

1<sup>ste</sup> Deel

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



## 3<sup>de</sup> en 4<sup>de</sup> trimester 2018

### 1. Wet

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.07.2018	19.07.2018	Wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg

#### Samenvatting van de wijzigingen

Op 1 januari 2019 wordt, voor de ziekenhuisverblijven tijdens dewelke standaardiseerbare, weinig complexe zorg wordt verleend, die van de ene patiënt tot de andere en van ziekenhuis tot ziekenhuis weinig verschilt, het bedrag van de honoraria dat de zorgverzekering vergoedt, globaal, vast en onafhankelijk van het zorgproces voor de individuele patiënt. Deze “globale prospectieve bedragen” variëren in functie van de redenen voor de opname (pathologie) en van de aard van de behandeling, maar zijn in elk ziekenhuis identiek.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.11.2018	30.10.2018	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid

#### Samenvatting van de wijzigingen

De wet brengt verschillende wijzigingen aan in het domein van de geneeskundige verzorging:

- het opleggen van een verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan als bijkomende maatregel voortaan worden opgelegd door de Kamer van eerste aanleg en de Kamers van beroep. Meer bepaald in twee gevallen: als het dossier een beroep is tegen een beslissing van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en als er misbruik van de derdebetalersregeling is aangetoond. De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan de derdebetalersregeling schorsen voor maximum twaalf maanden bij ernstige aanwijzingen van bedrog. Een zorgverstrekker met een verbod tot uitoefening van zijn beroep, mag voortaan ook niet meer voorschrijven. Doet hij of zij het wel, dan kan er een sanctie volgen
- er worden verbeteringen voorgesteld om de wetgeving aan te passen aan de nieuwe Europese reglementaire kaders inzake implantaten
- het systeem van automatische retributie bij overschrijding van de globale vergoedingsmassa van de apothekers wordt opgeheven. In plaats daarvan wordt bij overschrijding analoog gehandeld als in andere sectoren
- de farmaceutische zorg wordt als terugbetaalbare verstrekking opgenomen in het artikel 34 van de wet betreffende de ziekteverzekering. Dit past in het kader van de verschuiving van de honorering van de apothekers voor de aflevering van een geneesmiddel naar de (voortgezette) farmaceutische zorg voor de patiënten
- een algemene wettelijke basis wordt gecreëerd om een systeem van kwaliteitspromotie in te voeren in alle sectoren, en in eerste instantie voor de kinesitherapie. De criteria waaraan de zorgverstrekkers moeten voldoen om een kwaliteitspremie te ontvangen, zullen bij koninklijk besluit worden bepaald
- zij bevat bepalingen betreffende de harmonisering van het sociaal statuut van de zorgverleners

- voor de toepassing van de maximumfactuur zal rekening worden gehouden met de meest recente inkomensgegevens (met betrekking tot het tweede in plaats van het derde voorafgaande jaar) om dichter aan te sluiten bij de actuele inkomenssituatie van de verzekerden
- een nieuwe artikel 191<sup>quinquies</sup> wordt ingevoegd. Het artikel verlengt de hulp voor farmaceutische bedrijven die in België activiteiten op het vlak van onderzoek, ontwikkeling en innovatie verrichten
- het elektronisch voorschrift voor geneesmiddelen wordt verplicht. De datum zal bij koninklijk besluit worden vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.12.2018	14.12.2018	Wet houdende diverse arbeidsbepalingen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van het adoptieverlof voor de werknemers wijzigt deze wet meer bepaald artikel 30<sup>ter</sup>, § 1, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten om de notie “kind met een handicap” uit te breiden vanaf 31 december 2018 en enkel voor de aanvragen die bij de werkgever vanaf diezelfde datum worden ingediend.

