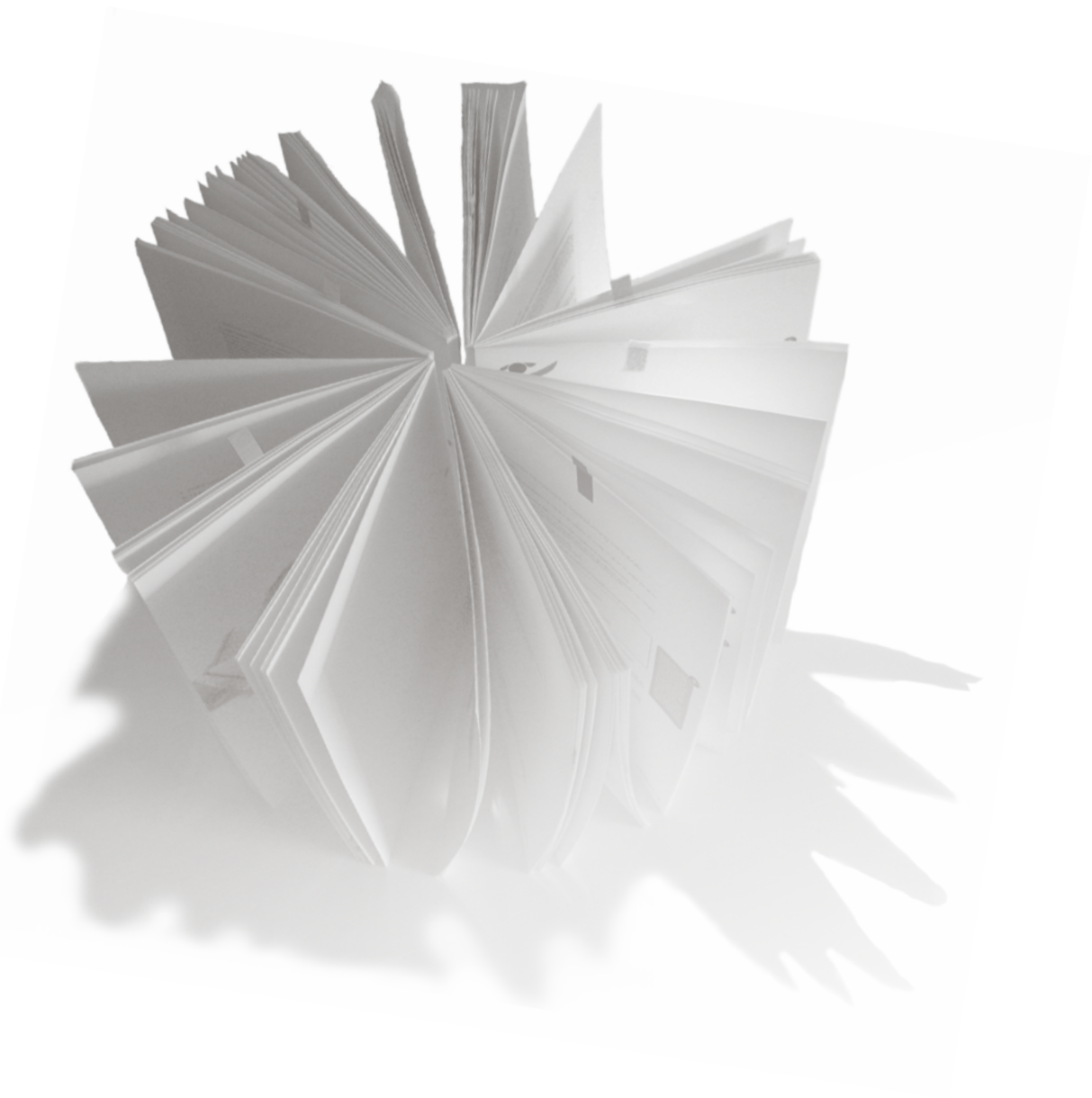


Informatieblad

2015/3

.be

1^e Deel Studies



Juridische beroepen

Door G. LOMBAERTS en C. MARTHUS

Gerechtsdeskundige, een vaak miskend beroep, waar je evenwel niet omheen kunt in vele van onze geschillen

Er gaat geen dag voorbij zonder dat op televisie wordt gesproken over ‘deskundigen’ in Manhattan, Los Angeles, NCIS, ... te veel om op te noemen!

Maar naast die superspecialisten die de kleinste aanwijzing van een misdaad opsporen, bestaat in ons recht het beroep van gerechtsdeskundige.

“In België zijn ze met 4000 en justitie doet zeer vaak een beroep op hen. Hun rol wordt echter betwist zoals in de volgende oude boutade wordt samengevat: “zet twee deskundigen in een kamer en je hebt drie verschillende meningen.” Daarom is het noodzakelijk om een apart statuut te creëren om de deskundigen met kennis en ervaring te kunnen identificeren.

Bij gebrek aan een statuut kan om het even wie zich vandaag gerechtsdeskundige noemen. De rechter kan naar eigen goeddunken iemand uitkiezen. “Het zijn vaak dezelfde deskundigen en niet altijd de meest gereputeerde”, stelt Etienne Claes, secretaris-generaal van het Nationaal College van Gerechtsdeskundigen vast. “Niemand controleert onze diploma’s of onze kwalificaties.”

De deskundige wordt nochtans beschouwd als een belangrijke pion op het gerechtelijke schaakbord en zijn incompetentie kan tot vreselijke vergissingen leiden. Dat was het geval in de zaak Outreau in Frankrijk waar door de te grote goedgelovigheid van de rechter ten opzichte van de deskundigen te veel geloof werd gehecht aan de getuigenissen van kinderen.” (stukje uit een reportage van de RTBF, 01.03.2014).



[www] http://www.rtbf.be/info/societe/detail_expert-judiciaire-une-profession-en-mal-de-reconnaissance?id=8212969

Nochtans beschikten de gerechtsdeskundigen, op enkele uitzonderingen na die later aan bod zullen komen, tot voor kort niet over een statuut dat hun titel en hun beroep beschermt.




In een studie van de afdeling Criminologie van het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) van al een tiental jaar geleden kon een uitgebreid onderzoek worden gevoerd onder deskundigen die via de gerechtskosten worden betaald. Enerzijds zijn sommige resultaten geruststellend, anderzijds blijkt uit de conclusies van dat onderzoek ook duidelijk dat:


- ongeveer 16 % van de deskundigen tijdens hun beroepsloopbaan geen enkele vorm van bijscholing heeft gevolgd
- de praktijk van het deskundigenonderzoek voor de helft van hen een occasionele en voor een kwart van hen een zeer occasionele (hoogstens eenmaal om de twee jaar) activiteit is
- ook al kan, globaal genomen, worden gesteld dat die activiteit als deskundige op eerder opgedane beroepservaring gebaseerd is, heeft 10 % van de gerechtsdeskundigen in strafzaken geen enkele voorafgaande beroepservaring bij hun eerste optreden in die hoedanigheid en een kwart van die populatie had minder dan vijf jaar beroepservaring
- 56 % van de deskundigen heeft nooit een opleiding inzake deskundigenonderzoek of rechtspleging gevolgd

- nog verrassender is het feit dat slechts 16 % van hen een vragenlijst van de gerechtelijke overheden hebben ontvangen om te worden geëvalueerd in het kader van het opstellen van de officiële lijsten (uittreksel van een toespraak van de minister van Justitie naar aanleiding van een studiedag over het nationaal register voor gerechtsdeskundigen die het NICC op 16.06.2015 heeft georganiseerd).

Volgens de meeste specialisten moet het statuut een grotere waarborg bieden voor de naleving van de regels betreffende de deontologie en onpartijdigheid door een verplichte kennis van de gerechtelijke procedure. Dankzij de bescherming van de titel en een nationaal register met de namen van de deskundigen die worden erkend wegens hun ervaring en competenties, moeten de magistraten de juiste specialisten kunnen kiezen om hun opdrachten uit te voeren.

Maar wat is een gerechtsdeskundige nu eigenlijk?

 Gerechtsdeskundigen zijn occasionele gerechtsmedewerkers die door de rechter worden belast met de opdracht om vaststellingen uit te voeren of een technisch advies uit te brengen over feiten om opheldering in een zaak te verschaffen. Het zijn specialisten uit zeer uiteenlopende disciplines (geneeskunde, architectuur, informatica, economie en financiën, enz.)¹.

 **Opgelet:** een gerechtsdeskundige mag niet worden verward met een technisch raadsman:

- een gerechtsdeskundige is een persoon die wordt aangesteld door de rechter naar eigen keuze of op voorstel van de partijen
- de technische raadsman wordt door een van de partijen in het geschil gevorderd om haar belangen te laten verdedigen.

Ook al werden tot op heden lijsten van deskundigen opgesteld om de rechters te informeren, konden laatstgenoemden, indien nodig, elke andere persoon naar keuze aanstellen, ongeacht zijn opleiding of hoedanigheden, zowel in burgerlijke als in strafzaken.


Volgens artikel 962 van het Gerechtelijk Wetboek zijn de rechters niet verplicht het advies van de deskundigen te volgen en behouden zij alle vrijheid.

De deskundigen worden naargelang van het geval gecontroleerd door de procureur-generaal van het Hof van Beroep of door de eerste voorzitter en de procureur-generaal van het Hof van Cassatie.

De gerechtsdeskundige is beëdigd.

Wie kan worden aangesteld als gerechtsdeskundige en wat is zijn statuut?

Zoals in de inleiding werd verteld, genoot de titel van gerechtsdeskundige tot voor kort helemaal geen bijzondere bescherming, waardoor om het even wie de titel van deskundige bij de rechtbanken kon voeren.

 In sommige wetten wordt de bijzondere titel van deskundige buiten iedere juridische context *a priori* beschermd. Dat is het geval in de wet van 22 april 1999 betreffende de boekhoudkundige en fiscale beroepen net zoals de auto-experts die ook zijn erkend en over hun instituut beschikken (wet van 15.05.2007 tot erkenning en bescherming van het beroep van auto-expert en tot oprichting van een instituut van de auto-experts).

In andere wetten wordt de bescherming van een beroepstitel beoogd, zoals in de wet van 11 mei 2003 tot bescherming van de titel en het beroep van landmeter-expert of nog in die van 8 november 1993 tot bescherming van de titel van psycholoog.

1. J.-L. FAGNART, "Ethique et médecine d'expertise", *Consilio*, 2011/4, p. 141-142; *Cass.*, 15.02.2006, *Pas.*, 2006, boek 2, p. 370.

De wetgever is zich echter al sinds geruime tijd bewust van de problematiek in verband met de aanstelling van deskundigen in burgerlijke en strafzaken. In onze almaar complexere wereld neemt het aantal bijkomende specialisaties toe, waardoor de rechter een beroep moet doen op gespecialiseerde gerechtsdeskundigen.

Toen het Gerechtelijk Wetboek in 1967 werd opgesteld, luidde artikel 991 van het Gerechtelijk Wetboek als volgt: *“De hoven en rechtbanken mogen lijsten van deskundigen opstellen overeenkomstig de regels die de Koning bepaalt.”*

Voor dat artikel van het Gerechtelijk Wetboek zijn echter nooit uitvoeringsmaatregelen uitgewerkt. In 2007 heeft de wetgever aangekondigd dat hij lijsten met erkende deskundigen wil opstellen om de bekwaamheid van de deskundigen in rechtszaken te garanderen. Er kon echter geen politieke *consensus* over het voorgestelde systeem worden bereikt en uiteindelijk werd in de *wet van 15 mei 2007* tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek met betrekking tot het deskundigenonderzoek (B.S., 22.08.2007) geen enkele bepaling tot bescherming van het beroep of de titel van gerechtsdeskundige opgenomen; met die wet werd artikel 991 van het Gerechtelijk Wetboek zelfs opgeheven!

Die 1^e hervorming van het deskundigenonderzoek was gebaseerd op vier belangrijke hoofdlijnen:

- de subsidiariteit van de procedure ten opzichte van de andere bewijsmiddelen
- de toewijzing van een actievere rol aan de rechter om met name de duur van de procedures in te korten
- de actieve samenwerking tussen de partijen
- het aanbrengen van verduidelijkingen in de regeling voor de betaling van de provisies, kosten en erelonen van de deskundigen.

Met die hervorming werden echter niet alle moeilijkheden uit de weg geruimd, integendeel, sommigen zijn van mening dat zij tot nieuwe controversen heeft geleid door een disparate rechtspraak en ongelijke praktijken in de hand te werken².

Die kritieken waren met name gericht op de ambtshalve uitvoering van het deskundigenonderzoek, de installatievergadering in afwezigheid van de deskundige (een maatregel die zelfs in de rechtsleer wordt beschouwd als een van de meest ontoereikende maatregelen van de nieuwe wet³ “wegens de organisatorische bepalingen ervan”), de onzekerheid over de juridische aard van bepaalde beslissingen en de logheid van de procedure voor de begroting van het ereloon van de deskundige.

Om te trachten tegemoet te komen aan die verschillende kritische opmerkingen is de wetgever opnieuw aan de slag gegaan en heeft hij de *wet van 30 december 2009* houdende diverse bepalingen betreffende justitie (II) (B.S., 15.01.2010) goedgekeurd.

De wijzigingen die door deze wet in het Gerechtelijk Wetboek zijn aangebracht, zijn voor de wetgever in de eerste plaats zogenoemde corrigerende bepalingen die tot doel hebben technische verbeteringen aan te brengen die kunnen bijdragen tot een vlotter verloop van de procedure van het deskundigenonderzoek⁴.

Hoewel zij aansluiten bij de hervorming die met de wet van 15 mei 2007 is ingezet, werd met die wijzigingen niet afgeweken van de oorspronkelijke wil van de wetgever die meer bepaald de nadruk had gelegd op het subsidiaire karakter van het deskundigenonderzoek, de grotere en actieve rol die wordt toebedeeld aan de rechter, het snellere verloop van de expertisewerkzaamheden en de redelijke kostprijs ervan⁵.


2. J. VAN COMPERNOLLE, “L’expertise judiciaire et la loi du 15.05.2007”: réflexions conclusives, in *L’expertise judiciaire : des réformes aux pratiques.*, Ed. Kluwer, 2009 p. 139.

3. B. PETIT et R. DE BRIEY, “La réforme de l’expertise opérée par la loi du 15.05.2007, ou la loi qui n’eût pas dû exister”, *J.T.*, 2008/14, n° 6306, pp. 237-252.

4. Wetsontwerp houdende diverse bepalingen betreffende justitie, Verslag, Parl. stukken, Kamer, gewone zitting. 2009-2010, nr. 2161/006, pp. 27-29; D. MOUGENOT en O. MIGNOLET, “La loi du 30.12.2009 “réparant” la procédure d’expertise judiciaire”, *J.T.*, 2010/13, nr. 6389, pp. 201-203.

5. P. STAQUET, “L’expertise judiciaire réformée est modifiée” - *DroitBelge.Net* - “Actualités” – 26.01.2010.

Aldus:

- wordt de controle door de rechter aangescherpt in het kader van de keuze van de deskundige die moet worden aangesteld. Hij kan de deskundige(n) aanstellen waarover de partijen het eens zijn, maar kan ook afwijken van de keuze van de partijen op voorwaarde dat hij zijn beslissing met redenen omkleedt (art. 962, 2^{de} lid, Ger. W.)
 - om een grotere flexibiliteit in de expertisewerkzaamheden mogelijk te maken, biedt de wetgever de partijen die daartoe gezamenlijk een aanvraag indienen, de mogelijkheid om aan de deskundige vragen te stellen die buiten de opdracht vallen zoals die in de aanstelling is omschreven. Behoudens overeenstemming tussen de partijen, geeft de deskundige alleen advies over de in het vonnis bepaalde opdracht (art. 962, 3^{de} lid, Ger. W.)
 - de uitvoering van het deskundigenonderzoek verliest haar automatische karakter. De partijen die verschijnen, kunnen namelijk om een opschorting van de kennisgeving verzoeken, alvorens de beslissing waarbij het deskundigenonderzoek wordt bevolen, wordt genomen. Bij ontstentenis zal de kennisgeving automatisch binnen vijf dagen door de griffie plaatsvinden. In het geval van een opschorting kan elke partij op elk ogenblik om een kennisgeving van de beslissing door de griffie verzoeken (art. 972, § 1, 2^{de} lid, Ger. W.)
 - als de gerechtsdeskundige de opdracht weigert, heeft de wetgever bepaald dat de partijen binnen acht dagen hun eventuele opmerkingen aan de rechter kunnen bezorgen, die daarna een nieuwe deskundige zal aanstellen zonder de vervangingsprocedure te volgen (art. 972, § 1, 3^{de} lid, Ger. W.)
 - er werden nog andere wijzigingen aangebracht met betrekking tot de installatievergadering, die haar automatische karakter verliest⁶. De deskundige kan vóór zijn aanstelling worden gecontacteerd door de rechter om het deskundigenonderzoek uit te werken, de datum van de installatievergadering vast te stellen en de te nemen beslissingen voor te bereiden zoals de noodzaak om al dan niet een beroep te doen op technische raadgevers, de raming van de algemene kostprijs van het deskundigenonderzoek, de manier waarop de kosten zullen worden berekend en de termijn voor het neerleggen van het eindverslag (art. 972, § 2, 4^{de} lid, Ger. W.). Indien er geen installatievergadering werd vastgesteld, beschikt de deskundige vanaf de kennisgeving van zijn opdracht of vanaf de consignatie van het voorschot over vijftien dagen om mee te delen wanneer hij zijn werkzaamheden zal aanvangen (art. 972, § 1, Ger. W.)
-  In de wet van 15 mei 2007 werd de installatievergadering zodanig sterk uitgehold dat de bevoegde rechtsinstanties bij de partijen erop aandrongen om er niet aan deel te nemen! Het principe van de aanwezigheid van de deskundige op de installatievergadering wordt in de nieuwe wet opnieuw opgenomen, wat in veel gevallen van groter nut zal zijn (de vergadering wordt alleen vastgesteld als de rechter het noodzakelijk acht of indien alle partijen daarom hebben verzocht - art. 972, § 2, Ger. W.). De partijen moeten ten minste acht dagen vóór de installatievergadering of vóór de aanvang van de werkzaamheden een geïnventariseerd dossier met alle stukken overhandigen (art. 972bis, § 1, 2^{de} lid, Ger. W.).
- in het kader van de wet tot hervorming van het gerechtelijke deskundigenonderzoek had de wetgever voorzien in de verplichting voor de partijen om zich al dan niet akkoord te verklaren met de kosten- en ereloonstaat die de deskundige heeft neergelegd. Aangezien dat veel nutteloze begrotingsprocedures had teweeggebracht, heeft de wetgever de mogelijkheid van een stilzwijgende instemming opnieuw ingevoerd. De partij die het bedrag van de door de deskundige gevraagde kosten en erelonen wenst te betwisten, moet de rechter daarvan dus op de hoogte brengen. Indien de partijen dat niet binnen dertig dagen na de neerlegging ter griffie van de gedetailleerde staat meedelen, wordt het ereloon door de rechter begroot (art. 991, § 1, Ger. W.).

6. Voor de bijzonderheden van de ZIV-installatievergadering - zie p. 9, *in fine*.

Ondanks die vorderingen is in de wet van 2009 echter nog steeds geen enkele bijzondere maatregel ter bescherming of erkenning van de titel van gerechtsdeskundige opgenomen. Daarom achtte de Hoge Raad voor de Justitie het in een advies van 30 maart 2011 over het statuut en de hoedanigheid van de gerechtsdeskundigen noodzakelijk om terug te komen op die problematiek en de wetgever aan te sporen om het nodige te doen om de hoedanigheid van de gerechtsdeskundigen te garanderen en "(...) op middellange termijn de invoering van een reglementering ter waarborging van de kwaliteit en de integriteit van de gerechtsdeskundigen mogelijk te maken"⁷.



[www] http://www.csj.be/sites/5023.b.fedimbo.belgium.be/files/press_publications/a0071b.pdf



Volgens de Hoge Raad voor de Justitie moet dat initiatief met twee elementen worden gecombineerd:

1. Het opstellen van een nationale lijst van gerechtsdeskundigen die wordt beheerd door een federaal orgaan en waarin enkel deskundigen die zijn gecertificeerd door geaccrediteerde beroepsverenigingen van deskundigen kunnen worden opgenomen.
2. Het invoeren van een wettelijke verplichting voor de rechter om, behoudens uitzonderlijke omstandigheden, enkel gerechtsdeskundigen die op die nationale lijst voorkomen, aan te stellen. De rechter dient de aanstelling van een niet op de nationale lijst voorkomende deskundige omstandig te motiveren (bijvoorbeeld hoogdringendheid of gebrek aan een bestaande geaccrediteerde beroepsvereniging voor die specialiteit ..).

In aansluiting op dat advies werden de recentste belangrijkste wijzigingen doorgevoerd bij de *wet van 10 april 2014*⁸ met het oog op de oprichting van een nationaal register voor gerechtsdeskundigen (B.S., 19.12.2014, Ed. 2).

In die wet wordt voorzien in de langverwachte oprichting van het nationaal register voor gerechtsdeskundigen⁹. Betrachting is een coherent en transparant wettelijk kader te bieden om het beroep van deskundige te professionaliseren. Met die wet wordt niet alleen de erkenning van de gerechtsdeskundigen beoogd maar ook de bescherming van hun titel.

De wetgever heeft in de wet basisprincipes vastgelegd voor de oprichting van dat register. Het Wetboek van Strafvordering, het Gerechtelijk Wetboek en de wet op de internering werden in dat verband ook geharmoniseerd. Na de oprichting van dat register zullen in principe alleen de deskundigen die erin zijn opgenomen, gemachtigd zijn om de titel te voeren en om opdrachten te aanvaarden. Met dat register moet de kwaliteit worden verbeterd en moeten misbruiken worden tegengegaan.

Het nationaal register voor gerechtsdeskundigen zal betrekking hebben op alle deskundigen in strafzaken en burgerlijke zaken, met name branddeskundigen, accountants, forensische psychiaters, neurologen, ...

De minister van Justitie zal alleen personen kunnen registreren die aan een reeks voorwaarden voldoen.

De gerechtsdeskundigen moeten aantonen dat ze gedurende een periode van 8 jaar vóór hun registratieaanvraag minstens 5 jaar relevante ervaring hebben opgebouwd in het domein van deskundigheid en specialisatie waarvoor ze zich willen laten registreren.

7. Hoge Raad voor Justitie, Ambtshalve advies over het statuut en de kwaliteit van gerechtsdeskundigen, goedgekeurd op 30.03.2011, p. 3.

8. De wet van 10.04.2014 treedt in werking op de door de Koning vastgestelde datum en uiterlijk op de eerste dag van de vierentwintigste maand die volgt op de maand van de bekendmaking ervan in het B.S. (art. 30).

9. In feite wordt met de wet van 10.04.2014 eveneens een nationaal register voor beëdigd vertalers, tolken en vertalers-tolken opgericht, dat rechtstreeks bij wet wordt georganiseerd zonder invoeging in het Ger. W. De bepalingen ter zake zijn te vergelijken met deze die hierboven worden vermeld voor de gerechtsdeskundigen maar de voorwaarden voor de professionele toegang verschillen van wat wordt bepaald in het nieuwe art. 991^{quater} van het Ger. W.

De andere voorwaarden om in die lijst te worden opgenomen, zijn de volgende:

- onderdaan zijn van een lidstaat van de Europese Unie of er wettelijk verblijven
- een recent uittreksel uit het strafregister voorleggen dat door het gemeentebestuur van hun woon- of verblijfplaats is uitgereikt
- niet veroordeeld zijn, zelfs niet met uitstel, tot een correctionele of criminele straf, bestaande uit een geldboete, werkstraf of gevangenisstraf (met uitzondering van de inbreuken op de politiewetgeving inzake het wegverkeer en de veroordelingen die volgens de minister van Justitie geen bezwaar vormen voor de uitvoering van onderzoeken in het domein van deskundigheid en specialisatie waarvoor ze zich willen laten registreren als gerechtsdeskundige)
- aan de minister van Justitie schriftelijk verklaren dat zij zich ter beschikking houden van de gerechtelijke overheden, die een beroep kunnen doen op hun diensten. In diezelfde wet wordt echter bepaald dat de gerechtsdeskundigen kunnen beslissen om een opdracht niet te aanvaarden
- het bewijs leveren dat zij over de nodige beroepsbekwaamheid en juridische kennis beschikken. Het bewijs van beroepsbekwaamheid zal worden geleverd door een diploma in het domein van deskundigheid waarvoor de kandidaat zich als gerechtsdeskundige laat registreren en een bewijs waaruit de vijf jaar relevante ervaring gedurende een periode van acht jaar voorafgaand aan de aanvraag tot registratie blijkt. Het bewijs van juridische kennis moet leiden tot een attest als bewijs van deze kennis, afgeleverd door een door de koning goedgekeurde instelling
- ten overstaan van de minister van Justitie schriftelijk verklaren dat zij instemmen met de deontologische code, die minstens de principes van onafhankelijkheid en onpartijdigheid bevat (die deontologische code zal worden opgesteld in het kader van de koninklijke uitvoeringsbesluiten van de wet)
- de eed afleggen die wordt voorgeschreven door artikel 991*novies*, § 1. Die eed geldt voor alle opdrachten die nadien aan de betrokkene worden toevertrouwd in zijn hoedanigheid van gerechtsdeskundige. Bijgevolg zal de eed niet meer moeten worden vermeld in het eindverslag dat door de aangestelde deskundige wordt opgesteld.

Dat nationaal register voor gerechtsdeskundigen zal worden beheerd en op regelmatige basis worden bijgewerkt door de minister van Justitie en zal vrij kunnen worden geraadpleegd op de website van de federale overheidsdienst Justitie.

Iedereen die is geregistreerd, zal een identificatienummer en een legitimatiekaart krijgen.

In de volgende gevallen zal het echter mogelijk blijven om een deskundige aan te stellen die niet is opgenomen in het nationaal register voor gerechtsdeskundigen:

- in dringende gevallen
- als geen gerechtsdeskundige met de vereiste deskundigheid en specialisatie beschikbaar is
- als het nationaal register, gelet op de specifieke aard van het geschil, geen gerechtsdeskundige bevat die over de vereiste deskundigheid en specialisatie beschikt.



Schrapping wegens ontoereikende prestaties

Indien bij herhaling kennelijk ontoereikende prestaties worden geleverd of het gedrag of de handelwijze van de gerechtsdeskundige de waardigheid van de functie schaadt of tekortschiet ten opzichte van de deontologie, kan de minister van Justitie, op voorstel van de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg waar de betrokkene zijn beroepsactiviteiten uitoefent of op voorstel van de procureur des Konings en na kennis te hebben genomen van de opmerkingen van de betrokkene, bij een met redenen omklede beslissing diens naam tijdelijk of definitief uit het nationaal register voor gerechtsdeskundigen schrappen.

De duur van de tijdelijke schrapping wordt afhankelijk van de ernst van de tekortkoming door de minister bepaald, zonder dat zij één jaar te boven mag gaan.

Wat is de rol van de deskundige in het gerechtelijk proces?

De ontwikkelingen die gaan volgen, hebben voornamelijk betrekking op de expertiseprocedures in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

1. De eerste rol van de gerechtsdeskundige is die van het uitbrengen van een advies of het doen van vaststellingen:

in artikel 962 Gerechtelijk Wetboek. wordt bepaald dat *“de rechter ter oplossing van een voor hem gebracht geschil of ingeval een geschil werkelijk en dadelijk dreigt te ontstaan, deskundigen kan gelasten vaststellingen te doen of een technisch advies te geven (...)”*. De rechter is echter niet verplicht het advies van de deskundige te volgen, indien het strijdig is met zijn overtuiging¹⁰.

De rol van de deskundige wordt bepaald in de opdracht die hem door de rechter wordt toevertrouwd, die wordt beschreven in het vonnis van aanstelling maar die de partijen in onderlinge overeenstemming kunnen beslissen om uit te breiden.

Is de gerechtsdeskundige verplicht om een gerechtelijk deskundigenonderzoek te aanvaarden?

De deskundige kan, indien hij dat wenst, het gerechtelijk deskundigenonderzoek waarvoor hij is aangesteld, weigeren. Hij is noch de lasthebber van de partijen, noch die van de rechter die hem heeft aangesteld en hij oefent geen gerechtelijke functie uit in de zin van artikel 292 Gerechtelijk Wetboek.

Er kunnen uiteenlopende motiveringen voor de weigering worden gegeven: te drukke agenda om de opdracht binnen een redelijke termijn uit te voeren, persoonlijk belang bij de betwisting, familieband of andere met een van de partijen, enz.

De gerechtsdeskundige beschikt over acht dagen na de kennisgeving van het vonnis van aanstelling om de partijen en de rechter ervan op de hoogte te brengen dat hij de opdracht weigert en om hun zijn motivering voor zijn beslissing mee te delen.

Als hij de opdracht aanvaardt, moet de deskundige in de eerste plaats de rechter informeren maar ook uiteindelijk de partijen in het geschil over de feitelijkheid en de omvang van de schade van het voorwerp van het deskundigenonderzoek.

Een deskundigenonderzoek is een onderzoeksmiddel dat bedoeld is om vaststellingen te doen en/of een advies te geven over technische kwesties (voornamelijk medisch).

Zo zal de deskundige in eerste instantie alle medische documenten verzamelen die hij nodig heeft voor zijn opdracht, waarbij het beroepsgeheim niet mag worden ingeroepen.

Vervolgens zal hij het slachtoffer verhoren (anamnese) en indien nodig bijkomende onderzoeken en aanvullende deskundigenonderzoeken uitvoeren¹¹. De expertisewerkzaamheden beperken zich echter niet tot bijkomende onderzoeken en vormen slechts de eerste fase ervan.

In het kader van de hem toevertrouwde opdracht, die erin bestaat alle componenten van de functionele letsels of stoornissen te onderzoeken, zal de deskundige de weerslag ervan op de beroepsactiviteiten alsook op essentiële handelingen van het dagelijkse leven (huishoudelijke activiteiten en gezinstaken ...) van de onderzochte persoon beoordelen.

Wegens zijn ervaring, die in het bijzonder tot zijn aanstelling heeft geleid, kan de deskundige ook worden verzocht om technisch advies over de oorzaak van de stoornis te geven. Hij heeft dan ook een technische, informatieve en objectieve rol.

10. Art. 962, 3^o lid, Ger. W.

11. Voor het onderscheid tussen een aanvullend onderzoek en een aanvullend deskundigenonderzoek – zie p. 10, *in fine*.

De rol van de deskundige bestaat erin de rechter te informeren over een technisch punt en niet om het recht vast te stellen. De rechter mag zijn rechtsmacht dus niet delegeren en de deskundige verzoeken om zich uit te spreken over de juridische aspecten van het geschil. Dat principe wordt zowel door het Hof van Cassatie¹² als in de rechtsleer regelmatig in herinnering gebracht.

Hij mag zich niet beperken tot een passieve rol, aangezien een van de punten van zijn opdracht erin bestaat de partijen met elkaar te verzoenen (zie ook pt. 3 hieronder).

2. Anderzijds moet hij de oproepingen voor de vergaderingen bij een ter post aangetekende brief aan de partijen en bij gewone brief aan de rechter en de raadslieden toezenden, tenzij de rechter een andere wijze toestaat.

Een uitstel wordt aanvaard met de toestemming van alle partijen. Zo niet brengt de deskundige de beslissing met betrekking tot de toestemming of weigering voor het uitstel ter kennis van de rechter, om stelselmatig uitstel te vermijden.

Tijdens de vergaderingen moet hij alles wat wordt gezegd, noteren en moet hij een verslag opstellen van de vergaderingen en een afschrift van dat verslag en van alle ontvangen documenten aan de partijen, raadslieden en de rechter bezorgen (met een ter post aangetekende brief aan de afwezige partijen).

3. De verzoening: de deskundige moet ook pogen de partijen te verzoenen. Dat punt maakt deel uit van zijn wettelijke opdracht, ook als dat niet in het aanstellingsvonnis is opgenomen. Het ontbreken van een verzoeningspoging wordt echter niet in het bijzonder bij wet bestraft.

Indien de partijen zich verzoenen, moet de overeenkomst van de partijen schriftelijk worden vastgelegd. De partijen kunnen de overeenkomst door de rechter laten bekrachtigen.

De deskundige bezorgt de rechter een vaststelling van verzoening, de stukken en nota's van de partijen en zijn staat van kosten en ereloon (art. 977, § 2, Ger. W.). Hij doet hetzelfde ten aanzien van de partijen en hun raadslieden. De deskundige moet de partijen de originele stukken van hun dossier terugbezorgen. Het is namelijk niet nodig dat de deskundige of de rechtbank die documenten bewaart.

Hoe verloopt een gerechtelijk deskundigenonderzoek?

Vóór de eerste vergadering in het kader van het deskundigenonderzoek ontvangt de deskundige op verzoek van de meest gerede partij een kennisgeving van de griffie met een afschrift van het vonnis waarin een gerechtelijk deskundigenonderzoek wordt bevolen en waarin hem de opdracht wordt toegekend (art. 965, Ger. W.).

Zoals we in het vorige punt hebben gezien, kan de deskundige in dat stadium de opdracht weigeren. Als hij meent dat hij de opdracht moet weigeren, brengt de deskundige de advocaat van de meest gerede partij en de rechter die het deskundigenonderzoek heeft bevolen, daarvan op de hoogte, waarbij hij de weigering motiveert (het voorwerp van de opdracht behoort niet tot de bevoegdheden van de deskundige, er is onverenigbaarheid met een van de partijen in het geding of de deskundige is eenvoudigweg niet beschikbaar).

12. Cass., 10.11.2006, C.06.0274.N., Larcier Cass., 2007, nr. 134; Cass., 15.11.2012, arrest nr. F-20121115-2 (C.11.0579.F) Juridat, 13.12.2013, www.juridat.be.

Het verloop van het gerechtelijk deskundigenonderzoek kan verschillen, afhankelijk van het type van procedure en geschil maar over het algemeen worden de volgende stappen gevolgd:

- ook al organiseert de deskundige gewoonlijk, overeenkomstig het gemeen recht, een eerste vergadering, de zogenaamde installatievergadering, waarin hij de dossiers van de partijen ontvangt en naar hun respectieve argumenten luistert, is er voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering met het merendeel van de arbeidsrechtbanken overeengekomen dat wanneer het RIZIV bij een geschil betrokken is, ambtshalve van de installatievergadering wordt afgezien. Een dergelijke vergadering zou enkel kunnen worden georganiseerd als het RIZIV uitdrukkelijk daarom heeft verzocht
- krachtens artikel 972*bis*, § 1, tweede lid, Gerechtelijk Wetboek, overhandigen de partijen hun geïnventariseerd dossier ten minste acht dagen vóór de installatievergadering of bij gebreke daarvan, bij de aanvang van de werkzaamheden, aan de deskundige, opdat die met kennis van zaken de omvang, de moeilijkheidsgraad, enzovoort van het dossier kan beoordelen
- daarna volgen een of meerdere technische vergaderingen, waarin de deskundige de verschillende elementen van het geschil grondig onderzoekt. De vaststelling van de vergaderingen wordt aan de deskundige overgelaten en de oproeping gebeurt bij aangetekende brief voor de partijen en bij gewone brief voor de advocaten (art. 972, § 1, van het Ger. W.). De wet gelast de deskundige een verslag van elke vergadering op te stellen en daarvan een afschrift aan de partijen, aan hun raadslieden en aan de rechter te bezorgen. In artikel 974 van het Gerechtelijk Wetboek worden de deskundigen ermee belast om de zes maanden een tussentijds verslag aan de rechter, aan de partijen en aan de raadslieden te bezorgen, indien de termijn voor het indienen van het eindverslag op meer dan 6 maanden is vastgelegd
- na afloop van die werkzaamheden stuurt de deskundige zijn voorlopig verslag met zijn eigen bevindingen (vroeger ook voorbereidende werkzaamheden genoemd), voor advies aan de rechter, aan de partijen en aan hun raadslieden (art. 976, 1ste lid, Ger. W.). Het is niet erg duidelijk op welke manier het verslag moet worden meegedeeld. Rekening houdende met artikel 972*bis*, § 2, 2de lid, Gerechtelijk Wetboek, waarin sprake is van een “verslag”, kan men ervan uitgaan dat de kennisgeving van het voorlopig verslag bij gewone brief kan gebeuren
- de partijen delen hun opmerkingen over dat eerste verslag mee binnen de termijn die door de deskundige is vastgesteld. Die termijn bedraagt minstens 15 dagen. De deskundige ontvangt de opmerkingen van de partijen en van hun technisch adviseurs vóór het verstrijken van die termijn. Er wordt echter geen rekening gehouden met de opmerkingen die hij te laat ontvangt. De rechter kan die ambtshalve uit de debatten weren¹³
- de deskundige legt zijn eindverslag neer, waarin hij punt per punt ingaat op de verschillende elementen van de hem toevertrouwde opdracht. Het eindverslag wordt gedagtekend en vermeldt de tegenwoordigheid van de partijen bij de werkzaamheden, hun mondelinge verklaringen en hun vorderingen. Het bevat bovendien een opgave van de stukken en nota's die de partijen aan de deskundigen hebben overhandigd; het mag de tekst ervan slechts overnemen in zoverre dat nodig is voor de bespreking. Het verslag wordt, op straffe van nietigheid, ondertekend door de deskundige, de handtekening wordt, op straffe van nietigheid, voorafgegaan door de eed¹⁴. De minuut van het verslag en een gedetailleerde staat van de kosten en het ereloon van de deskundige worden ter griffie neergelegd. Op de dag van de neerlegging van het verslag zendt de deskundige bij een ter post aangetekende brief een afschrift van het verslag en een gedetailleerde staat van de kosten en het ereloon aan de partijen en bij gewone brief aan hun raadslieden¹⁵.

13. Art. 976 Ger. W.

14. De eed luidt als volgt (art. 978, § 1, 3^o lid):

“ Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité. “;

of

“Ik zweer dat ik mijn opdracht in eer en geweten, nauwgezet en eerlijk vervuld heb. “;

of

“Ich schwore, dass ich den mir erteilten Auftrag auf Ehre und Gewissen, genau und erlich erfüllt habe”.

15. Art. 978, Ger. W.

De rechtspraak inzake het gerechtelijk deskundigenonderzoek in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering is eveneens rond bepaalde begrippen uitgewerkt, zoals de bijkomende onderzoeken en de aanvullende deskundigenonderzoeken. Onder bijkomende onderzoeken wordt verstaan, de onderzoeken die worden uitgevoerd door andere personen dan de deskundige, op verzoek van die laatste, evenals de onderzoeken die worden uitgevoerd ingevolge een aanvullend deskundigenonderzoek, bevolen door de rechter¹⁶.

Volgens het Arbeidshof van Bergen is een onderzoeksmaatregel bedoeld om aan een of meerdere deskundigen te vragen om vaststellingen te doen of technisch advies te geven over een onderwerp of een bijzonder punt dat door de rechter wordt bepaald. Een aanvullend deskundigenonderzoek heeft daarentegen betrekking op een punt of op het voorwerp van de onderzoeksopdracht die aan de deskundige is toevertrouwd om een zo correct mogelijk beeld te krijgen van het probleem en/of de medische kwestie waarop het onderzoek betrekking heeft, door elke twijfel of elk misverstand weg te werken¹⁷.

Er kan echter geen sprake zijn van een aanvullend deskundigenonderzoek wanneer de bevindingen of de gevraagde technische adviezen betrekking hebben op een ander punt of op een ander voorwerp, ook al heeft het aanvullend deskundigenonderzoek betrekking op eenzelfde persoon of eenzelfde situatie. In die zin wijst Ch.-E. CLESSE immers erop dat “de nieuwe aanvraag niet bedoeld is om bijkomende verduidelijkingen of informatie te krijgen over een punt of een kwestie die het voorwerp van een onderzoek hebben uitgemaakt, maar betrekking heeft op een ander voorwerp of een andere kwestie die de deskundige noopt tot een nieuw volledig onderzoek”¹⁸.

Het tegensprekelijk karakter van het deskundigenonderzoek is een van zijn essentiële kenmerken. Krachtens artikel 973, § 1, eerste lid, Gerechtelijk Wetboek moet de rechter bovendien in alle onderzoeksfasen toezien op de naleving van dat beginsel¹⁹. Een onderzoek dat op een niet-tegensprekelijke manier zou zijn uitgevoerd, zou moeten worden verworpen omdat het de rechten van de verdediging schendt. De niet-naleving van het beginsel van tegenspraak is een inbreuk op het recht op verdediging en zorgt ervoor dat het verslag niet kan worden tegengesteld aan de partij die slachtoffer is van de onregelmatigheden. Wordt als zodanig beschouwd:

- als het verslag van het deskundigenonderzoek niet aan de partijen werd meegedeeld, is het tegensprekelijk karakter van het onderzoek niet in acht genomen, aangezien het RIZIV geen opmerkingen heeft kunnen formuleren. Dat is immers in strijd met de rechten van de verdediging²⁰
- als de gerechtsdeskundige niet op de opmerkingen van de geneesheer-inspecteur heeft gereageerd en klaarblijkelijk geen rekening heeft gehouden met de bepaling van het tussenarrest, is het verslag van het deskundigenonderzoek onvolledig en is het tegensprekelijk karakter van het onderzoek miskend²¹
- *Contra*: noch de afwezigheid van de arts van de betrokkene bij de onderzoekszitting, noch het uitblijven van een reactie van die arts in de loop van de onderzoeksprocedure of binnen de vastgestelde termijn vanaf de neerlegging van de voorafgaande werkzaamheden of wanneer de deskundige hem heeft proberen contacteren, kunnen de deskundige ten laste worden gelegd. Die laatste heeft bijgevolg een deskundigenonderzoek gevoerd met inachtneming van het beginsel van tegenspraak²².

16. Art. 1, 1^{ste} lid, 3^o, d en 2^{de} lid, van het K.B. van 14.11.2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en de kosten voor de deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake de geschillen betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, de gezinsbijslag voor werknemers en zelfstandigen, de werkloosheidsverzekering en de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S., 28.11.2003)

17. Arbh. Bergen, 15.02.2012, J.L.M.B., 2012, p. 1497, zie eveneens: Arbrb. Turnhout, 20.06.2008, A.R. 07/27856/A, onuitg.; Arbrb. Nijvel, 25.10.2005, A.R. 992/N/1998, onuitg.

18. Arbh. Luik, 15.03.2005, J.L.M.B., 2006, p. 221.

19. P.H. DELVAUX, V. CALLEWAERT, G. CRUYSMANS, D. DE CALLATAY, S. DEMARS, J.-L. FAGNART, I. LUTTE, C.-O. RAVACHE, N. SIMAR en J. VAN ROSSUM, “La r cuscation de l’expert” in “La victime, ses droits, ses juges”, Brussel, Larcier, 2009, pp. 104 en 105; Arbh. Bergen, 28.05.2015, A.R. 2011/AM/233, onuitg.

20. Cass., 08.05.1978, Pas., 1978, I, p. 1023; Arbh. Luik, afd. Namen, 12.01.2006, I.B. - RIZIV, 2006/1, p. 50; Arbh. Brussel, 23.10.2008, I.B. - RIZIV, 2009/1, p. 67; Arbh. Brussel, 24.02.2010, A.R. 2008/AB/51193, onuitg.; Arbh. Gent, 17.11.2011, Rechtspraakrepertorium van het RIZIV, rubriek 9.5.2, p. 33.

21. Arbh. Gent, afd. Gent, 31.01.2011, Rechtspraakrepertorium van het RIZIV, rubriek 9.5.2, p. 26; in dezelfde zin, B. PETIT en R. DE BRIEY, op. cit., p. 246.

22. Arbh. Brussel (8de kamer), 05.12.2013, A.R. 2012/AB/840, onuitg.

De rechten van de verdediging worden niet geëerbiedigd wanneer de deskundige zijn conclusies voornamelijk baseert op vaststellingen die hij op niet-tegensprekelijke wijze heeft gedaan. Het verslag kan niet aan de tegenpartij worden tegengesteld als daarenboven blijkt dat de deskundige niet op de opmerkingen van de tegenpartij heeft gereageerd²³.

In artikel 973, Gerechtelijk Wetboek wordt bepaald dat de deskundigen hun opdracht onder toezicht van de rechter uitvoeren. Er moet wat dat betreft worden opgemerkt dat het evenwicht tussen de vrijheid van de deskundige, die de eerste beoordelaar blijft van de manier waarop hij zijn werkzaamheden moet uitvoeren, en de controlebevoegdheid van de magistraat, die ten aanzien van de deskundige een injunctierecht heeft, vrij subtiel is!

Het Hof van Beroep van Luik²⁴ heeft erop gewezen dat de rechter zich op technisch vlak in de loop van het onderzoek niet met het werk van de deskundige mag bemoeien, maar een soeverein recht behoudt om de inhoud van het onderzoek te beoordelen, wanneer dat wordt afgesloten.

Dat is niet meer het geval wanneer het deskundigenonderzoek niet normaal verloopt. De rechter maakt dan gebruik van een interventierecht in de loop van het onderzoek om te proberen de problemen op te lossen. De manier waarop die controle moet worden uitgeoefend, wordt aan het oordeel van de rechter overgelaten. In de wet van 15 mei 2007 is evenwel een veel striktere controle op de activiteiten van de deskundige uitgewerkt: de wet verplicht de rechter om de deskundige op te roepen wanneer de vooropgestelde termijn voor de uitvoering van de opdracht is verstreken (art. 973, § 3, Ger. W.). De deskundige moet overigens om de zes maanden verslag uitbrengen over de stand van zaken van zijn werkzaamheden (art. 974, § 1, Ger. W.). Indien bij de uitvoering van het deskundigenonderzoek een probleem opduikt, is de rechter die met de controle van het onderzoek is belast, namelijk de rechter die het onderzoek heeft bevolen, bevoegd voor het oplossen van het incident.

De rechter is niet verplicht om het advies van de deskundige te volgen. Er wordt echter een deskundige aangesteld met de bedoeling dat die optreedt als scheidsrechter in een geschil dat is gerezen tussen de partijen door zich te beroepen op het advies van een bijzonder bevoegd persoon, die onafhankelijk van hen is. Het eigenlijke beginsel van de onderzoeksopdracht zou worden ondermijnd indien aan het advies van de deskundige die door de rechtbank of door het hof is aangesteld, zou worden getwijfeld enkel en alleen omdat het niet overeenstemt met het advies van de arts van een van de partijen²⁵.

Over welke onderzoeksbevoegdheid beschikt de deskundige in het kader van zijn opdracht?

De deskundige heeft het recht om partijen of derden alle informatie te vragen die hij kan gebruiken om zijn opdracht naar behoren uit te oefenen.

Hij mag geen onderzoeken voeren in de zin van de artikelen 915 en volgende van het Gerechtelijk Wetboek, maar hij mag getuigen informeel horen om inlichtingen in te winnen. In geen enkele wettelijke bepaling wordt immers gesteld dat de rechter, die een deskundige aanstelt, deze laatste niet zou mogen verzoeken om bij derden inlichtingen in te winnen die hem bij de uitvoering van zijn opdracht kunnen helpen, daar hij de deskundige geenszins gelast om die derden als getuigen te horen. Hun verhoor is aan geen enkele specifieke regel onderworpen en dus is de onderzoeksprocedure niet strikt genomen van toepassing. Het is namelijk zo dat die getuigen niet onder eed worden verhoord.

De deskundige is niet belast met de uitoefening van het openbaar gezag. Hij kan dus noch ten aanzien van de partijen, noch ten aanzien van derden druk uitoefenen. Indien er bij die gelegenheid een probleem rijst, bestaat de enige oplossing erin aan de rechtbank te vragen om correcte onderzoeken te organiseren.

23. Arbrb. Dendermonde, 10.09.2002, A.R. 54241-59996, Rechtspraakrepertorium van het RIZIV, rubriek 9.5.2., p. 17.

24. Luik, 28.04.1992, J.L.M.B., 1992, p. 726.

25. Arbh. Brussel, 03.11.2011, Rechtspraakrepertorium van het RIZIV, rubriek 9.5.3, p. 22; Arbh. Brussel, 18.11.2010, Rechtspraakrepertorium van het RIZIV, rubriek 9.5.3, p. 16; Arbh. Bergen (5e kamer), 28.05.2015, A.R. 2011/AM/233, onuitg.

In medische materies mag de deskundige geen onderzoek of lichamelijk onderzoek opleggen dat door de te onderzoeken persoon zou worden geweigerd²⁶. Wat dat betreft, komt het vrij vaak voor dat de deskundige bij zijn zoektocht naar informatie op het beroepsgeheim stuit. De code van de geneeskundige plichtenleer²⁷ wijst op het karakter van openbare orde van het medisch geheim en op het feit dat de patiënt de arts niet van zijn verplichting tot geheimhouding kan ontslaan. De code voorziet evenwel in een uitzondering op het vlak van gerechtelijk deskundigenonderzoek: binnen de perken van volstrekte noodzaak mag een diagnose of een inlichting van geneeskundige aard worden medegedeeld aan de arts met een gerechtelijk-geneeskundig onderzoek belast, voor zover de inlichtingen beperkt blijven tot de objectieve medische gegevens die rechtstreeks verband houden met het doel van het onderzoek en de patiënt daarmee instemt²⁸. Het is aan de behandelend arts of aan de hoofdarts van de ziekenhuisdienst die verantwoordelijk is voor het dossier van de zieke om te beslissen welke documenten mogen worden meegedeeld.

Het Hof van Cassatie heeft wat dat betreft beslist dat het medisch geheim niet absoluut is en dat de arts in het licht van specifieke elementen van de oorzaak moet onderzoeken of de de arts die zich op het beroepsgeheim beroept voor zijn weigering om een medisch dossier bij het dossier van de procedure te voegen, niet de sociale noodzaak die het beroepsgeheim rechtvaardigt, uit het oog verliest²⁹.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, werpt een nieuw licht op die kwestie. In artikel 9 van die wet wordt het recht van de patiënt om zijn medisch dossier te raadplegen en er een afschrift van te nemen, immers bevestigd.

Ook al wordt dat niet nadrukkelijk in de wet vermeld, toch kan men stellen dat het recht om een afschrift van het dossier te nemen, voor de patiënt betekent dat hij het recht heeft om dat afschrift in rechte als bewijsmiddel te gebruiken. Daaruit volgt dat de gerechtsdeskundige die door de rechtbank is aangesteld, zelf het medisch dossier van de betrokken persoon kan raadplegen, voor zover de patiënt zijn akkoord heeft gegeven.

Bij de uitvoering van zijn opdracht moet de deskundige zich soms over zeer complexe technische problemen uitspreken die zijn bevoegdheid te buiten gaan. Het recht van een deskundige om een beroep te doen op specialisten of “technische raadgevers” is een unaniem bevestigd principe. In artikel 972, § 2, Gerechtelijk Wetboek wordt wat dat betreft bepaald dat tijdens de installatievergadering de noodzaak moet worden besproken om een beroep te doen op technische raadgevers (sapiteurs). Het is aan de partijen om te beslissen over het bedrag van de erelonen van de technische raadgevers die door een of meerdere eisende partijen moeten worden betaald.

De wraking en de andere incidenten – Principe van onafhankelijkheid van de deskundige

DE WRAKING VAN DE DESKUNDIGE (ART. 828, GER. W.)³⁰

Een van de kenmerkende eigenschappen van de deskundige is dat hij onpartijdig en onafhankelijk moet zijn: hij is niet aan het gezag van de rechtbank onderworpen. Om onpartijdig te blijven, mag hij ook geen persoonlijk belang hebben bij het geschil of een band hebben met de partijen. De bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de redenen voor wraking geven daarvan enkele voorbeelden.

26. Burg. Brussel (ref.), 21.10.1999, J.T., 2001, p. 35.

27. <https://ordomedic.be/nl/code/inhoud/>.

28. S. THIELEN, “Le droit de disposition du patient sur les données médicales le concernant et l’administration de la preuve en justice”, J.L.M.B., 2002, p. 630.

29. Cass., 20.03.1989, J.T., 1990, p. 194; Cass., 29.10.1991, Pas., 1992, I, p. 162.

30. P.H. DELVAUX, V. CALLEWAERT, G. CRUYSMANS, D. DE CALLATAY, S. DEMARS, J.-L. FAGNART, I. LUTTE, C.-O. RAVACHE, N. SIMAR en J. VAN ROSSUM, op. cit., pp. 123-129.

In artikel 828, 2^o tot 12^o, Gerechtelijk Wetboek worden een aantal situaties opgesomd waarin de deskundige zou kunnen worden gehinderd door een gebrek aan onafhankelijkheid: een persoonlijk belang bij het geschil, een familiale band met een van de partijen, voorafgaande tussenkomst in het geschil in een andere hoedanigheid ...

i Het betreft in feite redenen voor de wraking van een rechter, die op basis van artikel 966 van het Gerechtelijk Wetboek ook van toepassing zijn op de deskundigen. De opsomming in artikel 828 van het Gerechtelijk Wetboek is limitatief. Sommige redenen voor wraking kunnen echter, gelet op de respectieve rollen van de magistratuur en van de deskundigen in het proces, enkel worden toegepast op de magistraten en niet op de deskundigen. Het feit dat heel wat deskundigen naast hun opdracht een andere beroepsactiviteit uitoefenen, kan daarentegen leiden tot situaties waarin hun onafhankelijkheid in vraag zou kunnen worden gesteld, ook al vormen ze geen redenen voor wraking zoals in het Gerechtelijk Wetboek wordt vermeld.

In de rechtspraak gaat de aandacht uit naar twee specifieke problemen met betrekking tot de onafhankelijkheid van de deskundige: de voorafgaande kennis van het geschil en de hoge graad van vijandschap tussen de deskundige en een van de partijen.

Het gaat vooral om de voorafgaande kennis van het geschil (art. 828, 9^o, Ger. W.). Er werd aldus geoordeeld dat :

- het geschil dat betrekking heeft op de verzwaring van de arbeidsongeschiktheid anders is dan het geschil dat tot doel had de consolidatiedatum en het percentage van eventuele permanente ongeschiktheid van het slachtoffer vast te stellen: de deskundige die daarin is tussengekomen, kan niet worden beschouwd als iemand die op voorhand op de hoogte was van het geschil³¹
- de technische raadgever van een partij in hetzelfde geschil niet meer als gerechtsdeskundige kan tussenkomen³² niets weerhoudt de deskundige echter om later als technische raadgever van een van de partijen tussen te komen, na de neerlegging van het verslag³³
- het feit dat een partij een geschil met de deskundige heeft gehad over de begroting van het ereloon, geen reden voor wraking is als de voormelde begrotingsprocedure van meer dan zes maanden vóór de wraking dateert
- de deskundige kan worden gewraakt wanneer hij vóór zijn aanstelling als deskundige, door een van de partijen is geraadpleegd en met die partij over het geschil heeft gesproken³⁴
- dat de deskundige de appellerende partij heeft onderzocht op een moment waarop er nog geen geschil was, vormt geen reden voor wraking in de zin van de artikelen 828 en 829 van het Gerechtelijk Wetboek. Het is ook op basis van de reden die wordt vermeld in artikel 828, 9^o, waarin wordt verondersteld dat de rechter of de deskundige "raad heeft gegeven, gepleit of geschreven heeft over het geschil", dat men niet kan oordelen dat de deskundige de appellerende partij over het geschil heeft geadviseerd³⁵.

De andere reden voor wraking die regelmatig wordt onderzocht, is de hoge graad van vijandschap tussen de deskundige en een van de partijen (art. 828, 12^o, Ger. Wetb.). Er werd wat dat betreft geoordeeld dat:

- de hoge graad van vijandschap feiten veronderstelt die duidelijk en met een voldoende graad van ernst aantonen dat er bij de rechter of bij de deskundige een echte afkeer bestaat of toch op zijn minst een zodanige animositeit dat zijn oordeel wordt aangetast of vertekend

31. Arbh. Bergen (4^{de} kamer), 20.10.1993, A.R. 9372.

32. Burg. Luik (Ref.), 18.04.1995, J.T., 1996, p. 67.

33. Cass. 07.12.1999, Pas., 1999, I, p. 1651.

34. Bergen, 08.09.2000, R.G.D.C., 2002, p. 409.

35. Arbh. Brussel (8^{de} kamer), 11.03.2015, A.R. 2013/AB/1118, onuitg.

- een vorm van ongeduldigheid of zelfs een stemmingswisseling die de deskundige vertoont ten aanzien van een partij die het goede verloop van de onderzoeksactiviteiten belemmert, wordt niet als een hoge graad van vijandschap beschouwd
- alleen de vrees dat de deskundige niet objectief zou zijn, volstaat niet om een deskundige te wraken; de hoge graad van vijandschap veronderstelt duidelijke feiten die met voldoende zekerheid aantonen dat een gewraakte persoon zelf een zodanige haat of animositeit in zich draagt dat die zijn advies zou aantasten of vertekenen
- de vijandschap tussen een deskundige en een partij of haar advocaat kan worden afgeleid uit een aantal omstandigheden waaruit blijkt dat de sereniteit waarmee de zaak wordt behandeld, gevaar loopt; door zijn hardnekkige weigering om bepaalde stukken mee te delen, compromitteert de deskundige de sereniteit waarmee het geding wordt behandeld en kan zijn onpartijdigheid in twijfel worden getrokken, zodanig dat hij moet worden gewraakt.

Meer in het algemeen komt de kwestie van de wettige verdenking (art. 828, 1^o, Ger. Wetb.) zeer vaak opnieuw aan bod³⁶:

- dat de deskundige in hetzelfde ziekenhuis als de behandelend arts van een van de partijen werkt, impliceert geen gebrek aan onpartijdigheid van de deskundige
- dat het ereloon van de deskundige door een partij wordt betwist, is geen reden om te twijfelen aan de onpartijdigheid van de deskundige
- dat de deskundige verklaart dat hij akkoord gaat met een van de partijen, wijst niet op partijdigheid maar betekent dat de deskundige meent dat het standpunt van die partij gegrond is
- wanneer de deskundige herhaaldelijk erover klaagt het mikpunt van verwijten van een van de partijen te zijn, kan het onderzoek niet meer in een voldoende serene klimaat verlopen.

Er moet worden opgemerkt dat de Code van geneeskundige plichtenleer verschillende bepalingen bevat die de onafhankelijkheid van de arts-deskundige moeten garanderen³⁷. Die moet weigeren personen te onderzoeken met wie hij betrekkingen zou hebben of zou hebben gehad die zijn vrijheid van oordeel zouden kunnen beïnvloeden. Hij mag niet de behandelend arts zijn van de te onderzoeken persoon of de raadgever van een partij of die persoon niet in een andere hoedanigheid hebben onderzocht.



[www] <https://ordomedic.be/nl/code/inhoud>:



In een advies van 20 september 2014 oordeelt de Nationale Raad van de Orde der geneesheren dat dergelijke verdenking onvermijdelijk rijst wanneer de deskundige zich rechtstreeks of onrechtstreeks in een situatie van *economische afhankelijkheid* bevindt omdat hij diensten ook aanbiedt aan een van de partijen - of het nu een verzekeringsmaatschappij is of zijn werkgever (bijv. een ziekenhuis) of om het even welke andere rechtspersoon of natuurlijke persoon met wie hij zakenrelaties onderhoudt.

Ook een *hiërarchische afhankelijkheid* kan een dergelijke verdenking doen ontstaan. Dat is het geval wanneer de adviserende arts van een van de partijen in het ziekenhuis waar hij zijn beroep uitoefent, het diensthoofd is van de deskundige of wanneer de deskundige en de persoonlijk in het geding betrokken arts in hetzelfde ziekenhuis werken (J.L. FAGNART, "Ethique et médecine d'expertise", *Consilio Manuque*, 2011/4, p.150). Tot slot meent de nationale raad dat, ook al verstrekt de deskundige slechts een niet-dwingend advies, de doorslaggevende invloed die dat advies in de praktijk heeft, vergt dat de deskundige blijkt geeft van onpartijdigheid en objectiviteit en geen gewettigde verdenking ten aanzien van zijn persoon op grond van zijn professionele en persoonlijke situatie mag wekken. In een dergelijke context van verdenking zou een als deskundige aangestelde arts met reden oordelen dat hij de expertiseopdracht beter weigert.

36. Brussel, 20.11.2014, J.T., 2015/11, nr. 6597, pp. 258-260; Luik (13^{de} kamer), 28.10.2014, J.T., 2015/11, nr. 6597, p. 261.

37. Code van geneeskundige plichtenleer Titel III - Hoofdstuk IV: De arts als adviseur, controleur, deskundige of ambtenaar.

ANDER TYPE VAN INCIDENT, HET VERZOEK TOT VERVANGING VAN DE DESKUNDIGE (ART. 979, GER. W.)

Op verzoek van een van de partijen, bij gewone brief (art. 973, § 2, Ger. W.), kan de rechter de deskundige die “zijn opdracht niet naar behoren vervult” (bijv. in geval van een professionele fout of nalatigheid van de deskundige³⁸) vervangen. In dat geval beslist de rechter om daaraan al dan niet gevolg te geven (art. 979, § 1, 1^{ste} lid, Ger. W.). Hij beschikt in dat opzicht over een soevereine beoordelingsmacht.

Er moet aan worden herinnerd dat in artikel 972, § 2, vijfde lid, Gerechtelijk Wetboek uitdrukkelijk wordt bepaald dat de niet toegestane afwezigheid van de deskundige tijdens een installatievergadering rechtvaardigt dat hij ambtshalve wordt vervangen.

Ook op gezamenlijk verzoek van de partijen *moet* de rechter de deskundige vervangen. In artikel 979, § 1, tweede lid, wordt bepaald dat het verzoek bij gewone brief wordt gericht aan de rechter, die binnen acht dagen zonder oproeping of verschijning van partijen uitspraak doet. De deskundige is dus in die hypothese niet meer genoodzaakt om zijn standpunt ten opzichte van zijn vervanging uit te drukken, en de partijen moeten hun gezamenlijk verzoek tot vervanging evenmin rechtvaardigen.

Zelfs zonder verzoek van de partijen, zou de rechter die meent dat de deskundige zijn opdracht niet naar behoren vervult, de partijen (en de deskundige) ambtshalve kunnen oproepen en hun zijn vaststellingen meedelen (art. 979, § 1, derde lid, Ger. W.). Na afloop van de bespreking kan de rechter de vervanging van de deskundige bevelen, zijn gemotiveerde beslissing bekendmaken en onmiddellijk een nieuwe deskundige aanstellen.

De redenen voor vervanging die het vaakst worden ingeroepen, zijn: de overschrijding van de termijnen, het niet tijdig indienen van het verzoek tot verlenging, het gebrek aan onpartijdigheid, een professionele fout of nalatigheid, verhindering (ziekte of overlijden), ...

Tegen die beslissing tot vervanging kan door de partijen hoger beroep worden ingesteld.

Het Arbeidshof dat zich over de kwestie van de vervanging van een deskundige moest uitspreken, heeft er in een arrest van 19 december 2011 aan herinnerd dat de deskundige geen beroep kan aantekenen tegen de beslissing tot vervanging, aangezien hij geen partij maar gerechtsmedewerker is (cf. *supra* p. 1). De deskundige heeft geen persoonlijk belang.

De procedure met betrekking tot de vervanging van de deskundige vormt een incident van het onderzoek en geeft geen aanleiding tot een verwijzing in de kosten. Indien de deskundige nog niet aan zijn opdracht is begonnen, maar wel al het voorschot heeft gekregen, moet dat volledig worden terugbetaald.

De vervangen deskundige heeft 15 dagen om de dossiers van de partijen en zijn staat van kosten en ereloon ter griffie neer te leggen en - op de dag van de neerlegging ter griffie - een afschrift van die staat aan de partijen en hun raadslieden te bezorgen.

Kosten en erelonen van de deskundige: van de consignatie tot de begroting

WETTELIJK KADER

Bij de begroting van de staat van de deskundige wordt in artikel 991, § 2, derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek bepaald dat de rechter “hoofdzakelijk rekening moet houden met de zorgvuldigheid waarmee het werk werd uitgevoerd, de nakoming van de vooropgestelde termijnen en de kwaliteit van het geleverde werk. Hij kan daarbij ook rekening houden met de moeilijkheid en duur van het geleverde werk, de hoedanigheid van de deskundige en de waarde van het geschil.”

38. Burg. Nijvel, 04.11.1997, J.L.M.B., 1998/37, p. 1619; Brussel (16^e kamer), 30.10.2007, J.T., 2008/1, nr. 6293, p. 9.

In de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is de rechter die een uitspraak moet doen, verplicht om het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en de kosten voor de deskundigen, aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken, toe te passen (B.S., 28.11.2003).

In artikel 167, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 (GVU-wet) wordt immers bepaald dat:

"In de zaken waarin een medisch expert wordt aangewezen, worden de voorschotten, de erelonen en de kosten van deze expert die vervat zijn in de nota die hij opstelt overeenkomstig de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek, aangeduid met toepassing van het door de Koning vastgestelde tarief."

Op het vlak van sociale zekerheid heeft de wetgever in bijna alle sectoren gekozen voor een systeem dat ook in het strafrecht wordt toegepast, namelijk de "baremisering" van de onderzoekskosten. Dat barema wordt gerechtvaardigd door de vaststelling dat er wat het bedrag van de erelonen en kosten betreft, dat in principe ten laste van de instellingen voor sociale zekerheid is, aanzienlijke verschillen zijn tussen de gerechtelijke arrondissementen en zelfs tussen de deskundigen van eenzelfde arrondissement. Sommige deskundigen, die van de normale doelstelling van een onderzoek afwijken, onderwierpen de verzekerde daarom aan een volledige wetenschappelijke diagnose tot in het kleinste pathologische detail, en nog anderen delegeerden de hun toevertrouwde opdracht ruimschoots door verschillende aanvullende onderzoeken aan onbeëdigde specialisten te vragen.³⁹

Als antwoord op een vraag over de beperking van de erelonen van de artsen-deskundigen in het kader van de ziekteverzekering, heeft de minister van Sociale Zaken eraan herinnerd dat de invoering van een uniform barema door de volgende overwegingen werd ingegeven:

"[...] zo moest men niet alleen een aanzienlijk verschil vaststellen tussen de gemiddelden per deskundige maar ook tussen de gemiddelden per rechtbank, zonder dat deze verschillen objectief verklaard konden worden. Door het invoeren van een barema zal men die verschillen kunnen wegwerken."

Daarbij komt dat er in de ziekteverzekering meer en meer expertises bevolen worden in geschillen die geen verband houden met het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid maar die betrekking hebben op andere materies waar het bedrag dat reëel in betwisting is minder belangrijk is, zodat de vrees voor een dure expertise een hinderpaal kan worden tot het nemen van negatieve beslissingen."⁴⁰

Het Grondwettelijk Hof heeft zich eveneens gebogen over de verenigbaarheid van artikel 167, vierde lid, van de GVU-wet met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet:

"De mogelijkheid om bij wet af te wijken van de criteria vermeld in artikel 982, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, kan op zich niet onbestaanbaar zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. De omstandigheid dat de onderzoekskosten, behalve in het geval van tergend of roekeloos geding, steeds ten laste zijn van de instellingen belast met de toepassing van bedoelde verzekering, het feit dat de uit te voeren onderzoeken vrij goed met elkaar te vergelijken zijn en de omstandigheid dat vóór de invoering van de gekritiseerde wetgeving de aangerekende bedragen zonder aanwijsbare redenen sterk verschillen tussen individuele deskundigen en tussen gerechtelijke arrondissementen, verantwoord op voldoende wijze waarom de wetgever de Koning gemachtigd heeft ter zake tarieven vast te stellen. Artikelen 10 en 11 van de Grondwet worden niet door artikel 167, vierde lid, van de GVU-wet geschonden."⁴¹

39. Ch.-E. CLESSE, "L'expertise en droit social", Waterloo, Kluwer, 2010, pp. 229-230.

40. *Ibidem*.

41. A.H., 22.12.1999, arrest nr. 137/99; A.H., 25.01.2007, arrest nr. 22/2007.

CONSIGNATIE

Krachtens artikel 987 van het Gerechtelijk Wetboek kan de rechter het voorschot bepalen dat elke partij moet consigneren ter griffie of bij de kredietinstelling die de partijen gezamenlijk hebben gekozen, en de termijn waarbinnen zij aan deze verplichting moet voldoen. De rechter kan die verplichting alleen maar opleggen aan de instelling voor sociale zekerheid die overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, in de kosten is verwezen, behalve in geval van een roekeloze en tergende procedure.

De partijen brengen de deskundige op de hoogte van de storting van het voorschot.

Indien een partij niet binnen de termijn consigneert, kan de rechter daarvan op verzoek van de meest gereede partij een bevel tot tenuitvoerlegging geven ten belope van het bedrag dat hij vaststelt en kan hij daaruit de conclusies trekken die hij geraden acht.⁴² Door een nieuwe tenuitvoerlegging te vragen, kan de rechter zijn controle op het onderzoek optimaliseren. Men kan van de deskundige niet verwachten dat hij alle kosten voorschiet zonder ook maar enige zekerheid over zijn latere vergoeding te krijgen.

De deskundige kan desgevallend de vervulling van zijn opdracht schorsen of uitstellen, totdat hij op de hoogte is gebracht van de consignatie van het voorschot.

De vrijgave van het voorschot gebeurt op eenvoudig verzoek.

Indien de deskundige meent dat het voorschot of het vrijgegeven deel daarvan niet volstaat, kan hij de rechter om de consignatie van een bijkomend voorschot of verdere vrijgave verzoeken.

Met een met redenen omklede beslissing kan de rechter de bijkomende consignatie of verdere vrijgave van het voorschot weigeren, wanneer hij van oordeel is dat die niet redelijk verantwoord is.⁴³

BETWISTING

Welke redenen kunnen voor een betwisting van de kosten en het ereloon van de deskundige worden aangevoerd?

De niet-inachtneming van het barema zoals bepaald door het Koninklijk Besluit van 14 november 2003

Het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en de kosten voor de deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake de geschillen betreffende, onder andere, de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Op de dag waarop de deskundige zijn verslag neerlegt, stuurt de deskundige een afschrift van het verslag en een gedetailleerde staat van de kosten en erelonen bij ter post aangetekende brief aan de partijen en bij gewone brief aan hun raadsliden.⁴⁴ Zijn staat van de kosten moet de barema's volgen die in dat koninklijk besluit zijn vastgesteld.

Het Arbeidshof van Luik heeft recent gepreciseerd dat de bepalingen van het Koninklijk besluit van 14 november 2003 van openbare orde zijn en dat daarvan dus op geen enkele manier mag worden afgeweken. Ze vinden hun wettelijke grondslag in artikel 167, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994. De hoven en rechtbanken passen het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 unaniem toe.⁴⁵

42. Art. 989, Ger. W.

43. Art. 988, Ger. W.

44. Art. 978, § 2, Ger. W.

45. Arbh. Luik, afd. Namen, 21.10.2014, I.B. - RIZIV, nr. 2014/3-4, pp. 398-400. Zie eveneens Arbrb. Brussel, 21.05.2015, A.R. 06/16809/A, onuitg.

Niet-inachtneming van de tegenspraak

Zoals we hierboven hebben gezien, is het tegensprekelijk karakter een van de essentiële kenmerken van de onderzoeksprocedure.

Wat zijn de mogelijke gevolgen voor de kosten en het ereloon van de deskundige wanneer het verslag niet-tegenstelbaar wordt verklaard? In de rechtspraak wordt bevestigd dat de deskundige geen recht heeft op de betaling van zijn ereloon of op zijn minst dat hij het bedrag daarvan moet verminderen.⁴⁶

Neerlegging van een verslag van niet-bevinding

Wanneer de betrokkene, hoewel hij naar behoren is opgeroepen, zich niet voor de eerste onderzoekszitting heeft aangemeld, moet het verslag dat door de aangestelde deskundige is neergelegd, als een verslag van niet-bevinding worden bestempeld. Wanneer een verslag van niet-bevinding wordt neergelegd wegens de afwezigheid van de aanvrager van de onderzoeksactiviteiten, moet het ereloon dat overeenstemt met het ereloon voor de uitvoering van een afgerond onderzoek, niet worden vastgesteld.⁴⁷

In dat geval moet de staat van de deskundige alleen op de administratieve kosten worden begroot.⁴⁸

Daarentegen, wanneer een eerste onderzoekszitting wordt gehouden en de betrokkene vervolgens nalaat om de gevraagde documenten mee te delen of om zich aan te bieden, mag de deskundige meer dan alleen de administratieve kosten aanrekenen.⁴⁹

Specialisme van de deskundige

Het Koninklijk besluit van 14 november 2003 voorziet in een ander tarief als de deskundige psychiater of neuropsychiater is. De deskundige die zich niet op een van die titels kan beroepen, zal zijn persoonlijk ereloon niet tegen dat tarief kunnen berekenen. Men is van oordeel dat “gelet op zijn hoedanigheid van neuroloog, de gerechtsdeskundige recht heeft op een ereloon van 380,74 EUR en niet van 436,25 EUR, aangezien dat bedrag wordt uitbetaald aan diegenen die de hoedanigheid van neuropsychiater hebben.”⁵⁰

Aanvullend deskundigenonderzoek

Overeenkomstig artikel 1, eerste lid, 3^o, mag de deskundige alleen de kosten voor aanvullende onderzoeken terugvorderen en de administratieve kosten voor de onderzoeken die door andere personen op zijn verzoek zijn uitgevoerd en voor de onderzoeken die ingevolge een aanvullend deskundigenonderzoek op bevel van de rechter zijn verricht.

Nomenclatuur

Naast zijn persoonlijk ereloon en de administratieve kosten, mag de deskundige krachtens artikel 1, eerste lid, 3^o, a) van het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 de kosten voor andere dan de voormelde medische onderzoeken boeken. Die kosten zijn echter overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vastgesteld⁵¹. Concreet gezien, zal de deskundige in zijn onkostennota de nomenclatuurcodenummers van de uitgevoerde onderzoeken vermelden.

46. Arbh. Luik, 16.11.2004, A.R. 31490/2003, onuitg.; Arbh. Brussel, 24.02.2010, A.R. 2008/AB/51193, onuitg.; Arbh. Gent, 31.01.2011, A.R. 2004/AG/85, onuitg.

47. Arbrb. Charleroi, 04.01.2010, A.R. nr. 05/64.743/A; Arbrb. Nijvel, 21.04.2015, A.R. 11/1425/A, onuitg.

48. Arbrb. Brussel, 25.05.2007, A.R. 51083/03, onuitg.; Arbrb. Brussel, 23.09.2005, A.R. 67.305/03, onuitg.; Arbrb. Charleroi, 23.07.2003, A.R. 59969, onuitg.; Arbh. Luik, 02.04.2004, A.R. 323842; Arbrb. Charleroi, 10.05.2005, A.R. 59234, onuitg.; Arbrb. Bergen, 19.03.2014, A.R. 12/1126/A, onuitg.

49. Ch.-E. CLESSE, op. cit., p. 230.

50. Arbrb. Bergen en Charleroi, afd. Charleroi, 27.10.2014, A.R. 09/3412/A – 10/381/A – 11/903/A, onuitg.

51. Arbh. Luik, 19.05.2003, A.R. 6.825/2001, onuitg.; Arbh. Bergen, 22.11.2002, A.R. 13.718, onuitg.

College van deskundigen

Indien hij het nodig acht, kan de rechter verschillende deskundigen aanstellen. De deskundigen stellen dan een enkel verslag op; ze formuleren een enkel advies bij meerderheid van stemmen. Ze geven, in geval van uiteenlopende adviezen, de redenen voor die verschillende adviezen aan. Het verslag wordt door alle gerechtsdeskundigen ondertekend.

Indien elk aangesteld lid van het college van deskundigen recht heeft op een persoonlijk ereloon, moet dit slechts een keer worden toegekend, aangezien er maar 1 procedure moet worden gevolgd⁵². De administratieve kosten moeten niet worden vermenigvuldigd met het aantal deskundigen van het college aangezien door het college slechts 1 collectief verslag wordt ingediend.

Krachtens artikel 982, derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek: "Voor verscheidene deskundigen in een zelfde zaak wordt een gedetailleerde gezamenlijke staat van de kosten en het ereloon opge maakt, met een duidelijke opgave van ieders aandeel."

Bijstand van een persoonlijk arts

Wanneer de tegenpartij in zijn eigen belang een beroep doet op het oordeel van een technische raadsman, kan het instituut niet worden veroordeeld om die kosten ten laste te nemen met toepassing van artikel 1017, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek.

In artikel 1017 van het Gerechtelijk Wetboek wordt immers bepaald dat de kosten ten laste van de instelling van sociale zekerheid zijn en in artikel 1018 wordt een limitatieve opsomming gegeven van de uitgaven die in de zin van artikel 1017 kunnen worden gedekt. Daarin is evenwel geen sprake van de kosten met betrekking tot de technisch adviseur.

Uit de arresten die door het Hof van Cassatie zijn gewezen⁵³, valt te onthouden dat de tenlasteneming van de kosten voor de bijstand van een technisch adviseur kan worden opgelegd aan de partij die door de contractuele of niet-contractuele fout die zij heeft begaan, de andere partij herstelbare schade heeft berokkend. Om een tenlasteneming van die kosten te rechtvaardigen, moet de tegenpartij bewijzen dat zij schade heeft opgelopen die is veroorzaakt door de socialezekerheidsinstelling en dat de kosten voor de bijstand van een technisch adviseur een element uitmaken.

Het feit dat de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit de staat van arbeidsongeschiktheid van de tegenpartij niet op dezelfde manier heeft beoordeeld als de gerechtsdeskundige is op zich geen schuld in de zin van artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek. Er is geen sprake van een gedrag dat kan worden geanalyseerd als een gedragsfout die moet worden beoordeeld naar de maatstaf van de normaal zorgvuldige en omzichtige administratieve overheid die in dezelfde omstandigheden verkeert.⁵⁴

In het Gerechtelijk Wetboek werd aanvankelijk niet bepaald dat de tenlasteneming van de kosten voor de bijstand van een technisch adviseur deel uitmaakt van de bijstand waarop een rechtzoekende die in aanmerking komt voor rechtsbijstand, aanspraak kan maken.

Er moet eveneens worden nagegaan of de tegenpartij de rechtsbijstand geniet. Naar aanleiding van het arrest dat op 26 oktober 2005 werd gewezen door het Grondwettelijk ⁵⁵Hof, toen nog het Arbitragehof, heeft de wetgever wijzigingen aangebracht in de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de gerechtelijke bijstand en voor de gerechtigden van de gerechtelijke bijstand de mogelijkheid ingevoegd om bij gerechtelijke deskundigenonderzoeken, volledig of deels, kosteloos de bijstand van een technisch adviseur te genieten (art. 664, 665 en 671).

52. Ch.-E. CLESSE, op. cit., nrs. 597 en 598, Arbh. Antwerpen (afd. Antwerpen), 23.09.2008, A.R. 2030306, onuitg.; Arbrb. Turnhout, 10.12.2004, A.R. 24890, onuitg.; Arbrb. Antwerpen, 24.12.2004, A.R.327830, onuitg.; Arbrb. Luik, 28.05.2005, A.R. 319.761, onuitg.; Arbrb. Leuven, 25.03.2008, A.R. 903/07, onuitg.;

53. Cass., 02.09.2004, Arr. Cass. 2004, boek 9, p.1271; Cass., 16.11.2006, Arr. Cass. 2006, boek 11, p.2325.

54. Cass., 25.10.2004, J.L.M.B., 2005, boek 15, p. 638.

55. A.H., 26.10.2015, nr. 160/2005, B.S., 11.01.2006.

De kosten voor de technisch adviseurs worden ter ontlasting van hem die bijstand geniet, door de Staat voorgeschoten (art. 692*bis*).

Nadat het Arbitragehof zijn arrest had gewezen en alvorens de wetgever zou overgaan tot een wijziging van het Gerechtelijk Wetboek, is geoordeeld dat de kosten en erelonen van de technisch adviseur het best werden beperkt door ze aan te passen aan de loonschalen die zijn vastgesteld in artikel 45 van het Ministerieel Besluit van 26 september 2002 “tot vaststelling van het normaal bedrag van de honoraria van de personen opgeroepen in strafzaken wegens hun kunde of hun beroep”.

Die beperking was toen gerechtvaardigd want de rechter aan wie het probleem werd voorgelegd, moest het gebrek aan precisie in de wet compenseren door ze zelf te interpreteren, naar aanleiding van het arrest van het Arbitragehof, in die zin dat het toepassingsveld van artikel 692 van het Gerechtelijk Wetboek moest worden uitgebreid om de kosten voor de medische verdediging van de rechtzoekende wiens inkomen niet volstaat om die kosten te dragen, eraan toe te voegen.

Sindsdien heeft de wetgever die bepalingen bij wet van 20 juli 2006 aangevuld met artikel 692*bis*, dat op 1 januari 2007 in werking is getreden en waarin aan de Koning de bevoegdheid wordt verleend om het bedrag van die kosten en erelonen vast te stellen⁵⁶.

Reiskosten

Het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 omvat geen rubriek die betrekking heeft op de reiskosten van de deskundige. Nochtans zal die zich soms genoodzaakt zien om zich te verplaatsen om de betrokkene te gaan onderzoeken als die bijvoorbeeld gedetineerd of geïnterneerd is.

Er wordt evenwel aangenomen dat in een dergelijk geval het tarief voor de reiskosten, zoals vastgesteld in het algemeen reglement op de gerechtskosten in strafzaken, moet worden toegepast omdat het het nauwst aansluit bij de realiteit.⁵⁷

De expertisekosten inzake de afhankelijkheidscategorieën (rustoord)

Het Arbeidshof van Brussel heeft geoordeeld dat “de deskundigenonderzoeken, die erin bestaan de afhankelijkheidsgraad van meerdere, zij het verschillende, bewoners te bepalen, gelijktijdig verlopen. Bijgevolg worden de kosten verminderd tot de helft van de kosten die bij Koninklijk Besluit van 14 november 2013 zijn vastgesteld voor elk van de deskundigenonderzoeken.”⁵⁸

Het Arbeidshof van Luik heeft een arrest in dezelfde zin gewezen: “de deskundigenonderzoeken die erin bestaan de afhankelijkheidsgraad van meerdere, zij het verschillende, bewoners te bepalen, verlopen gelijktijdig. De deskundige heeft dus op meerdere kosten kunnen besparen. Bijgevolg lijkt het redelijk om die kosten vast te stellen op de helft van het in dat Koninklijk Besluit beoogde forfait.”⁵⁹

BEGROTING – TERMIJN

Krachtens artikel 991 van het Gerechtelijk Wetboek moet, indien de partijen niet binnen dertig dagen na de neerlegging ter griffie van de gedetailleerde staat aan de rechter hebben meegedeeld dat zij het bedrag van het ereloon en de kosten die door de deskundige worden aangerekend, betwisten, wordt dat bedrag door de rechter begroot onderaan op de minuut van de staat en wordt daarvan een bevel tot tenuitvoerlegging gegeven overeenkomstig het akkoord dat de partijen gesloten hebben of tegen de partij of partijen, zoals bepaald voor de consignatie van het voorschot.

56. Arbh. Luik, 10.01.2001, A.R. 2008/AL/35.899, onuitg.

57. Arbh. Antwerpen, 10.11.1998, Chron. D.S., 1999, 3, p. 140; Ch.-E. CLESSE, op. cit. p. 241.

58. Arbh. Brussel, 04.12.2013, I.B. - RIZIV, 2013/4, p. 421.

59. Arbh. Luik, 12.09.2014, A.R. nr 2013/AL/74, I.B. - RIZIV, 2014/3-4, p. 401.

Indien één of meer partijen binnen dertig dagen verklaren niet akkoord te gaan met de staat van kosten en ereloon en hun standpunt met redenen omkleeden, gelast de rechter de oproeping van de partijen teneinde het bedrag van de kosten en het ereloon te begroten.

Deze bedragen zullen in de eindbeslissing als gerechtskosten worden begroot.

Hoewel niet wordt betwist dat het expertiseverslag met de staat van kosten en ereloon niet per aangetekende zending ter kennis is gebracht, overeenkomstig artikel 979, § 2, 2^{de} lid, van het Gerechtelijk Wetboek, moet erop worden gewezen dat de termijn van 30 dagen waarin de partijen bemerkings konden formuleren met betrekking tot de staat van kosten en ereloon nog niet is begonnen lopen.⁶⁰

We scharen ons achter de mening van MOUGENOT D. die oordeelt dat: “de stilte aan de zijde van de partijen enkel mag worden beschouwd als een stilzwijgend akkoord als zij niet op een andere manier kan worden geïnterpreteerd, overeenkomstig de gewone rechtspraak van het Hof van Cassatie, inzake verzakingen”.⁶¹

Na de hervormingen inzake gerechtelijke expertise die zijn doorgevoerd bij wet van 15 mei 2007 en de verduidelijkingen die werden verschaft bij wet van 30 december 2009 blijkt de centrale rol van de gerechtsdeskundige in het kader van het deskundigenonderzoek sterk te zijn geëvolueerd. De magistraat, belast met de controle van het deskundigenonderzoek, ging niet alleen een grotere en actievere rol spelen maar kreeg ook nieuwe instrumenten ter beschikking die hem in staat moesten stellen om meer vat te hebben op het verloop van de expertiseprocedure.

Na decennialang wachten is recent met de wet van 10 april 2014 tot wijziging van verschillende bepalingen met het oog op de oprichting van een nationaal register voor gerechtsdeskundigen, eindelijk een echt statuut voor gerechtsdeskundigen ingevoerd. In de wet wordt de positie van die actoren verduidelijkt via de creatie van de titel voor die functie en de organisatie van de opleidingen om ze te kunnen uitoefenen. In dat opzicht is de openbaarheid van dat register, dat online toegankelijk is, een waarborg voor transparantie ten opzichte van de rechtzoekende.

Voor de uitvoering van die wet moet nog een zeer groot aantal Koninklijke uitvoeringsbesluiten worden genomen. Gelet op de door de wetgever vastgestelde streefdatum (de eerste dag van de 24^{de} maand die volgt op de maand van de bekendmaking) mag men echter hopen dat het nationaal register voor gerechtsdeskundigen op 1 januari 2017 operationeel zal zijn.



[www] http://justitie.belgium.be/nl/binaries/Plan%20justitie_18maart_NL_tcm265-264636.pdf

In zijn recente “Justitieplan” heeft minister van Justitie Koen Geens bovendien aangekondigd dat de uitvoeringsbesluiten voor de wet van 10 april 2014 worden voorbereid, meer bepaald wat het beheer van het register voor gerechtsdeskundigen betreft, waarin kwaliteitscriteria moeten worden vastgesteld die als basis moeten dienen voor het inschrijven van gerechtsdeskundigen in het register of voor het schrappen ervan, en over de deontologische code voor tolken, vertalers en taptolken. We hopen dat het ervan komt....

60. Arbh. Brussel, 04.12.2013, I.B. - RIZIV, 2013/4, pp. 421-423.

61. D. MOUGENOT en O. MIGNOLET, op. cit., p. 201 e.v., nr. 39; cfr. Cass., 17.11.2008, J.T.T., 2009, boek 1029, p. 72; Cass., 28.01.2008, J.T.T., 2008, boek 1009, p. 239; Cass., 15.09.2006, Pas., 2006, boek 9-10, p. 1760; Cass., 23.01.2006, J.T.T., 2006, boek 945, p. 178; Cass., 17.11.2005, Arr. Cass. 2005, boek 11, p. 2285; Cass., 25.04.2005, J.T.T., 2005, boek 926, p. 381; Cass., 13.09.2004, J.L.M.B., 2005, boek 34, p. 1484; Cass., 21.12.2001, Pas., 2001, boek 12, p. 2204.

Inhoud

Juridische beroepen	2
Gerechtsdeskundige, een vaak miskend beroep, waar je evenwel niet omheen kunt in vele van onze geschillen	2
Maar wat is een gerechtsdeskundige nu eigenlijk?	3
Wie kan worden aangesteld als gerechtsdeskundige en wat is zijn statuut?	3
Wat is de rol van de deskundige in het gerechtelijk proces?	8
Hoe verloopt een gerechtelijk deskundigenonderzoek?	9
Over welke onderzoeksbevoegdheid beschikt de deskundige in het kader van zijn opdracht	12
De wraking en de andere incidenten – Principe van onafhankelijkheid van de deskundige	13
De wraking van de deskundige (art. 828, Ger. W.)	13
Ander type van incident, het verzoek tot vervanging van de deskundige (art. 979, Ger. W.)	16
Kosten en erelonen van de deskundige: van de consignatie tot de begroting	16
Wettelijk kader	16
Consignatie	18
Betwisting	18
De niet-inachtneming van het barema zoals bepaald door het Koninklijk Besluit van 14 november 2003	18
Niet-inachtneming van de tegenspraak	19
Neerlegging van een verslag van niet-bevinding	19
Specialisme van de deskundige	19
Aanvullend deskundigenonderzoek	19
Nomenclatuur	19
College van deskundigen	20
Bijstand van een persoonlijk arts	20
Reiskosten	21
De expertisekosten inzake de afhankelijkheidscategorieën (rustoord)	21
Begroting - Termijn	21

2^e Deel

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



2^{de} trimester 2015

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Bewijskracht

Vanaf 21 juni 2015 treedt het koninklijk besluit in werking dat de voorwaarden vastlegt waaronder digitale documenten bewijskracht verwerven voor de ziekenhuizen¹.

Het bestaan van deze bewijskracht is noodzakelijk om de goede werking van de sector van de gezondheidszorg te waarborgen. Voor zover de gebruikte procedures in de ziekenhuizen voldoen aan de vastgelegde criteria, hebben de gegevens die door middel van een optische en fotografische techniek opgeslagen, verwerkt of meegedeeld worden, alsook de weergave van deze gegevens op papier of op elke andere leesbare drager, bewijskracht tot bewijs van het tegendeel.

2. Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel

De Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel werd opgericht door het koninklijk besluit van 12 mei 2014.² Het huishoudelijk reglement, dat de werking ervan vastlegt, werd gepubliceerd op 5 juni 2015.³

3. Technische raden

Het huishoudelijk reglement van de technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen wijzigt vanaf 23 april 2015.⁴ Dat van de Technisch farmaceutische raad wijzigt op 23 april 2015.⁵ De belangrijkste wijzigingen hebben betrekking op:

- de elektronische uitnodiging en het ter beschikking stellen van nota's
- het vaststellen van de vergaderdata
- de aanwezigheid van de leden
- de vertrouwelijkheid.

1. K.B. van 10.05.2015 betreffende de bewijskracht van de gegevens die door de ziekenhuizen worden opgeslagen, verwerkt of meegedeeld door middel van een optische en fotografische techniek, evenals hun weergave op papier of op elke andere leesbare drager, voor de toepassing in de gezondheidszorg, B.S. van 11.06.2015, p. 34097.

2. K.B. van 12.05.2014 tot uitvoering van de art. 25 en volgende van de wet GVU, B.S. van 19.06.2014, p. 46231.

3. M.B. van 22.05.2015 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel, B.S. van 05.06.2015, p. 32632.

4. K.B. van 03.04.2015 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, B.S. van 23.04.2015, p. 23098.

5. K.B. van 03.04.2015 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Farmaceutische Raad, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, B.S. van 23.04.2015, p. 23115.

II. Geneeskundige verzorging

1. Zorgverleners

a. Tandheekundigen

De accreditering van de tandheekundigen kent 2 belangrijke pijlers, die vanaf 1 juni 2015 gekoppeld worden aan de toekenning van de accreditatiepremie.⁶ Voorheen waren zij ook al gekend als voorwaarde om accreditering te bekomen, maar thans zijn ze ook afdwingbaar. Het gaat om:

- deelname aan de wachtdienst
- de verplichting voor de tandheekundige om te voldoen aan de regelgeving inzake de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralingen.

b. RVT en ROB

De lokale colleges die belast zijn, onder andere, met het nazicht van de afhankelijkheidsgraad van de ouderen die in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen verblijven, worden uitgebreid.⁷ Ook de kinesitherapeuten maken er deel van uit, naast de adviserend geneesheren en verpleegkundigen.

2. Verstrekkingen

a. Getuigschriften voor verstrekte hulp

Met ingang van 1 juli 2015 wijzigen een aantal getuigschriften.⁸ Deze aanpassingen bevorderen de financiële transparantie van de geneeskundige verzorging.

Het getuigschrift voor verstrekte hulp:

- is voortaan wit, ongeacht de categorie waartoe de zorgverlener die het attest uitschrijft behoort
- omvat steeds het “ontvangstbewijs”, ook al wordt de verstrekking uitgevoerd in naam van een vennootschap
- vermeldt het KBO-nummer (inschrijvingsnummer bij de kruispuntbank van ondernemingen)
- gebruikt consequent het woord patiënt
- gebruikt het woord handtekening: het ontvangstbewijs moet niet verplicht worden ondertekend
- bevat niet langer een vrijstelling voor kleine laboratoria. Ook al brengen zij minder dan 25.000 EUR per jaar in rekening, dan nog moeten zij verplicht factureren op magnetische draager
- krijgt een aanpassing zodat ook tandheekundige bepaalde verstrekkingen van kinesitherapie mogen voorschrijven.

6. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging, wat betreft de accreditering van tandheekundigen, van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 04.05.2015, p. 24315.

7. K.B. van 24.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 13.04.2015, p. 21668.

8. Verordening van 22.06.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet GVU, B.S. van 30.06.2015, p. 37625.

b. Artsen

MEDISCH-FARMACEUTISCH OVERLEG

Op 20 april 2015 treedt het koninklijk besluit in werking dat het overleg tussen artsen en apothekers uitwerkt.⁹

Het medisch farmaceutisch overleg heeft als belangrijkste doel het verbeteren van de zorg geleverd aan de patiënt door het op elkaar afstemmen van de rol van arts en apotheker. Dit met het oog op het rationeel voorschrijven en afleveren en veilig gebruiken van geneesmiddelen. Bij het overleg kunnen ook ziekenhuisartsen en/of ziekenhuisapothekers betrokken worden.

Deze multidisciplinaire samenwerking gebeurt in lokale vergadering tussen artsen en apothekers.

Een LOK en/of een huisartsenkring en een lokale vereniging van apothekers, stellen als verantwoordelijken twee projectindieners, één arts en één apotheker, aan. Deze sturen een voorstel voor medisch-farmaceutisch overleg op naar het RIZIV. Het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen is belast met de begeleiding van het medisch-farmaceutisch overleg:

- een bedrag van 1.000.000 EUR wordt ter beschikking gesteld voor de kwaliteitsbevorderende programma's voorgesteld door representatieve beroepsorganisaties, universiteiten, vormingsinstututen en wetenschappelijke verenigingen
- een bedrag van 980.000 EUR wordt verdeeld over de lokale projecten *a rato* van 2.500 EUR per goedgekeurd lokaal project
- een bedrag van 20.000 EUR wordt voorbehouden voor de tien "quality awards" van elk 2.000 EUR voor de door het Evaluatiecomité geselecteerde "best practices".

HEELKUNDE OP HET ABDOMEN

Een interpretatieregule voorziet dat de heelkundige behandeling van dunne darmobstructie door adhesiolyse ook door de modernere Baker techniek mag worden uitgevoerd waar dit voorheen enkel volgens de Noble-Childs voorzien was.¹⁰

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 juni 2015 voorziet de nomenclatuur in het artikel 17 "radiologie" in de registratie van de CBCT-toestellen.¹¹ Dit zijn toestellen voor cone beam computergestuurde tomografieën. De registratie van de toestellen is een voorwaarde voor tegemoetkoming. De verstrekking zelf was al eerder voorzien, maar nu kunnen zowel tandheelkundigen als stomatologen en radiologen gebruik maken van deze techniek.

Het registratieformulier is eveneens vastgelegd.¹²

9. K.B. van 03.04.2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 20.04.2015 (Ed. 2), p. 22617.

10. Interpretatieregels van 02.02.2015 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 15.04.2015, p. 22155.

11. K.B. van 10.03.2015 tot wijziging van art. 17, § 1, 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 02.04.2015, p. 20231.

12. Verordening van 28.04.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 28.05.2015, p. 30191.

FORFAIT

Het koninklijk besluit dat het forfait vastlegt voor onbehandelbare incontinentie krijgt een verduidelijking.¹³ Deze was nodig omdat er een zekere inconsistentie was tussen de nederlandstalige en franstalige tekst.

c. Tandartsen

Vanaf 1 juli 2015 legt een koninklijk besluit parameters vast die het aantal door tandartsen geattesteerde verstrekkingen tijdens een bepaalde referentieperiode kunnen beperken tot een maximum.¹⁴ De bedoeling is opnieuw een antifraudemechanisme te introduceren dat tot doel heeft een aantal tandartsen, die een buitengewoon groot aantal verstrekkingen attesteren in het kader van de verplichte verzekering, aan te pakken.

De maatregel bestaat erin plafonds in te stellen voor het aantal attesteerbare verstrekkingen voor vaste periodes. Aan elke verstrekking is dus een wegingscoëfficiënt P toegekend. Het totaal van de P waarden mag per tandheelkundige niet groter zijn dan:

- 5.000 P voor een gegeven periode van één kalendermaand
- of 13.000 P voor een gegeven periode van een trimester, de eerste dag van het trimester is 1 januari of 1 april of 1 juli of 1 oktober
- of 46.000 P voor een gegeven periode van één kalenderjaar.

d. Opticiens

De nieuwe nomenclatuur opticiens, die in werking is getreden op 1 december 2012, had nood aan een aantal correcties en 1 aanvulling.¹⁵ De volgende bepalingen treden in werking vanaf dezelfde datum:¹⁶

- fototrope glazen, voor de correctie van verschillende pathologieën, komen in aanmerking voor terugbetaling, voor dioptrieën tussen plano en 8,00
- de terugbetaling van unifocale gekleurde brillenglazen met vooraf bepaalde absorptie en vaste tint met lage brekingsindex voorzien van anti-reflectie, kan worden gecumuleerd. Dit is het geval voor de patiënten voor wie de fototrope glazen, die zich aanpassen in functie van de helderheid binnen of buiten, niet geschikt zijn. Deze patiënten moeten voor de correctie van dezelfde visuele stoornis kunnen beschikken over verschillende glazen voor binnen en buiten
- de terugbetaling van unifocale brillenglazen voor rechthebbenden onder de 18 jaar verbetert.

13. K.B. van 03.04.2015 tot wijziging van het K.B. van 02.06.1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in art. 34, 14^e, van de wet GVU, B.S. van 16.04.2015, p. 22207.

14. K.B. van 12.06.2015 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de art. 5 en 6 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 12.06.2015, p. 34273.

15. K.B. van 30.09.2012 tot wijziging van art. 30, 30**bis** en 30**ter** 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 15.10.2012, p. 63011.

16. K.B. van 13.05.2015 tot wijziging van art. 30 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 05.06.2015, p. 32626.

e. Bandagisten

Vanaf 1 juli 2015 breidt de tegemoetkoming voor de therapeutische elastische beenkousen uit.¹⁷

Voor de kousen van subgroep 1 “lymfoedeem” is er een uitbreiding van de terugbetaling in geval van congenitale vasculaire malformatie. Bovendien wordt de tegemoetkoming voor kniekousen (AD) toegevoegd.

In subgroep 2 “chronisch veneuze aandoeningen”:

- verhoogt de terugbetaling van AD kousen
- voortaan is er ook een terugbetaling in geval van diepe veneuze trombose en posttrombotisch syndroom
- ook bovenbeenkousen (AG kousen) en panty (AT) komen in aanmerking voor tegemoetkoming.

De lijst met geneesheren-specialisten die de verstrekkingen uit artikel 27 kunnen voorschrijven wijzigt en past zich aan aan de huidige benamingen en praktijk.

f. Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

FORMULIEREN

Op 1 april 2015 wijzigen een aantal formulieren die betrekking hebben op de aanvraag van een verzekeringstegemoetkoming in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.¹⁸ Het gaat om:

- wijziging van het formulier om een betere behandeling van de terugbetalingsdossiers voor een neurostimulator nervus vagus mogelijk te maken
- het registratieformulier betreffende hartstimulatoren moet niet meer ter kennisgeving aan de adviserend geneesheer worden opgestuurd, tenzij het gaat om een vervanging. Deze wijziging gaat in vanaf 1 mei 2015 (in plaats van 01.04.2015)
- naar aanleiding van de invoering van een terugbetaling voor een “drug eluting balloon” wijzigt het formulier in verband met de coronaire stents
- invoering van een nieuw formulier, naar aanleiding van de toevoeging van de verstrekking “cupula voor reconstructie van heupprothesen”.

Deze formulieren, dienen voortaan toe te komen bij het “team individuele dossiers” van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV met adres te Brussel in plaats van te Hasselt.¹⁹

17. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging van art. 27 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 11.05.2015 en het *erratum*, B.S. van 05.06.2015.

18. Verordening van 20.04.2015 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 29.06.2015, p. 37245.

19. Verordening van 04.05.2015 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 29.06.2015, p. 37256.

Op 1 april 2015 wijzigt het formulier voor een aanvraag van een tegemoetkoming in de kosten van een cochleair implantaat voor rechthebbenden met een assymetrisch bilateraal hoorverlies.²⁰ Dit ten gevolge van de toevoeging van nieuwe verstrekkingen in de nomenclatuur.

Op 5 januari 2015 wijzigt het formulier voor het bekomen van informatie over de tegemoetkoming voor heup- en knieprothesen.²¹ Deze wijziging is een gevolg van het ingebruik nemen van een nieuwe toepassing orthopride.

INTERPRETATIETREKINGEN

Een interpretatieregule legt vanaf 1 juli 2014 vast op welke manier een transosseuze tractie gefactureerd kan worden.²² Als de tractie minder dan 30 dagen duurt, dan beantwoordt de transosseuze pin niet aan de definitie van een implanteerbaar hulpmiddel en wordt ze niet terugbetaald.

Vanaf dezelfde datum legt een interpretatieregule vast onder welke voorwaarden een multifocale intra-oculaire lens in aanmerking komt voor terugbetaling.²³ Indien de intra-oculaire lens een torische lens is en deze op de nominatieve lijst voorkomt, dan komt ze in aanmerking voor terugbetaling. Met de omschrijving "intra-oculaire lens" wordt een monofocale intra-oculaire lens bedoeld. Een multifocale intra-oculaire lens valt niet onder deze omschrijving en dus ook niet onder deze verstrekkingen.

Op 1 april 2015 treden 3 interpretatieregules over de neurochirurgie in werking.²⁴ De interpretatieregules geven uitvoering aan opgelegde besparingen en hebben betrekking op CRPS (complex regional pain syndrom), cluster headache en DRG (dorsale wortel ganglion stimulatie).