Deze notie omvat dus ook de kinderen met een aandoening die tot gevolg heeft dat ten minste 9 punten worden toegekend in de drie pijlers samen van de medisch-sociale schaal in de zin van de regelgeving betreffende de kinderbijslag.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.07.2018	27.06.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- aanbrengen van de verwijzingen naar de Codex over het welzijn op het werk
- weigeren van de moederschapsuitkeringen voor de dagen die worden gedekt door het vakantiegeld tijdens de uitvoering van aangepast werk (“gedeeltelijke werkverwijdering”)
- niet in aanmerking nemen van de forfaitaire vergoeding toegekend in het kader van het wijkwerken voor de bepaling van de precieze gezinssituatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde
- actualiseren van de terminologie in de Nederlandse tekst: vervanging van het woord “geneeshe(e)r(en)” door “arts(en)”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.08.2018	03.07.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 237 <sup>quinquies</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in de paragrafen 2 en 3 van artikel 237<sup>quinquies</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de volgende woorden ingevoegd: “en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend”.

Die reglementaire wijziging beoogt de leesbaarheid te verbeteren van een van de voorwaarden voor de toekenning van de inhaalpremie, en de formulering ervan in de reglementaire tekst, namelijk de voorwaarde met betrekking tot de hoedanigheid van de invalide gerechtigde in de maand mei van het betalingsjaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.08.2018	30.07.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 124 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 124, § 1, 2°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt de zin “Evenzo kunnen de gerechtigden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7° tot 11<sup>ter</sup> en 16°, ervoor kiezen om als persoon ten laste te worden ingeschreven indien zij een pensioen genieten dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als dusdanig beschouwde loopbaan” opgeheven.

De rechthebbenden die ingeschreven zijn in de hoedanigheid van persoon ten laste krachtens de bepalingen van artikel 124, § 1, 2°, tweede lid, tweede zin, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 die van toepassing zijn voor de inwerkingtreding van het huidig besluit, bewaren hun inschrijving als persoon ten laste mits zij de andere reglementaire voorwaarden hiertoe vervullen en mits hun situatie niet wijzigt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.10.2018	07.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 214 en 226 <sup>bis</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 214, § 2, tweede lid: verhoging van de minimumuitkering als niet-regelmatige werknemer die wordt toegekend aan een gerechtigde met persoon ten laste via de koppeling aan het (nieuwe) bedrag van het leefloon dat toepasbaar is op de persoon die met een gezin te zijnen laste samenwoont

- in artikel 226*bis*, § 1: in het kader van de inkomensgrens die toepasbaar is op de gerechtigde die met een alleenstaande is gelijkgesteld (beroepsinkomen + vervangingsinkomen), neutralisatie van de verhoging van het leefloon dat toepasbaar is op de persoon die samenwoont met een gezin te zijnen laste (cat. 3) of van de minimumuitkering als niet-regelmatige werknemer die wordt toegekend aan een gerechtigde met een persoon ten laste voor het behoud van de hoedanigheid van gerechtigde die met een alleenstaande is gelijkgesteld, op voorwaarde dat de gerechtigde zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.10.2018	09.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt wijzigingen aan in afdeling IV van hoofdstuk 1 van titel III van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, namelijk:

- enerzijds de naamsverandering van de “Technisch medische raad” door het “Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid”
- anderzijds een uitbreiding van de bevoegdheden van dit orgaan (het kunnen laten uitvoeren van studies inzake de uitkeringsverzekering, deze te coördineren en advies uit te brengen)
- bepaalt de samenstelling en enkele werkingsregelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 februari 2018 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit wijzigt de initiële “garantiemaatregel” van drie maanden die in het kader van de hervorming van de cumulatierегeling in geval van een activiteit verricht met de toelating van de adviserend arts (bedoeld in art. 230 van het K.B. van 03.07.1996) was voorzien. In het bijzonder bepaalt dit koninklijk besluit een verlenging van deze garantiemaatregel onder bepaalde voorwaarden zonder een beperking in de tijd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.12.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 10, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 10, § 1 :
  - in de bepaling onder 3° wordt het woord “eenentwintig” telkens vervangen door het woord “tweeëntwintig” en worden de woorden “Om de vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen vast te leggen, wordt rekening gehouden met hun respectieve ledentallen; elke verzekeringsinstelling heeft ten minste recht op één mandaat van werkend lid en één mandaat van plaatsvervangend lid” ingevoegd na de woorden “door de verzekeringsinstellingen”
  - in de bepaling onder 6° worden de woorden “11°, 12° en 18°” geschrapt en de woorden “die behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid” worden toegevoegd na de woorden “herscholing”
  - in de bepaling onder 7° wordt het woord “zes” telkens vervangen door het woord “zeven” en worden de woorden “een gehoorprothesist, een ergotherapeut, een orthoptist, een podoloog, een vroedvrouw, een diëtist” ingevoegd na de woorden “een verstrekker van implantaten” en worden de woorden “Tot de werkende leden dienen verplichtend een verpleegkundige, een kinesitherapeut, een vroedvrouw, een verstrekker van implantaten en paramedische medewerkers te behoren en tot de plaatsvervangende leden dienen verplichtend een verpleegkundige, een verstrekker van implantaten en paramedische medewerkers te behoren.” ingevoegd na de woorden “door de representatieve beroepsorganisaties”
- de respectieve ledentallen van de verzekeringsinstellingen zijn vastgesteld voor de duur van elk mandaat in functie van het jaar voorafgaand aan de hernieuwing van de mandaten en het koninklijk besluit stelt het aantal daarvan vast op 31 december 2017.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.07.2018	27.06.2018	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 6, § 4<sup>bis</sup>, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de volgende toepassingsregels toegevoegd:

“Vullingen van caviteiten en opbouwen uit de rubriek “conserverende verzorging” op melktanden of op blijvende tanden bij kinderen onder de 15 jaar, uitgevoerd door middel van tandheelkundig amalgaam, geven geen recht op terugbetaling, tenzij de tandheelkundige dit vanwege specifieke medische behoeften van de patiënt strikt noodzakelijk acht. De verantwoording van het gebruik van het amalgaam moet door de tandheelkundige in het dossier van de patiënt bewaard worden en kan door de adviserend arts ter inzage opgevraagd worden.

Vullingen van caviteiten en opbouwen uit de rubriek “conserverende verzorging” bij zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, uitgevoerd door middel van tandheelkundig amalgaam, geven geen recht op terugbetaling.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.10.2018	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 32 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 32 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, wordt a) aangevuld
- het wordt aangevuld met een paragraaf 12, luidende: “§ 12. De verstrekking 589875-589886 mag enkel worden uitgevoerd en aangerekend in het kader van het opsporen van de K-RAS-mutatie bij gemetastaseerde colorectale kanker.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.10.2018	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 6/INFECTIEUZE SEROLOGIE wordt onder titel 1/Bloed, de verstrekking 552112-552123 ingevoegd vóór de verstrekking 552134-552145
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld door diagnoseregels 127.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.10.2018	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, e), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan in de verstrekking 475812-475823:

- de betrekkelijke waarde wordt door K 41,64 vervangen
- de volgende toepassingsregels worden na de verstrekking ingevoegd:

“De honoraria voor het electrocardiogram dat gemaakt wordt ter gelegenheid van deze inspanningsproef is inbegrepen in de honoraria voor de inspanningsproef.

De verstrekking 475812-475823 kan niet gecumuleerd worden met de verstrekking 475075-475086, behalve indien het electrocardiogram moet gebeuren omwille van een dringende medische situatie.”