4 interpretatieregules leggen het volgende vast:²⁵

- in welke situaties een elektrode voor medullaire stimulatie aangerekend kan worden (vanaf 01.04.2015)
- wanneer er terugbetaling is voor een verlengbare/expandeerbare staaf zonder herinterventie verbonden aan de groei gebruikt bij de scoliose (vanaf 01.04.2015)
- de mogelijkheid tot vervanging van neurostimulatoren in geval van chronische kritieke niet-ooperbare ischemie van de onderste ledematen, wordt voorzien (vanaf 01.12.2014)
- in welke situaties een biologisch netje kan worden gefactureerd (vanaf 01.07.2014).

g. Gehoorprothesisten

Vanaf 1 augustus 2015 treden 2 wijzigingen in werking die betrekking hebben op de nomenclatuur van de gehoorprothesisten.²⁶

20. Verordening van 16.03.2015 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 21.04.2015, p. 22787.

21. Verordening van 16.03.2015 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 21.04.2015, p. 22804.

22. Interpretatieregule van 23.02.2015 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 05.06.2015, p. 32709.

23. Interpretatieregule van 16.03.2015 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 05.06.2015, p. 32709.

24. Interpretatieregule van 04.05.2015 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 27.05.2015, p. 30102.

25. Interpretatieregule van 04.05.2015 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 27.05.2015, p. 30100.

26. K.B. van 26.05.2015 tot wijziging van art. 31 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 05.06.2015, p. 32629.

De eerste wijziging voorziet een bijkomende verzekeringstegemoetkoming voor een CROS/BI-CROS-aanpassing. Bij een CROS-aanpassing (Controlateral Routing of Offside Signals) wordt het geluid opgevangen (via een microfoon) aan het oor dat niet meer toerustbaar is en overgebracht naar het betere oor. Indien het beste oor eveneens minder goed functioneert, kan het geluid ook aan die kant worden opgepikt via een tweede microfoon en spreekt men van BICROS-aanpassing.

De tweede wijziging betreft een verruiming van de terugbetaling voor slechthorenden die niet voldoen aan de algemene regel voor terugbetaling (gehoorverlies van minstens 40 dB) maar toch een aanzienlijk probleem hebben om te verstaan in bijgeluiden en bijgevolg ernstige beperkingen hebben in het dagelijks functioneren zonder aangepaste toerusting. Om te zorgen dat deze groep, zich zou kunnen blijven integreren in de maatschappij worden de uitzonderingsregels (gehoorverlies van minder dan 40 dB) uitgebreid tot personen tot 65 jaar die bij een spraak in ruis test 3 dB slechter scoren dan de norm, zodat deze personen recht op terugbetaling van hoortoestellen krijgen. De testen die moeten worden uitgevoerd om de meerwaarde van de toerusting aan te tonen worden ook bepaald.

h. Verzorgingsinstellingen en -diensten

DIALYSECENTRA

Om nierdialyses in extra-murale context aan te moedigen, dalen de tarieven van de ambulante dialyse vanaf 1 juli 2015.²⁷ Het is de bedoeling hierdoor het verschil in financiering met de alternatieve vormen van dialyse te verminderen. Concreet gaat het om een vermindering van 10,05 % van 1 juli 2015 tot 31 september 2015 en een lineaire vermindering vanaf 1 oktober 2015 met 3,35 %.

PATIËNTENFACTUUR VOOR ZIEKENHUIZEN

Vanaf 1 januari 2016 wijzigen de modellen van patiëntenfactuur voor de ziekenhuizen.²⁸ De belangrijkste nieuwheid bestaat in het feit dat de factuur ontdubbeld is in 2 modellen:

- een factuurmodel is zowel van toepassing voor opnames met overnachting als voor dagziekenhuis
- een tweede factuurmodel is van toepassing op de ambulante verstrekkingen verricht in een ziekenhuis, die gefactureerd worden via derde betalende.

De factuur kan op elektronische wijze aan de patiënt worden bezorgd, indien deze hiervoor expliciet zijn voorkeur heeft kenbaar gemaakt.

De overige wijzigingen kunnen worden samengevat als volgt:

- de gedetailleerde factuur voor (dag)hospitalisatie wordt voorafgegaan door een samenvatting
- de forfaitaire kosten per opname en per dag werden bij elkaar gezet in een nieuwe rubriek
- de min-tekens op de factuur werden zoveel mogelijk weggewerkt
- de factuur is reeds aangepast aan de voorziene wetswijziging die honorariumsupplementen in dagziekenhuis beperkt tot éénpersoonkamers. Het statuut van de arts (toegetreden, niet toegetreden of partieel toegetreden) wordt bijgevolg niet meer vermeld op de factuur

27. K.B. van 16.06.2015 tot wijziging van het K.B. van 23.06.2003 tot uitvoering van art. 71 *bis*; §§ 1 en 2 van de Wet GVU, B.S. van 25.06.2015, p. 36783.
28. Verordening van 21.05.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de Wet GVU, B.S. van 17.06.2015 (Ed. 2), p. 35011.

- er is een rubriek toegevoegd voor verstrekkingen waarop BTW van toepassing is
- bij de totalen is een lijn toegevoegd voor de bedragen die “aan het ziekenhuis betaald zijn door een derde”, zoals een private hospitalisatieverzekering, fonds voor arbeidsongevallen, fonds voor beroepsziekten, ... Deze derde dient op deze lijn gespecificeerd te worden.

Op de factuurmodellen van ziekenhuizen aan verzekeringsinstellingen en van de medische raad aan verzekeringsinstellingen en aan de patiënt is het KBO-nummer van het ziekenhuis of van de rechtspersoonlijkheid van de medische raad toegevoegd.

i. ROB en RVT

Op 15 augustus 2013 werd een projectoproep gelanceerd met het oog op het ontwikkelen van een nieuw geneesmiddelenbeleid in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen.²⁹ Deze projecten ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg in het kader van een medisch-farmaceutisch zorgbeleid wordt verder ondersteund, mits volgende wijzigingen:

- de vergoeding van de kosten van het overleg en de dataregistratie bedraagt 15.180,2 EUR per project. Het bedrag wordt gespreid over 3 jaar
- de opstartkost blijft 1.500 EUR per project
- voor het bijwonen van de werkgroepen bedraagt de tegemoetkoming 60 EUR per uur, met een maximum budget van 8.000 EUR per project
- de universitaire onderzoeksequipe krijgt een tegemoetkoming van 750.130 EUR voor haar ondersteuning, verspreid over 3 jaar.

j. Farmaceutische specialiteiten

CONTANTE BETALING VAN DE VERGOEDBARE FARMACEUTISCHE VERSTREKKINGEN

Het document “contante betaling” wijzigt vanaf 1 januari 2015.³⁰ Dit was nodig omdat er nog altijd sprake was van de SIS-kaart, terwijl het document nu melding maakt van het netwerk MyCarenet.

MAGISTRALE BEREIDINGEN

De voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten wijzigen vanaf 1 juli 2015:

- de inschrijving van minocycline in de lijst van vergoedbare grondstoffen wordt geregulariseerd
- de lijst van de rek, gaas en steriele compressen breidt uit
- de voorschriftmodaliteiten van de magistrale bereidingen verbeteren doordat de vergoedbaarheid wordt gekoppeld aan de inschrijving van de bereiding in een officieel erkend werk
- de magistrale bereidingen waarin farmaceutische specialiteiten onder de vorm met gewijzigde afgifte zijn verwerkt, worden niet meer vergoed.

29. I.B. 2013/4, p. 398 - K.B. van 11.07.2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging overeenkomsten kan sluiten met toepassing van art. 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet GVU, voor het ten laste nemen van de kosten van projecten ter ondersteuning van het multidisciplinair overleg in het kader van een medisch-farmaceutisch zorgbeleid in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen, B.S. van 31.07.2013, p. 47886.

30. Verordening van 20.04.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 04.05.2015, p. 24316.

RADIOFARMACEUTISCHE PRODUCTEN

De nieuwe terugbetalingsmodaliteiten voor radiofarmaceutische specialiteiten werden in 2014 bekend gemaakt.³¹ Op 1 juni 2015 treedt het nieuwe vergoedingssysteem in werking.³² Deze nieuwe terugbetalingsprocedure is gebaseerd op een systeem dat vergelijkbaar is met dat van de vergoeding van de farmaceutische specialiteiten.

De eerste fase voorzag dat de bedrijven, vanaf 1 juni 2014, een lijst konden overmaken van alle reeds vergoedbare radio-farmaceutische producten waarvoor de firma verantwoordelijk is voor het in de handel brengen.

Op basis van deze gegevens is de lijst van vergoedbare radiofarmaceutische producten opgesteld die in het Belgisch Staatsblad van 29 mei 2015 is gepubliceerd.

III. Uitkeringen

1. Leerlingen

Op 1 juli 2015 treedt een eenvormig sociaalzekerheidsstatuut voor de stelsels van alternerend leren in werking waarbij er een eenvormige omschrijving van de notie “leerling” geldt.

Elke “leerling” die onder deze uniforme definitie valt, wordt gelijk behandeld in het kader van de onderwerping aan de sociale zekerheid. De bijdrageregeling is identiek en zal binnen de verschillende sectoren van de sociale zekerheid op eenzelfde manier rechten openen. Wat meer specifiek de uitkerings- en moederschapsverzekering voor werknemers betreft, betaalt de “leerling” de nodige socialezekerheidsbijdragen vanaf 1 januari van het kalenderjaar waarin hij negentien jaar wordt. Door deze bijdragebetaling is hij gerechtigd op uitkeringen. Voordien heeft de “leerling” - weliswaar zonder bijdragebetaling - overigens ook al de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen.³³

In het verlengde van dit eenvormige sociaalzekerheidsstatuut is ook een uniforme berekeningswijze van de uitkeringen van toepassing. De uitkering wordt steeds berekend op de financiële bezoldiging (leervergoeding) die de betrokkene in uitvoering van de overeenkomst voor een alternerende opleiding ontvangt. Die uniforme berekeningswijze heeft een impact op de berekening van de uitkeringen voor de industriële leerlingen met gezinslast in geval van arbeidsongeschiktheid.³⁴ Deze leerling kon voorheen immers aanspraak maken op een uitkering die gelijk is aan het bedrag van de leervergoeding (en niet op een uitkering die 60 % van de leervergoeding bedraagt, zoals van toepassing was op de industriële leerlingen zonder gezinslast en de andere leerlingen).

31. K.B. van 22.05.2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten, B.S. van 28.05.2014 (Ed. 2), p. 41669 en het *addendum*, B.S. van 23.06.2014, p. 47340.

32. K.B. van 26.05.2015 tot wijziging van het K.B. van 22.05.2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten, teneinde de lijst van vergoedbare radiofarmaceutische producten in te voeren, B.S. van 29.05.2015, p. 30322.

33. Vgl. ook I.B. 2014/3-4, p. 389.

34. Verordening van 29.04.2015 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e, van de wet GVU, B.S. van 15.06.2015, p. 34510.

2. Omgezet moederschapsverlof

In geval van overlijden of hospitalisatie van de moeder, kan het moederschapsverlof onder bepaalde voorwaarden worden omgezet.

Vanaf 28 juli 2014 wijzigen de toepasselijke in die zin dat niet langer uitsluitend de vader dit verlof kan opnemen, maar via een welbepaalde rangregeling ook de co-ouder op voorwaarde dat de afstamming langs vaderszijde niet vaststaat.³⁵ Het gaat om een veeleer formele aanpassing van de reglementering.

3. Afschaffing van de *carendag*

De wet van 26 december 2013 heeft de afschaffing van de arbeidsrechtelijke *carendag* tot gevolg gehad.³⁶ Die *carendag* hield in dat bij de arbeiders en sommige bedienden voor de eerste werkdag van een periode van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval de werkgever geen gewaarborgd loon was verschuldigd als die periode van arbeidsongeschiktheid minder dan veertien kalenderdagen duurde. Deze *carendag* is echter ongrondwettelijk bevonden door het Grondwettelijk Hof, ingevolge het discriminatoire onderscheid dat tussen arbeiders en bedienden werd gemaakt.

In aansluiting op de afschaffing van de arbeidsrechtelijke *carendag* is vanaf 27 april 2015 ook de sociaalzekerheidsrechtelijke *carendag* - meer bepaald de eerste werkdag van een periode van primaire ongeschiktheid - opgeheven.³⁷ Hierdoor kan de verzekerde steeds aanspraak maken op een uitkering vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid. Uiteraard wordt deze uitkering niet toegekend als deze dag al is gedekt door gewaarborgd loon.

4. Socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige gerechtigde

Het driedelige stelsel inzake het verrichten van een toegelaten activiteit tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid wordt omgevormd tot een duaal systeem met ingang van 1 juli 2015.³⁸ In dat duale systeem geldt er een duidelijk onderscheid tussen enerzijds de toegelaten activiteit die uitdrukkelijk met het oog op de volledige re-integratie wordt verricht en anderzijds de toegelaten activiteit die de arbeidsongeschikte zelfstandige zonder het objectief van een volledige re-integratie uitoefent. De activiteit moet steeds verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds is als enige bevoegd om de toelating te verstrekken. In dit nieuwe stelsel kan de verzekerde de activiteit nog altijd slechts uitoefenen nadat hij de toelating van de adviserend geneesheer heeft ontvangen (geen opheffing van het voorafgaande karakter van de toelating zoals in het stelsel van de werknemers).

35. K.B. van 11.06.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 26.06.2015, p. 37015.

36. Wet van 26.12.2013 betreffende de invoering van een eenheidsstatuut tussen arbeiders en bedienden inzake de opzeggingstermijnen en de *carendag* en begeleidende maatregelen, B.S. van 31.12.2013, p. 104147.

37. Wet van 23.04.2015 tot verbetering van de werkgelegenheid, B.S. van 27.04.2015, p. 23400 (in het bijzonder art. 17); Verordening van 25.02.2015 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5°, van de wet GVU, B.S. van 11.05.2015, p. 25445.

38. K.B. van 11.06.2015 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 23.06.2015, p. 36381.

a. Een voorafgaande toelating gericht op de volledige re-integratie van de gerechtigde (de toelating “art. 23”)

Als een volledige re-integratie van de gerechtigde haalbaar is, kan de adviserend geneesheer de voorafgaande toelating geven om gedurende maximaal zes maanden om het even welke activiteit uit te oefenen. Het verrichten van de vroegere zelfstandige activiteit of een andere zelfstandige beroepsactiviteit is dus mogelijk. Ook voor het uitoefenen van een werkzaamheid als werknemer kan deze toelating worden verleend. Deze toelating kan tot maximaal achttien maanden worden verlengd.

b. Een voorafgaande toelating die niet als doelstelling de volledige re-integratie van de gerechtigde heeft (de toelating “art. 23bis”)

Indien een volledige re-integratie van de gerechtigde niet (langer) mogelijk is, kan de adviserend geneesheer de toelating geven om eender welke activiteit uit te oefenen. Het verrichten van de vroegere zelfstandige activiteit of een andere zelfstandige beroepsactiviteit is dus mogelijk. Ook voor het uitoefenen van een werkzaamheid als werknemer kan deze toelating worden verleend. Er geldt geen welbepaalde maximumtermijn. De adviserend geneesheer moet wel de arbeidsongeschiktheid van de gerechtigde controleren via een geneeskundig onderzoek dat hij ten minste eens om de zes maanden uitvoert, tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden.

Er worden bijzondere overgangsmaatregelen voorzien voor de gerechtigden die op het ogenblik van de inwerkingtreding van de hervorming al een toegelaten activiteit uitoefenen. Om deze hervorming onmiddellijk op alle gerechtigden uitwerking te laten hebben en om de nodige transparantie te waarborgen, wordt de al verstrekte toelating op basis van de vroegere reglementering van rechtswege omgezet in een toelating overeenkomstig het nieuwe duale systeem. Bovendien moet voor de maximale termijn van achttien maanden waarvoor de adviserend geneesheer de toelating “artikel 23” kan geven, rekening worden gehouden met het tijdvak dat al voor de inwerkingtreding van de hervorming gedekt is geweest door de toelating voor een activiteitshervatting met een volledige re-integratie als doelstelling. De gerechtigde die al voor de inwerkingtreding van de hervorming een andere dan de vroegere zelfstandige beroepsbezigheid in het kader van een toegelaten activiteit heeft verricht, beschikt na de inwerkingtreding van de hervorming ten slotte over de mogelijkheid om die andere activiteit met het oog op de volledige re-integratie gedurende maximaal achttien maanden (in plaats van twaalf maanden) uit te oefenen.

De cumulatieregeling inzake de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de uit de toegelaten activiteit verworven beroepsinkomsten is voorts volledig in de reglementering van de uitkeringsverzekering verankerd. Er gebeurt dus niet langer een verwijzing naar de pensioenreglementering voor de zelfstandigen.

5. Aanpassingen buiten index (o.a. welvaartsaanpassingen) in de beide stelsels

a. Op 1 april 2015³⁹

Het bedrag van het maximumloon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de uitkeringen van arbeidsongeschikte werknemers wordt met ingang van 1 april 2015 verhoogd met 1,25 %. Dit plafond is vanaf deze datum enkel van toepassing voor de nieuwe gevallen in primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en moederschap.⁴⁰

39. Aanpassing buiten index op 01.04.2015 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 20.05.2015, p. 26878.

40. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVU, B.S. van 13.05.2015, p. 25852.

Het forfaitaire bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering (zonder stopzetting van het bedrijf) voor een zelfstandige gerechtigde met gezinslast en een zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast - alleenstaande is gekoppeld aan het toepasselijke bedrag van het minimumpensioen voor een zelfstandige met een volledige loopbaan. Op 1 april 2015 stijgt het bedrag van dat minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige met 10 EUR zodat ook de primaire ongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering (zonder stopzetting van het bedrijf- voor een zelfstandige gerechtigde zonder gezinslast - alleenstaande verhoogt.⁴¹

b. Op 1 mei 2015⁴²

Voor de invalide gerechtigden wier duur van de arbeidsongeschiktheid minstens twee jaar heeft bereikt op 31 december van het voorgaande kalenderjaar, wordt de forfaitaire inhaalpremie verhoogd met 160 EUR. Deze maatregel wordt voor het eerst toegepast in de maand mei 2015. Het niet geïndexeerde bedrag van deze premie bedraagt 354,7482 EUR (spilindexcijfer 103,14 - basis 1996 = 100).⁴³

c. Op 1 september 2015⁴⁴

Op 1 september 2015 worden de minimumpensioenen (met gezinslast en alleenstaande) verhoogd met 2 %. Ingevolge de koppeling van de minimumuitkering regelmatig werknemer (voor een gerechtigde met gezinslast en een gerechtigde zonder gezinslast - alleenstaande) aan de minimumpensioenen verhogen die minimumuitkeringen eveneens met 2 %. De minimumuitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast - samenwonende worden eveneens met 2 % verhoogd.

Op 1 september 2015 worden de bedragen van de minimumuitkering voor de niet-regelmatige werknemers ook met 2 % verhoogd ingevolge de aanpassing van het leefloon met eenzelfde percentage. Deze minima zijn immers aan het leefloon gekoppeld.

Voor de gerechtigden die in de loop van 2015 een ziekteperiode van zes jaar bereiken, verhogen de invaliditeitsuitkeringen vanaf 1 september 2015 met 2 %. In 2015 gaat het dus om de invaliden wier arbeidsongeschiktheid is begonnen vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009. Deze recurrente maatregel heeft tot gevolg dat iedere gerechtigde met een ziekteperiode van zes jaar een extra welvaartsaanpassing van 2 % ontvangt. Deze herwaardering is echter niet van toepassing op de minima.

d. Op 1 januari 2016

Voor de gerechtigden die in de loop van 2016 een ziekteperiode van zes jaar bereiken, verhogen de invaliditeitsuitkeringen vanaf 1 januari 2016 met 2 %. In 2016 gaat het dus om de invaliden wier arbeidsongeschiktheid is begonnen vanaf 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010. Deze maatregel heeft tot gevolg dat iedere gerechtigde met een ziekteperiode van zes jaar een extra welvaartsaanpassing van 2 % ontvangt. Deze herwaardering is echter niet van toepassing op de minima.⁴⁵

41. K.B. van 27.03.2015 tot wijziging van de art. 131bis, § 1septies en 131ter, § 1, van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen, B.S. van 02.04.2015, p. 20232.

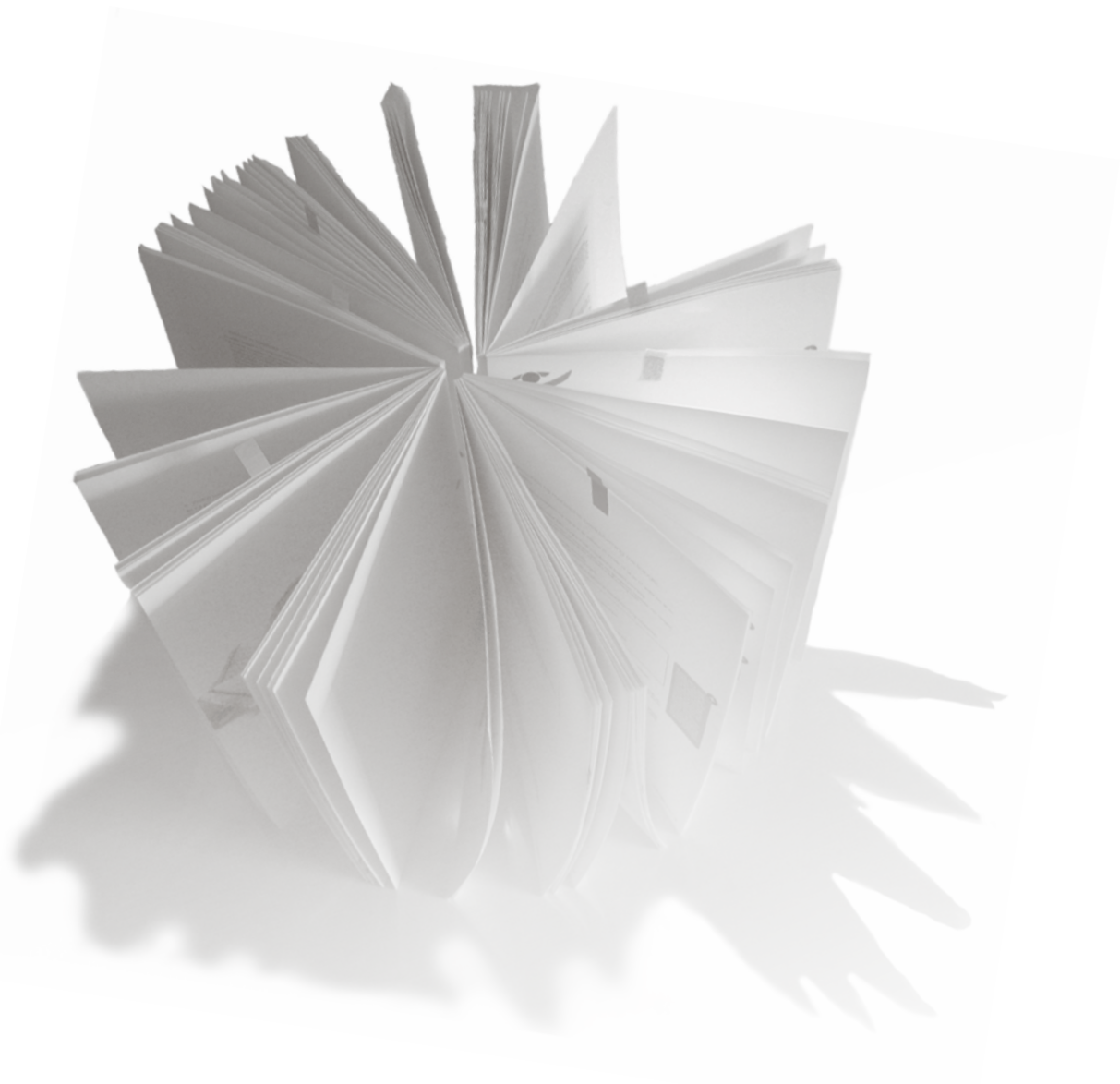
42. Aanpassing buiten index op 01.05.2015 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 03.06.2015, p. 31504.

43. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV, B.S. van 13.05.2015, p. 25851.

44. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV, B.S. van 13.05.2015, p. 25852.

45. K.B. van 28.04.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVV, B.S. van 13.05.2015, p. 25852.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 18 juni 2015

Grondwet, artikelen 170 en 172 - Gelijkheids- en wettigheidsbeginsel inzake belastingen

Wet van 15 december 2013, artikelen 33, § 1, 3^o, 4^o, 9^o en 10^o, en § 2, 34 en 46 - begrip “distributeur” en “detailhandelaar” van medische hulpmiddelen

Programmawet (I) van 26 december 2013, artikel 41 - Compensatoire bijdrage

De aard van de betwiste bijdragen

De belastingen dienen om de algemene uitgaven van openbaar nut te dekken, terwijl de socialezekerheidsbijdragen bij uitsluiting bestemd zijn voor de financiering van stelsels van tegemoetkomingen ter vervanging of aanvulling van het inkomen uit arbeid. De betwiste bijdragen zijn belastingen aangezien het heffingen zijn die gezagshalve door de staat worden opgelegd. De betaling ervan doet geen bijkomende rechten op het vlak van sociale zekerheid ontstaan. Ze kunnen dus aan de artikelen 170 en 172 van de Grondwet worden getoetst.

Het begrip “distributeur” en “detailhandelaar” van medische hulpmiddelen

Een natuurlijke persoon of een rechtspersoon wordt als een “distributeur” of als een “detailhandelaar” gekwalificeerd, afhankelijk van de activiteit die de betrokken persoon uitoefent en van de adressaten van de medische hulpmiddelen die hij aflevert: indien een persoon medische hulpmiddelen ter beschikking stelt van detailhandelaars of eindgebruikers, wordt hij gekwalificeerd als distributeur; indien hij medische hulpmiddelen levert aan consumenten - zijnde personen die de medische hulpmiddelen uitsluitend voor niet-beroepsmatige doeleinden verwerven of gebruiken -, wordt hij gekwalificeerd als detailhandelaar. Een persoon kan dus de hoedanigheid van distributeur en van detailhandelaar hebben, afhankelijk van de uitgeoefende activiteit.

De bepalingen zijn precies, eenduidig en duidelijk en voldoen dus aan de vereisten die door het wettigheidsbeginsel in fiscale zaken worden opgelegd.

De bijdrage aan de financiering

De ontstentenis van een registratieplicht voor de fabrikanten van medische hulpmiddelen alsook van een vergunningsplicht in de sector van de medische hulpmiddelen, verantwoordt dat de bijdrage aan de financiering van de toezichtopdrachten door het FAGG verschillend is. De bijdrage van de distributeur wordt berekend op basis van de omzet van zowel de vergoedbare als de niet-vergoedbare medische hulpmiddelen. Met die compensatoire bijdrage wordt een louter financiële doelstelling nagestreefd, namelijk de financiering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, terwijl de compensatoire bijdrage met betrekking tot de geneesmiddelen enkel tot doel heeft de onnodige uitgaven van de ziekteverzekering in te perken, daarom wordt die bijdrage uitsluitend berekend op basis van het omzetcijfer dat betrekking heeft op de vergoedbare geneesmiddelen.

Arrest nr. 92/2015

...

I. Onderwerp van het beroep en rechtspleging

Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 20 juni 2014 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 23 juni 2014, is beroep tot vernietiging ingesteld van de artikelen 33, § 1, 3^o, 4^o, 9^o en 10^o, en § 2, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen (bekendgemaakt in het B.S. van 20.12.2013, vijfde editie) en van artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 (bekendgemaakt in het B.S. van 31.12.2013, tweede editie)

...

- B -

Ten aanzien van de bestreden bepalingen

B.1. De verzoekende partijen vorderen de vernietiging van de artikelen 33, § 1, 3^o, 4^o, 9^o en 10^o, en § 2, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen (hierna : wet van 15.12.2013) en van artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013.

B.2. De artikelen 33, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 zijn opgenomen in titel 3 van die wet, met het opschrift "Bijdrage aan de financiering van het toezicht op de medische hulpmiddelen en traceerbaarheid". In die titel worden twee bijdragen ingesteld lastens de distributeurs van medische hulpmiddelen.

B.3. Het bestreden artikel 33, § 1, 3^o, 4^o, 9^o en 10^o, en § 2, van de wet van 15 december 2013 bepaalt :

"Art. 33. § 1. Voor de toepassing van deze titel wordt verstaan onder :

[...]

3^o "distributeur" : elke in de Europese Unie gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, met uitzondering van de detailhandelaar, die hulpmiddelen ter beschikking stelt aan detailhandelaren of aan eindgebruikers;

4^o "detailhandelaar" : elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die hulpmiddelen levert aan consumenten zijnde iedere natuurlijke persoon die uitsluitend voor niet-beroepsmatige doeleinden hulpmiddelen verwerft of gebruikt;

[...]

9^o "omzet van medische hulpmiddelen" : omzet zoals gedefinieerd krachtens artikel 92 van het Wetboek van vennootschappen maar beperkt tot dat deel dat betrekking heeft op de verkoop en het terbeschikkingstellen van medische hulpmiddelen zoals bedoeld in de bepaling onder 11^o, met inbegrip van de medische hulpmiddelen zoals bedoeld in de bepalingen onder 13^o en 15^o, aan detailhandelaren en eindgebruikers in België;

10^o "totale omzet" : laatst gekende omzet behaald door de onderneming in een belastbaar tijdperk voorafgaand aan het bijdragejaar zoals dit tijdperk wordt bepaald inzake inkomstenbelastingen;

[...].

§ 2. De volgende natuurlijke of rechtspersonen zijn van rechtswege detailhandelaars voor de toepassing van deze titel :

1^o vergunde apotheken;

2° audiologen en gehoorprothesisten voor de leveringen aan eindgebruikers op grond van de technische prestaties die door audiologen en gehoorprothesisten mogen worden verricht met toepassing van artikel 23, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

3° bandagisten, orthesisten en prothesisten voor de leveringen aan eindgebruikers op grond van de technische prestaties die door de bandagisten mogen worden verricht met toepassing van artikel 23, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967;

4° opticiens voor de leveringen aan eindgebruikers van artikelen om het zicht van de mens te verbeteren of te compenseren, en van kunstogen”.

B.4.1. Het bestreden artikel 34 van de wet van 15 december 2013, zoals van toepassing op het ogenblik van de instelling van onderhavig beroep tot vernietiging en vóór de wijziging ervan bij de programmawet van 19 december 2014, bepaalde :

“Distributeurs zijn een jaarlijkse bijdrage verschuldigd van 0,29438 % op hun op de Belgische markt gerealiseerde omzet van medische hulpmiddelen van het voorgaande kalenderjaar. Deze bijdrage bedraagt minstens 500 EUR.

De in het eerste lid bedoelde minimale bijdrage wordt jaarlijks aangepast aan de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen in functie van het indexcijfer van de maand september. Het aanvangsindexcijfer is dat van de maand september voorafgaand aan de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van deze wet. De geïndexeerde bedragen worden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad en zijn opeisbaar vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op dat gedurende hetwelk de aanpassing is uitgevoerd”.

B.4.2. Blijkens de parlementaire voorbereiding strekt de in die bepaling bedoelde bijdrage tot financiering van het markttoezicht dat wordt uitgeoefend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (hierna : het FAGG). Meer in het bijzonder zou de bijdrage de onontbeerlijke financiële bijdrage van de sector vormen aan de versterking van het bestaande markttoezicht, enerzijds, en aan de realisatie van de maatregelen genomen naar aanleiding van het schandaal rond de PIP-borstimplantaten en de incidenten met metaal-op-metaal heupimplantaten, anderzijds (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 22-23).

Die bijdrage werd oorspronkelijk geregeld in artikel 224, § 1, van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen (hierna : wet van 12.08.2000). Die bepaling werd opgeheven bij artikel 47 van de wet van 15 december 2013.

B.5.1. Het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 is opgenomen in afdeling 6 van hoofdstuk 2 van voormelde titel 3 van die wet, met als opschrift “Bijzondere bijdrage”, en voert een tweede bijdrage in lastens de distributeurs van medische hulpmiddelen.

Het oorspronkelijke artikel 46 van de wet van 15 december 2013 bepaalde :

“Voor het jaar 2014 wordt een compensatoire bijdrage ingesteld ten laste van de in artikel 33, § 1, eerste lid, 3°, bedoelde distributeurs.

Het bedrag van die bijdrage wordt vastgesteld op 0,09 % van [de] omzet, zoals in aanmerking genomen voor de toepassing van artikel 34, die is verwezenlijkt in 2014 en wordt gestort door middel van een voorschot, vastgesteld op 0,09 % van het in 2013 verwezenlijkte omzetcijfer, en een saldo. Dit saldo is het verschil tussen de bijdrage zelf en het betaalde voorschot.

De in het eerste lid bedoelde bijdrage wordt geïnd door het FAGG voor rekening van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

De artikelen 36 tot 41 zijn van toepassing op de vaststelling en de inning van de in het eerste lid bedoelde compensatoire bijdrage”.

Blijkens de parlementaire voorbereiding vormt de compensatoire bijdrage één van de inkomsten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 32).

B.5.2. Het bestreden artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 heeft het percentage van de compensatoire bijdrage verhoogd van 0,09 % tot 0,22 %. De parlementaire voorbereiding heeft die verhoging als volgt verantwoord :

“Dit artikel voert een uitzonderlijke bijdrage in naar analogie met het ontworpen artikel 191, 31^o, van de ZIV-wet dat terugbetaalbare geneesmiddelen aan eenzelfde heffing onderwerpt” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3147/001, p. 28).

Uit die parlementaire voorbereiding blijkt dat de verhoging van de compensatoire bijdrage met 0,13 % overeenstemt met de “marketingtaks” die voor de geneesmiddelensector is neergelegd in artikel 191, eerste lid, 31^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : de ZIV-Wet). De “marketingtaks” strekt ertoe de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering te bestrijden. Meer in het bijzonder heeft die bijdrage tot doel de bedrijven te laten meebetalen voor de meerkosten die hun marketing- en promotieactiviteiten veroorzaken voor de ziekteverzekering ingevolge de vermeerdering van het voorschrijfvolume en het gebruik van vergoedbare geneesmiddelen en van medische hulpmiddelen (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-2561/001, pp. 8 en 12, en DOC 53-2561/009, p. 4).

B.5.3. De compensatoire bijdrage zoals daarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 bestaat dus uit twee bijdragen : enerzijds, een bijdrage van 0,09 % ter financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en, anderzijds, een bijdrage van 0,13 % ter bestrijding van de onnodige uitgaven voor de ziekteverzekering.

Die bijdragen werden vóór het jaar 2013 geregeld in de artikelen 244, § 1/1 en § 1/2, van de wet van 12 augustus 2000. Die bepalingen zijn bij artikel 47 van de wet van 15 december 2013 opgeheven, onverminderd de verrekening van het in die bepalingen bedoelde saldo, zijnde het verschil tussen de bijdrage en het betaalde voorschot.

B.5.4. Na de instelling van onderhavig beroep tot vernietiging, werd voormeld artikel 46 van de wet van 15 december 2013 nogmaals gewijzigd. Meer in het bijzonder werden door artikel 134 van de programmawet van 19 december 2014 de woorden “2013”, “2014” en “0,22 %” vervangen door de woorden “2014”, “2015” en “0,13 %”, dit met ingang van 1 januari 2015. Aldus werd de regeling inzake de compensatoire bijdrage voor het jaar 2014 vervangen door de identieke regeling van die bijdrage voor het jaar 2015, zij het dat de bijdrage wordt verlaagd tot 0,13 pct. In de parlementaire voorbereiding wordt opnieuw verwezen naar de “soortgelijke bijdrage met hetzelfde percentage die het RIZIV reeds int voor de markt van de geneesmiddelen” (Parl. St., Kamer, 2014-2015, DOC 54-0672/001, pp. 55-56).

Het beroep tot vernietiging strekt zich niet uit tot die bepaling.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid van het beroep

B.6. De Ministerraad betwist het belang van de verzoekende partijen in zoverre het beroep minstens gedeeltelijk zou zijn gericht tegen bijdragen die reeds vervat waren in de vorige regelgeving. Hun belang zou derhalve beperkt zijn tot wat werd gewijzigd door de bestreden bepalingen.

B.7.1. De eerste tot en met de drieëntwintigste verzoekende partij zijn distributeurs van medische hulpmiddelen. De vierentwintigste verzoekende partij is een beroepsvereniging met als statutair doel de bevordering van de belangen van haar leden, zijnde onder meer distributeurs van medische hulpmiddelen.

De verzoekende partijen doen blijken van het vereiste belang om de vernietiging te vorderen van de bestreden bepalingen, die ertoe strekken bijdragen op te leggen aan de distributeurs van medische hulpmiddelen.

B.7.2. De omstandigheid dat de verzoekende partijen niet eerder de vernietiging zouden hebben gevorderd van normen die een analoge regeling inhouden als de nieuwe bepalingen die zij aanvechten, is niet van die aard dat zij hun belang verliezen. Ook al stemmen de nieuwe bepalingen, zij het gedeeltelijk, overeen met de vroegere bepalingen, toch vloeien zij voort uit een nieuwe beoordeling, door de wetgever, van de situatie die zij regelen, en kunnen zij de situatie van de verzoekende partijen ongunstig raken.

B.7.3. Nu de verzoekende partijen belang hebben bij het beroep tot vernietiging, dienen zij - in tegenstelling tot wat de Ministerraad aanvoert - niet daarenboven te getuigen van een belang bij elk van de middelen of de onderdelen ervan.

B.8. De exceptie wordt verworpen.

Ten gronde

Wat de aard van de bestreden bijdragen betreft

B.9. De verzoekende partijen voeren onder meer een schending aan van de artikelen 170 en 172 van de Grondwet, die het wettigheidsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel in fiscale zaken waarborgen.

De Ministerraad betwist dat de bestreden bijdragen, en in het bijzonder de compensatoire bijdrage bedoeld in artikel 46 van de wet van 15 december 2013, dienen te worden gekwalificeerd als belastingen zodat ze niet zouden ressorteren onder het toepassingsgebied van de artikelen 170 en 172 van de Grondwet. Volgens de Ministerraad zijn die bijdragen te kwalificeren als socialezekerheidsbijdragen.

B.10.1. De artikelen 170 en 172 van de Grondwet bevatten het wettigheidsbeginsel en het gelijkheidsbeginsel inzake belastingen. Zij zijn niet van toepassing op socialezekerheidsbijdragen. Hoewel belastingen en socialezekerheidsbijdragen door hun verplichtend karakter gemeenschappelijke kenmerken kunnen hebben, zijn zij fundamenteel verschillend : de belastingen dienen om de algemene uitgaven van openbaar nut te dekken, terwijl de socialezekerheidsbijdragen bij uitsluiting bestemd zijn voor de financiering van stelsels van tegemoetkomingen ter vervanging of aanvulling van het inkomen uit arbeid.

B.10.2. De bestreden bijdragen zijn belastingen in de zin van de artikelen 170 en 172 van de Grondwet : zij zijn heffingen die gezagshalve door de Staat worden opgelegd.

Hun betaling doet geen bijkomende rechten op het vlak van de sociale zekerheid ontstaan, zodat een rechtstreekse band met de sociale zekerheid van de bijdrageplichtige personen ontbreekt. Daaruit volgt dat de bestreden bijdragen niet als socialezekerheidsbijdragen kunnen worden beschouwd.

B.10.3. Nu de bestreden bijdragen belastingen zijn, kunnen de bestreden bepalingen aan de artikelen 170 en 172 van de Grondwet worden getoetst.

Wat het tweede middel betreft

B.11. In het tweede middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van het wettigheidsbeginsel gewaarborgd in artikel 170 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet en met het beginsel *non bis in idem*.

Volgens de verzoekende partijen is de draagwijdte van verschillende begrippen die worden gehanteerd in de bestreden bepalingen onduidelijk en daarom ook discriminatoir. Nu het bepalen van de draagwijdte van de betrokken begrippen essentieel is voor het onderzoek van het eerste middel, waarin de schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie wordt aangevoerd, dient eerst het tweede middel te worden onderzocht.

Het begrip “distributeur” van medische hulpmiddelen (eerste, tweede en vierde onderdeel van het tweede middel)

B.12. Het eerste, het tweede en het vierde onderdeel van het tweede middel zijn gericht tegen de artikelen 33, § 1, 3^o, 4^o, 9^o en 10^o, en § 2, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 en tegen artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013.

Volgens de verzoekende partijen is de draagwijdte van de definities die in de wet worden gegeven aan de begrippen “distributeur” en “detailhandelaar”, in samenhang gelezen met het systeem van de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013, niet duidelijk. Meer in het bijzonder zou het niet duidelijk zijn of een detailhandelaar (eerste onderdeel), een fabrikant (tweede onderdeel) en een warenhuis (vierde onderdeel) als distributeur kunnen worden gekwalificeerd indien zij medische hulpmiddelen ter beschikking stellen aan detailhandelaars of eindgebruikers en of zij voor die activiteiten bijgevolg onderworpen zullen zijn aan de betrokken bijdragen.

Doordat de bestreden bepalingen aldus niet duidelijk aangeven welke belastingplichtigen de bijdragen moeten betalen, zouden zij in strijd zijn met het wettigheidsbeginsel gewaarborgd in artikel 170 van de Grondwet.

Vermits de distributeurs strafrechtelijke of administratieve sancties kunnen oplopen indien zij de verplichtingen vervat in de wet van 15 december 2013 niet nakomen, zouden zij door de onduidelijkheid omtrent de hoedanigheid van belastingplichtige ook worden gediscrimineerd ten aanzien van andere personen die wel weten aan welke normen zij zich moeten houden teneinde sancties te vermijden. De bestreden bepalingen zouden om die reden ook in strijd zijn met het gelijkheidsbeginsel vervat in de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet.

B.13. Het in artikel 170, § 1, van de Grondwet opgenomen fiscale wettigheidsbeginsel vereist dat niemand kan worden onderworpen aan een belasting indien daartoe niet is beslist door een democratisch verkozen beraadslagende vergadering, die uitsluitend bevoegd is om de belasting in te voeren en de essentiële elementen daarvan vast te stellen.

Door de beslissing om een belasting in te voeren en om de essentiële elementen ervan vast te stellen, aan de democratisch verkozen beraadslagende vergaderingen voor te behouden, vormt artikel 170, § 1, van de Grondwet een essentiële waarborg die in beginsel niet zonder verantwoording aan bepaalde burgers kan worden ontzegd.

De identiteit van de belastingplichtigen en het door hen te betalen bedrag vormen essentiële elementen van een belasting.

Het in artikel 170, § 1, van de Grondwet gewaarborgde fiscale wettigheidsbeginsel vereist bijgevolg dat de belastingwet nauwkeurige, ondubbelzinnige en duidelijke criteria bevat aan de hand waarvan kan worden uitgemaakt wie belastingplichtig is en voor welk bedrag.

B.14.1. In de bestreden bepalingen wordt een onderscheid gemaakt tussen de begrippen “distributeur”, “detailhandelaar” en “eindgebruiker”. Die begrippen worden in artikel 33, § 1, van de wet van 15 december 2013 als volgt gedefinieerd :

“3^o “distributeur” : elke in de Europese Unie gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, met uitzondering van de detailhandelaar, die hulpmiddelen ter beschikking stelt aan detailhandelaren of aan eindgebruikers;

4^o “detailhandelaar” : elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die hulpmiddelen levert aan consumenten zijnde iedere natuurlijke persoon die uitsluitend voor niet-beroepsmatige doeleinden hulpmiddelen verwerft of gebruikt;

5^o “eindgebruiker” : elke natuurlijke persoon of rechtspersoon, anders dan een distributeur, die een medisch hulpmiddel gebruikt in het kader van zijn beroepsactiviteiten”.

B.14.2. Krachtens artikel 33, § 2, van de wet van 15 december 2013 worden de volgende natuurlijke personen of rechtspersonen van rechtswege als detailhandelaars beschouwd :

“1^o vergunde apotheken;

2^o audiologen en gehoorprothesisten voor de leveringen aan eindgebruikers op grond van de technische prestaties die door audiologen en gehoorprothesisten mogen worden verricht met toepassing van artikel 23, § 1, eerste lid, van het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

3^o bandagisten, orthesisten en prothesisten voor de leveringen aan eindgebruikers op grond van de technische prestaties die door de bandagisten mogen worden verricht met toepassing van artikel 23, § 1, eerste lid, van hetzelfde Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967;

4^o opticiens voor de leveringen aan eindgebruikers van artikelen om het zicht van de mens te verbeteren of te compenseren, en van kunstogen”.

B.15.1. Krachtens de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 worden de daarin voorgeschreven bijdragen opgelegd aan de “distributeurs” in de zin van voormeld artikel 33, § 1, 3^o, van de wet van 15 december 2013. De “detailhandelaars” zijn voormelde bijdragen niet verschuldigd.

De kwalificatie van een natuurlijke persoon of een rechtspersoon als een “distributeur” of een “detailhandelaar” dient blijkens voormelde definities te gebeuren aan de hand van de activiteit die door de betrokken persoon wordt uitgeoefend en van de adressaten van de medische hulpmiddelen : indien een persoon medische hulpmiddelen ter beschikking stelt aan detailhandelaars of eindgebruikers, wordt hij gekwalificeerd als distributeur; indien hij medische hulpmiddelen levert aan consumenten - zijnde personen die de medische hulpmiddelen uitsluitend voor niet-beroepsmatige doeleinden verwerven of gebruiken -, wordt hij gekwalificeerd als detailhandelaar.

B.15.2. Zoals ook wordt benadrukt door de Ministerraad, kan een persoon in beginsel dus zowel de hoedanigheid van distributeur als van detailhandelaar hebben, dit afhankelijk van de uitgeoefende activiteit. Indien een persoon zowel activiteiten van distributie als van detailhandel uitoefent, dient hij een gescheiden boekhouding te voeren. Enkel voor de activiteiten die worden verricht als distributeur, is de betrokken persoon de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 verschuldigd.

B.15.3. Deze vaststelling geldt onverminderd ten aanzien van een warehouse en ten aanzien van de fabrikanten van medische hulpmiddelen. In zoverre zij medische hulpmiddelen ter beschikking stellen aan detailhandelaars of eindgebruikers, worden zij als distributeurs gekwalificeerd en zijn zij de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 verschuldigd.

B.16. Gelet op het voorgaande, geven de bestreden bepalingen op duidelijke wijze aan wie als distributeur van medische hulpmiddelen moet worden beschouwd en voldoen zij aan de vereisten gesteld door het wettigheidsbeginsel in fiscale zaken.

B.17. De kritiek van de verzoekende partijen heeft ook betrekking op de categorie van personen die door het bestreden artikel 33, § 2, van de wet van 15 december 2013 van rechtswege als detailhandelaars wordt beschouwd en waartoe onder meer de bandagisten behoren. Er zou met name een niet verantwoord verschil in behandeling zijn tussen een distributeur en een bandagist, doordat laatstgenoemde de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 nooit verschuldigd is, ook niet indien hij medische hulpmiddelen levert aan eindgebruikers. Aldus zouden de bestreden bepalingen strijdig zijn met de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet.

B.18.1. De uitzondering voor “detailhandelaars van rechtswege” wordt in de parlementaire voorbereiding als volgt verantwoord :

“Als detailhandelaar wordt beschouwd : elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die hulpmiddelen levert aan consumenten. Apotheken, audiologen en audiciens, bandagisten, orthesisten, prothesisten en opticiens, leveren medische hulpmiddelen in het klein aan patiënten maar ook gebeurlijk rechtstreeks aan gezondheidszorgbeoefenaars. Een dubbele boekhouding voor deze ondernemingen voor de bepaling van de omzet gerealiseerd op grond van leveringen aan eindgebruikers, zou een bijkomende last betekenen zowel voor deze ondernemingen als voor de distributeurs die hen beleveren. Voor deze activiteiten worden deze ondernemingen tevens beschouwd als detailhandelaar” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 23-24).

B.18.2. De vrijstelling van de bijdragen voor de “detailhandelaars van rechtswege” wordt aldus ingegeven door de vaststelling dat de genoemde detailhandelaars hoofdzakelijk aan consumenten leveren, en slechts uitzonderlijk aan gezondheidszorgbeoefenaars, zijnde de eindgebruikers. De wetgever vermocht van oordeel te zijn dat een dubbele boekhouding voor die ondernemingen vanwege de beperkte omzet die wordt gerealiseerd op grond van leveringen aan eindgebruikers, een onevenredige last zou betekenen. Het is daarom niet onredelijk om de genoemde “detailhandelaars van rechtswege” voor die leveringen aan eindgebruikers als detailhandelaars te beschouwen, en hen aldus vrij te stellen van de bijdragen bepaald in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013.

B.18.3. Daarbij dient te worden opgemerkt dat die vrijstelling van de bijdragen voor bepaalde “detailhandelaars van rechtswege”, namelijk de audiologen, gehoorprothesisten, bandagisten, orthesisten en prothesisten, enkel geldt voor de leveringen op grond van de technische prestaties die zij krachtens het Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen mogen verrichten. Ook voor opticiens geldt de vrijstelling enkel voor de levering aan eindgebruikers van artikelen om het zicht van de mens te verbeteren of te compenseren, en van kunstogen. Voor andere leveringen aan eindgebruikers en detailhandelaars worden de betrokken detailhandelaars wel als “distributeur” beschouwd en zijn zij de betrokken bijdragen verschuldigd.

B.18.4. Gelet op hetgeen voorafgaat, en rekening houdend met het feit dat de “detailhandelaars van rechtswege” in beginsel slechts uitzonderlijk leveren aan eindgebruikers, is het bestreden verschil in behandeling niet zonder redelijke verantwoording.

De bestreden maatregel schendt de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet niet.

B.19.1. Tot slot voeren de verzoekende partijen de schending aan van de artikelen 10, 11, 170 en 172 van de Grondwet en van het beginsel non bis in idem. Distributeurs van medische hulpmiddelen zouden met name niet kunnen weten of de persoon aan wie ze medische hulpmiddelen verkopen, optreedt als detailhandelaar of als distributeur, waardoor het risico zou bestaan dat de bijdragen bepaald in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 tweemaal worden opgelegd.

B.19.2. De artikelen 10 en 11 van de Grondwet waarborgen het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie. Artikel 172 van de Grondwet is een bijzondere toepassing van dat beginsel in fiscale aangelegenheden. Die bepalingen omvatten geen algemeen verbod op dubbele belasting. De wetgever beschikt ter zake over een ruime beoordelingsvrijheid.

B.20. Het eerste, het tweede en het vierde onderdeel van het tweede middel zijn niet gegrond.

Het begrip “omzet van medische hulpmiddelen”

B.21. Het derde onderdeel van het tweede middel is gericht tegen de artikelen 33, § 1, 3^o, 9^o en 10^o, en § 2, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 en tegen artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013.

Volgens de verzoekende partijen is het niet duidelijk of er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de omzet gerealiseerd door de verkoop van medische hulpmiddelen die voor medische doeleinden worden gebruikt en de omzet gerealiseerd door de verkoop van diezelfde medische hulpmiddelen die niet voor medische doeleinden worden gebruikt, en of de distributeurs voor de verkoop van laatstgenoemde hulpmiddelen onderworpen zijn aan de bijdragen bepaald in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013.

Vermits de distributeurs strafrechtelijke of administratieve sancties kunnen oplopen indien zij de verplichtingen vervat in de wet van 15 december 2013 niet nakomen, zouden zij door die onduidelijkheid worden gediscrimineerd ten aanzien van andere personen die wel weten aan welke met strafrechtelijke sancties gepaard gaande norm zij zich moeten houden. De bestreden bepalingen zouden om die reden ook in strijd zijn met de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet.

B.22. De belastbare grondslag vormt een essentieel element van een belasting.

Het in artikel 170, § 1, van de Grondwet gewaarborgde fiscale wettigheidsbeginsel vereist bijgevolg dat de belastingwet nauwkeurige, ondubbelzinnige en duidelijke criteria bevat aan de hand waarvan kan worden uitgemaakt wat de belastbare grondslag is.

B.23.1. Krachtens de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 worden de daarin voorgeschreven bijdragen lastens de distributeurs van medische hulpmiddelen berekend op “hun op de Belgische markt gerealiseerde omzet van medische hulpmiddelen”. In artikel 33, § 1, 9^o, van de wet van 15 december 2013 wordt de “omzet van medische hulpmiddelen” als volgt gedefinieerd :

“9^o “omzet van medische hulpmiddelen” : omzet zoals gedefinieerd krachtens artikel 92 van het Wetboek van vennootschappen maar beperkt tot dat deel dat betrekking heeft op de verkoop en het terbeschikkingstellen van medische hulpmiddelen zoals bedoeld in de bepaling onder 11^o, met inbegrip van de medische hulpmiddelen zoals bedoeld in de bepalingen onder 13^o en 15^o, aan detailhandelaren en eindgebruikers in België”.

B.23.2. In artikel 33, § 1, 11^o, 13^o en 15^o, van de wet van 15 december 2013 worden de begrippen “medisch hulpmiddel”, “implanteerbaar medisch hulpmiddel” en “medisch hulpmiddel voor *in vitro* diagnostiek” als volgt gedefinieerd :

“11^o “medisch hulpmiddel” : elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van de software die door de fabrikant is bestemd om speciaal te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden en voor de goede werking ervan benodigd is, door de fabrikant bestemd om bij de mens te worden aangewend voor :

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap

- o onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces
- o beheersing van de bevruchting.

en waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen noch door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund”.

“13° “implanteerbaar medisch hulpmiddel” : elk medisch hulpmiddel dat is ontworpen om, volledig of gedeeltelijk, op operatieve of medische wijze in het menselijk lichaam of door een medische ingreep in een natuurlijke opening te worden geïmplant, en bestemd is om na die ingreep in het lichaam te blijven”.

“15° “medisch hulpmiddel voor *in vitro* diagnostiek” : elk medisch hulpmiddel dat een reagens, een reactief product, een kalibratiemateriaal, een controlemateriaal, een kit, een instrument, een apparaat, een toestel of een systeem is dat afzonderlijk of in combinatie wordt gebruikt en door de fabrikant is bestemd om te worden gebruikt voor het *in vitro* onderzoek van specimens die afkomstig zijn van het menselijk lichaam, met inbegrip van donatie van bloed en weefsels, uitsluitend of hoofdzakelijk met het doel om informatie te verschaffen :

- o over een fysiologische of pathologische toestand, of
- o over een aangeboren afwijking, of
- o om de veiligheid en de mate van verenigbaarheid met potentiële ontvangers te bepalen, of
- o om de uitwerking van therapeutische maatregelen te toetsen”.

B.24.1. Uit voormelde definities van de begrippen “medisch hulpmiddel”, “implanteerbaar medisch hulpmiddel” en “medisch hulpmiddel voor *in vitro* diagnostiek” blijkt dat de bestemming die aan het betrokken goed wordt gegeven door de fabrikant bepaalt of er al dan niet sprake is van een “medisch hulpmiddel”. Het concrete gebruik dat uiteindelijk van dat product wordt gemaakt, is daarentegen niet relevant voor die kwalificatie.

Dit wil zeggen dat een product wordt beschouwd als een “medisch hulpmiddel” indien het beantwoordt aan de kenmerken van een medisch hulpmiddel zoals bepaald in artikel 33, § 1, 9°, 13° en 15°, van de wet van 15 december 2013 en het door de fabrikant bestemd is voor het in die bepalingen vermelde gebruik. In voorkomend geval wordt de omzet die door een distributeur wordt gerealiseerd door de verkoop van dergelijk “medisch hulpmiddel” in aanmerking genomen voor de berekening van de bijdragen bepaald in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013, dit ongeacht de vraag of het medische hulpmiddel uiteindelijk voor medische doeleinden wordt gebruikt.

B.24.2. Vermits de bestreden bepalingen op nauwkeurige, ondubbelzinnige en duidelijke wijze de belastbare grondslag bepalen, zijn zij niet in strijd met het wettigheidsbeginsel en artikel 170 van de Grondwet.

B.24.3. Nu de maatregel vervat in de bestreden bepalingen het fiscale wettigheidsbeginsel niet schendt, is de grief, in zoverre hij is afgeleid uit de schending van het gelijkheidsbeginsel doordat het fiscale wettigheidsbeginsel niet in acht zou zijn genomen, niet gegrond.

B.25.1. Volgens de verzoekende partijen voeren de bestreden bepalingen, in de interpretatie zoals uiteengezet in B.24.1, een niet verantwoord verschil in behandeling in tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen die tevens voor niet-medische doeleinden kunnen worden gebruikt en andere ondernemingen die geen distributeurs van medische hulpmiddelen zijn maar die dezelfde producten verkopen voor niet-medische doeleinden. Eerstgenoemden zijn immers de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 verschuldigd op de omzet gerealiseerd door de verkoop van die medische hulpmiddelen die *de facto* niet voor medische doeleinden worden gebruikt, terwijl laatstgenoemden de voormelde bijdragen niet verschuldigd zijn.

B.25.2. De verzoekende partijen maken aldus een vergelijking tussen personen die producten ter beschikking stellen die te kwalificeren zijn als een “medisch hulpmiddel” in de zin van artikel 33, § 1, 9°, 11° en 13°, van de wet van 15 december 2013, en personen die producten ter beschikking stellen die niet te kwalificeren zijn als een dergelijk “medisch hulpmiddel”.

Het is niet zonder redelijke verantwoording dat enkel eerstgenoemden de bijdragen bepaald in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 verschuldigd zijn, en dit ook op de omzet met betrekking tot medische hulpmiddelen die *de facto* niet voor medische doeleinden worden gebruikt. Enkel eerstgenoemden zijn immers onderworpen aan de regelgeving inzake medische hulpmiddelen en aan het toezicht door het FAGG, en dit ongeacht het gebruik dat *de facto* van de medische hulpmiddelen wordt gemaakt.

Daarenboven mag ervan uit worden gegaan dat een medisch hulpmiddel dat door een distributeur aan een eindgebruiker of een detailhandelaar wordt verkocht, ook voor het daartoe bestemde medisch doeleinde wordt gebruikt, zodat het niet pertinent is om een onderscheid te maken naar gelang van het concrete gebruik dat van het medische hulpmiddel wordt gemaakt.

Gelet op het voorgaande zijn de bestreden bepalingen niet in strijd met de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet.

B.25.3. Het derde onderdeel van het tweede middel is niet gegrond.

Wat het eerste middel betreft

B.26. In het eerste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet. Het middel valt uiteen in zes onderdelen, die als volgt kunnen worden gegroepeerd :

- de grieven inzake de bijdrage tot financiering van het toezicht door het FAGG met betrekking tot medische hulpmiddelen, geregeld in artikel 34 van de wet van 15 december 2013
- de grieven inzake de compensatoire bijdrage, geregeld in artikel 46 van de wet van 15 december 2013
- de grief inzake de geografische draagwijdte van het begrip “distributeur”, zoals gedefinieerd in artikel 33, § 1, 3°, van de wet van 15 december 2013.

De bijdrage tot financiering van het toezicht door het FAGG met betrekking tot medische hulpmiddelen (eerste en vijfde onderdeel van het eerste middel).

B.27. Volgens de verzoekende partijen zou artikel 34 van de wet van 15 december 2013 de artikelen 10, 11 en 170 van de Grondwet schenden, doordat de in die bepaling voorgeschreven bijdrage enkel wordt opgelegd aan de distributeurs van medische hulpmiddelen (eerste onderdeel van het eerste middel), terwijl :

- de groothandelaars en groothandelaar-verdelers van geneesmiddelen krachtens artikel 225 van de wet van 12 augustus 2000 niet alleen dienen in te staan voor de betaling van een soortgelijke bijdrage ter financiering van de opdrachten van het FAGG die voortvloeien uit de geneesmiddelenwet
- de fabrikanten van medische hulpmiddelen de bijdrage waarin is voorzien in de bestreden bepaling niet verschuldigd zijn.

B.28. De bijdrage die is neergelegd in het bestreden artikel 34 van de wet van 15 december 2013 strekt ertoe het toezicht door het FAGG op de medische hulpmiddelen te financieren. Die doelstelling blijkt uit de parlementaire voorbereiding van de bestreden bepaling, waarin de bijdrage als volgt wordt verantwoord :

“De ontworpen bijdrage, zijnde een belasting op grond van artikel 170 van de Grondwet, vormt de onontbeerlijke financiële bijdrage van de sector aan (de versterking van) het bestaande markttoezicht enerzijds, en aan de realisatie van de maatregelen die worden genomen naar aanleiding van het schandaal rond de PIP-borstimplantaten en de incidenten met metaal-op-metaal heupimplantaten” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 22).

Die doelstelling blijkt ook reeds uit het vroegere artikel 224 van de wet van 12 augustus 2000, dat door de bestreden bepaling werd vervangen en dat een soortgelijke bijdrage oplegde “om de opdrachten van de administratie in het kader van de medische hulpmiddelen te financieren”.

B.29. Het komt de wetgever toe te bepalen welke bijdrageplichtigen aan de bestreden bijdrageplicht worden onderworpen. Hij beschikt ter zake over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

De maatschappelijke keuzen die bij het inzamelen en het inzetten van middelen moeten worden gemaakt, behoren derhalve tot de beoordelingsvrijheid van de wetgever. Daarbij vermag hij evenwel niet de draagwijdte van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet te miskennen door categorieën van personen die zich ten aanzien van de in het geding zijnde maatregel in identieke situaties bevinden, op verschillende wijze te behandelen, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

B.30.1. Krachtens de bestreden bepaling wordt de bijdrage enkel opgelegd aan de “distributeurs” van medische hulpmiddelen, zijnde “elke in de Europese Unie gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, met uitzondering van de detailhandelaar, die hulpmiddelen ter beschikking stelt aan detailhandelaren of aan eindgebruikers”.

B.30.2. De wetgever vermocht redelijkerwijs van oordeel te zijn dat de bijdrage strekkende tot financiering van het toezicht door het FAGG slechts verschuldigd is in de laatste fase van de distributieketen van de medische hulpmiddelen, en derhalve enkel wordt opgelegd aan de distributeurs van medische hulpmiddelen en niet eveneens aan de fabrikanten van medische hulpmiddelen.

Uit de wet van 15 december 2013 en het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen blijkt dat het FAGG over een uitgebreidere toezichtopdracht beschikt ten aanzien van de distributeurs van medische hulpmiddelen dan ten aanzien van de fabrikanten. Voor laatstgenoemden wordt dat toezicht voornamelijk uitgeoefend door de “aangemelde instantie”, zijnde de instantie die overeenkomstig artikel 16 van de richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993 betreffende medische hulpmiddelen is aangewezen om een conformiteitsbeoordeling uit te voeren. In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen beweren, is die aangemelde instantie voor België niet het FAGG, doch wel de vzw “Apragaz” of de nv “SGS Belgium”.

Daarbij dient nog te worden opgemerkt dat alle distributeurs van medische hulpmiddelen zich bij het FAGG dienen te registreren, terwijl die verplichting voor fabrikanten enkel geldt indien zij medische hulpmiddelen van klasse I (laag risico) en medische hulpmiddelen naar maat in de handel brengen.

Zoals daarenboven is vermeld in B.15.3, zijn de fabrikanten van medische hulpmiddelen, in zoverre zij eveneens te kwalificeren zijn als “distributeur”, wel onderworpen aan de betrokken bijdrage.

B.30.3. Gelet op het voorgaande is het niet zonder redelijke verantwoording dat de bijdrage bedoeld in het bestreden artikel 34 van de wet van 15 december 2013 enkel wordt opgelegd aan de distributeurs van medische hulpmiddelen.

Het aangevoerde verschil in behandeling tussen de distributeurs en de fabrikanten van medische hulpmiddelen schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet. De toetsing aan artikel 172 van de Grondwet leidt niet tot een ander resultaat.

B.31.1. Voorts vergelijken de verzoekende partijen de distributeurs van medische hulpmiddelen, die onderworpen zijn aan de bijdrage van artikel 34 van de wet van 15 december 2013, met de groothandelaars en groothandelaar-verdelers van geneesmiddelen, die onderworpen zijn aan de bijdrage zoals daarin is voorzien in artikel 225, eerste lid, 3^o, van de wet van 12 augustus 2000.

Volgens de verzoekende partijen worden de distributeurs van medische hulpmiddelen gediscrimineerd ten aanzien van de groothandelaars en groothandelaar-verdelers van geneesmiddelen, nu eerstgenoemden alleen instaan voor de financiering van het toezicht door het FAGG met betrekking tot de medische hulpmiddelen, terwijl laatstgenoemden de last van de financiering van het toezicht door het FAGG met betrekking tot de geneesmiddelen kunnen delen met de fabrikanten van geneesmiddelen en met de personen die gemachtigd zijn om geneesmiddelen af te leveren aan het publiek.

B.31.2. Artikel 225 van de wet van 12 augustus 2000 bepaalt als volgt :

“§ 1. Om de opdrachten van de administratie voortvloeiend uit de toepassing van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en van de ter uitvoering ervan genomen besluiten te financieren, zijn volgende bijdragen verschuldigd :

1^o ten laste van de persoon gemachtigd geneesmiddelen af te leveren aan het publiek en ten laste van de persoon gemachtigd geneesmiddelen te verschaffen aan de verantwoordelijken van de dieren, een bijdrage van 0,00596 EUR voor elke verpakking van een vergund geneesmiddel die hij aanschafft zowel onder bezwarende titel als om niet;

2^o ten laste van de persoon die een vergunning voor het in de handel brengen heeft voor een geneesmiddel, een bijdrage van 0,01118 EUR voor elke verpakking ervan die hij in de handel brengt zowel onder bezwarende titel als om niet. Deze bijdrage is echter niet verschuldigd door de persoon die over een vergunning voor het in de handel brengen beschikt, bedoeld in artikel 3 van de Verordening (EG) Nr. 726/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 31 maart 2004 tot vaststelling van communautaire procedures voor het verlenen van vergunningen en het toezicht op geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en tot oprichting van een Europees Geneesmiddelenbureau;

3^o ten laste van de groothandelaar en groothandelaar-verdeler in geneesmiddelen, een bijdrage van 0,00014 EUR voor elke verpakking van een geneesmiddel die hij verdeelt zowel onder bezwarende titel als om niet. Personen onderworpen aan de in 2^o bedoelde bijdragen, zijn vrijgesteld van deze bijdrage;

4^o ten laste van de vergunninghouder, een forfaitaire bijdrage van 212,00 EUR per geneesmiddel voor menselijk gebruik vergund voor het in de handel brengen door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid;

5° ten laste van de vergunninghouder, een forfaitaire bijdrage van 212,00 EUR per geneesmiddel voor menselijk gebruik vergund voor het in de handel brengen door de Europese Commissie waarvoor een prijs werd vastgesteld door de minister bevoegd voor de Economische Zaken;

6° ten laste van de vergunninghouder, een forfaitaire bijdrage van 212,00 EUR per geneesmiddel voor menselijk gebruik vergund voor parallelinvoer.

De bijdragen bedoeld onder 1°, 2°, 3°, 4°, 5° en 6° van het eerste lid zijn bestemd voor de financiering van de opdrachten die voor het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten voortvloeien uit de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en de ter uitvoering ervan getroffen besluiten.

[...]

§ 2. Onverminderd de ingevolge § 1 verschuldigde bijdragen zijn, om de opdrachten van de administratie die voortvloeien uit de toepassing van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en van de ter uitvoering ervan genomen besluiten te financieren, volgende bijdragen verschuldigd :

1° ten laste van de persoon die een vergunning voor het in de handel brengen heeft voor een geneesmiddel voor diergeneeskundig gebruik, een bijdrage per in België in de handel gebrachte verpakking gelijk aan 1,75 EUR *pro rata* voor elke kilogram aan antimicrobiële substantie uitgedrukt in base aanwezig in het geheel van de verpakking.

[...]

2° ten laste van de persoon die een vergunning heeft om een gemedicineerd voormengsel bevattende antimicrobiële substanties in de handel te brengen, een bijdrage per in België in de handel gebrachte verpakking gelijk aan 1,75 EUR *pro rata* voor elke kilogram aan antimicrobiële substantie uitgedrukt in base aanwezig in het geheel van de verpakking. [...]”.

De bijdragen zoals daarin is voorzien in voormelde bepaling strekken ertoe de toezichtopdrachten van het FAGG in het kader van de geneesmiddelenwet te financieren.

B.31.3. De Ministerraad betoogt dat inzake de aangevoerde discriminatie tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen en de groothandelaars en groothandelaar-verdelers van geneesmiddelen, er in geen enkel opzicht sprake is van vergelijkbare categorieën van personen, noch van vergelijkbare bijdragen.

B.31.4. Tussen de bijdragen die verschuldigd zijn in de sector van de medische hulpmiddelen en in de sector van de geneesmiddelen ter financiering van de respectieve toezichtopdrachten van het FAGG bestaan verschillen die voortvloeien uit de verschillende regelgeving waaraan beide sectoren onderworpen zijn. Uit die verschillen kan evenwel niet worden afgeleid dat de beide bijdragen dermate van elkaar verschillen dat zij ten aanzien van de bestreden maatregel niet vergelijkbaar zouden zijn.

B.31.5. Beide bijdragen streven eenzelfde algemene doelstelling na, zijnde de financiering van de toezichtopdrachten van het FAGG. Ingevolge de verschillen tussen beide sectoren en de daarop toepasselijke regelgeving, is het concrete toezicht dat door het FAGG wordt uitgeoefend in beide sectoren evenwel wezenlijk verschillend. Zo is er in de sector van de geneesmiddelen een vergunning vereist voor het in de handel brengen van geneesmiddelen, voor de vervaardiging, de invoer en de uitvoer van geneesmiddelen evenals voor de groothandel in geneesmiddelen. Die vergunning wordt in beginsel uitgereikt door het FAGG, dat eveneens toeziet op de naleving van die vergunning. In de sector van de medische hulpmiddelen geldt daarentegen geen vergunningsplicht, doch gelden in beginsel enkel kwaliteitsvereisten voor het in de handel brengen, de ingebruikneming, de distributie en de uitvoer van medische hulpmiddelen. Een registratieplicht geldt slechts voor bepaalde fabrikanten, terwijl zij voor alle distributeurs van medische hulpmiddelen geldt.

De verschillende regelgeving die van toepassing is in beide sectoren, namelijk de ontstentenis van een registratieplicht voor alle fabrikanten van medische hulpmiddelen alsook van een vergunningsplicht in de sector van de medische hulpmiddelen en de verschillende toezichtsoverdrachten die daaruit voortvloeien voor het FAGG, verantwoordt dat de wetgever de financiering van het respectieve toezicht door het FAGG in de sector van de medische hulpmiddelen en in de sector van de geneesmiddelen verschillend heeft geregeld.

Het aangevoerde verschil in behandeling tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen en de groothandelaars en groothandelaar-verdelers van geneesmiddelen schendt de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet niet.

B.32. De verzoekende partijen voeren voorts de schending aan, door de artikelen 33, § 1, 9^o, en 34 van de wet van 15 december 2013, van de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet, doordat de bijdrage ter financiering van de opdrachten van het FAGG met betrekking tot de medische hulpmiddelen wordt berekend op de omzet van medische hulpmiddelen, en niet per op de markt gebrachte eenheid (vijfde onderdeel van het eerste middel).

Die bepalingen zouden een niet verantwoord verschil in behandeling invoeren tussen de distributeurs van (voornamelijk vergoedbare) medische hulpmiddelen die een grote winstmarge hebben in verhouding tot hun omzet en de distributeurs van (voornamelijk niet-vergoedbare) medische hulpmiddelen die een kleine winstmarge hebben in verhouding tot hun omzet. Volgens de verzoekende partijen heeft het bedrag van de bijdrage dat eerstgenoemden moeten betalen in verhouding immers een kleine impact op hun winstmarge, terwijl het bedrag dat laatstgenoemden moeten betalen in verhouding een grote impact op hun winstmarge heeft.

B.33. Het komt de wetgever toe het tarief van de bijdrage en de berekeningswijze ervan vast te stellen. Hij beschikt ter zake over een ruime beoordelingsmarge.

Wanneer daarbij een verschil in behandeling in het leven wordt geroepen, dient het Hof evenwel na te gaan of dat verschil berust op een redelijke verantwoording.

B.34.1. Reeds krachtens artikel 224 van de wet van 12 augustus 2000, waarin de bijdrage ter financiering van het toezicht door het FAGG met betrekking tot de medische hulpmiddelen oorspronkelijk werd geregeld, werd de bijdrage berekend door middel van een percentage op de gerealiseerde omzet ervan. Die wijze van berekening van de bijdrage werd door de wetgever als volgt verantwoord :

“De vergoeding vereist voor deze taken kan niet berekend worden per prestatie geleverd door de administratie ten voordele van de heffingsplichtige, individueel beschouwd, zijnde de geijkte definitie van de term retributie. Daarom wordt deze retributie voorgesteld in huidig wetsontwerp” (Parl. St., Kamer, 1999-2000, DOC 50-0756/001, p. 109).

Ter gelegenheid van de verhoging van het percentage van de bijdrage van 0,05 % tot 0,18417 % en de invoering van een minimumbijdrage van 500 EUR bij artikel 18, § 1, van de programmawet (I) van 27 december 2012, heeft de wetgever de berekeningswijze van de bijdrage als volgt verantwoord :

“De bijdrage die de sector van de medische hulpmiddelen betaalt, is bestemd voor de financiering van het markttoezicht door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (verder : ‘ fagg ’). De bijdrage is afhankelijk van het aandeel van de distributeur op de markt dat wordt afgemeten aan de omzet van de onderneming in het voorgaande kalenderjaar.

[...]

Ongeacht het aandeel van de distributeur, is er wel een minimale kost verbonden aan het toezicht, alsook aan de inning van de bijdrage. Daarom onderwerpen de ontworpen bepalingen de distributeur aan een minimale bijdrageplicht” (Parl. St., Kamer, 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 10-11).

B.34.2. Uit de voormelde parlementaire voorbereiding blijkt dat de wijze van berekening van de bijdrage wordt verantwoord door het doel van de bijdrage om de kosten van het toezicht door het FAGG te financieren. De wetgever wenste te bewerkstelligen dat het bedrag van de bijdrage overeenstemt met het aandeel van de distributeur in de kosten van het toezicht door het FAGG. Daarbij kon de wetgever redelijkerwijze van oordeel zijn dat het aandeel van de distributeur in de toezichtskosten in verhouding staat tot het aandeel van de distributeur op de markt van de medische hulpmiddelen, hetgeen kan worden afgemeten aan de hand van de gerealiseerde omzet met betrekking tot medische hulpmiddelen. Doordat aan dat toezicht steeds minimale kosten zijn verbonden, vermocht de wetgever tevens een minimumbedrag te bepalen.

B.34.3. Het vijfde onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

De compensatoire bijdrage (tweede, derde en vierde onderdeel van het eerste middel)

B.35.1. Artikel 46 van de wet van 15 december 2013 stelt voor het jaar 2014 een compensatoire bijdrage in ten laste van de distributeurs van medische hulpmiddelen. Die bijdrage bedroeg aanvankelijk 0,09 % van de omzet van medische hulpmiddelen. In de parlementaire voorbereiding wordt de compensatoire bijdrage als volgt verantwoord :

“Overeenkomstig de beslissing genomen tijdens de begrotingscontrole 2013, voert dit artikel een uitzonderlijke compensatoire bijdrage van 0,09 % in voor het jaar 2014 ten laste van de sector van de medische hulpmiddelen ten voordele van het RIZIV.

Deze bijdrage vormt een van de inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Om die reden past artikel 40, artikel 191, eerste lid, 32°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen aan om daarin ook de bijdrage bedoeld in artikel 38 te vermelden” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 32).

B.35.2. Bij artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 werd het percentage van de compensatoire bijdrage verhoogd met 0,13 %, namelijk van 0,09 % tot 0,22 %. In de parlementaire voorbereiding wordt dit als volgt verduidelijkt :

“Dit artikel voert een uitzonderlijke bijdrage in naar analogie met het ontworpen artikel 191, 31°, van de ZIV-wet dat terugbetaalbare geneesmiddelen aan eenzelfde heffing onderwerpt” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3147/001, p. 28).

B.35.3. Artikel 191, eerste lid, 31°, van de ZIV-Wet onderwerpt de farmaceutische bedrijven, namelijk de bedrijven die op de Belgische markt een omzet verwezenlijken met geneesmiddelen, aan eenzelfde bijdrage van 0,13 % op de omzet van vergoedbare geneesmiddelen. Beide bijdragen, ook wel “marketingtaks” genoemd, strekken ertoe de bedrijven te laten meebetalen voor de meerkosten die hun marketing- en promotieactiviteiten veroorzaken voor de ziekteverzekering ingevolge de vermeerdering van het voorschrijfvolume en het gebruik van vergoedbare geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-2561/001, pp. 8 en 12, en DOC 53-2561/009, p. 4).

B.35.4. De compensatoire bijdrage zoals daarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 bestaat aldus uit twee bijdragen :

- enerzijds, een uitzonderlijke bijdrage van 0,09 % die één van de inkomsten vormt van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen; die bijdrage werd voor het jaar 2013 geregeld in artikel 224, § 1/1, van de wet van 12 augustus 2000

- anderzijds, een “marketingtaks” van 0,13 % ter bestrijding van de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering; die bijdrage werd voor het jaar 2013 geregeld in artikel 224, § 1/2, van de wet van 12 augustus 2000 en stemt overeen met de bijdrage waarin voor de geneesmiddelensector is voorzien in artikel 191, eerste lid, 31^o, van de ZIV-wet.

B.36. Volgens de verzoekende partijen zouden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 en artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 de artikelen 10, 11 en 170 van de Grondwet schenden.

B.37.1. Ze voeren met name aan dat artikel 46 van de wet van 15 december 2013 en artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 een niet verantwoord verschil in behandeling instellen tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen en de fabrikanten van geneesmiddelen, doordat de compensatoire bijdrage die de eerstgenoemden krachtens artikel 46 van de wet van 15 december 2013 moeten betalen, wordt berekend op hun omzet met betrekking tot zowel vergoedbare als niet-vergoedbare medische hulpmiddelen, terwijl de compensatoire bijdrage die de laatstgenoemden krachtens artikel 191, eerste lid, 31^o, van de ZIV-wet moeten betalen, enkel wordt berekend op hun omzet met betrekking tot vergoedbare geneesmiddelen (tweede onderdeel van het eerste middel).

B.37.2. Door in artikel 46 van de wet van 15 december 2013 erin te voorzien dat de compensatoire bijdrage die verschuldigd is door de distributeurs van medische hulpmiddelen wordt berekend op de omzet met betrekking tot alle medische hulpmiddelen, heeft de wetgever een bevoegdheid uitgeoefend die hem eigen is, namelijk zijn bevoegdheid op het stuk van belastingen.

Het komt de bevoegde wetgever toe de belastbare grondslag te bepalen van de belastingen waarin hij voorziet. Hij beschikt ter zake over een ruime beoordelingsbevoegdheid. Het Hof vermag, in die aangelegenheid, de beleidskeuzen van de wetgever, alsook de motieven die daaraan ten grondslag liggen, slechts af te keuren indien zij op een manifeste vergissing zouden berusten of indien zij zonder redelijke verantwoording zouden zijn.

B.37.3. In tegenstelling tot de compensatoire bijdrage verschuldigd door de farmaceutische bedrijven, die krachtens artikel 191, eerste lid, 31^o, van de ZIV-wet enkel wordt berekend op de omzet met betrekking tot vergoedbare geneesmiddelen, wordt de compensatoire bijdrage verschuldigd door de distributeurs van medische hulpmiddelen krachtens artikel 46 van de wet van 15 december 2013 berekend op de omzet met betrekking tot alle medische hulpmiddelen, namelijk zowel de vergoedbare als de niet-vergoedbare medische hulpmiddelen.

Door de afdeling wetgeving van de Raad van State gevraagd naar een verantwoording voor dat onderscheid, dit ter gelegenheid van de invoering van de compensatoire bijdrage voor het jaar 2013 in artikel 224, § 1/1, van de wet van 12 augustus 2000, heeft de gemachtigde van de minister als volgt geantwoord :

“De kost van medische hulpmiddelen wordt meestal niet direct terugbetaald door de ziekteverzekering maar indirect door verrekening in bijvoorbeeld de verpleegdagprijs of de forfaitaire honoraria inzake klinische biologie en medische beeldvorming.

Bijvoorbeeld komen niet in aanmerking voor directe terugbetaling maar de economische kost wordt wel gedragen door de sociale zekerheid : X-ray films, Photostimulable phosphor plates, devices intended in general for external patient support (e.g. hospital beds, patient hoists, wheelchairs, dental patient chairs), Infusion pumps, Ventilators, Anaesthesia machines, Anaesthetic vaporisers, Dialysis equipment, Blood pumps for heart-lung machines, Hyperbaric chambers, Pressure regulators for medical gases, Medical gas mixers, Moisture exchangers in breathing circuits if used on unconscious or non-spontaneously breathing patients, Nebulisers where the failure to deliver the appropriate dosage characteristics could be hazardous. Daarnaast ook de actieve hulpmiddelen voor diagnose : Electrocardiographs, Electroencephalographs, Cardioscopes with or without pacing pulse indicators, Electronic thermometers, Electronic stethoscopes, Electronic blood pressure measuring equipment.

Kortom : terwijl de niet-vergoedbare geneesmiddelen niet door sociale zekerheidsbijdragen worden vergoed, is dit niet zo voor medische hulpmiddelen, die in de regel wel ten laste vallen van de sociale zekerheid. De tenlasteneming gebeurt evenwel niet direct (door terugbetaling) maar indirect (door verrekening in bijvoorbeeld de forfaitaire honoraria). De rechtvaardiging van het verschil in behandeling van de sector van de medische hulpmiddelen, ligt bijgevolg in het verschil van behandeling door de sociale zekerheid van medische hulpmiddelen enerzijds en geneesmiddelen anderzijds” (Parl. St., Kamer, 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 143-144).

Daarenboven werd in de parlementaire voorbereiding van de programmawet (I) van 27 december 2012, waarbij artikel 224, § 1/1, in de wet van 12 augustus 2000 werd ingevoerd, nog de volgende verantwoording gegeven :

“Een uitzonderlijke heffing van 0,13 % wordt opgelegd ter bestrijding van de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering. Deze bijdrage kan niet los worden gezien van de bijdrage op grond van het ontworpen artikel 191, 31^o, van de ZIV-wet dat de vergoedbare geneeskundige specialiteiten aan dezelfde bijdrage onderwerpt. De heffing wordt evenwel niet beperkt tot de vergoedbare medische hulpmiddelen omdat medische hulpmiddelen ofwel in principe terugbetaalbaar zijn, bijvoorbeeld borstimplantaten in het kader van reconstructieve chirurgie, ofwel indirect de kosten voor de ziekteverzekering verhogen, bijvoorbeeld de economische prikkel die uitgaat van duur radiologisch materiaal die leidt tot overconsumptie, en overbodig voorschrijven. Daarentegen hebben niet-vergoedbare geneesmiddelen geen invloed op het budget van de ziekteverzekering omdat deze kosten volledig ten laste van de patiënt vallen.

De Raad van State stelt de vraag of de verantwoording voor het verschil in behandeling tussen de medische hulpmiddelen en de geneesmiddelen kan worden verduidelijkt, aangezien men alle medische hulpmiddelen zal bedoelen en tegelijk alleen de terugbetaalde geneesmiddelen zal bedoelen.

Een eerste antwoord is dat de gebruikskosten van de medische hulpmiddelen voor het overgrote deel door de ziekteverzekering worden gedragen. De bijdrage kan dan ook de marketinguitgaven van de hele sector in het vizier nemen. Een groot deel van de medische hulpmiddelen, zoals het uitrustingsmaterieel voor de ziekenhuizen, komt inderdaad in aanmerking voor een onrechtstreekse terugbetaling of, zoals de heupprothesen, voor een rechtstreekse terugbetaling. Zelfs als die medische hulpmiddelen niet worden terugbetaald, hebben ze een potentiële impact op de ziekteverzekering. Zo worden borstimplantaten, die in het kader van een borstreconstructie kunnen worden terugbetaald, in het kader van plastische chirurgie niet terugbetaald. Men kan echter niet uitsluiten dat ze wegens mogelijke verwickelingen voor de ziekteverzekering extra kosten veroorzaken.

Een tweede antwoord is dat het in de groothandel moeilijk is om het onderscheid te maken tussen al of niet terugbetaalbare medische hulpmiddelen. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, dat de aangiftes van de omzet van distributeurs ontvangt en controleert, beschikt enkel over de totale op de Belgische markt gerealiseerde omzet. Een verdere opdeling met vermelding van de al of niet terugbetaalbare aard zal voor de distributeurs een aparte boekhouding vereisen, en voor de controlerende overheid een grote administratieve last betekenen. Bovendien zou het kunnen dat dergelijke controle slechts kan worden uitgevoerd mits individuele patiëntendossiers worden geraadpleegd om na te gaan hoe het hulpmiddel werd gebruikt. Bij de afweging van de belangen tussen deze inbreuk op de privacy en de bijzonder zware administratieve last en de theoretische mogelijkheid dat een - wellicht beperkt - aantal medische hulpmiddelen geenszins, zelfs onrechtstreeks, ten laste vallen van de sociale zekerheid, wordt gekozen om alle hulpmiddelen op te nemen in de heffing.

De forfaitaire en algemene heffing wordt ook ingevoerd omdat de huidige gegevens waarover de overheid beschikt niet toestaan om de marketinguitgaven per product of verdeler te berekenen. Dit zou, op basis van een nieuwe in te voeren aangifteplicht, worden verholpen. In afwachting van de aangiftecriteriën, wordt gekozen om een forfaitaire bijdrage te innen op grond van gemiddelde uitgaven doorheen de sector. Wanneer de aangiftecriteriën zullen zijn vastgelegd, zal men een meer diepgaande segmentatie van de markt van medische hulpmiddelen kunnen overwegen, waarbij eventueel enige groepen van medische hulpmiddelen zullen kunnen worden geïdentificeerd die geen enkele impact op de ziekteverzekering hebben. De maatregel zou dan kunnen worden verfijnd” (Parl. St., Kamer, 2012-2013, DOC 53-2561/001, pp. 12-13).

Die verantwoording is herhaald in de parlementaire voorbereiding van het bestreden artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013, waarbij de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen zoals daarin is voorzien in artikel 46 van de wet van 15 december 2013 voor het jaar 2014 werd verhoogd met 0,13 % (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3147/001, pp. 27-28).

B.37.4. Zoals blijkt uit deze parlementaire voorbereiding, zijn er objectieve verschillen tussen de sector van de medische hulpmiddelen en de sector van de geneesmiddelen die, in het licht van de doelstelling van de compensatoire bijdrage om de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering te bestrijden, verantwoorden dat de belastbare grondslag van de bijdrage in beide sectoren verschillend is.

Zo heeft de wetgever vastgesteld dat de kostprijs van het merendeel van de niet-vergoedbare medische hulpmiddelen, in tegenstelling tot de kostprijs van de niet-vergoedbare geneesmiddelen, onrechtstreeks ten laste wordt genomen door de ziekteverzekering, namelijk door verrekening van de kosten in de verpleegdagprijs of in de forfaitaire honoraria. Zoals daarenboven ook de verzoekende partijen erkennen, is een deel van het budget dat wordt toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld om onder meer de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur te dekken. In zoverre dat deel van het budget ook wordt aangewend om de kostprijs van de niet-vergoedbare medische hulpmiddelen te dekken, komen die hulpmiddelen ook op die wijze onrechtstreeks ten laste van de ziekteverzekering.

Daarenboven heeft de wetgever een afweging gemaakt tussen, enerzijds, de theoretische mogelijkheid dat een wellicht beperkt aantal medische hulpmiddelen noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks ten laste van de ziekteverzekering zou vallen en, anderzijds, de nadelen van een regeling die de compensatoire bijdrage zou beperken tot de vergoedbare medische hulpmiddelen. Meer in het bijzonder zou een dergelijke regeling een bijzonder zware administratieve last met zich meebrengen, zowel voor de distributeurs die in hun boekhouding een opdeling zouden moeten maken tussen de omzet met betrekking tot vergoedbare en niet-vergoedbare medische hulpmiddelen, als voor de controlerende overheid. Daarenboven, en wat meer is, zou een dergelijke regeling in welbepaalde gevallen een inmenging in de privacy van de patiënten veronderstellen, nu het effectieve gebruik van het hulpmiddel zal bepalen of het al dan niet vergoedbaar is. Na afweging van die belangen, heeft de wetgever besloten dat de omzet met betrekking tot alle medische hulpmiddelen in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de compensatoire bijdrage. Het blijkt niet dat die beoordeling onredelijk is.

B.37.5. In ieder geval dient te worden opgemerkt dat de compensatoire bijdrage met betrekking tot de geneesmiddelen er enkel toe strekt de onnodige uitgaven voor de ziekteverzekering te bestrijden, terwijl de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen daarnaast ook een louter financiële doelstelling heeft, namelijk de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Gelet op die doelstelling vermocht de wetgever de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen te berekenen op zowel de vergoedbare als de niet-vergoedbare hulpmiddelen.

B.37.6. Gelet op hetgeen voorafgaat, is het aangevoerde verschil in behandeling tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen en de fabrikanten van geneesmiddelen niet zonder redelijke verantwoording.

B.37.7. Het tweede onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

B.38.1. Voorts zouden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 en artikel 41 van de programwawet (I) van 26 december 2013 een niet verantwoord verschil in behandeling invoeren tussen de distributeurs van medische hulpmiddelen, die krachtens de bestreden bepalingen een compensatoire bijdrage van 0,22 % verschuldigd zijn, en de fabrikanten van geneesmiddelen, die krachtens artikel 191, eerste lid, 31°, van de ZIV-wet een compensatoire bijdrage van 0,13 % verschuldigd zijn (derde onderdeel van het eerste middel).

B.38.2. In zoverre de Ministerraad een exceptie van niet-vergelijkbaarheid aanvoert, dient deze om dezelfde reden als uiteengezet in B.31.4 te worden verworpen.

B.38.3. Zoals is uiteengezet in B.5.3, bestaat de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen waarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 uit twee bijdragen : enerzijds, een “marketingtaks” van 0,13 % ter bestrijding van de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering en, anderzijds, een uitzonderlijke bijdrage van 0,09 % die één van de inkomsten vormt van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De compensatoire bijdrage met betrekking tot de geneesmiddelen, waarin is voorzien in artikel 191, eerste lid, 31°, van de ZIV-wet, bestaat daarentegen enkel uit een “marketingtaks” van 0,13 %.

De bijkomende financiële doelstelling van de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen verantwoordt dat die bijdrage 0,9 % meer bedraagt dan de compensatoire bijdrage met betrekking tot de geneesmiddelen.

B.38.4. Bovendien voorziet artikel 191 van de ZIV-wet, dat de inkomstenbronnen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering opsomt, in tal van bijdragen ten laste van de geneesmiddelensector ter financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Daarentegen is de sector van de medische hulpmiddelen, krachtens artikel 191, eerste lid, 32°, van de ZIV-wet, enkel de compensatoire bijdrage zoals daarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 en in het voormalige artikel 244, § 1/1, van de wet van 12 augustus 2000, verschuldigd ter financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

B.38.5. Gelet op hetgeen voorafgaat, is het niet zonder redelijke verantwoording dat het percentage van de compensatoire bijdrage met betrekking tot de medische hulpmiddelen, zoals daarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013, 0,22 % bedraagt, terwijl de compensatoire bijdrage met betrekking tot de geneesmiddelen, zoals daarin is voorzien in artikel 191, eerste lid, 31°, van de ZIV-Wet, slechts 0,13 % bedraagt.

Het derde onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

B.39.1. Tot slot zouden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 en artikel 41 van de programwawet (I) van 26 december 2013 een schending inhouden van de artikelen 10, 12 en 172 van de Grondwet, doordat de daarin voorgeschreven compensatoire bijdrage enkel verschuldigd is door de distributeurs van medische hulpmiddelen en niet door de fabrikanten van medische hulpmiddelen (vierde onderdeel van het eerste middel).

B.39.2. Het komt de wetgever toe te bepalen welke bijdrageplichtigen aan de bestreden bijdrageplicht worden onderworpen. Hij beschikt ter zake over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

Daarbij vermag hij evenwel niet de draagwijdte van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet te miskennen door categorieën van personen die zich ten aanzien van de in het geding zijnde maatregel in identieke situaties bevinden, op verschillende wijze te behandelen, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

B.39.3. Zoals is uiteengezet in B.5.3, heeft de compensatoire bijdrage die is neergelegd in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013 een dubbele doelstelling : enerzijds, de bestrijding van de onnodige uitgaven op het niveau van de ziekteverzekering en, anderzijds, de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Er kan weliswaar staande worden gehouden dat zowel de distributeurs als de fabrikanten van medische hulpmiddelen een impact hebben op de kosten van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Teneinde te bewerkstelligen dat de betrokken hulpmiddelen slechts eenmalig aan de compensatoire bijdrage zouden worden onderworpen, vermocht de wetgever echter redelijkerwijze te beslissen dat die bijdrage enkel verschuldigd is in de laatste fase van de distributieketen van de medische hulpmiddelen, en bijgevolg enkel wordt opgelegd aan de distributeurs van medische hulpmiddelen en niet eveneens aan de fabrikanten van medische hulpmiddelen.

Zoals is vastgesteld in B.15.3, zijn de fabrikanten van medische hulpmiddelen, in zoverre zij te kwalificeren zijn als “distributeur”, eveneens aan de betrokken bijdrage onderworpen.

B.39.4. Gelet op hetgeen voorafgaat, is het niet zonder redelijke verantwoording dat de compensatoire bijdrage zoals daarin is voorzien in het bestreden artikel 46 van de wet van 15 december 2013, enkel wordt opgelegd aan de distributeurs van medische hulpmiddelen.

Het feit dat de compensatoire bijdrage zoals daarin is voorzien in artikel 191, eerste lid, 31^o, van de ZIV-Wet, wordt opgelegd aan de “firma’s die op de Belgische markt een omzet verwezenlijken met geneesmiddelen ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten” doet aan die zienswijze geen afbreuk. Gelet op de verschillen die bestaan tussen de sector van de medische hulpmiddelen en de sector van de geneesmiddelen, en gelet op de verschillende mate en wijze waarop beide sectoren bijdragen tot de kosten voor en de financiering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vermocht de wetgever de compensatoire bijdrage in beide sectoren op een verschillende wijze te regelen.

B.39.5. De bestreden maatregel schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet. De toetsing aan artikel 170 van de Grondwet leidt niet tot een ander resultaat.

B.39.6. Het vierde onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

De draagwijdte van het begrip “distributeur”, gedefinieerd in artikel 33, § 1, 3^o, van de wet van 15 december 2013 (zesde onderdeel van het eerste middel)

B.40. Volgens de verzoekende partijen schenden de artikelen 33, § 1, 3^o, 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 en artikel 41 van de programmawet (I) van 26 december 2013 de artikelen 10, 11 en 172 van de Grondwet, doordat de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 enkel verschuldigd zijn door de distributeurs die gevestigd zijn in de Europese Unie, en niet door de distributeurs die gevestigd zijn buiten de Europese Unie.

B.41. Zoals is uiteengezet in B.29, komt het de wetgever toe te bepalen welke bijdrageplichtigen aan de bestreden bijdrageplicht worden onderworpen. Hij beschikt ter zake over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

Daarbij vermag hij evenwel niet de draagwijdte van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet te miskennen door categorieën van personen die zich ten aanzien van de in het geding zijnde maatregel in identieke situaties bevinden, op verschillende wijze te behandelen, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

B.42.1. Krachtens de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 worden de daarin voorgeschreven bijdragen enkel opgelegd aan de “distributeurs” van medische hulpmiddelen. Dat begrip wordt in artikel 33, § 1, 3^o, van dezelfde wet gedefinieerd als: *“elke in de Europese Unie gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, met uitzondering van de detailhandelaar, die hulpmiddelen ter beschikking stelt aan detailhandelaars of aan eindgebruikers”*.

Overeenkomstig die definitie van het begrip “distributeur” zijn de in derde landen gevestigde distributeurs derhalve niet onderworpen aan de bestreden bijdragen.

B.42.2. Door de afdeling wetgeving van de Raad van State gevraagd naar de reden waarom enkel de in de Europese Unie gevestigde natuurlijke personen of rechtspersonen bijdrageplichtig zijn, antwoordde de gemachtigde van de minister als volgt :

“De markt voor medische hulpmiddelen werd geharmoniseerd op Europees niveau (zie Besluit 768/2008/EG van het Europees Parlement en de Raad van 09.07.2008 betreffende een gemeenschappelijk kader voor het verhandelen van producten en tot intrekking van Besluit 93/465/EEG van de Raad). Medische hulpmiddelen kunnen in de Europese Economische Ruimte in de handel worden gebracht door een importeur. Een importeur is “een in de Gemeenschap gevestigde natuurlijke of rechtspersoon die een product uit een derde land in de Gemeenschap in de handel brengt”.

De bijdrage die wordt opgelegd is verschuldigd in de laatste fase van de distributieketen, met name op de verkoop, terbeschikkingstelling, etcetera van medische hulpmiddelen aan eindgebruikers, patiënten en consumenten. Met andere woorden gaat het om producten die reeds in de handel werden gebracht door een onderneming (importeur) die gevestigd is in de Gemeenschap” (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, p. 104).

De afdeling wetgeving van de Raad van State heeft vervolgens aangegeven dat de wetgever in ieder geval dient na te gaan of distributeurs gevestigd in derde landen effectief enkel via in de Europese Unie gevestigde importeurs actief kunnen zijn op de Belgische markt, hierbij ook rekening houdend met de verkoop via internet. Indien zou blijken dat er toch omzet in België gerealiseerd kan worden door in derde landen gevestigde distributeurs, zou de definitie van “distributeur” volgens de Raad van State ook die categorie dienen te omvatten.

B.42.3. In de memorie van toelichting bij het wetsontwerp dat de wet van 15 december 2013 is geworden, heeft de wetgever ondubbelzinnig geantwoord dat het niet mogelijk is dat een onderneming die in een derde land gevestigd is in België omzet realiseert door de verkoop van medische hulpmiddelen :

“Ondernemingen gevestigd in derde landen worden uitgesloten van de definitie van distributeur. Deze ondernemingen kunnen enkel via in de Europese Unie gevestigde importeurs effectief actief zijn op de Belgische markt van de medische hulpmiddelen. Dit blijkt onder meer uit de interpretatieve mededeling van de Europese Commissie van 16 november 2010 over het “in de handel brengen van medische hulpmiddelen” (SANCO/B/2/PBE/pdw Ares (2010) 332016). Gevolg gevend aan de vraag van de Raad van State om te onderzoeken of omzet in België kan gerealiseerd worden door in derde landen gevestigde distributeurs, inzonderheid door internetverkoop, is het antwoord dan ook negatief.”

In haar interpretatieve mededeling stelt de Commissie (paragraaf 15) :

“As regards imported products, they must at least be released for free circulation in the internal market before they can be considered as being placed on the EU market (see Art. 27-29 of Regulation (EC) No 765/2008). In particular paragraphs 1 and 2 of Article 29 of Regulation 765/2008 state that products which present a serious risk or which are not compliant with harmonized EU legislation, and which therefore shall not be placed on the EU market, shall not be released for free circulation. This requires a close cooperation between customs authorities and market surveillance authorities.”

[“De ingevoerde producten moeten minstens op de interne markt in het vrije verkeer worden gebracht vooraleer kan worden beschouwd dat zij in de EU in de handel zijn gebracht (zie art. 27 tot 29 van de verordening (EG) nr. 765/2008). Inzonderheid bepalen de leden 1 en 2 van artikel 29 van de verordening nr. 765/2008 dat producten die een ernstig risico met zich meebrengen of die niet aan de communautaire harmonisatiewetgeving voldoen, en hierdoor niet in de EU in de handel zullen worden gebracht, niet in het vrije verkeer zullen worden gebracht. Dit vereist een nauwe samenwerking tussen de douaneautoriteiten en de markttoezichtautoriteiten.” (vrije vertaling)]

Medische hulpmiddelen die niet voldoen aan de Europese harmonisatiewetgeving mogen met andere woorden niet in het vrij verkeer worden gebracht. Hierop ziet de douane toe. De interpretatieve mededeling weidt verder uit over de mogelijkheden dat het in de handel brengen niet samenvalt met de inverteersstelling. De conclusie met betrekking tot de onderzochte vraag is evenwel duidelijk : medische hulpmiddelen die werden geproduceerd buiten de EU en die niet werden ingevoerd en in overeenstemming gebracht met de Europese harmonisatiewetgeving, kunnen niet worden verkocht in de Europese Unie. Invoer vanuit een derde land in de Unie kan enkel door een importeur, zijnde een in de Gemeenschap gevestigde natuurlijke of rechtspersoon die een product uit een derde land in de Gemeenschap in de handel brengt (zie art. 2 (5) van Verordening 765/2008).

Het is mogelijk dat medische hulpmiddelen worden verkregen in een derde land en vervolgens worden ingevoerd. Deze producten worden niet in de handel gebracht. In haar interpretatieve mededeling stelt de Commissie (§ 19) :

"A medical device which a private person acquires in a third country and then brings it to the EU for his/her own personal use is not "placed on the market" and is not required to conform to the requirements of the medical devices directives.

If, however, a professional user buys a medical device in a third country, brings it to the EU and uses this device in the context of his/her professional activity, he/she puts this device into service. According to Article 2 of Directives 90/385/EEC, 93/42/EEC and 98/79/EC, respectively, a device put into service must comply with the requirements of the applicable directive."

["Een medisch hulpmiddel dat een privépersoon in een derde land verkrijgt en vervolgens meeneemt naar de EU voor zijn of haar persoonlijk gebruik, is niet "in de handel gebracht" en moet niet voldoen aan de vereisten van de richtlijnen betreffende de medische hulpmiddelen.

Indien echter een beroepsgebruiker een medisch hulpmiddel in een derde land aankoopt, het vervolgens meebrengt naar de EU en dat hulpmiddel gebruikt in het kader van zijn of haar beroepsactiviteit, dan neemt hij dat hulpmiddel in gebruik. Volgens artikel 2 van respectievelijk de richtlijnen 90/385/EEG, 93/42/EEG en 98/79/EG moet een in gebruik genomen hulpmiddel voldoen aan de vereisten van de toepasselijke richtlijn." (vrije vertaling)]

Hierbij dient te worden opgemerkt dat de omzet in dit geval niet in België wordt gerealiseerd gezien de verkrijging in een derde land plaatsvindt.

Met betrekking tot de verkoop via internet, waarbij een distributeur van medische hulpmiddelen vanuit een derde land zich, bijvoorbeeld via een website, richt op consumenten in België, moet rekening gehouden worden met verordening (EG) nr. 593/2008 van het Europees Parlement en de Raad van 17 juni 2008 inzake het recht dat van toepassing is op verbintenissen uit overeenkomst (Rome I). Op grond van deze verordening wordt de verkoop beheerst door het recht van het land waar de consument zijn gewone verblijfplaats heeft, in casu Belgisch recht dat onderworpen is aan de Europese wetgeving. Derhalve zal de betrokken onderneming moeten voldoen aan Verordening 765/2008.