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.10.2018	27.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 33, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 33, § 1 worden in de Franstalige tekst van diagnoseregule 18 de woorden “médecin spécialiste traitant” door de woorden “médecin traitant” vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 17, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bepaling onder 11°:
  - wordt de volgende toepassingsregel na de verstrekking 459690-459701 ingevoegd: “De verstrekking 459690-459701 kan niet worden aangerekend voor tandheelkundige toepassingen.”
  - worden de verstrekking en toepassingsregel 458953-458964 vóór de verstrekking 458732-458743 ingevoegd
- in de bepaling onder 11<sup>ter</sup> worden in het vierde lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking “459955-459966”, de woorden “458953-458964” na de rangnummers “458732-458743” ingevoegd
- in de bepaling onder 12°,
  - wordt het punt 11 van de omschrijving van de verstrekking 460670 door de woorden “458953” aangevuld
  - wordt het punt 1 van de omschrijving van de verstrekking 461016 door de woorden “458953” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 1, § 4 <sup>ter</sup> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
31.10.2018 – Editie 1	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 1, § 4 <sup>ter</sup> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 1, § 4<sup>ter</sup> worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het eerste lid wordt opgeheven
- in de bepaling onder punt 1:
  - worden de woorden “Stagemeester in de gespecialiseerde geneeskunde” vervangen door de woorden “In de gespecialiseerde geneeskunde”
  - wordt het tweede lid opgeheven.



- de bepaling onder 2 wordt als volgt vervangen:

“2. In de huisartsgeneeskunde.

De stagemeeester tarifeert de handelingen die hij verricht heeft samen met de arts in opleiding.

Wanneer de stagemeeester niet fysiek aanwezig is, gebruikt de arts in opleiding de getuigschriften van zijn stagemeeester, ondertekent ze, plaatst er zijn naam, zijn stempel en de vermelding “in opdracht van” op, gevolgd door de naam van zijn stagemeeester, op voorwaarde dat :

- a) ofwel de stagemeeester op elk moment telefonisch bereikbaar is;
- b) ofwel de stagemeeester het toezicht op de arts in opleiding aan een andere huisarts heeft gedelegeerd.

Tussen het einde van zijn stage en zijn erkenning tarifeert de arts zelf de handelingen die hij heeft verricht, aan 75 % van het honorarium.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 2, B van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 102174 wordt als volgt vervangen:

Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de neurologie of in de pediatrie en houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie

- de omschrijving van de verstrekking 102675 wordt als volgt vervangen:

Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde geneesheer-specialist in de neurologie of in de pediatrie en houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie

- in het eestelid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekkingen 103456 en 103471 worden de woorden “jonger dan 15 jaar” telkens vervangen door de woorden “jonger dan 16 jaar”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, c), II, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 20, § 1, c), II, van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 473911-473922 worden als volgt aangevuld: “De verstrekkingen nrs. 244215-244226, 244252-244263, 244311-244322, 244355-244366, 244370-244381, 244436-244440, 244451-244462, 244473-244484, 244495-244506, 244510-244521, 244532-244543, 244554-244565, 244576-244580, 244591-244602, 244613-244624 en 244635-244646 die zijn opgenomen in hoofdstuk V, artikel 14, d), van deze nomenclatuur worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden verricht door een geneesheer die is erkend als geneesheer-specialist voor de gastro-enterologie.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, l) en 15, § 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in artikel 14, l):
  - de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking 317295-317306 worden als volgt vervangen:
 

“+ Vervaardigen en plaatsen van obturators, prothesen voor breuk en ankylose, maxillofaciale prothesen, dilatators, mobilisators, distractoren met uitzondering van a) orthodontische apparatuur niet gebonden aan een chirurgische ingreep van artikel 14, l), en b) apparatuur voor niet-chirurgische snurk- of slaapapnoebehandeling: maximum K 600”.
  - de omschrijving van de verstrekking 313014-313025 wordt als volgt aangevuld:
 