Concluderend is het niet mogelijk dat een onderneming vanuit een derde land legaal omzet realiseert uit de terbeschikkingstelling van medische hulpmiddelen in België, zonder dat deze medische hulpmiddelen eerst via een importeur gevestigd in de Europese Unie in het vrij verkeer en in de handel werden gebracht. Het is mogelijk dat er door middel van het internet medische hulpmiddelen rechtstreeks aan consumenten worden verzonden vanuit derde landen, en hier ligt een taak voor de douane-autoriteiten en het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten, zoals de Europese Commissie bevestigt in haar interpretatieve mededeling. Indien gezondheidszorgbeoefenaars in derde landen medische hulpmiddelen verkrijgen en deze in gebruik nemen, dan is er geen sprake van in de handel brengen, wordt er geen omzet gerealiseerd in België door de verkoper en is het aan de gezondheidszorgbeoefenaar om ervoor te zorgen dat de betrokken hulpmiddelen voldoen aan alle wettelijke vereisten » (Parl. St., Kamer, 2013-2014, DOC 53-3057/001, pp. 25-27).

Uit die parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever van oordeel was op grond van de toepasselijke Europese regelgeving dat er in België geen omzet gerealiseerd kan worden door in derde landen gevestigde distributeurs.

B.42.4. Artikel 14, lid 2, van de richtlijn nr. 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993 betreffende medische hulpmiddelen bepaalt :

“Wanneer een fabrikant die onder eigen naam een hulpmiddel in de handel brengt geen maatschappelijke zetel in een lidstaat heeft, wijst hij één enkele gemachtigde aan in de Europese Unie. Voor de in lid 1, eerste alinea, bedoelde hulpmiddelen moet de gemachtigde bij de bevoegde autoriteit van de lidstaat waar hij zijn maatschappelijke zetel heeft, alle in lid 1 bedoelde gegevens melden”.

Artikel 1, lid 2, h), van dezelfde richtlijn definieert het begrip “in de handel brengen” als :

“het voor het eerst tegen betaling of kosteloos ter beschikking stellen van een hulpmiddel, dat niet voor klinisch onderzoek is bestemd, met het oog op de distributie en/of het gebruik ervan op de communautaire markt, ongeacht of het gaat om een nieuw of om een vernieuwd hulpmiddel”.

Artikel 2, punt 5, van de verordening (EG) nr. 765/2008 van het Europees Parlement en de Raad van 9 juli 2008 “tot vaststelling van de eisen inzake accreditatie en markttoezicht betreffende het verhandelen van producten en tot intrekking van Verordening (EEG) nr. 339/93” definieert het begrip “importeur” als :

“een in de Gemeenschap gevestigde natuurlijke of rechtspersoon die een product uit een derde land in de Gemeenschap in de handel brengt”.

Artikel 2, punt 2, van dezelfde verordening definieert het begrip “in de handel brengen” als :

“het voor het eerst in de Gemeenschap op de markt aanbieden van een product”.

Artikel 2, punt 1, van dezelfde verordening definieert het begrip “op de markt aanbieden” als :

“het in het kader van een handelsactiviteit, al dan niet tegen betaling, verstrekken van een product met het oog op distributie, consumptie of gebruik op de communautaire markt”.

B.42.5. Uit die bepalingen blijkt dat een medisch hulpmiddel niet rechtstreeks door een distributeur die is gevestigd in een derde land kan worden verkocht aan een eindgebruiker of een detailhandelaar in België. Daarentegen is steeds het optreden van een in de Europese Unie gevestigde importeur vereist.

Die vaststelling geldt evenzeer voor de verkoop van medische hulpmiddelen via internet : ook voor die verkopen dient een in de Europese Unie gevestigde importeur op te treden vooraleer een medisch hulpmiddel via internet in de Europese Unie kan worden verkocht.

In zoverre de betrokken importeur de ingevoerde goederen vervolgens verkoopt aan eindgebruikers of aan detailhandelaren, is die importeur te kwalificeren als “distributeur” in de zin van artikel 33, § 1, 3^o, van de wet van 15 december 2013, en is hij de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van dezelfde wet verschuldigd.

B.42.6. Vermits de in derde landen gevestigde distributeurs van medische hulpmiddelen niet rechtstreeks medische hulpmiddelen kunnen verkopen in de Europese Unie, kunnen zij in België geen omzet met betrekking tot medische hulpmiddelen realiseren en zijn zij de bijdragen zoals daarin is voorzien in de artikelen 34 en 46 van de wet van 15 december 2013 in ieder geval niet verschuldigd. Bijgevolg bestaat het bestreden verschil in behandeling niet.

Gelet op hetgeen voorafgaat, schendt de bestreden maatregel de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet. De toetsing aan artikel 172 van de Grondwet leidt niet tot een ander besluit.

B.42.7. Het zesde onderdeel van het eerste middel is niet gegrond.

OM DIE REDENEN,

Het Hof,

verwerpt het beroep.

...

II. Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 4 september 2015

Gecoördineerde wetten van 14 juli 1994 – Artikelen 100, §§ 1 en 2, en 101

De arbeidsongeschiktheid van artikel 100, § 2 veronderstelt de voorafgaande erkenning van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1. Naast dat chronologische verband is er tussen die twee artikelen een continuïteitsverband: de werknemer die van de ene regeling naar de andere overgaat, heeft recht op het behoud van zijn erkende arbeidsongeschiktheid. De twee bepalingen vormen echter geen onlosmakelijk geheel. Zij moeten niet gezamenlijk worden toegepast. In de twee paragrafen worden afzonderlijke en onafhankelijke gevallen van arbeidsongeschiktheid vastgesteld, die elk aan hun eigen voorwaarden onderworpen zijn. De werknemer die overeenkomstig artikel 100, § 2 als arbeidsongeschikt wordt erkend, moet dus niet eveneens het percentage vermindering van vermogen tot verdienen van artikel 100, § 1 vertonen.

Artikel 101 beoogt een andere hypothese en staat, onder de strikte voorwaarden die daarin worden opgesomd, een regularisatieprocedure toe om de schadelijke gevolgen van de werkhervatting waarvoor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling geen toestemming had verleend, te verzachten.

A.R. 09/2738/A
B.M.B. t./LNZ - RIZIV

...

I. Les faits et les rétroactes de la procédure

7.

Monsieur B. a été reconnu en incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 6 août 2001 et indemnisé par l'O.A. jusqu'au 31 décembre 2008.

Durant son incapacité de travail, il aurait été autorisé à plusieurs reprises (sans précision de dates, comme relevé par l'expert) par le médecin-conseil de sa mutualité de reprendre un travail dans les conditions prévues par l'article 100, § 2 de ladite loi et de l'article 230, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, tel que ces dispositions étaient alors en vigueur (cf. également l'art. 16 du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, dans sa version également en vigueur à l'époque).

L'O.A. n'a pas déposé la copie de ces autorisations précisant la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité, consignées dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur.

Depuis le début de son incapacité de travail, Monsieur B. a en tout cas tenté à plusieurs reprises de reprendre le travail, comme en atteste le dossier administratif déposé par l'O.A. le 17 juin 2009.

Il a repris son activité le 3 novembre 2004 et a déclaré une nouvelle incapacité à partir du 21 décembre 2004 (selon l'employeur, suite à un préavis de commun accord).

Il a également repris son activité le 11 juillet 2005 et a déclaré une nouvelle incapacité à partir du 9 août 2005 (selon l'employeur, ayant quitté volontairement son emploi), s'agissant de la date reprise dans les décisions litigieuses de la mutuelle.

Il a clairement été informé à plusieurs reprises par sa mutuelle de la nécessité de recevoir l'autorisation préalable du médecin-conseil s'il désire reprendre une activité compatible avec son état de santé tout en continuant à percevoir des indemnités et des conséquences en cas d'absence d'autorisation.

Après examen en séance du 3 octobre 2008, du rapport médical de réexamen (non produit), le Conseil médical de l'invalidité du Service des indemnités de l'INAMI a prolongé la reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé jusqu'au 31 juillet 2009.

Ni l'INAMI ni l'O.A. n'ont produit l'intégralité de ce rapport dont seule la première page est jointe au dossier administratif de l'O.A.

Il résulte de l'historique des adresses produit par Monsieur B. que l'intéressé a été radié d'office à deux reprises des registres de la population, les 26 février 2002 et 16 janvier 2006.

8.

Par lettre recommandée datée du 20 novembre 2008, l'INAMI a notifié à Monsieur B. sa décision de l'exclure du droit aux indemnités respectivement à concurrence de 10 indemnités journalières (art. 2, 4^o de l'A.R. du 10.01.1969) et de 25 indemnités (art. 2, 6^o du même A.R.).

Il est en effet apparu d'une enquête menée par le Service du contrôle administratif de l'INAMI que, durant la période d'incapacité de travail indemnisée par la mutuelle du 9 août 2005 au 31 octobre 2008, Monsieur B. a exercé plusieurs activités sans avoir demandé l'autorisation du médecin-conseil et sans avoir averti sa mutuelle de la reprise de ce travail.

Il s'agissait alors, selon la décision de l'INAMI, des périodes de travail suivantes, selon les bons de cotisation transmis par la Banque-carrefour de la sécurité sociale :

- du 21 avril 2006 au 30 juin 2006 (51 jours - 5.268,13 EUR - Atu Trucking)
- du 1^{er} juillet 2006 au 10 août 2006 (29 jours - 2.187,01 EUR - idem)
- du 16 novembre 2006 au 30 décembre 2006 (18 jours - 1.906,88 EUR - Randstad Belgium)
- du 15 octobre 2007 au 27 décembre 2007 (43 jours - 4.119,69 EUR - Actief Interim)
- du 12 novembre 2007 au 17 novembre 2007 (5 jours - 504,55 EUR - idem).

L'INAMI n'a pas retenu la première période de travail (80 jours) vu la prescription intervenue (le P.V. de constat a été établi le 21.08.2008 et notifié le 01.09.2008).

9.

...

10.

L'O.A. n'a pas soumis Monsieur B. à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée sont réunies.

Monsieur B. a introduit un certificat d'incapacité de travail auprès du médecin-conseil de l'O.A. à partir du 28 décembre 2010 pour lombo-sciatalgies.

Il expose que, depuis son exclusion par la mutuelle, il a déposé en vain des nouveaux certificats médicaux, sa mutuelle estimant que la procédure judiciaire devait suivre son cours, motif pour lequel il a introduit ce certificat médical par lettre recommandée.

Il rappelle également que par une décision administrative notifiée le 12 janvier 2011, le médecin-conseil de l'O.A. lui a reconnu une incapacité de travail à partir du 28 décembre 2010 après examen et sans attendre le résultat du Tribunal (annexe 34 à la pièce n° 33 de la farde 2 de son dossier déposé le 10.06.2011).

Le 7 février 2011, le médecin-conseil de l'O.A. a cependant mis fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail à partir du 8 février 2011 pour le motif que la cessation des activités de Monsieur B. n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels et que la décision du tribunal du travail doit être attendue.

11.

...

12.

Par un jugement interlocutoire du 22 décembre 2011, le Tribunal a joint les causes R.G. 09/2738/A, 09/6769/A, 09/7546/A, 11/6032/A, 11/8687/A et 11/14955/A en raison de leur connexité.

Il a, avant dire droit, désigné en qualité d'expert le docteur J. Rampelberg avec pour mission de dire si, à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. répondait ou non aux critères de l'article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 et subsidiairement, aux critères fixés par l'article 101 de la même loi.

13.

L'expert a conclu qu'à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 à l'exception de la période du 18 juin 2007 au 30 septembre 2007.

Il a également conclu qu'il ne dispose d'aucun élément lui permettant de conclure qu'à ce moment (21.04.2006) Monsieur B. répondait aux critères de l'article 101 de la même loi.

14.

Par un jugement interlocutoire du 17 octobre 2013 (faisant également référence à la cause R.G. 11/15132/A, implicitement jointe aux autres causes déjà jointes), le Tribunal a jugé que l'expert n'a pas suffisamment motivé ses conclusions ni rencontré à suffisance les commentaires exhaustifs du docteur Szerer, en réponse aux préliminaires de son rapport d'expertise. Il a également jugé que l'expert n'a pas répondu complètement à sa mission sous l'angle de l'article 100, § 2 de la loi.

Il a écarté le rapport d'expertise du docteur Rampelberg et a confié à l'expert, le docteur Robert, la même mission (en faisant cette fois référence, outre à l'art. 101, également à l'art. 100, § 2 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

IV. Le rapport de l'expert

15.

L'expert conclut que :

- à la date du 21 avril 2006, Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- à partir du 1^{er} septembre 2013, il répond aux critères fixés par cette disposition légale
- à la date du 21 avril 2006 et durant les périodes de reprises d'une activité telle que visée par le jugement, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100, § 2, complété par l'article 101 de la loi.

V. La discussion et la décision du Tribunal

A. Le litige opposant Monsieur B. à l'O.A.

A.1. Rappel des principes

16.

Les articles 100 et 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, alors en vigueur, précisent :

16.1.

Article 100 :

"§ 1^{er}. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

[...].

Si ce travailleur a par ailleurs acquis une formation professionnelle au cours d'une période de rééducation professionnelle, il est tenu compte de cette nouvelle formation pour l'évaluation de la réduction de sa capacité de gain. Le Roi détermine les conditions ainsi que le délai dans lesquels l'incapacité de travail est réévaluée après un processus de réadaptation professionnelle. Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance. [...].

§.2 Est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui, dans les conditions fixées par le règlement visé à l'article 80, 5^o, reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c."

Le Tribunal renvoie à l'analyse du contenu de cette disposition dans le jugement interlocutoire du 17 octobre 2013 (pt 9, 5^e et 6^e feuillets).

Il rappelle que, pour bénéficier de l'assurance indemnités, trois conditions distinctes doivent être remplies :

- le travailleur doit avoir cessé toute activité
- cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels
- les lésions ou troubles fonctionnels doivent entraîner une réduction de plus de deux tiers de la capacité de gain du travailleur.

En principe, la reprise d'une activité met donc fin à l'incapacité de travail (la première condition n'étant plus remplie) et l'intéressé perd le droit aux indemnités à compter du jour de la reprise du travail.

S'il cesse ultérieurement d'exercer cette activité, il ne peut retrouver le bénéfice de l'indemnisation (pour autant qu'il n'ait pas perdu sa qualité de titulaire) qu'après avoir fait constater à nouveau son incapacité (Cass., 04.09.1974, Bull. INAMI, 1975, p. 53 et R.D.S., 1975, p. 10; C. trav. Mons, 19.05.1988, Bull. INAMI, 1989, p. 24).

L'article 100, § 2 déroge à la condition de capacité de gain fixée par le paragraphe 1^{er} au profit du travail *devenu* incapable de travailler comme prévu audit paragraphe 1^{er} qui reprend *ultérieurement* un travail conformément au paragraphe 2 (Cass., 18.05.2015, S.13.0012.F/10).

L'incapacité de travail de l'article 100, § 2, suppose dès lors la reconnaissance *préalable* de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi du 14 juillet 1994 (Ph. Gosseries, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire. Notion-critères-évaluation (art. 100, L.C. 14.07.1994; art. 19 et 20, A.R. 20.07.1971), J.T.T. 1997, p. 88, n° 80bis). Il existe donc un *lien chronologique* entre les deux.

La conséquence en est que le médecin-conseil ne pourrait situer à une même date le début de l'incapacité reconnue et la reprise du travail autorisée, une seule journée d'inactivité pouvant suffire.

À défaut d'autorisation *préalable* (cet adjectif a par la suite été supprimé mais cette suppression ne s'applique pas en l'espèce), le travailleur ne peut obtenir la régularisation rétroactive de sa situation par une autorisation *a posteriori*.

Pour autant qu'il ait conservé sa qualité de titulaire, il a seulement la possibilité de faire constater à nouveau son incapacité de travail moyennant la cessation de son activité, puis de se faire autoriser à reprendre celle-ci.

Le travailleur doit notamment avoir conservé une réduction d'au moins 50 % de sa capacité *envisagée sur le plan médical*.

Il est admis par la doctrine et la jurisprudence que la réduction de capacité à apprécier est physique ou physiologique, contrairement au critère économique de l'article 100, § 1^{er} (réduction de capacité de *gain*).

Comme pour l'évaluation des 66 %, il n'existe aucun barème quelconque.

Il semblerait logique d'apprécier la perte de capacité en regard d'un travail mi-temps.

Cependant, selon S. Hostaux (Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités, Larcier, 2009, p. 278), il y a lieu de se référer au barème officiel belge de l'invalidité (BOBI).

Pour Ph. Gosseries (op.cit., p. 88, n° 79) également, la réduction de la capacité ne peut, se confondre avec la réduction de la capacité de gain.

Elle est d'ordre physique ou physiologique et non économique (voy. C. trav. Mons, 14.10.2010, R.G. 2009/AM/21.790, consultable sur www.juridat.be).

Il estime toutefois que la référence au BOBI n'est pas obligatoire (contra : C. trav. Gand, 08.02.1990, J.T.T., 1990, p. 229).

M. Dumont est réservé par l'apport à cette position (M. Dumont, L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? in F. Etienne et M. Dumont (dir.) ; Regards croisés sur la sécurité sociale, Anthémis 2012, p. 287, n° 24).

P. Palsterman, qu'il cite, estime que les textes des articles 101 et 102, qui se réfèrent manifestement à la condition médicale de l'article 100, § 2 visent explicitement la capacité de travail et tendent aussi à accréditer le point de vue selon lequel les notions de "capacité de gain" ou "capacité de travail" sont en réalité les mêmes notions (P. Palsterman, L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale, Chron. D.S., 2004, p. 312).

Le Tribunal estime que le taux de 50 % vise les travailleurs présentant certaines aptitudes physiques pour être à même de reprendre le travail mais dont les aptitudes normales restent encore sérieusement altérées (J.-C. Germain, Le maintien de l'incapacité de travail en cas de reprise du travail, Actualités du droit, Actualités de la sécurité sociale, Revue de la Faculté de droit de Liège, 1993-4, p. 700, cet auteur ayant fait la recension des objectifs attribués par la doctrine à l'ancien art. 56, § 2 de la loi du 09.08.1963 et expliquant que le taux de 50 % n'a jamais été explicitement justifié, certains l'ayant jugé sans fondement).

L'explication la plus cohérente est que la reprise d'une activité à temps partiel ne peut aggraver l'état de santé de l'assuré, d'où l'importance de vérifier sa capacité purement médicale avant de l'autoriser à retravailler et en dessous de ce seuil de 50 %, on considère que le titulaire est capable de reprendre une activité à temps plein sans nuire à sa santé.

Il existe par ailleurs, outre le lien chronologique, un *lien de continuité* entre l'article 100, § 1^{er} et l'article 100, § 2 : le travailleur passant d'un régime à l'autre a droit au *maintien* de son incapacité de travail reconnue.

La doctrine admet cependant que, nonobstant la condition de reconnaissance préalable de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi du 14 juillet 1994, l'incapacité de travail de l'article 100, § 2 ne nécessite plus, lorsqu'elle est constatée selon une réduction de capacité de 50 % au moins sur le plan médical, qu'il y ait encore dans le chef de l'assuré social réduction de capacité à un tiers au moins selon l'article 100, § 1^{er}.

"Aussi, peut-on affirmer que l'article 100, § 2 ne présume pas une incapacité de travail de l'article 100, § 1^{er}, mais formule une autre hypothèse de l'incapacité", (Ph. Gosseries, op. cit., p. 88, n° 88bis qui cite J.-C. Germain, op. cit., p. 707 citant L. Maroy, travail autorisé au cours d'une période d'incapacité de travail, Bull. INAMI, 1984, p. 251 et J. Kiekens, L'interdiction de travailler et le droit aux prestations sociales, : RBSS, 1991, p. 327; C. trav. Liège, 27.03.1987, J.T.T., 1988, p. 205 et R.D.S., 1988, p. 146 ; C. trav. Mons, 25.11.1977, J.T.T., 1978, p. 239, obs. P. Leroy).

Les deux dispositions ne forment donc pas un ensemble indissociable, d'application cumulative.

Les deux paragraphes établissent des incapacités de travail distinctes et indépendantes, obéissant chacune à leurs exigences propres (pour un cas d'application en cas d'autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur de reprendre un travail à temps partiel mais de décision de l'INAMI de fin d'incapacité de travail au sens de l'art. 100, § 1^{er}, voy. Trib. trav. Bruxelles, 06.11.2014, R.G. 13/2017/A, inédit).

Le travailleur reconnu incapable de travailler selon l'article 100, § 2 ne doit donc pas aussi présenter le taux d'incapacité de gain de l'article 100, § 1^{er}.

Il s'en déduit que:

- le travailleur prétendant au régime de l'article 100, § 2 n'est tenu de satisfaire qu'aux conditions d'application de ce seul texte
- une incapacité de gain inférieure au deux tiers n'entraîne pas nécessairement une incapacité de moins de 50 % sur le plan médical et inversément
- l'incapacité de gain ne doit pas être descendue en dessous de 66 % pour obtenir l'autorisation de reprendre le travail
- l'article 100, § 2 n'énonce pas une présomption d'incapacité de travail telle qu'elle est définie par l'article 100, § 1^{er}.

S. Hostaux relève les incohérences de ces appréciations différentes : ainsi, l'assuré social essuiera un refus de reprendre une activité si sa capacité physique ou physiologique est supérieure à 50 % alors qu'il se pourrait qu'il conserve malgré tout une réduction de capacité de gain de 66 % au moins. Si, au contraire, l'assuré reprend la même activité, sans y être autorisé, c'est la réduction de sa capacité de travail (et non de gain) qui sera évaluée (op.cit. p. 279).

16.2.

L'article 101 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 vise une *autre hypothèse*, celle d'une reprise d'activité *sans avoir demandé préalablement (à l'époque) et obtenu l'autorisation du médecin-conseil*.

Selon cette disposition :

"Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail, et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées en application de l'alinéa 1^{er} sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de la sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.

Dans des cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie la récupération prévue à l'alinéa 1^{er}."

Cette disposition ne prévoyait pas à l'époque que le titulaire était soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail étaient réunies à la date de l'examen ni *a fortiori* de délai dans lequel cet examen devait être effectué à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci. Il ne prévoyait pas non plus qu'en cas de décision négative, une décision de fin d'incapacité était notifiée au titulaire dans un délai déterminé par le Roi. Ces dispositions sont en effet entrées en vigueur le 31 décembre 2010 - article 99 de la loi du 28 avril 2010 portant des dispositions diverses.

L'article 101 permet aux conditions strictes qu'il énumère une procédure de régularisation pour tempérer les effets dommageables de la reprise d'une activité non autorisée par le médecin conseil de l'organisme assureur.

L'objet de cette disposition légale est d'accorder aux travailleurs concernés, selon une sorte de fiction juridique, *le maintien de l'incapacité de travail* malgré le travail qu'ils ont exercé, *ainsi que* de limiter la récupération des indemnités au laps de temps durant lequel ils se sont livrés à l'activité non autorisée.

L'article 101 vise le travailleur qui répond (à l'époque) à deux conditions :

- il est reconnu incapable de travailler
- sa capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical.

Avant sa modification par l'article 140 de la loi du 25 janvier 1999, cette disposition exigeait en outre que le travail repris sans autorisation ait été compatible avec l'état de santé de l'intéressé.

Le texte tel qu'en vigueur à la date de la reprise de l'activité ne visait donc plus expressément la nécessité d'une activité compatible avec l'état de santé (art. 16 du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5^o, de la loi SSI) ou avec l'affectation en cause (art. 230, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI).

S. Hostaux rappelle (op. cit., p. 279) qu'en cas de reprise d'activité par l'assuré, sans l'autorisation du médecin-conseil, "c'est la réduction de sa capacité de travail qui est évaluée" (et non la réduction de sa capacité de gain).

Il précise également (op. cit., p. 285) que le titulaire qui reprend une activité sans l'autorisation préalable du médecin-conseil mais dont la capacité de travail est diminuée de 50 % au moins, devra rembourser les indemnités allouées les jours où il a travaillé. Il poursuit "*Son état d'incapacité de travail n'est pas remis en cause* et les journées de travail non autorisé sont assimilées à des périodes d'assujettissement à la sécurité sociale" (souligné par le Tribunal).

Concernant la première condition, J.-C. Germain (op. cit., p. 713 souligné et mis en évidence par le Tribunal) précise, au sujet de l'ancien article 56*bis* de la loi du 9 août 1963 (dont le texte est identique à celui de l'art. 101 de la loi coordonnée le 14.07.1994 - l'art. 56 correspondant à l'art. 100 de la même loi) :

"L'imprécision du texte légal conduit à s'interroger sur les différentes périodes au cours desquelles l'incapacité doit être reconnue.

À l'évidence, il est requis que l'incapacité soit reconnue, sur base de l'article 56, § 1^{er}, pendant la période précédant directement la reprise du travail. En l'absence de toute indication sur la durée de cette période, il serait concevable qu'elle fût réduite à une seule journée.

Il est ensuite nécessaire que l'assuré ait été reconnu comme incapable de travailler, au regard du même article, pendant la période d'exercice de son travail. Toutefois, dès le moment où celui-ci est officiellement découvert et constaté, la reconnaissance de l'incapacité sur pied de l'article 56, § 1^{er}, est mise à néant, puisqu'il n'y a pas eu cessation de toute activité. C'est alors qu'intervient l'article 56bis pour assurer le maintien d'une incapacité de travail au long de cette période. Il énonce en effet, de manière disgracieuse, mais claire, que le travailleur est "réputé être resté frappé d'une incapacité de travail".

Plus délicate est, prima facie, la question de savoir s'il est indispensable que l'assuré soit également reconnu en incapacité, derechef en vertu de l'article 56, § 1^{er}, au départ de la période qui suit immédiatement la cessation de son travail. La lecture des documents parlementaires inspire le sentiment que les auteurs de l'article 56bis ont eu cette situation principalement en vue, sans apporter la certitude qu'ils l'aient envisagée, à l'exclusion de toute autre. En effet, pourquoi cette disposition légale ne s'appliquerait-elle pas aussi à celui qui a mis fin au travail concerné au moment même où il a cessé d'être en incapacité reconnue, soit parce qu'il a repris sa profession antérieure, soit parce qu'il a abordé un métier normal, soit même parce que son aptitude au travail a été constatée sans reprise d'activité ? Dans cette hypothèse, il est d'une part logique qu'il soit tenu de restituer les indemnités d'incapacité qu'il a perçues pendant qu'il effectuait le travail visé par l'article 56bis.

Mais, d'autre part, il est tout autant conforme aux objectifs de ce dernier que l'intéressé bénéficie, pour la même période, du maintien de l'incapacité de travail en vue de la garantie de ses droits à la sécurité sociale. À notre avis, il est donc opportun de mettre l'article 56bis en oeuvre, que l'incapacité de travail soit reconnue ou ne soit pas reconnue après l'arrêt de l'activité exercée dans les conditions fixées par cet article.

Une telle solution n'est pas contraire à la lettre de celui-ci, de toute façon ambiguë, surtout, elle est parfaitement respectueuse de son esprit".

Le Tribunal partage cette dernière interprétation du texte légal : pour autant qu'il ait été, préalablement reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, (avant d'effectuer un travail sans autorisation préalable), le travailleur dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical au sens de l'article 100, § 2, retrouve automatiquement son droit aux indemnités après la fin du travail (dans le même sens, Trib. Trav. Nivelles, 28.06.2011, R.G. 10/896/A, confirmé par C. trav. Bruxelles, 05.04.2012, R.G. 2011/AB/690, consultable sur www.terralaboris.be, cité par B. Graulich, L'indu : révision d'une décision, prescription, modalités de la récupération et renonciation à celle-ci, in F. Etienne et M. Dumont (dir.), Regards croisés sur la sécurité sociale, Anthémis 2012, p. 46, n° 89).

Ceci sous réserve qu'aucune décision négative n'ait été prise par l'organisme assureur ou l'INAMI concernant la troisième condition de l'article 100, § 1^{er}.

Il convient également de rappeler que l'application de l'article 101 précité n'impose pas de vérifier au préalable si le travail a été ou non exercé frauduleusement (C. trav. Bruxelles, 05.04.2012, R.G. 2011/AB/690, consultable sur www.terralaboris.be, le commentaire faisant référence à tort à une réduction de capacité de gain "de 65 % au moins").

L'intention frauduleuse exclut par contre le pouvoir de renoncer à la récupération de l'indu (art. 101, § 2, al. 3).

A.2. En l'espèce

17.

L'expert conclut qu'à partir du 21 avril 2006 et durant les périodes de reprise d'une activité telle que visée au jugement interlocutoire du 17 octobre 2013, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, complétée par l'article 101 de la loi.

L'O.A. accepte cette conclusion.

Il en découle que Monsieur B. est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues (uniquement) pour les jours (ou la période, si les jours ne peuvent être déterminés avec précision) durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

Par ailleurs, Monsieur B. est réputé être resté frappé d'une incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation de ses droits aux prestations de la sécurité sociale (et éventuellement des personnes dont il aurait la charge).

18.

L'expert conclut également qu'à la date du 21 avril 2006 (et jusqu'au 01.09.2013), Monsieur B. ne répondait pas aux critères fixés par l'article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Monsieur B. ne peut marquer son accord sur les conclusions de l'expert sur ce point.

Il reprend les observations formulées par lettre du 23 février 2014 (dont le tribunal ne dispose pas mais qui sont largement reprises dans ses conclusions après seconde expertise) en réaction aux préliminaires de l'expert.

Il critique ensuite les réponses données par l'expert à ses observations :

- l'expert judiciaire a estimé à tort qu'il n'y a pas d'objectivation de la gravité des affections dont il est atteint
- la pathologie lombaire et l'irritation des sacro-iliaques ne paraissent pas modérées
- le fait qu'une spondylarthrite ankylosante (synonyme d'inflammations chroniques) ait été diagnostiquée ultérieurement ne signifie pas qu'elle n'existait pas auparavant; c'est le résultat de toute une évolution clinique tendant à diagnostiquer des troubles intenses et chroniques dont il souffre
- il présente aussi certains troubles dépressifs, des phénomènes discopathiques cervicaux et lombaires, une cirrhose hépatique débutante dans un contexte d'hépatite C
- il convient d'accorder une certaine confiance aux constats médicaux établis par ses médecins-traitants, par les spécialistes ayant fait des constats ainsi que par le médecin-conseil de l'O.A. réalisés de 2001 à 2008 et encore en 2011 ayant abouti à chaque fois à la reconnaissance d'une incapacité de travail de plus de 66 %
- l'expert se fonde notamment sur l'examen clinique réalisé en 2014 pour reconnaître une incapacité de travail de plus de 66 % à partir du 1^{er} septembre 2013

- monsieur B. ne peut être tenu responsable de la durée de la procédure ni du refus systématique de la mutualité de l'examiner dans l'attente de l'issue du procès en cours
- il reprend les constatations déjà effectuées par le premier expert, le docteur R. qui concluait à l'interdiction des travaux lourds et en position penchée, en raison de son état de santé.

Il estime qu'une incapacité de travail à plus de 66 % peut être reconnue durant toute la période litigieuse avec un haut degré de vraisemblance : du 21 avril 2006 au 31 décembre 2008 (vu la reconnaissance du taux de 50 %) et à partir du 1^{er} janvier 2009 (période de cessation du paiement des indemnités d'incapacité de travail), pour son type de profession, soit des travaux manuels lourds.

Il demande au Tribunal, à titre principal, d'écarter partiellement le rapport d'expertise du docteur P. R. et de condamner l'O.A. à lui payer les indemnités d'incapacité de travail depuis le 21 avril 2006, majorées des intérêts légaux et judiciaires, sous déduction des montants qui ont déjà été versés pour cette période.

L'O.A. se pose quant à elle la question de la cohérence des conclusions de l'expertise: pour pouvoir répondre à l'article 100, § 2 (et donc pour arriver à l'application de l'art. 100, § 1^{er} - lire : 101), il faut avant tout que l'intéressé réponde aux critères de l'article 100, § 1^{er}.

Or, l'expert mentionne que l'intéressé ne répondait pas (lire : aux critères de) à l'article 100, § 1^{er} à la date litigieuse.

La mutuelle "n'a aucune objection contre le fait que le Tribunal estimerait que l'expert s'est manifestement mal exprimé ou bien s'il y a lieu de l'interpeller quant à la portée exacte des termes de son rapport" (sic). Elle n'indique pas dans quel sens l'expert aurait dû "correctement s'exprimer".

19.

Le Tribunal estime que la perplexité de l'O.A. repose sur une prémisse erronée.

D'une part, il n'est pas contestable ni du reste contesté qu'avant la première reprise de l'activité (travail intérimaire comme chauffeur) du 21 avril 2006 (qui n'est pas visée par la décision de l'INAMI en raison de la prescription), Monsieur B. était bien incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

D'autre part, comme développé au point 16.1 du présent jugement, l'article 100, § 2 ne présume pas une incapacité de travail de l'article 100, § 1^{er}, mais formule une autre hypothèse de l'incapacité.

L'incapacité de travail de l'article 100, § 2, ne nécessite plus, lorsqu'elle est constatée selon une réduction de capacité de 50 % au moins sur le plan médical, qu'il y ait encore dans le chef de l'assuré réduction de capacité à un tiers au moins selon l'article 100, § 1^{er}.

Toutefois, en l'espèce, ni l'INAMI ni l'O.A. n'ont jamais formellement décidé que les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. n'entraînaient plus à la date du 21 avril 2006 une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition, et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Ces organismes ne produisent du reste aucune lettre recommandée par laquelle ils auraient mis fin formellement à l'invalidité de Monsieur B., pour ce motif, à partir du 21 avril 2006 (début de la reprise de l'activité intérimaire, non visée dans la décision de l'INAMI du 23.06.2009 de notification d'une sanction administrative).

Les décisions de l'O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009 et 13 avril 2011 ont pour seul objet la récupération d'un indu et non l'absence de réduction de la capacité de gain à un taux inférieur ou égal au tiers.

La fin d'incapacité de travail résulte (implicitement mais exclusivement) de l'absence de cessation de toute activité au sens de l'article 100; § 1^{er} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La décision est donc fondée sur *la première condition* prévue par cette disposition et non la troisième condition médico-légale.

Certes, dans le jugement interlocutoire du 17 octobre 2013, le Tribunal relevait que par une décision subséquente également visée dans la précédente procédure, la mutualité a considéré que Monsieur B. ne répondait plus à la notion d'incapacité au sens de l'article 100 (§ 1^{er}) de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 8 février 2011 (n° 13, 8^e feuillet *in fine*).

Le Tribunal se demandait toutefois, si cette décision avait été prise suite à un examen médical, comme mentionné dans la décision contestée notifiée le 7 février 2011.

Selon le rapport médical produit par l'O.A. (dans la cause R.G. 6032/11), son médecin-conseil, le docteur K. a motivé sa décision par le fait qu'au moment de la déclaration d'incapacité de travail, Monsieur B. ne rentrait pas dans les critères pour avoir droit aux indemnités de la mutualité et qu'il est exclu des indemnités par une sanction de l'INAMI suite au constat d'une reprise d'une activité professionnelle à partir du 6 novembre 2006, avec pour conséquence qu'il n'a plus droit aux indemnités suite à l'application de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (sic).

Ce médecin justifie ensuite son avis par référence à la contestation judiciaire par Monsieur B. de la décision de l'INAMI du 20 novembre 2008.

La décision de l'O.A. du 7 février 2011 n'a donc pas été prise suite à un examen *médical* de son médecin-conseil.

Elle est de plus motivée différemment, par référence à la *deuxième* des trois conditions de l'article 100, § 1^{er}, étant que la cessation des activités de Monsieur B. (qui n'a jamais repris le travail après le 30.09.2008) n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels et le fait que "la décision du Tribunal du travail doit être attendue" (alors que le premier jugement de désignation d'un expert est intervenu le 22.12.2011). En effet, la sanction d'exclusion de l'INAMI est limitée à 35 indemnités. Elle ne peut donc justifier à elle seule l'avis du médecin-conseil.

Il n'était en fait pas nécessaire d'interroger l'expert sur la reconnaissance d'une incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er} précité à la date du 21 avril 2006, les incapacités de l'article 100, § 1^{er} et § 2 visant deux hypothèses différentes et aucune décision n'ayant été prises par l'INAMI ou l'O.A. sur la réduction de la capacité de gain à un taux inférieur ou égal au tiers selon la deuxième condition requise par l'article 100, § 1^{er}.

20.

Le Tribunal a néanmoins confié au premier expert la mission de dire, si à la date du 21 avril 2006 et postérieurement, Monsieur B. répondait aux critères fixés par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et "subsidièrement" aux critères de l'article 101.

À l'instar du Ministère public et contrairement à l'avis de l'expert, le Tribunal a également acquis la conviction qu'à la date du 21 avril 2006 et depuis lors, les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. entraînaient toujours une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Le Tribunal rappelle qu'après examen, en séance du 3 octobre 2008, du rapport médical de réexamen, le Conseil médical de l'invalidité du service des indemnités de l'INAMI a prolongé la reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé *jusqu'au 31 juillet 2009* (cf. le dossier administratif non inventorié ni paginé de l'O.A. déposé dans le cadre de la cause R.G. 09/7546/A).

Il est regrettable que ni l'INAMI ni l'O.A. ne produise l'intégralité du dossier médical de Monsieur B., en ce compris les autorisations reçues du médecin-conseil ainsi que les rechutes et les reprises en charges.

Le Tribunal n'aperçoit pas pour quel motif l'expert ne l'admet pas ni pourquoi cette reconnaissance de l'état d'invalidité de l'intéressé se serait éventuellement modifiée alors qu'elle était bien reconnue au moins jusqu'au 31 juillet 2009 (ce dont l'expert n'était manifestement pas informé).

Monsieur B. n'a pas terminé ses études secondaires.

Il est en incapacité de travail depuis le 6 août 2001.

Il n'a pas achevé, en 2003, une formation en informatique de base, vu les douleurs physiques ressenties par l'intéressé lors de cette formation.

Il n'a pas non plus mené à son terme la rééducation professionnelle proposée d'installateur sanitaire-chauffage pour laquelle le Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI avait marqué son accord, le 22 novembre 2006, après un examen d'orientation professionnelle du CTR du 25 mars 2005 (pièce n° 3 *incomplète* de son dossier).

Depuis le 22 février 2007, il est reconnu comme personne handicapée (certes sans précision d'un taux de 66 %) et peut bénéficier des aides proposées par le Service bruxellois francophone des personnes handicapées dépendant de la Commission communautaire française (actuellement PHARE).

Il a toujours exercé un métier manuel depuis 1976 (manoeuvre dans une entreprise de bâtiment, travail de magasinier et élagages d'arbres).

Depuis 1986, il a toujours travaillé dans le secteur du transport comme chauffeur (chauffeur d'autocar, chauffeur livreur, transport de palettes) tant dans le transport national qu'international.

Le Tribunal a précisé, sans être contredit par l'O.A., que Monsieur B. ne peut certainement pas prétendre à exercer une profession "intellectuelle" dans le sens où on entend par là qu'il puisse mettre en oeuvre un savoir particulier et faire valoir une expérience en ce domaine en sorte qu'il n'est pas réaliste de vérifier son adéquation au travail ailleurs que dans la sphère du métier qu'il a toujours exercé (pt 17, 10^e et 11^e feuillets du jugement interlocutoire du 17.10.2013).

L'une des critiques du rapport du premier expert portait précisément sur le fait que celui-ci estimait que Monsieur B. est capable d'effectuer un travail d'un certain niveau intellectuel ainsi que certains travaux manuels, tels que celui de magasinier, de chauffeur (pas nécessairement de camions mais certainement d'autobus) et bien d'autres travaux manuels plutôt légers n'entraînant pas la nécessité de faire un travail penché en avant mais certainement un travail debout.

Le docteur R. ne précise plus de profession manuelle concrètement accessible à Monsieur B. dans le groupe de professions qui est le sien.

Selon la Cour de cassation, *“L’arrêt ne justifie pas légalement sa décision suivant laquelle le défendeur est atteint d’une incapacité de travail, par la seule considération qu’il ne peut plus exercer un travail lourd dans une profession non spécialisée, sans examiner, comme le sollicitait le demandeur, si le taux d’incapacité légalement requis existe aussi par rapport aux professions son spécialisées n’exigeant pas un travail lourd”* (Cass., 26.02.1990, Pas., 1990, p. 755).

Monsieur B. exerçait toutefois une profession spécialisée en sorte que cette jurisprudence n’est pas pertinente en l’espèce.

L’articulation de l’avis de l’expert concernant les 50 % d’incapacité de travail d’un point de vue médical, présents depuis le 21 avril 2006 et l’absence des 66 % au moins du 21 avril 2006 au 31 août 2013 est difficilement compréhensible, même en tenant compte de l’évolution constatée par l’expert au point de vue des rachialgies et surtout de l’affection hépatique.

21.

Le Tribunal en conclut qu’à la date du 21 avril 2006 et depuis lors, les lésions ou troubles fonctionnels dont souffre Monsieur B. entraînaient toujours une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu’une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l’activité professionnelle exercée par l’intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu’il a ou qu’il aurait pu exercer dû fait de sa formation professionnelle.

22.

Les décisions de l’O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009, 7 février 2011 et 14 avril 2011 doivent par conséquent être annulées.

La demande de l’O.A. de remboursement des sommes de 28.415,23 EUR (période du 16.11.2006 au 31.12.2008) et de 7.307,94 EUR (période du 21.04.2006 au 15.11.2006) est dès lors très partiellement fondée.

L’O.A. ne peut en effet récupérer les indemnités payées à Monsieur B. que pour *les jours* (et non les périodes) durant lesquels il est établi que l’intéressé a travaillé puisque ces jours peuvent être déterminés avec précision par les différents employeurs intérimaires (même si ces jours n’apparaîtraient pas par la seule lecture des bons trimestriels de cotisation de sécurité sociale transmis par la Banque-carrefour de la sécurité sociale).

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 (art. 174, 5^o de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Ce délai de prescription 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 (art. 174, (devenu) al. 11 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Pour interrompre une prescription prévue à l’article 174 précité, une lettre recommandée à la poste suffit. L’interruption peut être renouvelée (art. 174, (devenu) al. 12 de la loi coordonnée le 14.07.1994).

Le Tribunal constate que l'O.A. fait application du délai de prescription de cinq ans, comme demandé par l'INAMI, pour la récupération de la somme de 7.307,94 EUR (période du 21.04.2006 au 15.11.2006, la prescription ayant été interrompue par lettre recommandée du 14.04.2011).

En effet, selon l'INAMI, l'activité non autorisée a été exercée de manière répétée durant une longue période, ce qui justifierait de retenir l'intention frauduleuse.

Monsieur B. conteste être de mauvaise foi et estime que le délai de prescription de deux ans doit être retenu.

Il n'apparaît pas clairement de ses lettres recommandées des 5 février 2009 et 27 mars 2009 de quel délai de prescription (deux ou cinq ans) l'O.A. a fait application pour la récupération des indemnités d'incapacité de travail à partir du 16 novembre 2006, la prescription ayant été interrompue par lettre recommandée datée du 5 février 2009, soit plus de deux ans après la fin du mois de novembre 2006.

Le Tribunal invite dès lors les parties à développer leurs arguments concernant le délai de prescription applicable, et son interruption par l'O.A., à l'action en récupération des indemnités payées à Monsieur B. pour les jours durant lesquels il est établi que l'intéressé a travaillé.

...

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande de Monsieur B. contre l'O.A. et la demande de l'O.A. contre Monsieur B. partiellement fondées.

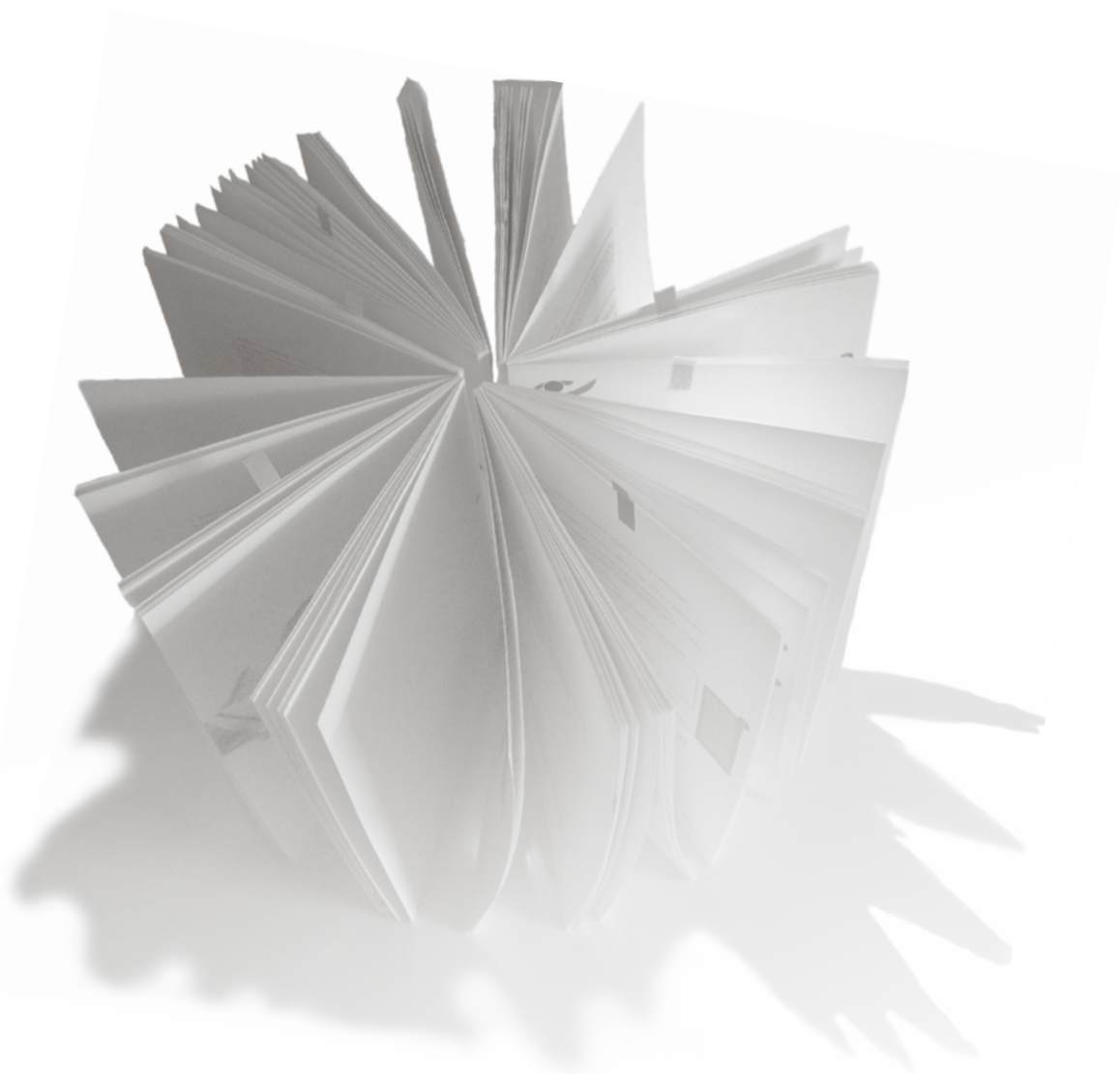
Écarte partiellement les conclusions du rapport d'expertise du docteur P. R.

Dit pour droit qu'à partir du 21 avril 2006 et depuis lors, Monsieur B. répondait toujours aux critères fixés tant par l'article 100, § 1^{er} que 100, § 2 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En conséquence, annule les décisions de l'O.A. des 5 février 2009, 27 mars 2009, 7 février 2011 et 14 avril 2011.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Hulp bij tabakontwenning

Consultaties bij een tabakoloog – Terugbetalingen –
Beheer tot eind 2015 bij het RIZIV – Cijfers aanvragen voor
terugbetalingen – Aantal erkende tabakologen

Vraag nr. 6, gesteld op 23 oktober 2014 aan mevrouw de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw LAHAYE-BATTHEU,
volksvertegenwoordigster¹

Sinds 1 oktober 2009 worden mensen die roken financieel geholpen om te proberen te stoppen met hun verslaving. Sindsdien is het immers zo dat consultaties bij een tabakoloog terugbetaalbaar zijn. Een tabakoloog is een huisarts of een professionele gezondheidswerker (kinesist, verpleegkundige, vroedvrouw) die een bijkomende interuniversitaire opleiding heeft gevolgd, meer bepaald de opleiding “Tabakologie en Rookstopbegeleiding”.

De eerste acht consultaties bij een dergelijke tabakoloog zijn terugbetaalbaar wanneer deze plaatsvinden gedurende een periode korter dan twee jaar. Voor de eerste consultatie krijgt de patiënt 30 EUR terugbetaald, voor de tweede tot en met de achtste consultatie wordt 20 EUR terugbetaald. Voor zwangere vrouwen geldt de regeling dat zij voor alle acht consultaties 30 EUR terugbetaald krijgen.

1. a) Hoe vaak wordt er op jaarbasis een beroep gedaan op een tabakoloog?
b) Hoeveel procent van de deelnemers, die een eerste sessie volgen, volgen effectief acht sessies (of meer)?
2. Hoeveel aanvragen tot terugbetaling waren er hiervoor jaarlijks sinds 2010 en hoeveel bedroeg de kostprijs per jaar?
3. Hoeveel erkende tabakologen zijn er in België?
4. a) Hoeveel rokers zijn er sinds 2010, jaarlijks, succesvol gestopt?
b) Worden er enquêtes gehouden om hierop zicht te krijgen?

Antwoord

Als inleiding van het antwoord op uw vragen wil ik herinneren aan de huidige context van de zesde staatshervorming.

Het Koninklijk besluit van 31 augustus 2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de hulp bij tabaksontwenning trad in werking vanaf 1 oktober 2009.

1. Bulletin nr. 019, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 202.

Ten gevolge van de 6^e staatshervorming is deze bevoegdheid vanaf 1 juli 2014 overgedragen aan de deelstaten (Gemeenschappen, Gewesten of Gemeenschapscommissies). De bestaande regelgeving blijft van kracht tot een deelstaat over wijzigingen of nieuwe regels beslist.

Tijdens de overgangperiode tot eind 2015 beheert het RIZIV nog de dossiers over deze overgedragen bevoegdheid, maar het handelt in naam van en voor rekening van de deelstaten.

1. a) In 2010 werden 25.678 tegemoetkomingen geregistreerd,
 - in 2011 waren er 35.316,
 - in 2012 waren er 36.214 en
 - in 2013 waren er 38.335 gevallen.
- b) Om op deze vraag te antwoorden, moet men in staat zijn de zorg van individuele patiënten longitudinaal in de tijd te volgen.

De permanente steekproef waarover het RIZIV beschikt zou dit in theorie moeten toelaten, maar de representativiteit (1/40^e van de bevolking) is te laag om op dit soort vragen te antwoorden, gezien de zeer beperkte omvang van de totale patiëntengroep die terugbetaling van rookstopbegeleiding krijgt.

Hoewel er dus geen exacte cijfers hierover beschikbaar zijn, stelt vzw VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) dat bij een rookstopoging gewoonlijk een eerste zitting gevolgd wordt door twee opvolgssessies. Het effectief volgen van 8 sessies blijkt in de praktijk uitzonderlijk te zijn.

2. In 2010 werden 25.678 aanvragen vergoed voor een totaalbedrag van 610.628 EUR.

In 2011 werden 35.316 aanvragen vergoed voor een totaalbedrag van 837.252 EUR.

In 2012 werden 36.214 aanvragen vergoed voor een totaalbedrag van 858.857 EUR.

In 2013 werden 38.335 aanvragen vergoed voor een totaalbedrag van 910.852 EUR.

3. Het aantal erkende tabacologen neemt jaarlijks toe en de lijst van erkende tabacologen wordt door vzw VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) en vzw FARES (Fonds des affections respiratoires) regelmatig meegedeeld aan het RIZIV en is ook continu beschikbaar gesteld op hun websites.

De meest recente VRGT-lijst bij het RIZIV omvat 209 Nederlandstalige erkende tabacologen, de meest recente FARES-lijst bij het RIZIV omvat 224 Franstalige erkende tabacologen.

4. a) Er zijn geen specifieke cijfers voor succesvolle rookstop dankzij deze terugbetaling van rookstopsessies beschikbaar bij het RIZIV.
- b) Een recente enquête van Stichting tegen Kanker, op basis van interviews (in de periode 26.03.2014 tot 28.04.2014) bij 4.007 Belgen van 15 tot 75 jaar, blijkt in deze steekproef 23 % ex-rokers te zijn.

De steekproef telde echter ook 26 % rokers, waaruit blijkt dat het belangrijk blijft rookstop te ondersteunen.

II. Arbeidsongeschiktheid

Laattijdige aangifte – Cijfers

Vraag nr. 35, gesteld op 5 november 2014 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer SPOOREN, volksvertegenwoordiger¹

In geval van arbeidsongeschiktheid moet de sociaal verzekerde binnen een wettelijk voorziene termijn aangifte doen bij zijn/haar ziekenfonds. Deze termijn is wettelijk bepaald en de duur ervan is verschillend naargelang het statuut van de aanvrager (arbeider, bediende, werkloze, zelfstandige). Bij een laattijdige aangifte verliest de verzekerde van het begin van de arbeidsongeschiktheid tot en met de dag van aangifte 10 % van zijn/haar uitkering.

Kan u een overzicht geven voor de periode van 2011 tot en met het derde kwartaal van 2014 (per jaar) van het aantal gevallen van laattijdige aangifte van arbeidsongeschiktheid alsook van het bedrag dat niet uitbetaald werd bij toepassing van de sanctie voor laattijdige aangifte?

Gelieve hierbij een uitsplitsing te maken:

- a) per verzekeringsinstelling en per statuut van de verzekerde
- b) per Gewest en per statuut van verzekerde

Antwoord

In de bijlage vindt u de cijfergegevens inzake de laattijdige aangifte van arbeidsongeschiktheid. Deze cijfergegevens werden mij ter beschikking gesteld door de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Vermits de sociaal verzekerden aangifte moeten doen van hun arbeidsongeschiktheid bij de adviseerend geneesheer van hun ziekenfonds en niet bij het RIZIV, beschikt het RIZIV zelf niet over cijfergegevens met betrekking tot het aantal verzekerden dat een laattijdige aangifte deed van arbeidsongeschiktheid die aanleiding gaf tot een vermindering van de uitkeringen met 10 %.

Het RIZIV kan enkel cijfers geven van het aantal laattijdige aangiftes van arbeidsongeschiktheid waarvoor een aanvraag tot opheffing van de sanctie werd ingediend bij de Leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen (in toepassing van art. 9 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997 en art. 58^{ter} van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten).

Gelieve in de bijlage de beschikbare cijfergegevens te vinden voor de gevraagde periode van 2011 tot en met het derde kwartaal van 2014, met name het aantal bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV ingediende aanvragen tot opheffing van de sanctie wegens laattijdige aangifte evenals het bedrag dat al dan niet werd uitbetaald, uitgesplitst per Landsbond en per statuut van de verzekerde (B = Betaald wegens opheffing van sanctie, NB = Niet Betaald wegens weigering opheffing van sanctie).

Een opsplitsing per Gewest is evenwel niet mogelijk. Het RIZIV treedt namelijk niet in rechtstreeks contact met de sociaal verzekerden maar wel met de verzekeringsinstellingen.

1. Bulletin nr. 019, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 229.

Jaren	Landsbond	Statuut	Beslissing	Aantal	Bedrag
2011	100	Arbeider	B	92	9.341,98
			NB	66	5.552,80
		Bediende	B	60	8.919,96
			NB	50	6.999,14
		Leerkracht	B	0	0
			NB	4	453,88
		Uitzendkracht	B	6	720,54
			NB	3	213,94
		Werkloze	B	165	14.782,36
			NB	26	3.271,53
		Zelfstandige	B	22	6.862,08
			NB	9	3.187,22
	200				
	300	Arbeider	B	31	3.159,68
			NB	40	4.096,71
		Bediende	B	29	3.257,56
			NB	32	3.990
		Leerkracht	B	1	507,79
			NB	1	41,48
		Openbare sector	B	1	60,84
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	0	0
			NB	1	46,1
		Werkloze	B	55	4.032,31
			NB	14	866,48
		Zelfstandige	B	4	285,83
			NB	2	103,75
	400	Arbeider	B	2	113,66
			NB	0	0
		Bediende	B	1	56,61
			NB	0	0
		Werkloze	B	3	288,02
			NB	2	41,52
		Zelfstandige	B	1	99,77
			NB	0	0
	500	Arbeider	B	36	3.359,01
			NB	21	1.997,11
		Bediende	B	35	5.377,43
			NB	19	1.766,28
		Dagloner	B	0	0
			NB	1	134,86
		Leerkracht	B	0	0
			NB	1	118,8
		Uitzendkracht	B	1	27,5
			NB	1	101,85
		Werkloze	B	62	4.321,70
			NB	15	1.313,38
		Zelfstandige	B	13	6.396,78
			NB	5	2.069,57
	600	Arbeider	B	3	241,88
			NB	0	0
		Bediende	B	2	242,57
			NB	0	0
		Werkloze	B	1	27,65
			NB	0	0
Totaal				939	

Jaren	Landsbond	Statuut	Beslissing	Aantal	Bedrag
2012	100	Arbeider	B	84	6.736,06
			NB	34	3.414,71
		Bediende	B	69	7.905,79
			NB	41	5.081,81
		Openbare sector	B	1	29,76
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	4	444,2
			NB	2	82,68
		Werkloze	B	169	14.375,76
			NB	20	1.217,56
		Zelfstandige	B	21	9.685,64
			NB	6	857,91
	200	Bediende	B	0	0
			NB	1	311,04
		Werkloze	B	1	221,7
			NB	0	0
	300	Arbeider	B	48	5.057,62
			NB	34	2.626,08
		Bediende	B	26	4.198,59
			NB	17	2.551,20
		Leerkracht	B	2	703,33
			NB	0	0
		Werkloze	B	99	8.304,81
			NB	20	1.372,98
	400	Bediende	B	1	75,9
			NB	4	433,55
	500	Arbeider	B	63	4.956,47
			NB	32	2.370,84
		Bediende	B	59	10.207,94
			NB	23	3.317,39
		Leerkracht	B	3	193,2
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	3	386,5
			NB	0	0
		Werkloze	B	76	7.088,29
			NB	16	4.637,75
		Zelfstandige	B	22	11.046,33
			NB	4	557,27
	600	Arbeider	B	1	71,4
			NB	0	0
		Bediende	B	3	189,03
			NB	0	0
		Leerkracht	B	0	0
			NB	1	55,98
		Uitzendkracht	B	1	328,54
			NB	0	0
		Werkloze	B	1	69,87
			NB	0	0
		Zelfstandige	B	1	464,64
			NB	0	0
Totaal				1.013	

Jaren	Landsbond	Statuut	Beslissing	Aantal	Bedrag
2013	100	Arbeider	B	57	4.945,49
			NB	23	1.850,93
		Bediende	B	48	7.336,64
			NB	22	4.345,66
		Leerkracht	B	0	0
			NB	1	102,72
		Uitzendkracht	B	0	0
			NB	3	274,54
		Werkloze	B	113	8.686,99
			NB	13	1.351,45
		Zelfstandige	B	13	4.874,72
			NB	0	0
	200	Arbeider	B	1	258,4
			NB	1	128,31
		Bediende	B	1	439,73
			NB	0	0
		Werkloze	B	1	57,07
			NB	0	0
	300	Arbeider	B	52	5.664,19
			NB	30	2.573,17
		Bediende	B	37	4.366,68
			NB	19	2.359,76
		Leerkracht	B	1	409,68
			NB	4	886,91
		Uitzendkracht	B	2	212,54
			NB	0	0
		Werkloze	B	84	6.500,25
			NB	20	3.525,85
		Zelfstandige	B	1	360,5
			NB	0	0
	400	Arbeider	B	2	104,2
			NB	1	64,02
		Bediende	B	2	288,41
			NB	3	409,42
		Werkloze	B	0	0
			NB	2	181,97
		Zelfstandige	B	0	0
			NB	1	348,62
	500	Arbeider	B	58	6.490,56
			NB	16	1.470,63
		Bediende	B	53	6.572,72
			NB	11	1.846,97
		Leerkracht	B	1	78,28
			NB	0	0
		Openbare sector	B	1	34,68
			NB	0	0
		Werkloze	B	90	6.907,16
			NB	6	275,81
		Zelfstandige	B	20	4.829,59
			NB	4	1.114
	600	Arbeider	B	1	30,2
			NB	1	109,2
		Bediende	B	1	98,6
			NB	0	0
		Werkloze	B	2	430,2
			NB	0	0
Totaal				823	

Jaren	Landsbond	Statuut	Beslissing	Aantal	Bedrag
2014	100	Arbeider	B	77	6.117,79
			NB	17	1.895,08
		Bediende	B	64	7.827,08
			NB	14	1.562,39
		Leerkracht	B	1	235,6
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	1	108,37
			NB	0	0
		Werkloze	B	136	11.009,71
			NB	8	1.136,38
		Zelfstandige	B	9	1.714,46
			NB	6	1.743,01
	200	Arbeider	B	1	50,89
			NB	0	0
		Bediende	B	2	349,74
			NB	0	0
		Werkloze	B	2	244,24
			NB	0	0
	300	Arbeider	B	44	4.730,78
			NB	33	2.762,61
		Bediende	B	28	4.325,45
			NB	28	2.840,77
		Dagloner	B	0	0
			NB	1	82,83
		Leerkracht	B	1	187,5
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	1	194,12
			NB	0	0
		Werkloze	B	54	3.826,31
			NB	17	819,63
		Zelfstandige	B	1	262,79
			NB	0	0
	400	Arbeider	B	5	460,04
			NB	13	1.541,58
		Bediende	B	3	334,02
			NB	10	753,14
		Leerkracht	B	0	0
			NB	1	27,7
		Uitzendkracht	B	0	0
			NB	1	42,08
		Werkloze	B	3	386,98
			NB	2	128,84
		Zelfstandige	B	0	0
			NB	3	223,49
	500	Arbeider	B	46	5.644,97
			NB	12	1.315,87
		Bediende	B	52	7.150,87
			NB	4	275,58
		Leerkracht	B	0	0
			NB	1	244,59
		Openbare sector	B	1	59,04
			NB	0	0
		Uitzendkracht	B	0	0
			NB	1	76,13
		Werkloze	B	74	5.511,66
			NB	6	422,37
		Zelfstandige	B	11	5.772,78
			NB	3	2.192,19
	600	Arbeider	B	0	0
			NB	1	48,95
		Bediende	B	1	102,57
			NB	0	0
		Werkloze	B	2	127,57
			NB	0	0
Totaal				802	

B = Betaald wegens opheffing van sanctie

NB = Niet-betaald wegens weigering opheffing van sanctie

Verzekeringsinstellingen:

100 = Landsbond der christelijke mutualiteiten

200 = Landsbond van de neutrale ziekenfondsen

300 = Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten

400 = Landsbond van liberale mutualiteiten

500 = Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen

600 = Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

III. Arbeidsongeschiktheid in het buitenland

Recht op uitkeringen - Tijdelijk verblijf in het buitenland door de adviserend geneesheer toegelaten - Opheffing van nationale territorialiteitsvoorwaarden - Werkhervatting - Medische controle - Toestemming van de Belgische verzekeringsinstelling

Vraag nr. 134, gesteld op 23 februari 2015 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer SPOOREN, volksvertegenwoordiger¹

Mensen die in België een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, blijven daar recht op hebben in geval van tijdelijk verblijf of overbrenging van de woonplaats naar het buitenland. Zij hebben daar niet de toestemming van de bevoegde adviserend geneesheer voor nodig, en moeten enkel hun Belgische ziekenfonds van hun vertrek op de hoogte brengen.

Om te controleren of de arbeidsongeschiktheid nog steeds aanwezig is, en om misbruiken te voorkomen, kan het Belgische ziekenfonds waarbij de arbeidsongeschikte is aangesloten een verzoek tot controle richten aan de bevoegde instelling van de verblijf- of woonplaats in het buitenland.

Die zal dan een medisch verslag opstellen voor de adviserend geneesheer van het Belgische ziekenfonds (via het RIZIV) zodat die kan beslissen of de erkenning van de arbeidsongeschiktheid kan worden verlengd.

Als de uitkeringsgerechtigde een professionele activiteit in het land van bestemming aanvat, moet hij de bevoegde instelling in dat land daarvan op de hoogte brengen, en zullen de Belgische uitkeringen opnieuw worden berekend op basis van het nieuwe inkomen.

Indien de uitkeringsgerechtigde de betrokken instelling of zijn/haar Belgische ziekenfonds niet informeert, zal de niet-aangegeven werkhervatting leiden tot de schorsing van het recht op Belgische invaliditeitsuitkeringen vanaf de dag waarop het werk werd hervat.

1. Graag had ik een overzicht gehad voor de periode van de jongste vijf jaar van hoeveel mensen vanuit de Belgische sociale zekerheid een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen in het buitenland (uitsplitsing per land).
2. Hoeveel verzoeken tot controle hebben de Belgische mutualiteiten tijdens die periode al ingediend (opsplitsing per mutualiteit), in hoeveel van die gevallen werd er een medisch verslag ontvangen dat heeft geleid tot het niet-verlengen van de arbeidsongeschiktheid?
3. Hoeveel arbeidsongeschiktheidsuitkeringen werden er opnieuw berekend omdat de uitkeringsgerechtigde een professionele activiteit in het land van bestemming heeft aangevat, en in hoeveel dossiers werd het recht op een Belgische invaliditeitsuitkering geschrapt omwille van een niet-aangegeven werkhervatting (over de jongste vijf jaar en uitgesplitst per land)?

1. Bulletin nr. 025, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 127.

Antwoord

Vooreerst wil ik u erop wijzen dat de Belgische wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers en zelfstandigen in een territorialiteitsvoorwaarde voorziet, zodat het recht op een uitkering in beginsel afhankelijk is van een daadwerkelijk verblijf op het Belgisch grondgebied (art. 136, § 1, Wet GVU; art. 25 K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten).

Uitzondering op het territorialiteitsprincipe is een door de adviserend geneesheer vooraf toegelaten tijdelijk verblijf in het buitenland, waarbij de gerechtigde zijn hoofdverblijfplaats in België behoudt (art. 294, § 1, 1^o, en § 3, van het K.B. van 03.07.1996).

Van bovenstaande principes wordt afgeweken wanneer België in een concreet geval gebonden is door supranationale of internationale wetgeving inzake de coördinatie van sociale zekerheid die voorziet in een opheffing van nationale territorialiteitsvoorwaarden voor de uitbetaling van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

In die zin vindt de geciteerde Belgische wetgeving geen toepassing wanneer de gerechtigde op Belgische arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tijdelijk verblijft of woonachtig is in een land gebonden door de Europese coördinatieverordeningen 883/2004/EG en 987/2009/EG, zijnde de 28 lidstaten van de Europese Unie, de lidstaten van de Europese Economische Ruimte (Noorwegen, IJsland, Liechtenstein) en Zwitserland (art. 7 van de Verordening 883/2004).

Daarnaast heeft België met verschillende andere landen bilaterale socialezekerheidsverdragen afgesloten die, naast een algemeen principe van export van uitkeringen, ook bijzondere bepalingen bevatten inzake tijdelijk verblijf en overdracht van woonplaats voor gerechtigden op Belgische ziekte- en invaliditeitsuitkeringen.

Tijdens het tijdvak primaire arbeidsongeschiktheid maken deze verdragen het behoud van uitkering bij zowel tijdelijk verblijf als overdracht van woonplaats naar het andere verdragsland afhankelijk van een toestemmingsvoorwaarde van de Belgische verzekeringsinstelling. Voor gerechtigden op een invaliditeitsuitkering blijft de toestemmingsvoorwaarde in de meerderheid van de verdragen beperkt tot de hypothese van het tijdelijk verblijf.

De medische controle van gerechtigden die wonen in een andere EU-lidstaat of verdragsland met het oog op een eventuele verlenging van de arbeidsongeschiktheid gebeurt in principe door de instelling van het woonland op vraag van de Belgische verzekeringsinstelling of het RIZIV. De betrokkene zal in dat geval opgeroepen worden voor een medisch onderzoek door de instelling van het woonland, dat op basis hiervan een medisch rapport opstelt en overmaakt aan de Belgische instelling.

Indien de overgemaakte medische gegevens niet zouden volstaan om een uitspraak te doen over een verdere erkenning van de arbeidsongeschiktheid volgens de Belgische wetgeving, blijft de mogelijkheid bestaan om de betrokkene op te roepen in België voor een bijkomend onderzoek.

De verzekeringsinstellingen ondervragen jaarlijks de Belgische uitkeringsgerechtigden woonachtig in het buitenland op basis van een vragenlijst naar eventuele veranderingen in hun persoonlijke situatie, waaronder een eventuele werkhervatting (die normaal spontaan zou moeten worden gemeld of aangevraagd).

In geval de betrokkene woonachtig is in een EU-lidstaat of een verdragsland zal eveneens in het kader van de wederzijdse administratieve bijstand een administratief controlerapport worden opgevraagd bij de instelling van de woonplaats om de ontvangen vragenlijsten te controleren.

Bij vaststelling van een niet toegelaten werkhervatting, zal het recht op uitkering in beginsel worden opgeschort. De verzekeringsinstelling zal de betrokkene laten oproepen voor een nieuw medisch onderzoek en overgaan tot terugvordering van de uitkeringen voor de dagen/periodes niet toegelaten arbeid.

In verband met de gevraagde cijfers kunnen wij het volgende meedelen:

1. Overzicht van het aantal Belgische uitkeringsgerechtigden die arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangen in het buitenland, uitgesplitst over de laatste vijf jaar en per land.

De bijlage tabellen (Bijlage 1) geven een overzicht van het aantal invaliden die een Belgische invaliditeitsuitkering kregen in het buitenland over de periode 2009-2013, zoals meegedeeld door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV over dezelfde periode.

2. Het aantal verzoeken voor een medisch onderzoek die door de mutualiteiten werden ingediend in het buitenland tijdens de laatste vijf jaar, alsook het aantal rapporten dat heeft geleid tot een niet verlengen van de arbeidsongeschiktheid.

Het RIZIV beschikt niet over deze informatie, zodat hiervoor de verzekeringsinstellingen werden ondervraagd.

Wat betreft het aantal rapporten dat aanleiding gaf tot een niet verlenging kon slechts één responderende verzekeringsinstelling cijfers meedelen:

	Periode	Aanvragen buitenlandse medische Rapporten voor niet residenten	Niet verlenging
V.I. 100	2010-2014	NA	NA
V.I. 300	2010-2014	1.311	241
V.I. 400	2010-2014	167	NA
V.I. 500	2012-2014	644	NA

3. Aantal invaliden in het buitenland met toegelaten en niet-toegelaten activiteit over de laatste vijf jaar.

Volgende tabel geeft het aantal invaliden weer in het buitenland met toestemming voor het uitoefenen van een activiteit, zoals meegedeeld door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV over de periode 2009-2013.

	Toegelaten activiteit				
	2009	2010	2011	2012	2013
Duitsland	7	7	7	7	9
Spanje				1	1
Frankrijk	56	63	89	106	109
Luxemburg		1	3	3	3
Ierland					2
Zweden	1	1	1		
Zwitserland	1	1	1	1	1
Italië			1		
Nederland	28	24	19	21	33
Japan	1				
Singapore	1				
Congo					1
Canada				1	
Onbepaald	10	9	14	14	13
Totaal	105	106	135	154	172

Volgende tabel geeft het aantal niet toegelaten werkhervattingen weer voor invaliden in het buitenland, zoals meegedeeld door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV.

	Niet toegelaten activiteit				
	2009	2010	2011	2012	2013
Duitsland					1
Frankrijk				2	3
Spanje					1
Luxemburg					1
Nederland				1	2
Totaal				3	6

IV. Keizersnedes

Cijfers per Gewest - Risico's en gevolgen - Uiteindelijke kosten voor de sociale zekerheid - Informatie aan de beroepsbeoefenaars en aan de patiëntes

Vraag nr. 206, gesteld op 23 april 2015 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer CHASTEL, volksvertegenwoordiger¹

In België gebeurt een op de vijf bevallingen met een keizersnede. Dat percentage beweegt zich al jaren in stijgende lijn, en de keizersnede is vandaag een routine-ingreep geworden. Met 20,4 procent keizersnedes in 2013 blijft België wel onder het Europese gemiddelde. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt evenwel 15 % voorop als norm. In Wallonië kwam in 2009 19,9 % van de baby's ter wereld via een keizersnede, tegenover 9,7 % in 1987.

Artsen en wetenschappers benadrukken evenwel dat baby's die langs natuurlijke weg geboren worden, sterker zijn en een grotere natuurlijke weerstand hebben (lager risico op astma en allergieën, enz.), en dat een keizersnede niet zonder gevolgen blijft bij latere zwangerschappen. Ten slotte kosten keizersnedes en de bijbehorende langere ziekenhuisopname (vier dagen in plaats van drie bij een gewone bevalling) de sociale zekerheid ook meer geld.

De verklaring voor de toename van het aantal keizersnedes moet kennelijk gezocht worden in de steeds angstvalliger toepassing van het voorzorgsprincipe en de vrees voor een medische fout bij artsen, vroedvrouwen en gynaecologen. Daarnaast zouden sommige gynaecologen om organisatorische redenen of voor het gemak bevallingen inplannen, zodat ze tijdens het weekend of een vakantieperiode niet hoeven op te draven voor een natuurlijke bevalling.

1. Wat is uw standpunt over de voortdurende stijging van het aantal keizersnedes in België?

...

Antwoord

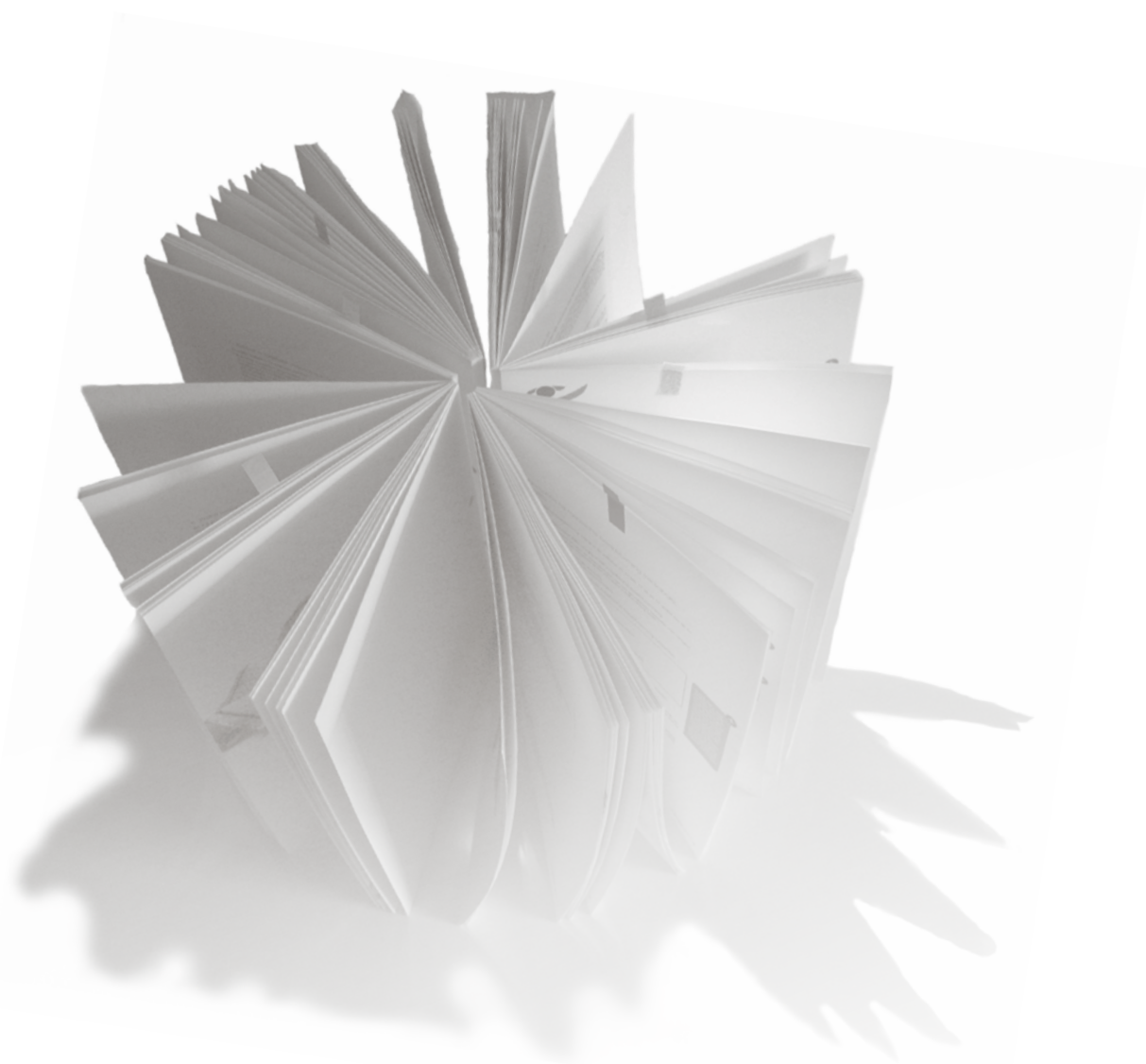
1. Met ongeveer 20 % keizersnedes situeert België zich, zoals u aangeeft, boven de ondergrens van het Europese gemiddelde. Ook al is dat percentage eerder geruststellend wat de bevolking betreft, dient men toch stil te staan bij de vaststelling dat het percentage keizersnedes in de loop der tijd langzaam maar zeker is blijven toenemen. Het is dus belangrijk om te analyseren en te begrijpen welke elementen aan de basis liggen van dit fenomeen. Zoals de Wereldgezondheidsorganisatie aangeeft, gaat een stijging van het percentage keizersnedes boven de 10 à 15 % niet meer gepaard met een daling van het sterftecijfer bij moeder en kind. Het verband tussen het percentage keizersnedes en de morbiditeitscijfers bij moeder en kind, op korte en lange termijn, is echter nog onvoldoende gedocumenteerd. Het optimale percentage keizersnedes (het minimale percentage dat op korte en lange termijn de minste complicaties oplevert voor moeder en kind) is niet gekend. De WGO raadt aan om alleen keizersnedes uit te voeren op medische indicatie. Bepaalde medische indicaties zijn absoluut maar andere zijn relatief en vereisen een inschatting van het risico dat men loopt (studie van de case-mix). Op dit ogenblik is men, onder meer op internationaal niveau, het nog niet eens over een classificatie waarmee men de patiëntes zou kunnen stratificeren op basis van het risico in geval van een keizersnede, wat de interpretatie van de gegevens bemoeilijkt.

1. Bulletin nr. 028, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 164.

De kosten voor de samenleving bij een bevalling via een keizersnede zijn hoger dan bij een natuurlijke bevalling, vooral door een langer ziekenhuisverblijf. Keizersnedes die gemakshalve worden uitgevoerd, zouden in ieder geval geband moeten worden uit onze sociale zekerheid. Verder moet ook benadrukt worden dat een keizersnede een zware ingreep is, die niet altijd zonder complicaties verloopt.

...

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. De hervorming van het stelsel van toegelaten activiteit in de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen

In het Belgisch Staatsblad van 23 juni 2015 is het koninklijk besluit van 11 juni 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten gepubliceerd. Dit koninklijk besluit brengt twee belangrijke wijzigingen aan de reglementering van het stelsel van de zelfstandigen aan, meer bepaald:

- de omvorming van een drieledig stelsel van toegelaten activiteit tijdens het tijdvak van arbeidsongeschiktheid naar een duaal systeem van toegelaten activiteit
- de volledige verankering van de regels inzake de cumulatie van de uit de toegelaten activiteit verworven beroepsinkomsten met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de reglementering van de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen *zelf* (niet langer een verwijzing naar de regeling inzake de toegelaten activiteit zoals vervat in de pensioenreglementering).

Deze hervorming treedt op 1 juli 2015 in werking. Deze omzendbrief heeft tot doel om de hierboven geschetste aspecten van de hervorming nader toe te lichten.

1. Het duaal stelsel van toegelaten activiteit

1.1. Exclusieve bevoegdheid voor de adviserend geneesheer om de voorafgaande toelating te verstrekken

In het nieuwe duale systeem van toegelaten activiteit is de **adviserend geneesheer** van de verzekeringsinstelling vanaf 1 juli 2015 zowel tijdens de periode van primaire ongeschiktheid als gedurende het tijdvak van invaliditeit *als enige bevoegd* om de voorafgaande toelating te verstrekken. Deze exclusieve bevoegdheid kadert in zijn belangrijke opdracht om toe te zien op de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigde.

Gelet op deze exclusieve bevoegdheid van de adviserend geneesheer beschikt **de Geneeskundige raad voor invaliditeit** (GRI) dus vanaf 1 juli 2015 over *geen enkele bevoegdheid* om een toelating tot werkhervatting aan de arbeidsongeschikte zelfstandige te verstrekken (in tegenstelling tot de vigerende situatie vóór de hervorming waarin de GRI tijdens de periode van invaliditeit op grond van art. 20bis van het K.B. van 20.07.1971 aan de zelfstandige de toelating kan verlenen om de vroegere zelfstandige activiteit gedeeltelijk te hervatten). De GRI kan dus nog **enkel** aanvragen tot het verkrijgen van een toelating 'artikel 20bis' behandelen waarvan de aanvangsdatum zich uiterlijk op 30 juni 2015 situeert.

Er moet worden benadrukt dat de verzekerde de activiteit in elk geval slechts mag aanvangen *nadat* de adviserend geneesheer de toelating heeft verstrekt (er is dus geen opheffing van het voorafgaandelijk karakter van de toelating zoals in de regeling voor de werknemers).

1.2. Een duaal systeem in functie van de al dan niet (nog) mogelijke volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige gerechtigde

Bij het verlenen van een toelating dient de adviserend geneesheer steeds na te gaan of via deze toegelaten activiteit de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte erkende zelfstandige gerechtigde nog kan worden verwezenlijkt. Afhankelijk van dit wezenlijke criterium van de doelstelling van een volledige re-integratie, geldt namelijk een onderscheiden regeling:

- de toegelaten activiteit heeft de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige tot doelstelling: toelating op basis van artikel 23 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (**de toelating “artikel 23”**)
- de toegelaten activiteit is niet gericht op de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige: toelating op grond van artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (**de toelating “artikel 23*bis*”**).



Na de inwerkingtreding van de hervorming bestaat er niet langer een toelating “artikel 20*bis*” (opheffing van deze bepaling in het K.B. van 20.07.1971).

Het spreekt voor zich dat alvorens de adviserend geneesheer een toelating kan verstrekken, de gerechtigde nog steeds moet beantwoorden aan de vereiste criteria van arbeidsongeschiktheid (art. 19 van het K.B. van 20.07.1971 (primaire ongeschiktheid) of art. 20 van het K.B. van 20.07.1971 (invaliditeit)).

1.2.1. DE TOEGELATEN ACTIVITEIT IS GERICHT OP DE VOLLEDIGE RE-INTEGRATIE: DE TOELATING “ARTIKEL 23”

(art. 23 van het K.B. van 20.07.1971)

A. Een volledige re-integratie in om het even welke activiteit

Als de volledige re-integratie via de werkhervatting nog daadwerkelijk kan worden beoogd (een uittreding uit het stelsel van arbeidsongeschiktheid is dus zeker haalbaar), kan de adviserend geneesheer de toelating geven om eender welke activiteit uit te oefenen. De vroegere of een andere zelfstandige beroepsbezigheid, evenals een loontrekkende werkzaamheid komen in aanmerking om die volledige re-integratie te verwezenlijken.


B. Duur

De adviserend geneesheer kan deze toelating “artikel 23” voor een tijdvak van **maximaal zes maanden** verstrekken. Als na het verstrijken van dit tijdvak de volledige re-integratie geslaagd is, dient de adviserend geneesheer de staat van arbeidsongeschiktheid te beëindigen (beslissing tot uitsluiting). Wanneer de volledige re-integratie na afloop van het door de toelating “artikel 23” gedekte tijdvak nog niet is verwezenlijkt, moet de adviserend geneesheer grondig de volgende evaluatie uitvoeren:


- 1) **de volledige re-integratie in deze activiteit blijft mogelijk:** de toelating “artikel 23” kan worden verlengd
- 2) **de volledige re-integratie in deze activiteit is niet langer mogelijk:** de adviserend geneesheer kan geen verlenging van de toelating “artikel 23” verlenen. Mogelijk kan een toelating “artikel 23*bis*” worden verstrekt (vgl. hierna 1.2.2.).

Een verlenging kan echter niet tot gevolg hebben dat de periode van toegelaten activiteit voor eenzelfde activiteit meer dan **achttien maanden** bedraagt. De adviserend geneesheer kan de verlenging ook telkens slechts voor een tijdvak van maximaal zes maanden toestaan.

In de hypothese waarin deze drie periodes van zes maanden waarvoor de toelating wordt verstrekt, niet samenvallen met volledige kalendermaanden, wordt de totale duur steeds gerekend van datum tot datum. Hierbij wordt de eerste dag van het door de toelating gedekte tijdvak in aanmerking genomen.


 Voorbeeld: Verzekerde X vat een toegelaten activiteit op grond van de toelating “artikel 23” op 17 augustus 2015 aan. De maximale toelating van achttien maanden eindigt op 16 februari 2017. Met ingang van 17 februari 2017 kan deze verzekerde niet langer een toelating “artikel 23” voor deze activiteit ontvangen.

In geval van een verergering van de gezondheidstoestand van de zelfstandige gerechtigde tijdens een periode gedekt door een toelating “artikel 23” waardoor hij de uitoefening van de activiteit dient te staken, onderbreekt die periode van verergering van de gezondheidstoestand de loop van het tijdvak dat door deze toelating van de adviserend geneesheer is gedekt. De periode van werkhervatting die oorspronkelijk door de adviserend geneesheer is goedgekeurd, mag worden verlengd met de duur van de activiteitsonderbreking die het gevolg is van de verergering van de gezondheidstoestand. De verleende toelating kan worden verlengd met het aantal kalenderdagen gelijk aan het aantal kalenderdagen die de periode van onderbreking van de activiteit omvat.


 Voorbeeld: Verzekerde Y heeft de toelating ontvangen om een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 september 2015 tot en met 29 februari 2016 (zes maanden) te hervatten. Wegens een verergering van zijn gezondheidstoestand dient hij de activiteit vanaf 4 november 2015 tot en met 1 december 2015 (28 kalenderdagen) tijdelijk te staken. De laatste dag van het tijdvak van toegelaten activiteit vormt dus 28 maart 2016.

Bijzondere situaties:

1) Als de betrokkene de activiteit al aanvat alvorens de toelating te hebben verkregen en bijgevolg een “niet toegelaten activiteit” verricht, moet de periode waarover artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt toegepast, in mindering worden gebracht van de maximale termijn van achttien maanden. Dit principe geldt ook als de periode van niet toegelaten activiteit zich (gedeeltelijk) in de carensmaand bevindt. Een andere behandeling zou tot gevolg hebben dat deze gerechtigde zich in een meer voordelige situatie bevindt dan de gerechtigde die wel met de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer zijn activiteit heeft hervat.

 Voorbeeld: Verzekerde X verkrijgt de toelating om een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit te hervatten vanaf 1 september 2015 tot en met 29 februari 2016 (zes maanden). Het blijkt echter dat de betrokkene deze activiteit al vanaf 1 juli 2015 zonder de toelating heeft hervat. Voor het bepalen van de maximale termijn van achttien maanden, moet de periode vanaf 1 juli 2015 tot en met 31 augustus 2015 in aanmerking worden genomen. Met ingang van 1 januari 2017 kan deze verzekerde bijgevolg niet langer een toelating “artikel 23” ontvangen (in de hypothese dat hij altijd opeenvolgende toelatingen “art. 23” heeft gekregen).

Als deze “niet toegelaten activiteit” – die is verricht vóór het door de toelating “artikel 23” gedekte tijdvak – wordt vastgesteld nadat de maximale termijn van achttien maanden van de toelating “artikel 23” al is uitgeput, kan de periode van “niet toegelaten activiteit” echter niet meer van de maximale termijn van achttien maanden in mindering worden gebracht. Voor deze periode van “niet toegelaten activiteit” dient uiteraard artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 te worden toegepast.

 Voorbeeld: Verzekerde Y heeft gedurende de periode vanaf 1 september 2015 tot en met 28 februari 2017 een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid op grond van een toelating “artikel 23” hervat. Op 2 mei 2017 wordt vastgesteld dat de betrokkene deze activiteit al gedurende de periode vanaf 1 juli 2015 tot en met 31 augustus 2015 heeft uitgeoefend. Voor het tijdvak vanaf 1 juli 2015 tot en met 31 augustus 2015 dient artikel 23^{ter} van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 te worden toegepast. De periode vanaf 1 september 2015 tot en met 28 februari 2017 blijft een door een toelating “artikel 23” gedekt tijdvak.

2) Als de gerechtigde op grond van een toelating “artikel 23” een welbepaalde activiteit (activiteit A) heeft uitgeoefend en tijdens of na dit door de toelating “artikel 23” gedekte tijdvak *wegens* een verergering van zijn gezondheidstoestand wordt vastgesteld dat de volledige re-integratie niet langer haalbaar is, kan hij opnieuw een toelating “artikel 23” ontvangen om een andere activiteit (activiteit B) te verrichten. Ongeacht de precieze periode waarin hij op basis van een toelating “artikel 23” de activiteit A heeft uitgeoefend (de termijn van achttien maanden kan gedeeltelijk dan wel al volledig uitgeput zijn), kan de adviserend geneesheer deze toelating “artikel 23” opnieuw voor maximaal achttien maanden verstrekken (uiteraard enkel als hij op basis van alle gegevens weloverwogen heeft vastgesteld dat de volledige re-integratie in de activiteit B daadwerkelijk mogelijk is).

C. Verenigbaarheid met de algemene gezondheidstoestand

De adviserend geneesheer kan de toelating slechts verlenen op voorwaarde dat **de activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand** van de gerechtigde.

D. Hervatting tijdens de carensmaand

Deze toelating kan al tijdens de periode van niet vergoedbare primaire ongeschiktheid worden verstrekt, op voorwaarde dat de adviserend geneesheer de staat van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig artikel 19 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 op basis van de “Verklaring van arbeidsongeschiktheid” **én** de door de verzekerde ingevulde “Vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit” heeft erkend.

E. Evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid na het aanvatten van de toegelaten activiteit

Tijdens de periode gedekt door de toelating “artikel 23” geldt er een **wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid**. Dit wettelijk vermoeden houdt in dat het bevoegde medische orgaan gedurende dat tijdvak de staat van arbeidsongeschiktheid niet kan evalueren en bijgevolg ook niet kan besluiten tot een einde van de staat van arbeidsongeschiktheid. Na afloop van elke periode van toelating “artikel 23” van maximaal zes maanden rust op de adviserend geneesheer echter de taak om steeds de staat van arbeidsongeschiktheid te evalueren alvorens eventueel een verlenging van de toelating te verstrekken.

Vaak zal het tijdvak gedekt door een toelating “artikel 23” al aanvatten gedurende de periode van primaire ongeschiktheid. De kans op een volledige re-integratie stijgt immers als de gerechtigde de toegelaten activiteit zo snel mogelijk na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aanvat. Het is belangrijk dat de adviserend geneesheer bij het verstrekken van deze toelating “artikel 23” voor ogen houdt dat de evaluatiecriteria van de staat van arbeidsongeschiktheid grondig verschillen tussen het tijdvak van primaire ongeschiktheid (art. 19 van het K.B. van 20.07.1971) en de periode van invaliditeit (art. 20 van het K.B. van 20.07.1971). Vanaf de invaliditeitsperiode – waarin de Geneeskundige raad voor invaliditeit principieel bevoegd is om de staat van de arbeidsongeschiktheid te erkennen – dient de betrokkene namelijk ook ongeschikt te zijn om eender welke activiteit uit te oefenen die hem billijkerwijze kan worden opgelegd. Indien de betrokkene zich nog in de periode van primaire ongeschiktheid bevindt, moet de adviserend geneesheer er dan ook over waken dat hij slechts een toelating “artikel 23” met een einddatum die zich al tijdens de periode van invaliditeit bevindt, kan verstrekken als hij oordeelt dat de betrokkene aan de voorwaarden van artikel 20 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 beantwoordt (en hij dus een voorstel tot intrede in invaliditeit zou formuleren). Als hij nog over onvoldoende gegevens zou beschikken om deze invaliditeitscriteria te beoordelen of als hij zou menen dat de betrokkene deze criteria niet vervult, moet hij de laatste dag van de periode van primaire ongeschiktheid als einddatum van de toelating “artikel 23” in aanmerking nemen.

Als de volledige re-integratie na de uitoefening van de toegelaten activiteit mislukt is, mag het bevoegde medische orgaan bij de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid in geen enkel geval rekening houden met de activiteit die de verzekerde op grond van de toelating “artikel 23” heeft verricht. Deze waarborg vormt een bijzondere stimulans voor de verzekerde om een activiteit met het oog op de volledige re-integratie uit te oefenen.

1.2.2. DE TOEGELATEN ACTIVITEIT HEEFT NIET DE VOLLEDIGE RE-INTEGRATIE TOT DOEL: DE TOELATING “ARTIKEL 23BIS”

(art. 23bis van het K.B. van 20.07.1971)

A. Slaagkans op een volledige re-integratie is uiterst beperkt of praktisch onbestaande

Als de adviserend geneesheer vaststelt dat een volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige gerechtigde niet langer mogelijk is (of in elk geval (nog) weinig haalbaar is), kan hij de toelating verstrekken om eender welke activiteit te verrichten. Deze toelating kan dus enkel worden verleend als

- 1) een uittreding uit het stelsel van arbeidsongeschiktheid gelet op de letsels of de functionele stoornissen van de zelfstandige onwaarschijnlijk is of in elk geval hoogst onzeker is
- 2) na het verrichten van een activiteit via een toelating “artikel 23” de volledige re-integratie van de betrokkene niet geslaagd is
- 3) het een activiteit betreft die gezien haar aard of karakteristieken niet de volledige re-integratie van de zelfstandige gerechtigde tot doel heeft (bijvoorbeeld een werkstraf, vrijwilligerswerk dat niet beantwoordt aan de wet van 03.07.2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers, een beperkt politiek mandaat (gemeenteraadslid, OCMW-raadslid, ...), ...).

B. Duur

Er gelden **geen welbepaalde tijdsvoorwaarden**. De adviserend geneesheer kan deze toelating in de tijd beperken, maar hij kan er ook voor opteren om deze toelating zonder enige tijdsbeperking te verstrekken.

C. Verenigbaarheid met de algemene gezondheidstoestand

De adviserend geneesheer kan de toelating slechts verlenen op voorwaarde dat **de activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand** van de betrokkene.

D. Hervatting tijdens de carensmaand

Deze toelating kan al tijdens de periode van niet vergoedbare primaire ongeschiktheid worden verstrekt, op voorwaarde dat de adviserend geneesheer de staat van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig artikel 19 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 op basis van de “Verklaring van arbeidsongeschiktheid” én de door de verzekerde ingevulde “Vragenlijst betreffende de beroepsactiviteit” heeft erkend.

E. Evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid na het aanvangen van de toegelaten activiteit

Gedurende de hele duur van de toelating dient de verzekerde te beantwoorden aan de toepasselijke criteria van arbeidsongeschiktheid (voorwaarden van art. 19 van het K.B. van 20.07.1971 tijdens de primaire ongeschiktheid en criteria van art. 20 van het K.B. van 20.07.1971 gedurende de invaliditeit). Er geldt tijdens het tijdvak gedekt door de toelating “artikel 23bis” dus geen wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid. Zodra het bevoegde medisch orgaan vaststelt dat de betrokkene niet langer beantwoordt aan de voorwaarden van arbeidsongeschiktheid, moet de arbeidsongeschiktheid na een medisch onderzoek worden beëindigd (zelfs *tijdens* de periode van toegelaten activiteit).

1.2.3. SAMENVATTEND OVERZICHT VAN HET DUALE SYSTEEM

	toelating “artikel 23”	toelating “artikel 23 bis”
Volledige re-integratie als doelstelling?	ja	neen
Welke activiteit?	om het even welke activiteit	om het even welke activiteit
Te vervullen criteria?	<ul style="list-style-type: none"> • betrokkene is arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 19 (primaire ongeschiktheid) of artikel 20 (invaliditeit) • activiteit is verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand 	<ul style="list-style-type: none"> • betrokkene is arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 19 (primaire ongeschiktheid) of artikel 20 (invaliditeit) • activiteit is verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand
Bevoegde medisch orgaan?	adviserend geneesheer	adviserend geneesheer
Duur?	per toelating maximaal zes maanden, verlengbaar tot maximaal achttien maanden	geen welbepaalde tijdsbeperking; wel controle principieel om de zes maanden
Wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid?	ja (geen evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid tijdens tijdvak van de toelating mogelijk)	neen (steeds een evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid tijdens tijdvak van de toelating mogelijk)
Reeds mogelijk tijdens de carenmaand?	ja	ja
Voorafgaandelijk karakter van de toelating?	ja	ja

1.3. Uitvoering van een medisch onderzoek door de adviserend geneesheer

1.3.1. EEN MEDISCH ONDERZOEK *VOORAFGAANDELIJK* HET TIJDVAK GEDEKT DOOR DE TOELATING

Als algemeen principe geldt dat als de adviserend geneesheer op basis van het onderzoek van het dossier van de gerechtigde (aanvraag om toelating tot de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid) niet met zekerheid kan vaststellen dat is voldaan aan de voorwaarden van artikel 23 of artikel 23*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 (zoals bijvoorbeeld de verenigbaarheid van de activiteit met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde), de adviserend geneesheer deze gerechtigde aan een medisch onderzoek zal onderwerpen. Als de adviserend geneesheer evenwel over alle noodzakelijke elementen beschikt om met voldoende kennis van zaken over de toelating te kunnen beslissen, is een medisch onderzoek niet nodig.

Een **medisch onderzoek** is echter **steeds vereist** in de volgende situaties:

- 1) als de adviserend geneesheer een beslissing tot weigering van de toelating tot werkhervatting of tot het einde van de arbeidsongeschiktheid moet nemen;
- 2) als de aanvraag om toelating tot werkhervatting betrekking heeft op een hervatting van de vroegere zelfstandige beroepsbezigheid tijdens de carenstijd of de hervatting van een loontrekkende werkzaamheid bij dezelfde werkgever tijdens deze carenstijd (verzekerde met een dubbele hoedanigheid);
- 3) als de toelating “artikel 23*bis*” voor een onbepaalde duur wordt verleend, wordt deze toelating steeds voorafgegaan door een medisch onderzoek van de gerechtigde door de adviserend geneesheer. Bij deze toelating “artikel 23*bis*” is de vermelding van een einddatum van de periode van toegelaten arbeid op het formulier met de toelating steeds facultatief.

1.3.2. EEN MEDISCH ONDERZOEK *TIJDENS* HET TIJDVAK GEDEKT DOOR DE TOELATING

Gedurende een tijdvak gedekt door een toelating “artikel 23” (maximaal drie keer zes maanden) geldt er, ter herinnering, een **wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid** (geen medisch onderzoek met het oog op de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid tijdens de door deze toelating gedekte periode).

Vermits een toelating “artikel 23*bis*” zonder enige beperking in de tijd kan worden verstrekt, is een afdoende opvolging van deze toegelaten activiteit door de adviserend geneesheer via **een welbepaald controlemoment** onontbeerlijk. De adviserend geneesheer dient de staat van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig artikel 19 (primaire ongeschiktheid) of artikel 20 (invaliditeit) van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 dan ook minstens eens om de zes maanden te controleren, tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden.

1.4. Overgangsmatregelen

Voor de arbeidsongeschikte zelfstandigen die al vóór 1 juli 2015 een toegelaten activiteit hebben aangevat en wier toelating op de datum van de inwerkingtreding van de hervorming nog lopende is, zijn enkele overgangsmatregelen voorzien:

- indien de verzekerde vóór 1 juli 2015 een toelating “artikel 23*bis*” bezit, wordt deze toelating met ingang van 1 juli 2015 voor het nog te verstrijken gedeelte van *rechtswege* omgezet in een toelating “artikel 23” zoals bepaald *na* de inwerkingtreding van de hervorming

- indien de verzekerde vóór 1 juli 2015 een toelating ‘artikel 20bis’ bezit, wordt deze toelating met ingang van 1 juli 2015 van rechtswege omgezet in een toelating ‘artikel 23bis’ zoals bepaald *na* de inwerkingtreding van de hervorming.

De adviserend geneesheer kan de in het kader van de hervorming gewijzigde toelating “artikel 23” slechts voor maximaal achttien maanden verstrekken. **Om deze maximale duur te bepalen, komen de al vóór 1 juli 2015 verstreken tijdvakken volledig in aanmerking.** Bij het verstrekken van deze toelating dient hij in het licht van deze maximale termijn dus steeds rekening te houden met het al verstreken tijdvak gedekt door, naargelang het geval, een toelating “artikel 23” of een toelating “artikel 23bis” zoals bepaald vóór de hervorming.

Samenvattend overzicht

Tijdvak vóór 1 juli 2015	Tijdvak vanaf 1 juli 2015
toelating “artikel 23” (maximumduur twaalf maanden)	toelating “artikel 23” (maximumduur achttien maanden; inclusief het al vóór 1 juli 2015 verstreken tijdvak)
toelating “artikel 23bis” (maximumduur achttien maanden)	toelating “artikel 23” (maximumduur achttien maanden, inclusief het al vóór 1 juli 2015 verstreken tijdvak)
toelating “artikel 20bis” (geen tijdsbeperking)	toelating “artikel 23bis” (geen tijdsbeperking)

> Voorbeelden:

- Verzekerde X hervat vanaf 1 oktober 2014 via een toelating “artikel 23bis” gedurende zes maanden zijn vroegere zelfstandige activiteit. Met ingang van 1 april 2015 ontvangt hij een nieuwe toelating “artikel 23bis” voor zes maanden (verlenging).
 - Impact van de hervorming: op 1 juli 2015 wordt deze toelating “artikel 23bis” automatisch omgezet in een toelating “artikel 23” (zoals bepaald na de hervorming). De adviserend geneesheer kan beslissen – als een volledige re-integratie niet is verwezenlijkt en nog haalbaar is – om de toelating “artikel 23” aan betrokkene vanaf 1 oktober 2015 nog met zes maanden te verlengen. Hierna is een verlenging van de toelating “artikel 23” niet langer mogelijk.
- Verzekerde Y hervat vanaf 1 oktober 2014 via een toelating “artikel 23” gedurende zes maanden een loontrekkende werkzaamheid. Met ingang van 1 april 2015 ontvangt hij een nieuwe toelating “artikel 23” voor zes maanden (verlenging).
 - Impact van de hervorming: vanaf 1 juli 2015 kan deze toelating “artikel 23” voor achttien maanden worden verleend. De adviserend geneesheer kan bijgevolg beslissen – als een volledige re-integratie in deze loontrekkende werkzaamheid niet is verwezenlijkt en nog haalbaar is – om de toelating “artikel 23” aan betrokkene vanaf 1 oktober 2015 nog met zes maanden te verlengen. Hierna is een verlenging van de toelating “artikel 23” niet langer mogelijk.