“of in geval van reconstructie bij een patiënt met congenitale afwijking van het gelaatsskelet”.
- artikel 15, § 7, van dezelfde bijlage, wordt als volgt aangevuld: “De apparatuur vermeld onder a) en b) van de verstrekking 317295-317306 kan enkel van terugbetaling van de ZIV genieten indien ze geplaatst werd in de periode van 10 dagen voorafgaand of volgend op de datum van de terugbetaalde heelkundige verstrekking van artikel 14, l) met een waarde gelijk aan of groter dan K 180”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, §§ 4bis, l, 7, 9 en 12, 4°, 2, C, 3, § 1, A, II, 14, e), 14, k), l, § 1, D, 1°, 17, § 1, 12°, 18, § 2, B, d)septies, 20, §§ 1, c) en g) en 2, 24, §§ 1 en 2, en 25, §§ 1 en 3, en 26, §§ 1 en 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 4bis, l, worden de woorden “van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies, alsmede van de wet van 20 december 1974 waarmee het wordt aangevuld waar het gaat om de verpleegkunde, in het raam van de beperkingen die zijn vastgesteld in artikel 50 van vorengenoemd koninklijk besluit” door de woorden “van de wet van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen” vervangen
- paragrafen 7 en 9 worden opgeheven
- in paragraaf 12, in de bepaling 4°, worden de woorden “die overeenkomstig de artikelen 2, § 1, en 7, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen” door de woorden “die overeenkomstig de artikelen 3, § 1, en 25, § 1, van het koninklijk besluit van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen” vervangen.

In artikel 2, C worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Franse tekst wordt het rangnummer “109015” door het rangnummer “109045” vervangen
- de woorden “(109045, 109060, 109082)” worden tussen de woorden “ziekenhuis” en “zijn” ingevoegd.

In artikel 3, § 1, A, II wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de zin “Verstrekingen verricht door een erkend huisarts of een algemeen geneeskundige met verworven rechten:” wordt opgeheven.

In artikel 14, e) wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 229574-229585 wordt als volgt vervangen: “Myocardrevascularisatie door anastomose met behulp van de arteria mammaria interna, met aanwending van de twee arteriae mammariae internae of implantatie van de arteria mammaria interna in de vorm van sequentiële overbruggingen”.

In artikel 14, k), I, § 1, D, 1<sup>o</sup> wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekkingen 277314-277325 en 292353-292364 wordt telkens het woord “Handelingen” door de woorden “door handeling” vervangen.

In artikel 17, § 1, 12<sup>o</sup> worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 460670:
  - in het punt 11 worden de woorden “459896-459900, 459874-459885 en 459911-459922” door de woorden “459896, 459874 en 459911” vervangen
  - in de opsomming van de verstrekkingen van het artikel 17*bis*, § 1, worden de rangnummers “460353” en “460655” opgeheven
- in het punt 1 van de omschrijving van de verstrekking 461016 worden de woorden “459896-459900, 459874-459885 en 459911-459922” door de woorden “459896, 459874 en 459911” vervangen.

In artikel 18, § 2, B. d)*septies* worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het tweede lid wordt de bepaling onder 1 als volgt vervangen:
  - “1. op het voorschrift worden vermeld:
    - a) de naam en de voornaam van de patiënt;
    - b) de naam, de voornaam, het adres en het identificatienummer van de voorschrijver;
    - c) de datum van het voorschrift;
    - d) de handtekening van de voorschrijver.”

In artikel 20 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1 :
  - in de bepaling onder c), in de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 473852-473863, in de bepaling onder d) worden de woorden “sauf une insertion d’une prothèse de dilatation des voies biliaires” door de woorden “sauf une insertion d’une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques” vervangen
  - in de bepaling onder g), in het derde lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 478030-478041 worden de woorden “en III a)” door de woorden “en III” vervangen
- in § 2, in de bepalingen onder A, 2, worden de woorden “- uit de rubriek a) 470271 en 470794-470805,” door de woorden “- uit de rubriek a) 470271,” vervangen.