“(…)”

2. De cumulatierегeling inzake de verworven beroepsinkomsten met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen zoals:

- de verzekerde oefent enkel een activiteit via een toelating “artikel 23” uit
- de verzekerde oefent enkel een activiteit via een toelating “artikel 23bis” uit
- de verzekerde verricht vooreerst een werkzaamheid via een toelating “artikel 23” en oefent vervolgens een activiteit via een toelating “artikel 23bis” uit.

2.1. De verzekerde oefent enkel een activiteit via een toelating “artikel 23” uit

(art. 28*bis*, § 1 van het K.B. van 20.07.1971)


Er geldt een regeling waarin twee fases kunnen worden onderscheiden:


2.1.1. FASE 1: DE EERSTE ZES MAANDEN VAN DE TOELATING “ARTIKEL 23”

De betrokkene behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

2.1.2. FASE 2: VANAF DE EERSTE DAG VAN DE ZEVENDE MAAND VAN DE TOELATING “ARTIKEL 23”

Het bedrag van zijn uitkeringen wordt forfaitair met 10 procent verminderd.

 Indien de verzekerde wegens een verergering van zijn gezondheidstoestand de uitoefening van de activiteit dient te staken, moet er vanaf de dag van de stopzetting niet langer een vermindering van het dagbedrag plaatsvinden. Als het slechts een *tijdelijke* stopzetting van de toegelaten activiteit (wegens een verergering van de gezondheidstoestand) betreft, dient de cumulatieregeling vanaf de werkhervatting verder te worden toegepast waarbij rekening moet worden gehouden met het al vóór die tijdelijke stopzetting verstreken tijdvak van toegelaten activiteit (“schorsing” van de cumulatieregeling ten belope van het aantal kalenderdagen dat deze periode van tijdelijke stopzetting omvat).

 Voorbeeld: Verzekerde X hervat vanaf 1 september 2015 via een toelating “artikel 23” een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid. De adviserend geneesheer verlengt die toelating “artikel 23” vanaf 1 maart 2016 met zes maanden. Hij moet deze activiteit wegens een verergering van zijn gezondheidstoestand vanaf 15 maart 2016 tot en met 2 mei 2016 (49 kalenderdagen) tijdelijk stopzetten.

Gedurende het tijdvak vanaf 15 maart 2016 tot en met 2 mei 2016 kan de betrokkene opnieuw aanspraak maken op niet verminderde daguitkeringen. Vanaf 3 mei 2016 dient het dagbedrag van zijn uitkering opnieuw met tien procent te worden verminderd (ook gedurende de verlenging van de initiële periode van zes maanden ten belope van 49 kalenderdagen (01.09.2016 - 19.10.2016)).

2.2. De verzekerde oefent enkel een activiteit via een toelating “artikel 23*bis*” uit

(art. 28*bis*, § 2 en § 3 van het K.B. van 20.07.1971)

Er kan een regeling via **drie fases** worden onderscheiden:

2.2.1. FASE 1: DE EERSTE ZES MAANDEN VAN DE TOELATING “ARTIKEL 23*BIS*”

De betrokkene behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

2.2.2. FASE 2: VANAF DE EERSTE DAG VAN DE ZEVENDE MAAND VAN DE TOELATING “ARTIKEL 23*BIS*” TOT 31 DECEMBER VAN HET DERDE JAAR DAT VOLGT OP HET JAAR WAARIN DE ACTIVITEIT IS AANGEVAT

Het bedrag van de uitkering wordt forfaitair met 10 procent verminderd.



- Als de betrokkene een onbezoldigde activiteit van niet professionele aard verricht, heeft hij recht op het volledige bedrag aan uitkeringen (geen forfaitaire vermindering met 10 %). Dit is bijvoorbeeld het geval als hij een werkstraf uitoefent of vrijwilligerswerk verricht dat niet beantwoordt aan de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers.
- Indien de verzekerde wegens een verergering van zijn gezondheidstoestand de uitoefening van de activiteit moet staken, dient er vanaf de dag van de stopzetting niet langer een vermindering van het dagbedrag plaats te vinden.
Als het slechts een *tijdelijke stopzetting* van de toegelaten activiteit betreft (waardoor er een “schorsing” van het tijdvak van de toelating plaatsgrijpt), moet de cumulatierегeling vanaf de werkhervatting verder worden toegepast waarbij rekening dient te worden gehouden met het al vóór die tijdelijke stopzetting verstreken tijdvak van toegelaten activiteit.

2.2.3. FASE 3: VANAF 1 JANUARI VAN HET VIERDE KALENDERJAAR DAT VOLGT OP HET JAAR WAARIN DE ACTIVITEIT VIA DE TOELATING “ARTIKEL 23BIS” IS AANGEVAT

In deze fase is een cumulatierегeling van toepassing waarbij het werkelijke bedrag van de uit de toegelaten activiteit behaalde beroepsinkomsten een rol speelt. Het bedrag van de beroepsinkomsten verworven tijdens het eerste volledige kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat, wordt namelijk vergeleken met een welbepaalde inkomensgrens. In geval van overschrijding van deze inkomstendrempel gebeurt er, naargelang van het geval, een procentuele vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen of een schorsing van de toekenning van de uitkeringen.

A. In aanmerking te nemen beroepsinkomen

De verzekeringsinstelling moet enkel rekening houden met de beroepsinkomsten die voortvloeien uit een toegelaten bezigheid. Het betreft een bezigheid die, naar gelang van het geval, een in artikel 23, § 1, 1^o, 2^o of 4^o van het WIB 1992 bedoeld inkomen kan opleveren en iedere gelijkaardige bezigheid uitgeoefend in een vreemd land of in dienst van een internationale of supranationale organisatie. Het gaat dus meer bepaald om:


- de verworven **winst** (art. 24 - art. 26 WIB 1992): winst omvat elk inkomen uit een nijverheids-, handels- of landbouwonderneming en omvat tevens alle voordelen die een ondernemer behaalt uit de uitoefening van de activiteit
- de verworven **baten** (art. 27 WIB 1992): baten zijn alle inkomens uit een vrij beroep, een ambt of een post en alle niet als winst of als bezoldigingen aan te merken inkomens uit een winstgevende bezigheid (bijvoorbeeld de vergoedingen van politieke mandatarissen of voorzitter van een OCMW)
- de verworven **bezoldigingen** (art. 30 – art. 33 WIB 1992): bezoldigingen zijn alle vergoedingen *sensu lato* van werknemers (onder arbeidsovereenkomst of tewerkstelling in gelijkaardige omstandigheden), bedrijfsleiders en meewerkende echtgenoten.

Bezoldigingen van bedrijfsleiders zijn alle beloningen verleend of toegekend aan een natuurlijk persoon die een opdracht als bestuurder, zaakvoerder, vereffenaar of gelijkaardige functies uitoefent of nog, de persoon die in de vennootschap een leidende functie of leidende werkzaamheid van dagelijks bestuur, van commerciële, financiële of technische aard uitoefent zonder verbonden te zijn door een arbeidsovereenkomst.

Bezoldigingen van meewerkende echtgenoten vormen alle toekenningen van een deel van de winst of de baten aan de meewerkende echtgenoot die tijdens het belastbaar tijdperk geen beroepsactiviteit uitoefent die voor hem rechten op uitkeringen in een verplichte regeling voor pensioenen, kinderbijslagen en ziekte- en invaliditeitsverzekering die minstens gelijkwaardig zijn aan die van het sociaal statuut van de zelfstandigen opent, noch een uitkering geniet binnen het raam van de sociale zekerheid die voor hem dergelijke eigen rechten opent.


Het betreft telkens het **nettobelastbaar inkomen dat uit de toegelaten activiteit voortvloeit** en dat in aanmerking werd genomen door het Bestuur der Directe Belastingen voor de vaststelling van de aanslag van het desbetreffende jaar. Het brutobedrag van de beroepsinkomsten moet bijgevolg worden verminderd met de beroepskosten en, in voorkomend geval (uiteraard enkel als het een zelfstandige beroepsbezigheid betreft), de beroepsverliezen.

Om dit nettobelastbaar inkomen te achterhalen, moet de sociaal verzekerde een specifiek door hem in te vullen formulier, evenals het door de Administratie der directe belastingen afgeleverde aanslagbiljet aan zijn verzekeringsinstelling bezorgen dat betrekking heeft op het toepasselijke belastbare tijdperk (vgl. hierna punt E.). De inkomsten van een welbepaald belastbaar tijdperk dat overeenstemt met een kalenderjaar (X), maken namelijk het voorwerp uit van een aanslag in het volgende jaar (X + 1) en moeten voor 30 juni van het daaropvolgende jaar (X + 2) worden ingekohierd.

 Indien de zelfstandige zijn toegelaten activiteit definitief stopzet en naar aanleiding van deze stopzetting welbepaalde stopzettingsmeerwaarden verwerft (vgl. art. 23, § 1, 3^o van het WIB 1992), dient het bedrag van deze stopzettingsmeerwaarden voor de toepassing van de cumulatieregeling niet in aanmerking te worden genomen. De stopzettingsmeerwaarden vormen de winst of baten van een vorige beroepswerkzaamheid die de betrokkene voorheen heeft uitgeoefend.

B. Verworven inkomsten gedurende een volledig kalenderjaar

Telkens moet de verzekeringsinstelling de inkomsten in aanmerking nemen die verworven zijn gedurende het volledige derde kalenderjaar voorafgaandelijk het desbetreffende kalenderjaar waarop de cumulatieregeling van toepassing is.

 Voorbeeld: Verzekerde X vat op 1 augustus 2015 een activiteit via een toelating “artikel 23bis” aan. Voor de toepassing van de cumulatieregeling dient de verzekeringsinstelling met het oog op de toekenning van de uitkeringen in het kalenderjaar 2019 rekening te houden met de tijdens het kalenderjaar 2016 verworven beroepsinkomsten. Voor de uitkeringen die betrekking hebben op het kalenderjaar 2020, moet er worden rekening gehouden met de tijdens het kalenderjaar 2017 behaalde beroepsinkomsten.

C. Inkomstendrempel

Het **basisbedrag** van de inkomensgrens die voor de cumulatieregeling van toepassing is, bedraagt **17.149,19 EUR**. Dit drempelbedrag stemt overeen met het bedrag dat vóór de hervorming steeds in aanmerking is genomen (vgl. ook hierna 2.4. inzake de overgangsmaatregelen). Om rekening te houden met de stijging van de levensduurte, wordt dit bedrag – in voorkomend geval – op 1 januari van het referentiejaar aangepast aan de levensduurte. Er is dus **een koppeling van de inkomstendrempel aan de schommelingen van de gezondheidsindex**.

Concreet geldt het volgende:

- op 1 januari 2015 diende het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2012 verworven beroepsinkomsten te worden geverifieerd in functie van de inkomstendrempel van 17.149,19 EUR

- o op 1 januari 2016 moet de verzekeringsinstelling – gezien de indexering van de sociale prestaties op 1 februari 2012 en 1 december 2012 – rekening houden met het bedrag van 17.842,02 EUR (aanpassing van het bedrag op 01.01.2013). De verzekeringsinstelling moet dus het bedrag van 17.842,02 EUR vergelijken met het bedrag van de gedurende het kalenderjaar 2013 behaalde beroepsinkomsten
- o op 1 januari 2017 dient de verzekeringsinstelling eveneens met dit bedrag van 17.842,02 EUR rekening te houden aangezien de gezondheidsindex in de loop van het kalenderjaar 2013 niet is overschreden (met andere woorden geen indexering van dit bedrag op 01.01.2014 voor de toepassing van de cumulatieregeling in 2017)
- o ...

Als de activiteit uitgeoefend op grond van *eenzelfde* toelating “artikel 23bis” in de loop van het desbetreffende kalenderjaar tijdelijk wordt onderbroken wegens bijvoorbeeld de verergering van de gezondheidstoestand van de betrokkene, wordt deze inkomensgrens niet aangepast (er vindt met andere woorden geen toepassing van een “geproratiseerde” inkomensdrempel plaats).

D. Vergelijking van het tijdens de referentieperiode verworven beroepsinkomen met het drempelbedrag

Er kunnen zich drie mogelijke situaties voordoen:

- o situatie 1: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag niet
=> het bedrag van de uitkeringen moet niet worden verminderd
- o situatie 2: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minstens 15 %
=> de toekenning van de uitkeringen dient gedurende het hele kalenderjaar te worden geschorst
- o situatie 3: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minder dan 15 %
=> het dagbedrag van de uitkeringen moet tijdens het hele kalenderjaar worden verminderd met een percentage dat overeenstemt met het percentage waarmee het drempelbedrag is overschreden.

Het overschrijdingspercentage wordt op het honderdste na berekend. Het bedrag van de vermindering van de uitkering wordt tot de hogere eenheid afgerond als de eerste decimaal minstens vijf is. Als de eerste decimaal echter minder dan vijf bedraagt, wordt er geen rekening gehouden met de decimaal.



Voorbeeld:

Verzekerde X bezit een toelating “artikel 23bis” om zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid te verrichten. Voor de toepassing van de cumulatieregel tijdens het kalenderjaar 2016, moeten de gedurende het kalenderjaar 2013 verworven beroepsinkomsten in aanmerking worden genomen. Het beroepsinkomen in 2013 bedraagt *in casu* 18.500 EUR. Dat bedrag overschrijdt de toegestane inkomensdrempel van 2013 met minder dan 15 procent (17.842,02 EUR x 1,15 = 20.518,32 EUR) zodat er een vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen in 2016 moet plaatsgrijpen.

Bepaling van het overschrijdingspercentage

$$18.500 \text{ EUR} / 17.842,02 \text{ EUR} = 1,0369 = 3,69 \% = 4 \%$$

Bepaling van de daguitkering (betrokkene ontvangt een uitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende (stopzetting van het bedrijf): 37,7863 EUR (bedrag van toepassing vanaf 01.09.2015))

37,7863 EUR x 4 procent = 1,5115 EUR

37,7863 EUR – 1,5115 EUR = 36,2748 EUR = **36,27 EUR.**

E. Mededeling van de verworven beroepsinkomsten tijdens het desbetreffende kalenderjaar

Via een specifiek formulier (als bijlage 6 bij deze omzendbrief) kan de verzekerde zijn verzekeringsinstelling op de hoogte brengen van de door hem gedurende de toepasselijke referentieperiode verworven beroepsinkomsten. Het gaat steeds om de inkomsten behaald tijdens het derde kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de cumulatieregel geldt.

De verzekeringsinstelling verzendt aan de verzekerde een eerste keer dit formulier tijdens de maand oktober van het derde jaar dat volgt op het jaar waarin de activiteit op grond van een toelating “artikel 23bis” is aangevat. Voor de daaropvolgende jaren moet dit formulier steeds opnieuw tijdens de maand oktober aan de verzekerde worden verstuurd.

Binnen dertig kalenderdagen na de ontvangst van dit formulier, bezorgt de verzekerde het opnieuw volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend aan zijn verzekeringsinstelling. Als bijlage voegt hij een kopie van het aanslagbiljet van de personenbelasting toe dat op deze inkomsten betrekking heeft.

Indien de verzekerde deze termijn van dertig kalenderdagen niet respecteert, stuurt de verzekeringsinstelling een herinnering (tijdens de maand november).

Als de verzekeringsinstelling op het ogenblik van de betaaldatum van de invaliditeitsuitkeringen in januari nog steeds niet over het behoorlijk ingevulde formulier en/of het aanslagbiljet beschikt, schorst deze verzekeringsinstelling de betaling van de uitkeringen volledig tot het ogenblik waarop de vereiste gegevens wel zijn bezorgd (waardoor eventueel een regularisatie van de geschorste periode kan plaatsvinden).

2.3. De verzekerde verricht eerst een werkzaamheid via een toelating “artikel 23” en oefent vervolgens een activiteit via een toelating “artikel 23bis” uit.

(art. 28bis, § 4 van het K.B. van 20.07.1971)

Als de zelfstandige eerst een activiteit via een toelating “artikel 23” uitoefent en vervolgens een door een toelating “artikel 23bis” gedekt tijdvak aanvat, wordt de periode gedekt door de toelating “artikel 23” gelijkgesteld met een tijdvak gedekt door de toelating “artikel 23bis”. Opdat deze regel van assimilatie van toepassing zou zijn, mag de onderbreking tussen de twee voornoemde toelatingen niet meer dan een *werkelijk kalenderkwartaal* – dit tijdvak stemt overeen met een kwartaal waarvoor sociale bijdragen ten aanzien van het sociaal statuut van de zelfstandigen zijn verschuldigd – bedragen. Bovendien geldt deze regeling ook als de betrokkene enkel een loontrekkende werkzaamheid verricht of als de verzekerde eerst een zelfstandige beroepsbezigheid uitoefent en nadien als werknemer werkt (of omgekeerd).



Voorbeelden:

- 1) Verzekerde X verricht op grond van een toelating “artikel 23” een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 september 2015 tot en met 28 februari 2017. Met ingang van 15 maart 2017 ontvangt hij een toelating “artikel 23bis”. Aangezien de periode die zich situeert tussen enerzijds de einddatum van het tijdvak van de toelating “artikel 23” en anderzijds de begindatum van het tijdvak van de toelating “artikel 23bis” minder dan een werkelijk kalenderkwartaal omvat, wordt de periode van de toelating “artikel 23” gelijkgesteld met een tijdvak gedekt door de toelating “artikel 23bis”. Vanaf 15 maart 2017 zal het dagbedrag van de uitkering met 10 procent worden verminderd.

- 2) Verzekerde Y oefent vanaf 1 september 2015 tot en met 28 februari 2017 op grond van een toelating “artikel 23” een loontrekkende werkzaamheid uit. Met ingang van 1 juli 2017 ontvangt hij een toelating “artikel 23bis”. Aangezien de periode die zich situeert tussen enerzijds de einddatum van het tijdvak van de toelating “artikel 23” en anderzijds de begindatum van het tijdvak van de toelating “artikel 23bis” meer dan een werkelijk kalenderkwartaal omvat, wordt de periode van de toelating “artikel 23” niet gelijkgesteld met een tijdvak gedekt door de toelating “artikel 23bis”. Vanaf 1 juli 2017 kan de betrokkene bijgevolg aanspraak maken op niet verminderde uitkeringen en vanaf 1 januari 2018 wordt het dagbedrag van de uitkering vervolgens met 10 procent verminderd.

2.4. Overgangsmatregelen

- 1) Voor de zelfstandigen die al vóór 1 juli 2015 via een toelating “artikel 23”, een toelating “artikel 23bis” of een toelating “artikel 20bis” – zoals bepaald vóór de inwerkingtreding van de hervorming – een activiteit hebben uitgeoefend, wordt er rekening gehouden met de volledige verstreken duur van de voornoemde toelatingen voor de toepasselijke cumulatierегeling.



Voorbeelden:

- Verzekerde X hervat vanaf 1 oktober 2014 gedurende zes maanden een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit via een toelating “artikel 23bis”. De adviserend geneesheer verlengt deze toelating met ingang van 1 april 2015 met een periode van zes maanden.

Betrokkene ontvangt tijdens de periode vanaf 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2015 het volledige bedrag aan uitkeringen. Vanaf 1 april 2015 wordt het dagbedrag van zijn uitkering met 10 procent verminderd. Deze vermindering met tien procent grijpt verder plaats vanaf 1 juli 2015 (waarbij deze toelating “art. 23bis” van rechtswege in een toelating “art. 23” wordt omgezet).

- Verzekerde Y verricht op grond van een toelating “artikel 20bis” een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 maart 2010. In het kader van de cumulatierегeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2015, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2012 verworven inkomsten – meer bepaald 15.400 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 17.149,19 EUR.

Aangezien de verworven beroepsinkomsten het drempelbedrag niet overschrijden, kan hij vanaf 1 januari 2015 aanspraak maken op het volledige dagbedrag aan uitkeringen. Ook vanaf 1 juli 2015 blijft hij verder recht hebben op het volledige bedrag aan uitkeringen (waarbij deze toelating “art. 20bis” van rechtswege in een toelating “art. 23bis” wordt omgezet).

In de hypothese waarin de betrokkene deze toelating ook gedurende het kalenderjaar 2016 voortzet, zullen voor de toekenning van de uitkeringen tijdens dit kalenderjaar 2016 de gedurende het kalenderjaar 2013 behaalde beroepsinkomsten moeten worden vergeleken met het toepasselijke drempelbedrag (namelijk 17.842,02 EUR).

- 2) Bij de volgende zelfstandige gerechtigden wordt voor de toepassing van de cumulatierегeling bedoeld in artikel 28bis, § 3 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 – namelijk de verificatie van de verworven beroepsinkomsten met het toepasselijke drempelbedrag – na de inwerkingtreding van de hervorming verder rekening gehouden met **een marge van 25 procent**:

- de zelfstandige die uiterlijk op 31 december 2011 een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit op grond van een toelating “artikel 20bis” heeft hervat (deze toelating wordt op 01.07.2015 van rechtswege omgezet in een toelating “art. 23bis”).
- de zelfstandige die uiterlijk op 31 december 2011 een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit op grond van een toelating “artikel 23bis” heeft hervat en vervolgens ononderbroken deze activiteit via een toelating “artikel 20bis” heeft uitgeoefend (deze toelating wordt op 01.07.2015 van rechtswege omgezet in een toelating “artikel 23bis”).

> Voorbeelden:

- Verzekerde X hervat op grond van een toelating “artikel 20*bis*” een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 oktober 2011. Op 1 juli 2015 wordt die toelating van rechtswege omgezet in een toelating “artikel 23*bis*”.

In het kader van de cumulatierегeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2015, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2012 verworven inkomsten – meer bepaald *in casu* 20.000 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 17.149,19 EUR. De door de betrokkene verworven beroepsinkomsten overschrijden de inkomensgrens met minder dan **25 procent** (namelijk met 17 procent (20.000 EUR/ 17.149,19 EUR = 1,1662 = 16,62 % = 17 %)) zodat het dagbedrag van zijn uitkeringen vanaf 1 januari 2015 met 17 procent moet worden verminderd. Deze vermindering dient verder vanaf 1 juli 2015 tot en met 31 december 2015 te worden toegepast.

In het kader van de cumulatierегeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2016, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2013 verworven inkomsten – meer bepaald *in casu* 21.000 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 17.842,02 EUR. De door de betrokkene verworven beroepsinkomsten overschrijden de inkomensgrens met minder dan **25 procent** (namelijk met 18 procent (21.000 EUR/ 17.842,02 EUR = 1,1770 = 17,70 % = 18 %)) zodat het dagbedrag van zijn uitkeringen vanaf 1 januari 2016 met 18 procent moet worden verminderd. **Er dient rekening te worden gehouden met een marge van 25 procent aangezien de betrokkene de toegelaten activiteit al vóór 1 januari 2012 heeft aangevat** (en de cumulatierегeling bedoeld in art. 28*bis*, § 3 van het K.B. van 20.07.1971 zoals bepaald vóór de hervorming, bij de betrokkene op het ogenblik van de inwerkingtreding van de hervorming al is toegepast).

- Verzekerde Y hervat op grond van een toelating “artikel 20*bis*” een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 oktober 2012. Op 1 juli 2015 wordt die toelating van rechtswege omgezet in een toelating “artikel 23*bis*”.

Gedurende het volledige kalenderjaar 2015 wordt het bedrag van zijn uitkering forfaitair met tien procent verminderd. In het kader van de cumulatierегeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2016, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2013 verworven inkomsten – meer bepaald *in casu* 21.000 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 17.842,02 EUR. Aangezien het bedrag van deze beroepsinkomsten het drempelbedrag met minstens 15 procent overschrijden (namelijk met 18 %), wordt de toekenning van de uitkeringen tijdens het volledige kalenderjaar 2016 geschorst. Er dient rekening te worden gehouden met een marge van 15 procent aangezien de betrokkene de toegelaten activiteit na 31 december 2011 heeft aangevat.


3. Inwerkingtreding van deze omzendbrief

Deze omzendbrief treedt op 1 juli 2015 in werking.

De volgende omzendbrieven worden opgeheven:

- Omzendbrief V.I. nr. 2010/504 van 23 december 2010¹
- Omzendbrief V.I. nr. 2011/303 van 19 juli 2011
- Omzendbrief V.I. nr. 2011/304 van 19 juli 2011
- Omzendbrief V.I. nr. 2012/364 van 17 september 2012.

...

-  Omzendbrief V.I. nr. 2015/188 - 481/83 - 484/6 van 29 juni 2015.

1. Gepubliceerd in I.B. - RIZIV nr. 2010/4, blz. 455.

II. Vaststellen van het jaarbedrag van een uitkering die krachtens het gemeen recht voor een blijvende arbeidsongeschiktheid wordt verleend

Van toepassing vanaf 1 juli 2015

Deze omzendbrief heeft als doel de tabel uit de omzendbrief V.I. nr. 1998/25 - 252/7 van 21 januari 1998¹ te vervangen ingevolge het arrest van het Europees Hof van Justitie op 3 september 2014, in de zaak C-318/13.

1. Basiselementen

Voor de toepassing van artikel 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, moet in voorkomend geval rekening gehouden worden met de tegenwaarde als jaarrente van een schadeloosstelling die helemaal of ten dele in de vorm van een kapitaalsuitkering is betaald.

In dit kader laat de tabel uit omzendbrief V.I. nr. 1998/25 - 252/7 van 21 januari 1998, getiteld “omzetting van het ontvangen kapitaal in een jaarrente betaalbaar tot de pensioenleeftijd”, toe om de jaarlijkse inkomsten vast te stellen voor de bedragen toegekend in toepassing van het gemeen recht, met name bij een ongeval met aansprakelijke derde voor een arbeidsongeschiktheid die wordt betaald in kapitaalsuitkering.

Deze tabel dient echter aangepast te worden teneinde rekening te houden met het arrest van het Europees Hof van Justitie op 3 september 2014, in de zaak C-318/13:

“... het beginsel van gelijke behandeling van mannen en vrouwen op het gebied van de sociale zekerheid moet aldus worden uitgelegd dat het zich verzet tegen een nationale regeling volgens welke het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen als actuariële factor voor de berekening van een wettelijke sociale prestatie ter zake van een arbeidsongeval wordt toegepast, wanneer de toepassing van deze factor ertoe leidt dat de vergoeding in de vorm van een in een keer betaalde prestatie die aan een man wordt betaald, lager uitvalt dan die welke een vrouw van dezelfde leeftijd die zich in een vergelijkbare situatie bevindt, zou ontvangen.”

Ten gevolge dit arrest van het Europees Hof van Justitie is de tabel voor de omzetting van een kapitaal in een jaarlijkse rente aangepast, en wordt er geen onderscheid meer gemaakt in functie van het geslacht van de begunstigde.

2. Datum van toepassing

De tabel in bijlage vervangt deze hernomen in omzendbrief V.I. nr. 1998/25 - 252/7 van 21 januari 1998.

De huidige omzendbrief is van toepassing voor de ongeschiktheden die definitief zijn geworden vanaf 1 juli 2015, met inbegrip van de ongeschiktheden die aanvangen buiten de termijn bedoeld in artikelen 87, 4^{de} lid en 93, 2^{de} lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 maar het gevolg zijn van een vroeger ongeval met aansprakelijke derde.

1. Is gepubliceerd in I.B. 1998/1, p. 92.

Omzetting van het ontvangen kapitaal in een jaarrente betaalbaar tot de leeftijd van het pensioen voor mannen en vrouwen.

Leeftijd bij het begin van de blijvende arbeidsongeschiktheid	pensioenleeftijd 65 jaar	pensioenleeftijd 66 jaar	pensioenleeftijd 67 jaar
15	24,53700	24,71228	24,88007
16	24,32320	24,50420	24,67747
17	24,10177	24,28868	24,46760
18	23,87526	24,06829	24,25306
19	23,64410	23,84346	24,03430
20	23,40807	23,61401	23,81113
21	23,16242	23,37512	23,57873
22	22,91074	23,13045	23,34076
23	22,65219	22,87916	23,09642
24	22,38228	22,61672	22,84113
25	22,10472	22,34688	22,57868
26	21,81859	22,06874	22,30819
27	21,52455	21,78296	22,03032
28	21,21993	21,48687	21,74240
29	20,90528	21,18103	21,44500
30	20,58324	20,86813	21,14085
31	20,24955	20,54388	20,82562
32	19,90592	20,21001	20,50110
33	19,54783	19,86195	20,16265
34	19,17912	19,50363	19,81427
35	18,79886	19,13412	19,45505
36	18,40901	18,75543	19,08703
37	18,00725	18,36520	18,70785
38	17,59147	17,96134	18,31540
39	17,16557	17,54784	17,91376
40	16,72612	17,12121	17,49941
41	16,27522	16,68365	17,07462
42	15,80858	16,23078	16,63493
43	15,32508	15,76149	16,17924
44	14,83028	15,28152	15,71347
45	14,32116	14,78781	15,23450
46	13,79527	14,27788	14,73985
47	13,25313	13,75231	14,23014
48	12,69924	13,21583	13,71032
49	12,12342	12,65790	13,16953
50	11,53289	12,08613	12,61572
51	10,92549	11,49834	12,04671
52	10,29735	10,89056	11,45841
53	9,65074	10,26525	10,85349
54	8,98552	9,62242	10,23208
55	8,29894	8,95925	9,59132
56	7,59312	8,27820	8,93399
57	6,86165	7,57251	8,25298
58	6,10966	6,84806	7,55488
59	5,32920	6,09628	6,83057
60	4,52181	5,31922	6,08254
61	3,68587	4,51547	5,30961
62	2,81808	3,68167	4,50833
63	1,91647	2,81607	3,67720
64	0,97798	1,91553	2,81300
65	0,00000	0,97728	1,91277
66		0,00000	0,97645
67			0,00000
68			
69			



III. Artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 – Afwezigheid op de medische controle zonder geldige rechtvaardiging gedurende een termijn van 60 kalenderdagen – Gevolgen betreffende de erkenning van de arbeidsongeschiktheid

Van toepassing vanaf 1 augustus 2015

1. De gerechtigde onttrekt zich aan de controleverplichting – Kennisgeving einde arbeidsongeschiktheid

Deze omzendbrief voorziet in een nieuwe procedure indien een verzekerde zich onttrekt aan het medisch onderzoek waarvoor hij is opgeroepen of indien hij weigert zich te onderwerpen aan dit onderzoek.

Deze procedure moet vermijden dat een verzekerde, die afwezig is op het medisch onderzoek of die weigert zich te onderwerpen, gedurende een lange periode arbeidsongeschikt erkend blijft omdat de adviserend geneesheer of de Geneeskundige raad voor invaliditeit zich niet kan uitspreken over de arbeidsongeschiktheid.

Deze nieuwe procedure is zowel van toepassing op de algemene regeling (art. 134, § 2 GW) als op de regeling van de zelfstandigen (art. 24 van het K.B. van 20.07.1971).

In de Belgische context worden, indien de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde niet voldoet aan de controleverplichtingen toepassing van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (algemene regeling) of artikel 24 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (regeling van de zelfstandigen), de uitkeringen stopgezet zolang de gerechtigde niet voldoet aan deze verplichting welke hem door iedere krachtens de gecoördineerde wet bevoegde persoon wordt opgelegd.

Indien de gerechtigde zich niet spontaan aanmeldt of geen geldige rechtvaardiging inroept voor zijn afwezigheid blijft de stopzetting behouden.

Gedurende de periode van stopzetting van de uitkeringen, blijft de verzekerde evenwel arbeidsongeschikt erkend. Op basis van deze erkenning worden er rechten geopend in andere sectoren, waaronder de geneeskundige verzorging. De verzekerde ontvangt ook een attest van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid van de verzekeringsinstelling waarmee hij aanspraak kan maken op bepaalde sociale en fiscale voordelen in de andere sectoren (bv. sociaal gas en elektriciteit, belastingvermindering, ...).

Om te vermijden dat deze erkenning gedurende een lange periode behouden blijft **zonder medische controle**, voorziet de nieuwe procedure voortaan dat de adviserend geneesheer of de Geneeskundige raad voor invaliditeit een einde stelt aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid indien:

- de verzekerde **zonder geldige rechtvaardiging** zich niet aanbiedt op (of weigert zich te onderwerpen aan) het medisch onderzoek waarvoor hij is opgeroepen. Door zich niet aan te bieden (of zich hier niet aan te onderwerpen), zonder geldige rechtvaardiging, treedt de toepassing van artikel 134, § 2 Gerechtelijk Wetboek of artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 in werking voor zover de gerechtigde werd opgeroepen per aangetekend schrijven (stopzetting van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen)
- en dat deze afwezigheid (of deze weigering) zonder geldige rechtvaardiging aanhoudt gedurende een termijn van 60 kalenderdagen vanaf de dag van het voorziene onderzoek.

Zodra de verzekerde contact neemt met de instantie die het artikel heeft opgelegd, en de verzekerde bereid is zich te onderwerpen aan de controleverplichting, stopt de termijn van 60 dagen.



Voorbeeld 1:

X is opgeroepen per aangetekend schrijven voor een onderzoek dat gepland is op 16 juni 2015, om 9 uur.

De verzekerde biedt zich niet aan op het onderzoek, **zonder geldige rechtvaardiging**.

Een "artikel 134, § 2 Gerechtelijk Wetboek / artikel 24 van het koninklijk besluit" wordt toegepast vanaf 16 juni 2015, hetgeen betekent dat zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden stopgezet vanaf deze datum (hij blijft evenwel arbeidsongeschikt erkend).

Vanaf deze datum, namelijk 16 juni 2015, vangt de termijn van 60 kalenderdagen eveneens aan.

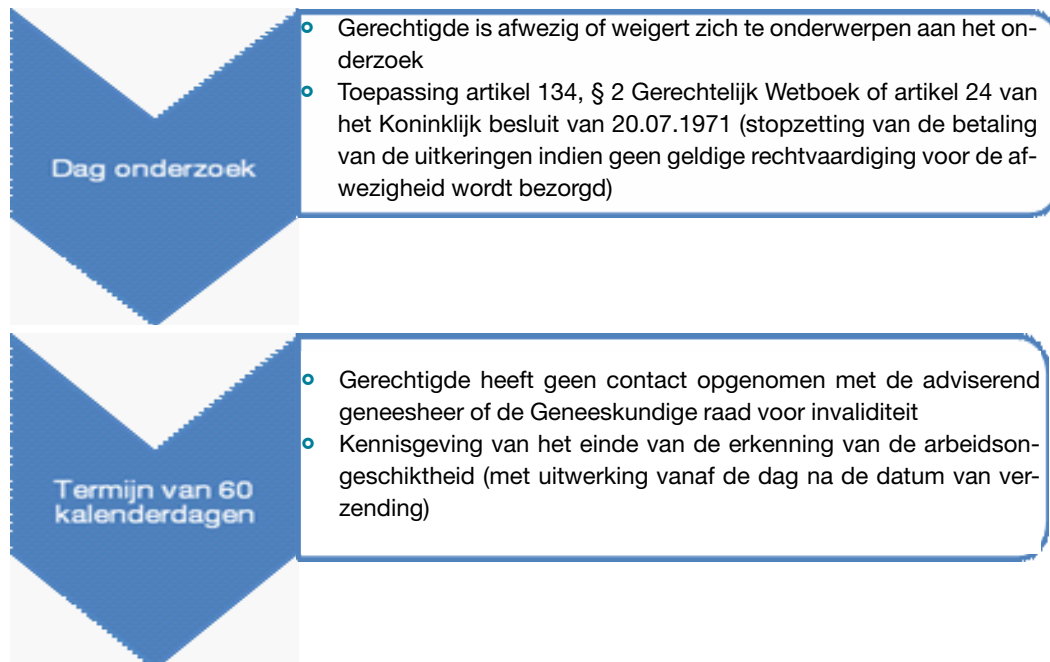
Indien deze afwezigheid aanhoudt zonder geldige rechtvaardiging gedurende 60 kalenderdagen, zal een beslissing van einde arbeidsongeschiktheid kunnen worden genomen.

De motivatie van deze beslissing ligt in het feit dat het voor de adviserend geneesheer of voor de Geneeskundige raad voor invaliditeit niet meer mogelijk is om vast te stellen *dat de verzekerde voldoet aan de voorwaarden om arbeidsongeschikt te worden erkend in toepassing van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (algemene regeling) of van artikel 19 – artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (regeling van de zelfstandigen)*.

Deze beslissing wordt dus genomen krachtens artikel 100 van de gecoördineerde wet (algemene regeling) of artikel 19 (primaire arbeidsongeschiktheid - regeling van de zelfstandigen) of artikel 20 (invaliditeit - regeling van de zelfstandigen) van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971.

Deze beslissing dient verstuurd te worden ten laatste de 55^{ste} dag vanaf de datum van de afwezigheid op het medisch onderzoek (of de weigering zich hieraan te onderwerpen), opdat de datum van einde van arbeidsongeschiktheid overeenstemt met de 60^{ste} dag.

Deze beslissing die een einde stelt aan de arbeidsongeschiktheid kan ten vroegste uitwerking hebben **vanaf de dag na de datum van verzending** (vgl. art. 245^{ter} van het K.B. van 03.07.1996).



2. De kennisgeving in toepassing van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971

De kennisgeving die wordt verstuurd naar de verzekerde in het kader van de stopzetting van de uitkeringen in toepassing van artikel 134, § 2 Gerechtelijk Wetboek of artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 zal volgende informatie dienen te bevatten:

- o de informatie met betrekking tot het risico (einde erkenning van de arbeidsongeschiktheid) voor de verzekerde indien hij:
 - o zich niet aanbiedt op het medisch onderzoek (of zich hier niet aan onderwerpt)
 - o zonder geldige rechtvaardiging
 - o en geen contact opneemt met de adviserend geneesheer of de Geneeskundige raad voor invaliditeit binnen een zo kort mogelijke termijn.

3. Wijziging bijlage V-1 en VII-1 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997

In het kader van deze nieuwe procedure “einde van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid bij afwezigheid op het medisch onderzoek”, werden de bijlagen V-1 en VII-1 bij de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 gewijzigd. Het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers van de Dienst voor uitkeringen heeft de aangebrachte wijzigingen aan deze bijlagen van de Verordening op de uitkeringen goedgekeurd. Deze wijzigingen zijn opgenomen in de verordening van 9 juli 2015 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 22.07.2015).

In **bijlage V-1** Erkenning van arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer verduidelijkt punt 1 van de Belangrijke opmerkingen welke de gevolgen zijn voor de gerechtigde indien hij afwezig is op een medisch onderzoek (of indien hij weigert zich hieraan te onderwerpen).

Bijlage VII-1 Einde van arbeidsongeschiktheid (als bedoeld in de gecoördineerde wet van 14.07.1994) voorziet de situatie waarbij de adviserend geneesheer een einde stelt aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid omdat de gerechtigde afwezig was op het medisch onderzoek (of omdat hij weigert zich hieraan te onderwerpen) en binnen de termijn van 60 kalenderdagen geen contact heeft opgenomen met de adviserend geneesheer zonder geldige rechtvaardiging.

4. Template “Einde van arbeidsongeschiktheid” betreffende de zelfstandigen

Het is wenselijk om in de template betekening “Einde van arbeidsongeschiktheid” in te voegen, de nieuwe procedure waarbij de adviserend geneesheer een einde stelt aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid gezien de aanhoudende afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging:

- Gezien uw aanhoudende afwezigheid (of de weigering u hieraan te onderwerpen) zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u bent opgeroepen geweest, is het me niet meer mogelijk om na te gaan of u voldoet aan de voorwaarden om arbeidsongeschikt te worden erkend als bedoeld in artikel 19 of artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

5. Inwerkingtreding van deze maatregel

Deze nieuwe maatregel treedt in werking op 1 augustus 2015.

6. Dossiers waarin artikel 134, § 2 Gerechtelijk Wetboek of artikel 24 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 reeds werd toegepast, en nog altijd van toepassing is

Wat betreft de dossiers waarin artikel 134, § 2 Gerechtelijk Wetboek of artikel 24 van het Koninklijk besluit 20 juli 1971 reeds werd toegepast, en nog altijd van toepassing is, dient bij de inwerkingtreding van deze nieuwe maatregel volgend onderscheid te worden gemaakt:

- => Voor de dossiers “artikel 134, § 2 GW / artikel 24 KB” die gedurende **meer dan 60 kalenderdagen** open zijn, stelt de adviserend geneesheer een einde aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.
- => Voor de dossiers “artikel 134, § 2 GW / artikel 24 KB” die gedurende **minder dan 60 kalenderdagen** open zijn, roept de adviserend geneesheer de gerechtigde op via een aangetekend schrijven, zoals voorzien hierboven.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/228 – 400/37 – 480/9 van 30 juli 2015.

Bijlagen bij de verordening van 9 juli 2015 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage V-1

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Gew.
dienst

Ziekenf.

**ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR DE
ADVISEREND GENEESHEER**

Arbeider (1) Man (1)
Bediende Vrouw Geboortedatum D M J
Mijnwerker

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. Bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.) (2)

Rijksregisternummer: (2)

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid, ontvangen op
oordeel ik dat u arbeidsongeschikt bent als bedoeld in artikel 100 van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994

D M J (3)

vanaf

Gelieve u voor een onderzoek in mijn spreekkamer aan te
melden op
te

Indien u zich niet kan verplaatsen, moet u mij daarvan verwittigen vóór de hiervoor vastgestelde datum.
Voorts is u ertoe gehouden iedere hervatting van de arbeid of van de werkloosheid te melden met het bewijs van arbeidshervatting
of van werkloosheid.

**ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
OP DE KEERZIJDE**

Datum
(Handtekening van de adviserend geneesheer)

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

(2) Het laatste cijfer van het nummer moet telkens in het laatste vakje komen.

(3) Datum van de poststempel, datum van het bericht van ontvangst of datum van ontvangst van de kennisgeving toegezonden door de erkende geneeskundige controledienst.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. Als U zich niet aanmeldt voor het onderzoek waarvoor U met dit formulier wordt opgeroepen, ontvangt U, in toepassing van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 geen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen meer tenzij u een geldige rechtvaardiging geeft. Deze sanctie wordt, zonder nieuwe kennisgeving van onzentwege, automatisch toegepast zolang u niet voldoet aan de controleverplichtingen. Indien U niet in staat bent om u te verplaatsen, moet u op het adres dat u hebt opgegeven, aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis hebt gegeven van de redenen die u hebben belet gevolg te geven aan de oproeping van de adviserend geneesheer.

Bovendien kan bij aanhoudende afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u bent opgeroepen geweest (of bij weigering u hieraan te onderwerpen), de adviserend geneesheer beslissen een einde te stellen aan de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid.

2. Wenst u een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit te hervatten en daarbij uitkeringen te blijven genieten, dan moet u daartoe toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van uw verzekeringsinstelling en moet u deze arbeidshervatting, uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk eraan voorafgaat, bij uw verzekeringsinstelling aangeven (via een specifiek formulier dat bij uw verzekeringsinstelling beschikbaar is). Indien u de werkhervatting niet binnen de vastgestelde termijn aangeeft, dan kunnen uw arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (die worden berekend met toepassing van de regel betreffende de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen) met 10 % worden verminderd of u zelfs worden geweigerd.

3. Als u aan uw arbeidsongeschiktheid een einde hebt gemaakt door een spontane arbeidshervatting of een hervatting van de werkloosheid, hoeft u zich niet aan te melden voor het geneeskundig onderzoek. In dat geval gelieve dan wel uw ziekenfonds hiervan te verwittigen door toezending van een bewijs van arbeidshervatting of hervatting van de gecontroleerde werkloosheid, dat naar behoren door uw werkgever of door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.

4. U moet aan de adviserend geneesheer elke adresverandering onmiddellijk meedelen.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 9 juli 2015

De Voorzitter
I. Van Damme

De Leidend ambtenaar
F. Perl

Bijlage VII-1

Identificatie
van de verzekeringsinstelling

Gew.
dienst

Ziekenf.

--	--	--

--	--	--

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
(als bedoeld in de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

AANGETEKEND

(1)
Arbeider Man
Bediende Vrouw
Mijnwerker

(1)
Geboortedatum

D M J

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. Bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.) (2)

Rijksregisternummer: (2)

M.

Hierbij deel ik u mee dat ik na het geneeskundig onderzoek, verricht op,
van oordeel ben dat u niet langer arbeidsongeschikt bent als bedoeld in artikel 100
van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, vanaf

aangezien u niet meer voldoet aan één of meer van de volgende, in voornoemd artikel gestelde voorwaarden (1):

- de stopzetting van uw werkzaamheden is niet langer het rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.
- de letsels of functionele stoornissen die u vertoont:
- brengen niet langer een vermindering van 2/3 van uw vermogen tot verdienen met zich mee in de beroepencategorie waartoe U behoort of in de verschillende referentieberoepen zoals gesteld in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:
.....
- brengen niet langer een vermindering van uw vermogen van ten minste 50 procent op medisch vlak met zich mee, die vereist is in het geval van een werkhervatting met de toestemming van de adviserend geneesheer (art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)
- U hebt niet alle werkzaamheden onderbroken (art. 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

OF

Gezien uw aanhoudende afwezigheid (of de weigering u hieraan te onderwerpen) zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u bent opgeroepen geweest, is het me niet meer mogelijk om na te gaan of u voldoet aan de voorwaarden om arbeidsongeschikt te worden erkend als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

(2) Het laatste cijfer van het nummer moet telkens in het laatste vakje rechts komen.

De gevolgen van deze beslissing en uw mogelijkheden om beroep aan te tekenen worden hieronder toegelicht. Het is in uw belang er kennis van te nemen.

Indien U niet akkoord gaat met deze beslissing, kan U hiertegen beroep instellen bij de arbeidsrechtbank in wiens rechtsgebied uw woonplaats gelegen is (zie adressen als bijlage). Dit beroep moet ingesteld worden binnen drie maanden na deze kennisgeving met een gedateerd en ondertekend verzoekschrift dat U neerlegt (tegen ontvangstbewijs) bij of aangetekend verstuurt aan de griffie van die arbeidsrechtbank. Indien U beroep aantekent tegen deze beslissing, dient U zich als werkzoekende te laten inschrijven en dient U een aanvraag om werkloosheidsuitkeringen in te dienen ten einde uw rechten inzake de sociale zekerheid te vrijwaren.

U mag voor de arbeidsrechtbank verschijnen in persoon of U mag zich laten vertegenwoordigen door een advocaat, door een afgevaardigde van een representatieve organisatie van de werknemers (syndicale organisatie) met een schriftelijke volmacht of door uw echtgeno(o)t(e), een bloed- of aanverwant met een schriftelijke volmacht en speciaal door de rechter toegelaten (art. 728 van het Ger. W.).

De instelling van sociale zekerheid wordt steeds veroordeeld tot de betaling van de gerechtskosten, behalve wanneer de procedure tergend en roekeloos is (art. 1017 van het Ger. W.).

Voor ontvangst, de gerechtigde:

De adviserend geneesheer / geneesheer-inspecteur,

Datum

Datum:

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 9 juli 2015

De Voorzitter

De Leidend ambtenaar

I. Van Damme

F. Perl

IV. Richtlijnen aan de adviserend geneesheren over de organisatie van de controle en evaluatie van de arbeidsongeschiktheid

Kader

De Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, artikel 80, 8^o bepaalt dat het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen de richtlijnen vaststelt voor de organisatie van de controle van de arbeidsongeschiktheid, op basis van de voorstellen van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit na advies van de Technisch Medische Raad, bedoeld in artikel 85 van de voormelde Gecoördineerde Wet.

De Hoge Commissie heeft op 3 juli 2015 het advies van de TMR met betrekking tot deze richtlijnen goedgekeurd. (nota HC 2015/09).

De richtlijnen werden door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers en zelfstandigen van de Dienst voor Uitkeringen vastgesteld op 9 juli 2015 en zijn van toepassing vanaf 1 augustus 2015.

Tot die datum blijven de richtlijnen, bepaald door het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van toepassing.

De nieuwe richtlijnen zijn uitgewerkt met het oog op een optimalisering van de kwaliteit van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en van de rechten die eruit voortvloeien, namelijk de uitkeringen en de toegang tot de trajecten van socioprofessionele re-integratie.

Zoals vermeld in hoofdstuk 1 van de richtlijnen, dient de adviserend geneesheer naast deze richtlijnen ook de bepalingen te respecteren van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994, het koninklijk besluit van 3 juli 1996, de Verordening op de Uitkeringen van 16 april 1997, het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en de wet van 11 april 1995.

HOOFDSTUK 1. INLEIDING

HOOFDSTUK 2. ARBEIDSVOORWAARDEN / WERKOMGEVING

HOOFDSTUK 3. MEDISCH-SOCIAAL-ADMINISTRATIEF TEAM

HOOFDSTUK 4. ROL VAN DE GENEESHEER-DIRECTEUR

HOOFDSTUK 5. DELEGATIE

HOOFDSTUK 6. BEHEER VAN HET (GAO)

Artikel 1. Ontvangst van het GAO of van een attest van arbeidsongeschiktheid

Artikel 2. Onderzoek van het GAO met het oog op een "erkenning van de A.O.

Artikel 3. Beslissing met betrekking tot de erkenning van de arbeidsongeschiktheid

Artikel 4. Vaststellen van de begindatum van de arbeidsongeschiktheid

Artikel 5. Onvolledig GAO

Artikel 6. Erkenning in geval van hervat (wederinstorting)

HOOFDSTUK 7. EVALUATIE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (A.O.).

Artikel 7. Belangrijke punten bij de evaluatie van een arbeidsongeschiktheid

Artikel 8. Schadeloosstelling krachtens een andere wetgeving

Artikel 9. Nuttige gegevens voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid

Artikel 10. Secundaire preventie van de langdurige arbeidsongeschiktheid

HOOFDSTUK 8. HET MEDISCH DOSSIER

HOOFDSTUK 9. OPROEPING VOOR DE RAADPLEGING

Artikel 11. Principe van het contact met de verzekerde

Artikel 12. Organisatie van een raadpleging

Artikel 13. Datum van oproeping en bijhouden van de agenda

Artikel 14. Administratieve organisatie van de oproepingen

Artikel 15. Dringende oproeping als gevolg van de ontvangst van het GAO

HOOFDSTUK 10. RAADPLEGING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Artikel 16. Raadpleging van de adviserend geneesheer

Artikel 17. Begeleiding van het professioneel re-integratietraject van de gerechtigden

HOOFDSTUK 11. OVERDRACHT VAN DE NOODZAKELIJKE GEGEVENS AAN DE GRI

Artikel 18. Deelname aan de inzameling van de vereiste gegevens voor de fluxen

Artikel 19. Voorstel tot intrede in invaliditeit

Artikel 20. Verlenging van de invaliditeit

Artikel 21. Hervat in invaliditeit

Artikel 22. Flux INFO: vraag om informatie door een geneesheer-inspecteur

Artikel 23. Flux "primaire ongeschiktheid"

Artikel 24. Termijnen van de bijzondere fluxen

HOOFDSTUK 12. GEDEELTELIJKE HERVATTING VAN DE BEROEPSACTIVITEIT (RTTP)

- Artikel 25. Algemene bepalingen
- Artikel 26. Beslissingsmodaliteiten voor de werknemers
- Artikel 27. Beslissingsmodaliteiten voor de zelfstandigen
- Artikel 28. Inhoud en kwaliteit van de flux RTTP
- Artikel 29. Voorwaarden tot toestemming voor een gedeeltelijke hervatting van een activiteit
- Artikel 30. Einddatum toegestane activiteit
- Artikel 31. Uurrooster
- Artikel 32. Einde van de toestemming

HOOFDSTUK 13. AFWEZIGHEID OP DE CONTROLE ZONDER GELDIGE REDEN

- Artikel 33. Toepassing van artikel 134, § 2 of artikel 24
- Artikel 34. Stopzetting en opheffing van artikel 134, § 2 of artikel 24
- Artikel 35. Einde erkenning als gevolg van toepassing artikel 134, § 2 of artikel 24 van lange duur

HOOFDSTUK 14. ONDERZOEK IN GEVAL VAN NIET-TOEGESTANE WERKHERVATTING

HOOFDSTUK 15. MODALITEITEN VOOR DE KENNISGEVINGEN

- Artikel 36. Kennisgevingen motivering van de beslissing aan de verzekerde

HOOFDSTUK 16. RE-INTEGRATIEPLAN

HOOFDSTUK 17. SAMENWERKING MET DERDEN

HOOFDSTUK 18. SLOTBEPALING

HOOFDSTUK 1. INLEIDING

De volgende richtlijnen zijn uitgewerkt met het oog op een optimalisering van de kwaliteit van het werk dat de adviserend geneesheren verrichten in het kader van hun opdrachten met betrekking tot de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid van de verzekerden en van de rechten die eruit voortvloeien, namelijk de uitkeringen en de toegang tot de trajecten van socioprofessionele re-integratie die verenigbaar zijn met hun gezondheidstoestand en hun restcapaciteiten. De kwaliteit betreft zowel het onthaal van de verzekerden en het respect voor hun waardigheid als de steun die aan de adviserend geneesheren wordt verleend bij de uitoefening van hun beroep zodat meer tijd kan worden besteed aan de verzekerden.

De adviserend geneesheer bouwt een vertrouwensrelatie op met de verzekerden. Die relatie is gebaseerd op wederzijds respect en rekening houdend met de wettelijke context.

In het kader van zijn opdrachten ziet de adviserend geneesheer toe op de correcte toepassing van de wettelijke bepalingen van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994, het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, de Verordening op de Uitkeringen van 16 april 1997, het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en de wet van 11 april 1995.

De term “adviserend geneesheer” kan de adviserend geneesheer persoonlijk zijn of alle medewerkers van het medisch-sociaal-administratief team zoals beschreven in Hoofdstuk 3, tenzij anders vermeld.

HOOFDSTUK 2. ARBEIDSVOORWAARDEN / WERKOMGEVING

Om ervoor te zorgen dat de verzekerden optimaal worden onthaald en de adviserend geneesheer bij de uitvoering van zijn opdracht over de noodzakelijke infrastructuur beschikt, stelt de verzekeringsinstelling het volgende ter beschikking:

- een wachtzaal en consultatielokalen waar minstens 2 personen per medisch kabinet correct kunnen worden onthaald, met de mogelijkheid tot het verrichten van een volledig klinisch onderzoek
- een medisch kabinet is toegankelijk voor verzekerden met een beperkte mobiliteit (bv. in een rolstoel). De toiletten, moeten ook toegankelijk zijn voor personen met een beperkte mobiliteit
- de medische lokalen zijn verwarmd, voldoende verlucht, correct verlicht, geluiddicht gemaakt en omvatten hygiënische voorzieningen
- de medische, bureautica- en informatica-uitrusting (software, hardware en netwerk), ... moet werken, performant en betrouwbaar zijn om zo het werk van de adviserend geneesheer te vergemakkelijken
- het personeel van het medisch-sociaal-administratief team.

De verzekeringsinstelling is verantwoordelijk voor het ter beschikking stellen van die middelen zodat de raadplegingen kunnen verlopen in serene en beveiligde omstandigheden (met inbegrip van de veiligheid van de adviserend geneesheer ten opzichte van derden) en met inachtneming van de noodzakelijke vertrouwelijkheid.

De verzekeringsinstelling moet de adviserend geneesheer alle informatie over de verzekerde die hij nodig heeft bij de uitvoering van zijn opdracht, ter beschikking stellen.

Wanneer de adviserend geneesheer vaststelt dat hij zijn werk niet naar behoren kan uitvoeren omdat een van de bovenvermelde punten ontbreekt, brengt hij de geneesheer-directeur daarvan op de hoogte.

HOOFDSTUK 3. MEDISCH-SOCIAAL-ADMINISTRATIEF TEAM

De adviserend geneesheer steunt op een team van bekwame, goed opgeleide en gekwalificeerde medewerkers om hem bij zijn opdrachten bij te staan.

Dit team bestaat onder meer uit paramedici, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, administratieve medewerkers, maatschappelijke werkers, ...

Om toegang te hebben tot de medische gegevens is een volgens de regels opgestelde delegatie nodig.

HOOFDSTUK 4. ROL VAN DE GENEESHEER-DIRECTEUR

De geneesheer-directeur is de hiërarchische en functionele verantwoordelijke van de adviserend geneesheren en van de andere medewerkers van zijn directie.

De geneesheer-directeur is verantwoordelijk voor de coördinatie, de organisatie van het werk, de medische kabinetten, de opvolging van de kwaliteit van de prestaties van de adviserend geneesheren en hij waakt over het medisch geheim en over de gevoelige en persoonlijke gegevens.

De geneesheer-directeur ziet toe op de arbeidsvoorwaarden van de adviserend geneesheren op het vlak van hun werkomgeving en zorgt ervoor dat zij kunnen beschikken over de middelen en het personeel dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de opdrachten.

De geneesheer-directeur is de tussenpersoon in de samenwerking tussen de externe en interne instanties van de verzekeringsinstelling en de adviserend geneesheren bij de uitvoering van hun opdrachten.

In geval van betwisting kan de geneesheer-directeur een beroep doen op de bevoegde instanties van het RIZIV.

HOOFDSTUK 5. DELEGATIE

De adviserend geneesheer baseert zich op de specifieke richtlijnen van het Comité van de DGEC.

HOOFDSTUK 6. BEHEER VAN HET GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID (GAO)

Artikel 1. Ontvangst van het GAO of van een attest van arbeidsongeschiktheid

Elk getuigschrift van arbeidsongeschiktheid wordt ontvangen door de adviserend geneesheer en draagt de datum van ontvangst.

Elk getuigschrift van arbeidsongeschiktheid of de attesten die eventueel kunnen leiden tot de erkenning van de arbeidsongeschiktheid (documenten wegens beroepsziekte, arbeidsongeval, werkloosheid, melding van contact met een besmettelijke ziekte, ...), zowel van werknemers als van zelfstandigen, moeten van bij de ontvangst ervan in het ziekenfonds meteen worden geregistreerd.

Een fax, een fotokopie of een e-mail kan niet als GAO worden aanvaard maar de ontvangstdatum van dat document kan dienen als ontvangstdatum van het origineel GAO voor zover dat later wordt ontvangen.

Elk getuigschrift krijgt naast de identificatie van de verzekerde een uniek oplopend volgnummer dat traceerbaar is. Dat volgnummer moet een nummer per jaar of per dag zijn. De lijst van de volgnummers moet op eenvoudig verzoek van de bevoegde diensten van het RIZIV kunnen worden voorgelegd of geraadpleegd.

Artikel 2. Onderzoek van het GAO met het oog op een "erkenning van de arbeidsongeschiktheid (A.O.)"

Voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid moeten ten minste de volgende gegevens worden nagekeken:

- de identificatie van de sociaal verzekerde
- de diagnose of de symptomatologie
- de periode van arbeidsongeschiktheid (begin + einde)
- de identificatie van de voorschrijver.

Voor de aangiftes van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer die in het buitenland verblijft of woont, baseert de adviserend geneesheer zich op de omzendbrief V.I. die specifiek betrekking heeft op die situatie.

Artikel 3. Beslissing met betrekking tot de erkenning van de arbeidsongeschiktheid

De beslissing met betrekking tot de erkenning van de begindatum en de duur van de arbeidsongeschiktheid moet worden opgenomen in het dossier van de verzekerde, samen met het volgnummer en de ontvangstdatum.

De weigeringen van erkenning worden altijd met een volgens de regels gemotiveerde kennisgeving betekend aan de verzekerde. De weigeringen om medische redenen worden in het medisch dossier vermeld.

Elke beslissing van de adviserend geneesheer wordt binnen de door de Verordening op de Uitkeringen vastgestelde termijnen ter kennis gegeven.

Artikel 4. Vaststellen van de begindatum van de arbeidsongeschiktheid

De begindatum van de arbeidsongeschiktheid wordt door de adviserend geneesheer vastgesteld, rekening houdend met alle gegevens waarover hij beschikt, met name de gegevens die de behandelende arts op het GAO heeft vermeld, de kennisgeving van het arbeidsongeval door de verzekeringsonderneming, de kennisgeving van arbeidsongeschiktheid die door de werkloosheidsdienst is afgeleverd, het inlichtingsblad van de werkgever en voor de zelfstandige de datum die wordt vermeld op de verklaring op erewoord.

Indien de vastgestelde datum verschilt van de datum op het GAO, wordt de verantwoording in het dossier opgetekend.

De adviserend geneesheer kan de begindatum van de arbeidsongeschiktheid (voor zover de ongeschiktheid aan de wettelijke criteria beantwoordt) evenwel niet betwisten in de onderstaande vastgestelde gevallen:

- de periode van opname in een verpleeginrichting, erkend door de Minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft, of in een militair ziekenhuis
- de periodes, bepaald in artikel 239, § 1 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, waarin het de gerechtigde verboden is naar het werk te gaan omdat hij contact heeft gehad met een persoon die is getroffen door een van de besmettelijke ziektes die worden bedoeld in datzelfde artikel
- wanneer de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld via een kennisgeving van arbeidsongeschiktheid die door het werkloosheidsbureau is uitgereikt en in geval het arbeidsongeval door de verzekeringsonderneming ter kennis is gebracht.

Artikel 5. Onvolledig GAO

De identiteit of handtekening van de voorschrijver ontbreekt

Elk GAO moet de handtekening van de voorschrijver dragen en moet het mogelijk maken deze te identificeren.

Ook als het GAO onvoldoende informatie bevat om de ondertekenende voorschrijver te kunnen identificeren, moet de ontvangst ervan als geldig worden beschouwd.

De erkenning van de arbeidsongeschiktheid wordt echter geweigerd tot de identiteit van de voorschrijver is vastgesteld en het GAO is ondertekend.

Als de adviserend geneesheer met zekerheid de voorschrijver kan identificeren (bv. door herkenning van het geschrift, na een telefonisch contact met de verzekerde of met de voorschrijver, ...), noteert de adviserend geneesheer die informatie in het dossier en kan de weigering tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid worden opgeheven.

De identificatiegegevens van de verzekerde ontbreken

Indien de adviserend geneesheer niet over de identiteitsgegevens van de verzekerde beschikt, kan hij geen beslissing nemen. Een dergelijk GAO kan bijgevolg niet als “ontvangen” worden beschouwd.

De diagnose of de symptomen ontbreken

Zonder diagnose, symptomen of diagnosecode wordt het GAO als “ontvangen” beschouwd, maar kan de arbeidsongeschiktheid niet worden erkend zolang de adviserend geneesheer niet over deze vereiste gegevens beschikt.

Met inachtneming van de termijnen waarin de Verordening op de Uitkeringen voorziet, neemt de adviserend geneesheer één van de volgende beslissingen:

- bijkomende inlichtingen inwinnen alvorens een beslissing te nemen
- beslissen over de weigering tot erkenning.

Het begin en/of het einde van de arbeidsongeschiktheid ontbreken

Indien op het GAO geen begindatum van de arbeidsongeschiktheid wordt vermeld, kan de datum van de poststempel of – bij gebrek aan een poststempel – de ontvangstdatum van het GAO als begindatum in aanmerking worden genomen.

Als de einddatum ontbreekt, kan de adviserend geneesheer persoonlijk de duur van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid bepalen of deze weigeren naargelang de gegevens waarover hij beschikt.

Artikel 6. Erkenning in geval van hervat (wederinstorting)

In het geval van een hervat na een spontane werkhervatting onderzoekt de adviserend geneesheer of er voldoende nieuwe elementen zijn om een erkenning van de arbeidsongeschiktheid te motiveren.

Bij een hervat na een beslissing van einde van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid onderzoekt hij/zij de medegedeelde gegevens en motiveert de adviserend geneesheer persoonlijk op omstandige wijze elke beslissing in het medisch dossier.

HOOFDSTUK 7. EVALUATIE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (A.O.)

Artikel 7. Belangrijke punten bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid

Bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de uitkeringsverzekering houdt de adviserend geneesheer altijd rekening met twee doelstellingen:

- de correcte toepassing van de wettelijke en reglementaire bepalingen
- de optimale professionele re-integratie van de arbeidsongeschikte verzekerde. De adviserend geneesheer onderzoekt systematisch of een re-integratie van de betrokkene in de toekomst denkbaar is.

Ter herinnering:

De adviserend geneesheer gaat voor de werknemers na of artikel 100 van toepassing is en in het bijzonder:

- of er een oorzakelijk verband bestaat tussen “het intreden of het verergeren van de letsels of functionele stoornissen” en “de stopzetting van elke activiteit, tenzij vrijwilligerswerk”
- of de verzekerde door een voorafbestaande toestand, vóór zijn aangifte van arbeidsongeschiktheid, al een derde of minder dan een derde verdienvermogen had dan een persoon in dezelfde toestand en met dezelfde opleiding met zijn werk kan verdienen.

Voor de zelfstandigen (art. 19) gaat de adviserend geneesheer bij de erkenning van de arbeidsongeschiktheid zowel op basis van de aangifte van de arbeidsongeschiktheid als na ontvangst van de vragenlijst met verklaring op erewoord het volgende na:

- of er een oorzakelijk verband bestaat tussen de “letsels of functionele stoornissen” en “de stopzetting van de activiteiten”
- of alle beroepsactiviteiten zijn stopgezet.

Naast de medische, schoolse en professionele voorgeschiedenis van de verzekerde, moet de adviserend geneesheer voor het evalueren van de arbeidsongeschiktheid *in concreto* kennis nemen van:

- de nieuwe *medische* gegevens die de aanvang en de verlenging van de arbeidsongeschiktheid verklaren
- *sociale en omgevingsfactoren* die de terugkeer naar het werk kunnen belemmeren of vergemakkelijken.

Artikel 8. Schadeloosstelling krachtens een andere wetgeving

De adviserend geneesheer gaat na of de verzekerde aan artikel 100 of aan artikel 19 beantwoordt en zorgt vervolgens voor de goede toepassing van artikel 136, § 2 voor een werknemer of van artikel 29 voor een zelfstandige.

Artikel 9. Nuttige gegevens voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid

Voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de bepaling van de datum van de 1^e oproeping raadpleegt en integreert de adviserend geneesheer de gegevens van het GAO, de beschikbare socioprofessionele gegevens en de volgende administratieve gegevens van de laatste 4 jaren:

- identiteit van de verzekerde: naam, voornaam, geboortedatum en indien mogelijk het sociaal statuut en zijn laatste beroep
- begin- en einddata van elke periode van arbeidsongeschiktheid waarvoor er een aangifte is geweest, ongeacht of voor die ongeschiktheid uitkeringen zijn toegekend
- afwezigheid op de dag van de oproeping voor het onderzoek (spontane werkhervatting, verantwoorde verhindering, art. 134, § 2 of art. 24)
- aard van het einde van de periodes van arbeidsongeschiktheid (spontane werkhervatting of beslissing tot einde erkenning arbeidsongeschiktheid)
- toestemmingen voor het uitoefenen van een activiteit
- arbeidsongevallen
- beroepsziekten
- ongevallen met een aansprakelijke derde
- de weigeringen van erkenning.

De verzekeringsinstelling moet de nodige middelen ter beschikking stellen voor de raadpleging van deze gegevens.

Artikel 10. Secundaire preventie van de langdurige arbeidsongeschiktheid

Naast de erkenning van de arbeidsongeschiktheid heeft de adviserend geneesheer bijzondere aandacht voor de opsporing van de gevallen met een risico op langdurige ongeschiktheid en evalueert hij de arbeidsongeschiktheid en de restcapaciteiten. Hij evalueert systematisch de mogelijkheden om een re-integratietraject voor te stellen.

Hiervoor steunt de adviserend geneesheer ondermeer op:

- de handleidingen voor de evaluatie, zoals uitgewerkt door de Technisch Medische Raad en goedgekeurd door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit
- de omzendbrief verzekeringsinstellingen met betrekking tot de niveaus in de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de daaraan gekoppelde re-integratietrajecten.

HOOFDSTUK 8. HET MEDISCH DOSSIER

De adviserend geneesheer registreert op precieze wijze:

- de medische gegevens
- de medico-socio-professionele argumentatie die het niveau van de evaluatie van de terugkeer naar het werk motiveert
- de medische prognose
- de noodzaak van de opstelling van een actieplan en de geplande en/of ondernomen acties voor de socioprofessionele re-integratie van de verzekerde
- de motiveringen van de beslissingen van de adviserend geneesheer.

HOOFDSTUK 9. OPROEPING VOOR DE RAADPLEGING

Artikel 11. Principe van het contact met de verzekerde

In het algemeen moet het eerste contact van de adviserend geneesheer met een arbeidsongeschikte verzekerde vroegtijdig plaatsvinden en dit ten laatste vóór het einde van de derde maand. Dit eerste contact kan gebeuren in de vorm van een oproeping voor een raadpleging of van een vraag om inlichtingen ter voorbereiding van een latere raadpleging.

Indien de adviserend geneesheer over alle vereiste en toereikende medische, sociale en administratieve gegevens beschikt, kan bij aandoeningen met ernstige, goed geïdentificeerde functionele stoornissen die een langere arbeidsongeschiktheidsperiode verantwoorden, dit contact worden uitgesteld.

Wanneer uit de medische gegevens kan worden besloten dat een re-integratie niet meer mogelijk lijkt, is dit contact niet verplicht.

Artikel 12. Organisatie van een raadpleging

Een oproeping voor een medico-socio-professionele raadpleging moet enkel worden gepland als ze nuttig en noodzakelijk is en een medico-socio-professionele meerwaarde biedt.

Bepaalde gegevens kunnen via andere kanalen worden verzameld (bv. vragenlijst op papier, telefonisch contact, ...).

Het organiseren van een raadpleging is onder meer verantwoord in één of meerdere van de volgende situaties:

- wanneer het gaat om verzekerden die het werk niet spontaan zullen hervatten en voor wie de adviserend geneesheer oordeelt dat een hervatting mogelijk is of zal zijn
- wanneer het gaat om verzekerden met een risico op langdurige afwezigheid, die een begeleiding noodzakelijk maakt
- de raadpleging is nuttig voor de verzekerde, de adviserend geneesheer of het medisch-sociaal-administratief team.

Artikel 13. Datum van oproeping en bijhouden van de agenda

Op basis van de gezondheidsgegevens, van het GAO (diagnose of symptomen en duur van de A.O.) en van de beschikbare administratieve gegevens legt de adviserend geneesheer, indien nodig, een datum vast voor de oproeping van de verzekerde:

- op basis van de handleidingen voor de evaluatie voor de groepen van specifieke pathologieën die door de Technisch Medische Raad (TMR) zijn bepaald
- bij gebrek aan handleidingen: naargelang de ernst van de functionele gevolgen, de verwachte duur van de arbeidsongeschiktheid, de noodzaak om re-integratietrajecten met de verzekerde uit te werken
- in de gevallen waaraan men wegens de antecedenten van de verzekerde een bijzondere aandacht moet schenken: kennisgevingen van einde, beroep bij de arbeidsrechtbanken, vermoeden van voorafbestaande toestand, afwezigheid van verdienvermogen, ...

In de gevallen waarin de adviserend geneesheer op basis van de elementen waarover hij beschikt, kan vaststellen dat een re-integratie onmogelijk zal zijn in geen van de beroepen toegankelijk voor de verzekerde, kan hij beslissen om de verzekerde niet op te roepen.

De adviserend geneesheer is verantwoordelijk voor het beheer van de planning van de oproepingen.

Artikel 14. Administratieve organisatie van de oproepingen

Een oorspronkelijk geplande raadpleging kan slechts worden geschrapt op basis van richtlijnen van de geneesheer-directeur.

De oproeping wordt ten vroegste 21 kalenderdagen vóór de geplande oproepingsdatum naar de verzekerde gestuurd.

Artikel 15. Dringende oproeping als gevolg van de ontvangst van het GAO

In de volgende gevallen moet de adviserend geneesheer de verzekerde zo snel mogelijk oproepen (maximaal 30 kalenderdagen na de datum van ontvangst van het GAO):

- in geval van vermoeden van een voorafbestaande toestand of van afwezigheid van een verdienvermogen
- in geval van herval na een kennisgeving van beslissing van het einde van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.

Indien de adviserend geneesheer die termijn niet naleeft, noteert hij de reden daarvoor in het dossier.

HOOFDSTUK 10. RAADPLEGING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Artikel 16. Raadpleging van de adviserend geneesheer

De medewerkers van de adviserend geneesheer bereiden de raadpleging voor en verzamelen onder meer:

- de socioprofessionele informatie
- de medische verslagen
- de administratieve informatie
- de historiek van de periodes van arbeidsongeschiktheid
- de contactgegevens van de behandelende arts

en zij sorteren de informatie die wordt geleverd door:

- de verzekerde
- de werkgever
- de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer
- de behandelende arts
- de trajectbegeleider van de gewestelijke of gemeenschapsdienst.

De leden van het medi-sociaal-administratief team hebben toegang tot het medisch dossier en kunnen dit aanvullen. De adviserend geneesheer ziet erop toe dat zijn medewerkers het medisch geheim in acht nemen en geen enkel initiatief nemen tot onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Op basis van de verzamelde inlichtingen stelt de adviserend geneesheer vast of een raadpleging nodig is en legt hij de datum ervan vast.

Bij verzekerden met een risico op langdurige ongeschiktheid of in de gevallen die worden beoogd in artikel 15, is de raadpleging essentieel en moet de adviserend geneesheer persoonlijk:

- de socioprofessionele gegevens herbekijken/bevestigen
- een klinisch onderzoek uitvoeren op basis van de klachten die de huidige arbeidsongeschiktheid verantwoorden
- de functionele gevolgen en de restcapaciteiten precies bepalen
- nagaan of de verzekerde al dan niet aan artikel 100, § 1 / artikel 19 beantwoordt
- met de verzekerde een socioprofessionele re-integratie bespreken en daarbij in onderling overleg een re-integratieplan met een tijdschema opstellen.

Tijdens de raadpleging wordt de identiteit van de verzekerde nagegaan, indien nodig, op basis van bewijsstukken zoals wettelijke identiteitsdocumenten.

In geval van twijfel over de identiteit van de verzekerde en indien bij gebrek aan documenten (identiteitskaart of paspoort) het nazicht ervan onmogelijk blijkt, past de adviserend geneesheer artikel 134, § 2 toe, of artikel 24 indien het een zelfstandige betreft. Zodra de identiteit is bewezen, wordt de toepassing opgeheven.

Artikel 17. Begeleiding van het professioneel re-integratietraject van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden

Op basis van de voorbereidende activiteiten van het medico-sociaal-administratief team en/of van een eerste contact evalueert de adviserend geneesheer persoonlijk de functionele beperkingen van de gerechtigde en diens restcapaciteiten en neemt hij initiatieven met het oog op een socioprofessionele re-integratie.

De factoren die het proces van professionele re-integratie vergemakkelijken of afremmen, moeten zo snel mogelijk worden geïdentificeerd.

De adviserend geneesheer neemt alle nodige maatregelen en neemt met het akkoord van de gerechtigde contact op met elke natuurlijke of rechtspersoon die kan bijdragen tot zijn professionele re-integratie, namelijk de behandelende arts, de werkgever, de preventieadviseur, de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer alsook andere preventieadviseurs van de Dienst voor preventie en bescherming op het werk, de trajectbegeleider van de gewestelijke of gemeenschappelijke instellingen die voor opleiding en tewerkstelling bevoegd zijn.

HOOFDSTUK 11. OVERDRACHT VAN DE NOODZAKELIJKE GEGEVENS AAN DE GRI

Artikel 18. Deelname aan de inzameling van de vereiste gegevens voor de fluxen

De adviserend geneesheer moet zijn beslissingen en alle nodige gegevens zo snel mogelijk aan de fluxen toevoegen zodat de administratie van de verzekeringsinstelling ze binnen de reglementaire termijnen kan verzenden.

Artikel 19. Voorstel tot intrede in invaliditeit

De adviserend geneesheer deelt het voorstel tot intrede in invaliditeit mee aan de medische directie zodat dit ten vroegste 2 maanden en ten laatste 30 kalenderdagen vóór de begindatum van de periode van invaliditeit naar de GRI kan worden verzonden.

Voor de zelfstandigen die volgens de adviserend geneesheer aan artikel 19 beantwoorden maar niet aan artikel 20, gelden dezelfde termijnen.

Artikel 20. Verlenging van de invaliditeit

De adviserend geneesheer deelt het voorstel tot verlenging van de invaliditeit mee aan de medische directie zodat dit ten vroegste 2 maanden en ten laatste 30 kalenderdagen vóór het verstrijken van de periode waarvoor de staat van invaliditeit is erkend, kan worden verzonden.

Artikel 21. Herval in invaliditeit

In geval van herval in invaliditeit is de adviserend geneesheer bevoegd om de staat van invaliditeit te erkennen voor een maximale periode van 30 kalenderdagen vanaf de datum van het herval.

De adviserend geneesheer deelt zijn beslissing of zijn voorstel mee aan de medische directie met het oog op de verzending ervan zo vlug als mogelijk en ten laatste 30 kalenderdagen na de ontvangstdatum van het getuigschrift van het herval.

Artikel 22. Flux INFO: vraag om informatie door een geneesheer-inspecteur in het kader van de evaluatie van een invaliditeitsdossier

De adviserend geneesheer deelt binnen 5 werkdagen de gevraagde informatie mee zodat die via de flux naar de GRI kan worden verstuurd.

Artikel 23. Flux "primaire ongeschiktheid"

De adviserend geneesheer deelt aan de medische directie voor verzending aan de GRI de stand van zaken mee op de eerste dag van de zevende maand primaire ongeschiktheid.

Artikel 24. Termijnen van de bijzondere fluxen

De adviserend geneesheer deelt aan de medische directie de noodzakelijke informatie mee zodat de onderstaande fluxen ten laatste 15 kalenderdagen na de datum van beslissing van de adviserend geneesheer of van de kennisneming van het feit door de adviserend geneesheer aan de GRI kan worden bezorgd:

Gegevensstroom	Termijn
Regularisatie aanvraag intrede INV + einde	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Regularisatie verlenging INV + einde	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Regularisatie hervat INV + einde	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Regularisatie na arbeidsrechtbanken of andere	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Verlenging na niet-toegestane arbeid (art. 101- 23 ^{ter})	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Einde	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer of de kennisneming ervan
Toepassing artikel 134, § 2 / 24 door de AG	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Opheffing artikel 134, § 2 / 24 door de AG	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer of de kennisneming ervan
Begin HVD	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer
Einde HVD	15 dagen na de datum van de beslissing van de adviserend geneesheer

HOOFDSTUK 12. GEDEELTELIJKE HERVATTING VAN DE BEROEPSACTIVITEIT (RTTP)

Artikel 25. Algemene bepalingen

De gedeeltelijke hervattingen van de beroepsactiviteiten moeten worden aangemoedigd want zij handhaven de band tussen de verzekerde en de beroepsactiviteit en begunstigen de volledige werkhervattingen.

Telkens als de adviserend geneesheer een gedeeltelijke hervatting van de beroepsactiviteit mogelijk acht, brengt hij de verzekerde ervan op de hoogte en moedigt hij hem aan om zo veel mogelijk het werk te hervatten.

In het kader van artikel 100, § 2, wanneer de verzekerde de adviserend geneesheer op de hoogte brengt van een gedeeltelijke werkhervatting, neemt de adviserend geneesheer zo snel mogelijk of ten laatste binnen 30 werkdagen persoonlijk de beslissing tot toestemming of tot weigering.

Voor de zelfstandigen blijft het voorafgaandelijk akkoord voor de hervatting van een beroepsactiviteit in het kader van artikel 23 en 23^{bis} verplicht.

Artikel 26. Beslissingsmodaliteiten voor de werknemers

In het kader van artikel 100, § 2 noteert de adviserend geneesheer in het dossier het volume en de aard van het toegestane werk evenals het type van uurregeling voor de prestaties. Hij bepaalt de begindatum van de toestemming tot gedeeltelijke werkhervatting.

- a. In de gevallen waarbij de gedeeltelijke hervatting van de beroepsactiviteiten een volledige professionele re-integratie beoogt, evalueert de adviserend geneesheer persoonlijk de arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 100 volgens de verwachte medische evolutie. Als de volledige werkhervatting mogelijk is (de verzekerde beantwoordt niet meer aan art. 100, § 2) en de verzekerde niet spontaan zijn volledige activiteit heeft hervat, maakt de adviserend geneesheer persoonlijk een einde aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid. De adviserend geneesheer maakt dus zelf een einde aan artikel 100, § 2 op voorwaarde dat de betrokkene effectief de toegelaten activiteit uitoefent.
- b. Indien de adviserend geneesheer persoonlijk de toelating voor een onbepaalde duur toekent en indien de verzekerde zijn gedeeltelijke activiteit voor een periode van meer dan 6 maanden stopzet, herevalueert de adviserend geneesheer de situatie.
- c. Activiteiten zonder economische meerwaarde of welke louter occasioneel zijn, vereisen geen toestemming.

De beoordeling van de noodzaak van een toestemming is de bevoegdheid van de adviserend geneesheer persoonlijk.

De situaties zijn echter zeer divers en moeten geval per geval worden geanalyseerd op basis van wat de verzekerde wenst. De adviserend geneesheer voegt de precieze informatie aan het dossier toe en verleent, indien nodig, de toestemming.

In geval van geschil of meningsverschillen onder de controleorganen moet de adviserend geneesheer persoonlijk zijn nota's in verband met de verklaringen van de persoon en zijn beoordeling van de activiteit ter beschikking stellen van de sociaal controleur of van de geneesheer-inspecteur.

Artikel 27. Beslissingsmodaliteiten voor de zelfstandigen

In het kader van artikel 23 en voor zover de gerechtigde overeenkomstig artikel 19 of 20 arbeidsongeschikt blijft erkend, stemt de adviserend geneesheer met het oog op de volledige re-integratie van de verzekerde persoonlijk in met de uitoefening van een beroepsactiviteit die met de gezondheidstoestand verenigbaar is.

Elke toegestane periode betreft maximaal 6 maanden en kan in totaal tot 18 maanden worden verlengd.

De adviserend geneesheer noteert in het dossier de aard, het volume en de uitoefeningsvoorwaarden en bepaalt de duur van het akkoord.

In het kader van artikel 23bis en voor zover de gerechtigde overeenkomstig artikel 19 of 20 arbeidsongeschikt blijft erkend, stemt de adviserend geneesheer persoonlijk in met de hervatting van een activiteit, zonder dat de volledige re-integratie zoals bedoeld in artikel 23 wordt beoogd, of indien de volledige re-integratie aan het einde van de uitoefening van een toegestane activiteit, zoals bedoeld in artikel 23, is mislukt.

De adviserend geneesheer bepaalt persoonlijk de aard, het volume en de uitoefeningsvoorwaarden van die activiteit en bepaalt de begindatum van de toestemming.

De adviserend geneesheer voert minstens om de 6 maanden een medisch onderzoek uit om de staat van arbeidsongeschiktheid te controleren, tenzij de gegevens in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden.

Artikel 28. Inhoud en kwaliteit van de flux RTTP

De flux bevat alle gegevens met betrekking tot de aanvragen, toestemmingen, weigeringen en wijzigingen inzake toegestane activiteiten, niet-toegestane activiteiten en het gekende vrijwilligerswerk.

De adviserend geneesheer is verantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de gegevens die in de flux zijn ingevoerd.

Alle gegevens moeten in de flux worden ingevoerd binnen een termijn van 8 kalenderdagen.

Alle beslissingen inzake toestemmingen, weigeringen en wijzigingen van activiteiten, evenals alle aantekeningen inzake vrijwilligerswerk moeten op de dag van de beslissing in het dossier worden vermeld. Die informatie moet met het oog op een eventuele controle, ter beschikking worden gesteld van de sociaal controleur, de sociaal inspecteur of de geneesheer-inspecteur.

Er bestaat echter een uitzondering voor de informatie over de uurregelingen en de ondernemings- en RSZ-nummers. Het RSZ-nummer en het ondernemingsnummer moeten worden meegedeeld binnen een termijn van 8 kalenderdagen vanaf het moment waarop de verzekeringsinstelling over die informatie beschikt. De uurroosters worden meegedeeld binnen een termijn van 8 kalenderdagen. Uitzonderlijk kan men die termijn tot maximaal 30 kalenderdagen uitbreiden. De reden voor die verlenging van de termijn moet men in het dossier vermelden.

Artikel 29. Voorwaarden tot elke toestemming voor een gedeeltelijke hervatting van een activiteit voor werknemers en zelfstandigen

Om te kunnen genieten van een toestemming voor een hervatting van een gedeeltelijke activiteit moet de verzekerde gedurende minstens 1 dag al zijn activiteiten hebben stopgezet.

Artikel 30. Einddatum toegestane activiteit

- Algemene regeling:
De vermelding van de einddatum van de toestemming is niet verplicht
- Zelfstandigen:
De datum van het einde van de toestemming voor de zelfstandigen hangt van de wettelijke basis af. De vermelding ervan is verplicht voor artikel 23 en niet voor artikel 23bis.

Artikel 31. Uurrooster

Men onderscheidt 3 types van uurrooster:

Vast uurrooster:

Een vast uurrooster moet men vermelden in alle gevallen waarin dit mogelijk is. Hierbij vermeldt men de vaste werkdagen en –uren, evenals het volume uitgedrukt in uren per week.

Vast uurrooster met flexibele werktijd:

Er is een vast uurrooster maar alleen het beginuur en het einduur per dag worden vastgelegd, met bepaling van een maximum aantal werkuren per dag, die op een flexibele wijze door de verzekerde kunnen worden ingevuld (bijvoorbeeld: glijdende uren). Het volume uitgedrukt in uren per week moet altijd worden vermeld.

Variabel uurrooster:

Wegens medische of organisatorische redenen, wordt het uurrooster volgens de behoeften bepaald. In die gevallen kan geen vast uurrooster worden vermeld en is niet vooraf geweten op welke momenten de verzekerde het toegestane maximale volume per week zal presteren. In dit geval wordt in de flux enkel vermeld dat het om een variabel uurrooster gaat en moet geen precies uurrooster worden overgemaakt. Het volume, uitgedrukt in uren per week, moet altijd worden vermeld. Het gedetailleerde gepresteerde uurrooster van de werknemer moet bij de werkgever beschikbaar zijn.

(Opmerking: in geval van vrijwilligerswerk moet men geen volume noch uurrooster vermelden).

Artikel 32. Einde van de toestemming

Elke onderbreking in de gegevensstroom beantwoordt aan een effectieve beslissing die niet alleen in de gegevensstroom moet worden vermeld, maar ook schriftelijk aan de verzekerde moet worden meegedeeld. Die kennisgeving is niet noodzakelijk in de gevallen waarin de verzekerde zelf zijn gedeeltelijke werkhervatting of zijn arbeidsongeschiktheid heeft stopgezet.

Aangezien een toestemming enkel geldt voor de lopende arbeidsongeschiktheidsperiode maakt elk "einde van arbeidsongeschiktheid" automatisch ook een einde aan de toestemming. Dit vereist geen aparte schriftelijke mededeling. Bij herval is dus een nieuwe toestemming nodig.

Indien de verzekerde zijn gedeeltelijke activiteit voor een periode van meer dan 6 maanden stopzet, beoordeelt de adviserend geneesheer opnieuw de situatie.

HOOFDSTUK 13. AFWEZIGHEID OP DE CONTROLE ZONDER GELDIGE REDEN*Artikel 33. Toepassing van artikel 134, § 2 of artikel 24*

In de gevallen waarin de adviserend geneesheer vaststelt dat de verzekerde niet aan de hem opgelegde controleverplichtingen beantwoordt, past de adviserend geneesheer artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet toe of artikel 24 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 voor de zelfstandigen, en dit zolang de rechthebbende die verplichtingen niet vervult.

Die "controleverplichtingen" zijn onder meer:

- zich aanbieden na een oproeping door de adviserend geneesheer
- meewerken aan elk contact of onderzoek van de adviserend geneesheer
- op verzoek van de adviserend geneesheer verslagen of documenten voorleggen.

De toepassing van artikel 134, § 2 of van artikel 24 heeft zware gevolgen voor de verzekerde gezien dit een onderbreking van de uitkeringen inhoudt. De adviserend geneesheer ziet toe op de oordeelkundige toepassing ervan, ook met het oog op de preventie van een recidief.

Artikel 34. Stopzetting en opheffing van artikel 134, § 2 of artikel 24

De adviserend geneesheer onderzoekt de aangevoerde motieven van de verzekerde en voegt ze toe aan het medisch dossier met de datum waarop de verzekerde contact heeft opgenomen. Vanaf het moment waarop de verzekerde effectief voor de controle beschikbaar is, wordt artikel 134, § 2 of artikel 24 stopgezet (art. 134, § 2 of art. 24 blijft van toepassing tot vóór de dag waarop de verzekerde beschikbaar is voor controle). De adviserend geneesheer kan op basis van de aangevoerde motieven de toepassing van artikel 134, § 2 of artikel 24 voor de voorafgaande periode opheffen (de toepassing van art. 134, § 2 of art. 24 wordt dan geannuleerd vanaf de begindatum van de toepassing ervan).

De adviserend geneesheer is bevoegd voor de opheffing of stopzetting van artikel 134, § 2 of artikel 24 als gevolg van een beslissing die hij zelf of een andere adviserend geneesheer van dezelfde verzekeringsinstelling heeft genomen, na eventueel overleg met laatstgenoemde.

Elke beslissing moet in het medisch dossier met redenen omkleed zijn.

Artikel 35. Einde erkenning als gevolg van toepassing artikel 134, § 2 of artikel 24 van lange duur

De adviserend geneesheer past artikel 134, § 2 / 24 toe voor elke verzekerde die zonder geldige reden zich niet aanbiedt op het onderzoek of weigert zich te onderwerpen aan de hem opgelegde controleverplichtingen vermeld in artikel 33 van deze Richtlijnen en voor dewelke de verzekerde per aangetekende zending was uitgenodigd.

De adviserend geneesheer persoonlijk stelt een einde aan de erkenning van arbeidsongeschiktheid op de 60ste kalenderdag, te rekenen vanaf de dag van het eerste voorziene onderzoek, als het artikel 134, § 2 / 24 zonder geldige reden aanhoudt.

Indien de verzekerde eerst per gewone brief was uitgenodigd en deze zonder geldige reden zich niet aanbiedt op het onderzoek of weigert zich te onderwerpen aan de hem opgelegde controleverplichtingen vermeld in artikel 33 van deze Richtlijnen, worden de uitkeringen onderbroken en wordt een informatiebrief verzonden aan de verzekerde. De verzekerde wordt per aangetekende zending uitgenodigd voor een onderzoek dat moet worden uitgevoerd binnen de 30 werkdagen te rekenen vanaf de eerste oproepdatum (waarvoor hij per gewone brief was uitgenodigd).

HOOFDSTUK 14. ONDERZOEK IN GEVAL VAN NIET-TOEGESTANE WERKHERVATTING

De adviserend geneesheer voert persoonlijk een medisch onderzoek uit binnen de 30 werkdagen vanaf de datum van ontvangst in de verzekeringsinstelling van de vaststelling van de uitoefening van een niet-toegestane activiteit van een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde en evalueert de arbeidsongeschiktheid op het moment van het onderzoek in het kader van een toepassing van artikel 101 of artikel 23^{ter}.

HOOFDSTUK 15. MODALITEITEN VOOR DE KENNISGEVINGEN

Artikel 36. Kennisgevingen motivering van de beslissing aan de verzekerde

De adviserend geneesheer deelt zijn beslissingen binnen de termijnen en in de vormen overeenkomstig de Verordening op de uitkeringen mee aan de verzekerde en zo nodig aan de bewindvoerder, voor de gunstige beslissingen per gewone brief en voor de ongunstige beslissingen per aangetekende zending of tegen ontvangstbewijs.

Alle ongunstige beslissingen moeten met redenen omkleed zijn zodanig dat de verzekerde ze kan begrijpen en in het bijzonder wanneer het gaat om een beslissing van einde van erkenning van arbeidsongeschiktheid.

Op de kennisgeving moet duidelijk worden vermeld welke adviserend geneesheer de beslissing heeft genomen. De kennisgeving moet conform de wetgeving op het gebruik van de talen zijn.

Indien het adres van de verblijfplaats van de verzekerde verschilt van het adres vermeld in de Kruispuntbank, zal de kennisgeving aangetekend worden verstuurd naar dit laatste adres, en per gewone brief naar het verblijfsadres.

HOOFDSTUK 16. RE-INTEGRATIEPLAN

De adviserend geneesheer beheert persoonlijk het proces van de evaluatie en van de re-integratie van de arbeidsongeschikte verzekerde en dit met een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak.

Hij werkt met alle betrokken actoren samen, coördineert de activiteiten, ziet toe op de toepassing en naleving van de reglementeringen en spreekt zich uit over de specifieke situatie van elke verzekerde.

De adviserend geneesheer werkt een individueel actieplan uit op basis van de verwachte evolutie van de lopende arbeidsongeschiktheid, en staat in voor de follow-up ervan rekening houdend met de gezondheidstoestand van de verzekerde en met de socioprofessionele en psychosociale factoren.

Het actieplan en zijn evolutie worden in het dossier genoteerd en is ter beschikking van de controleorganen.

HOOFDSTUK 17. SAMENWERKING MET DERDEN

De adviserend geneesheer zorgt voor een vlotte samenwerking met de collega's, in het bijzonder met de behandelende artsen, de preventieadviseurs, de preventieadviseur – arbeidsgeneesheren alsook de andere preventieadviseurs van de dienst voor preventie en bescherming op het werk, de therapeutische sector en de loco-regionale teams die zich met de re-integratie bezighouden, ... Hij respecteert daarbij de regels van de medische deontologie en het statuut van de adviserend geneesheren.

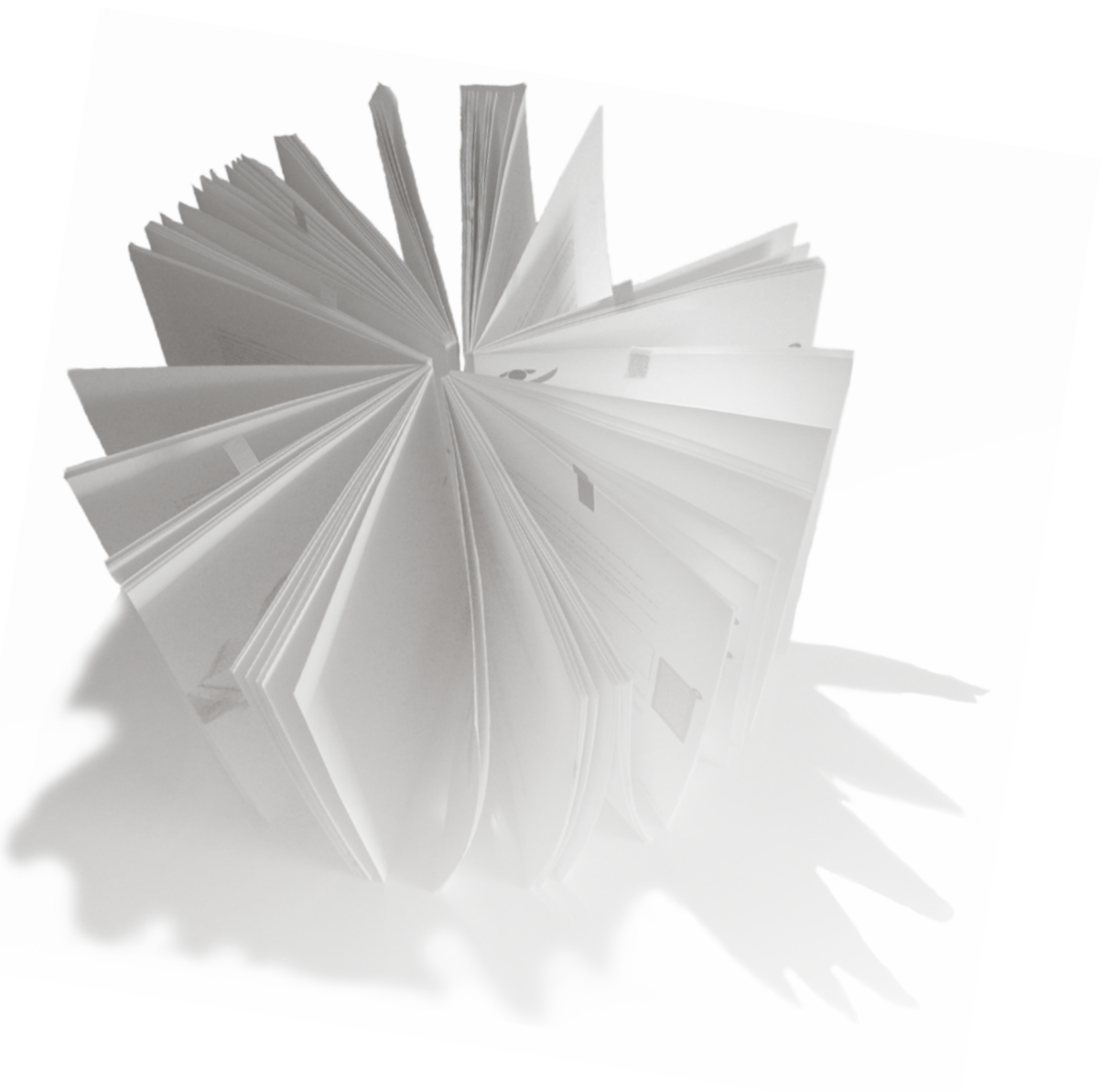
HOOFDSTUK 18. SLOTBEPALING

Deze richtlijnen vervangen de richtlijnen van het Comité van de DGEC inzake arbeidsongeschiktheid.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/274 – 4bis/1 van 14 september 2015.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 januari 2016 - Welvaart

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2^e uitgave) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 januari 2016 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
17.649,88 EUR	3.267,47 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2015/208 – 3991/270 van 10 juli 2015.

II. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2015

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2^e uitgave) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijsen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Van toepassing vanaf 1 januari 2016:

Gemiddeld inkomensbedrag – Vorige dienstjaar (2015)	
Gerechtigden	Personen ten laste
17.175,01 EUR	3.179,56 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2015/209 – 3991/271 van 10 juli 2015.

III. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3de lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten, welvaart

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Indexering van de grensbedragen (bedragen in EUR)	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf 1 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56

Van toepassing vanaf 1 januari 2016.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/210 – 270/66, 273/66, 274/68, 2790/66, 2791/66, 2792/65, 3910/1447 en 83/451 van 10 juli 2015.

IV. Herwaardering van prestaties op 1 september 2015 - Algemene regeling

...

1. Basiselementen

a. Algemene regeling

1) Herwaardering van de uitkeringen (exclusief minima) met 2 % voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 (recurrentie van 6 jaar) (conjuncturele maatregel)

Met ingang van 1 september 2015 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2009 tot 31 december 2009, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

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

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor loontrekkenden worden als volgt aangepast op 1 september 2015 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 12.765,99 EUR naar 13.021,31 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 10.216,01 EUR naar 10.420,33 EUR.

Vanaf 1 september 2015 worden de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 55,0693 EUR, afgerond 55,07 EUR
- alleenstaanden: 44,0693 EUR, afgerond 44,07 EUR.

3) Herwaardering met 2 % van de uitkering “minimum regelmatig werknemer” voor samenwonenden (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag “minimum regelmatige werknemer” voor samenwonende gerechtigden stijgt op 1 september 2015 van 28,0753 EUR naar 28,6368 EUR (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2015 wordt de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkering voor samenwonende gerechtigden “regelmatige werknemers” als volgt vastgesteld: 37,7863 EUR, afgerond op 37,79 EUR.

4) Herwaardering met 2 % van de uitkeringen “minimum niet regelmatig werknemer” tengevolge van de verhoging van de bedragen van het leefloon (conjuncturele maatregel)

De bedragen op jaarbasis van het leefloon worden als volgt aangepast op 1 september 2015 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 9.911,21 EUR naar 10.109,43 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 7.433,40 EUR naar 7.582,07 EUR.

Vanaf 1 september 2015 worden de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “niet regelmatig werknemers” als volgt vastgelegd:

- gerechtigden met gezinslast: 42,7545 EUR, afgerond op 42,75 EUR
- gerechtigden zonder gezinslast: 32,0658 EUR, afgerond op 32,07 EUR.

b. Regeling der zelfstandigen

a) Herwaardering met 2 % van de forfaits toegekend aan de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet (conjuncturele maatregel)

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2015, tengevolge van de herwaardering met 2 %, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen verhoogt op 1 september 2015 (basis 103,14) voor:

- gerechtigden met gezinslast: van 12.765,99 EUR naar 13.021,31 EUR
- alleenstaande gerechtigden: van 9.739,51 EUR naar 9.934,31 EUR.

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” worden op 1 september 2015 (spilindex 119,62) vastgelegd op respectievelijk 55,0693 EUR, afgerond 55,07 EUR en 42,0139 EUR, afgerond 42,01 EUR.

Het forfait “samenwonende” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet wordt verhoogd met 2 % op 1 september 2015.

Het basisbedrag van het forfait samenwonende wordt verhoogd van 25,1116 EUR naar 25,6138 EUR op 1 september 2015 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2015 wordt het, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, forfait samenwonende op 33,7974 EUR vastgelegd, afgerond 33,80 EUR.

b) Herwaardering met 2 % van de forfaits toegekend aan de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet (conjuncturele maatregel)

De forfaits voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet worden verhoogd op 1 september 2015, tengevolge van de herwaardering met 2 %, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling.

Deze forfaits worden vastgelegd op 1 september 2015 (spilindex 119,62):

- forfait met gezinslast: 55,0693 EUR, afgerond 55,07 EUR
- forfait alleenstaande: 44,0693 EUR, afgerond 44,07 EUR
- forfait samenwonende 37,7863 EUR, afgerond 37,79 EUR.

c) Herwaardering met 2 % van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie. (conjuncturele maatregel)

Het basisbedrag van de wekelijkse moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie verhoogt van 333,84 EUR naar 340,52 EUR op 1 september 2015 (basis 103,14).

Vanaf 1 september 2015 wordt de, aan spilindex 119,62 geïndexeerde, moederschapsuitkering en uitkering voor adoptie op 449,32 EUR vastgelegd, voor elke uitgekeerde week.

2. Toepassingsdatum

1 september 2015



U vindt de tabel D op onze site: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/uitkeringen_tabel_d.pdf.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/268 - 45/254 - 482/126 van 2 september 2015.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
De h. Jan Demey
Mevr. Nancy Demarneffe
Mevr. Caroline Schellis
De h. Cédric Stassin
Mevr. Marie Lejeune
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
De h. Youssef El boutaibe
Mevr. Evy Kenzeler
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR
IBAN BE84 6790 26215359
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : 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