In artikel 24 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1 :
  - in de rubriek 9/IMMUNO-HEMATOLOGIE & NIET INF. SEROLOGIE,
    - 1) worden in de omschrijving van de verstrekking 556032-556043 de woorden “(maximum vijf)” opgeheven
    - 2) worden in de omschrijving van de verstrekking 553475-553486 de woorden “(Cumulregel B)” vervangen door de woorden “(Cumulregel 340)”
  - in het Nederlands worden in de rubriek “Cumulregels”, in regel 96, de rangnummers “559392-599403” door de rangnummers “559392-559403” vervangen
  - in de rubriek “Diagnoseregels”, in regel 64, worden de rangnummers “551371-556382” door de rangnummers “556371-556382” vervangen.
- in § 2, in het eerste lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking “591135 -591146” wordt het rangnummer “293193” van de lijst van de verstrekkingen opgeheven.

In artikel 25 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, in de verstrekking 597785 worden in de toepassingsregel de woorden “op de Sp-dienst” door de woorden “op een Sp-dienst” vervangen
- in § 3, in het vijfde lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 590332, wordt het rangnummer “293193” van de lijst van de verstrekkingen opgeheven.

In artikel 26 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het opschrift van paragraaf 1 worden de woorden, “met uitzondering van de in § 8 vermelde verstrekkingen” opgeheven
- in paragraaf 8 worden het eerste en het tweede lid opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 2, B, 17 <sup>ter</sup> , B, 17 <sup>quater</sup> , § 3, 22, II, b), 24, § 9, 25, § 1 en 32, § 3, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 2, B wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in het eerste lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 102233 worden de woorden “geriatrisch verpleegkundige en/of de geriatrisch-paramedische” vervangen door de woorden “multidisciplinaire geriatrische”.

In artikel 17<sup>ter</sup>, B wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in het eerste lid worden de woorden “persoonlijk deelnemen aan de uitvoering ervan, zonder ze te delegeren aan paramedische medewerkers” vervangen door de woorden “de uitvoering ervan niet aan anderen opdragen”.

In artikel 17<sup>quater</sup>, § 3 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in het eerste lid worden de woorden “persoonlijk de verstrekking uitvoeren, zonder ze te delegeren aan paramedische medewerkers” vervangen door de woorden “de uitvoering ervan niet aan anderen opdragen”.

In artikel 22, II, b) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de verstrekking 558810-558821:
  - wordt de omschrijving als volgt vervangen: “Revalidatiezitting met een minimumduur van 60 minuten”
  - worden de volgende toepassingsregels ingevoegd:

“Elke zitting omvat zowel:

    - 1) minstens twee professionele zorgverleners, waaronder een kinesitherapeut of een ergotherapeut en een andere paramedicus, die aan de behandeling deelnemen
    - 2) de toepassing van minstens twee van de technieken waaronder revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen, orthesen of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad.”
- in de verstrekking 558014-558025:
  - wordt de omschrijving als volgt vervangen: “Revalidatiezitting met een minimumduur van 90 minuten”
  - worden de volgende toepassingsregels ingevoegd:

“Elke zitting omvat zowel:

    - 1) minstens twee professionele zorgverleners, waaronder een kinesitherapeut of een ergotherapeut en een andere paramedicus, die aan de behandeling deelnemen
    - 2) de toepassing van minstens twee van de technieken waaronder revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen, orthesen of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad.”
- in de verstrekking 588832-588843:
  - wordt de omschrijving als volgt vervangen: “Revalidatiezitting met een minimumduur van 120 minuten”
  - worden de volgende toepassingsregels ingevoegd:

“Elke zitting omvat zowel:

    - 1) minstens twee professionele zorgverleners, waaronder een kinesitherapeut of een ergotherapeut en een andere paramedicus, die aan de behandeling deelnemen
    - 2) de toepassing van minstens twee van de technieken waaronder revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen, orthesen of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad.”

In artikel 24, § 9 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in het punt 2 worden de woorden “door paramedisch personeel” opgeheven.

In artikel 25, § 1 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in het eerste lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 599362 worden de woorden “door verpleegkundigen, klinisch psychologen en paramedici” vervangen door de woorden “van de equipe”.

In artikel 32, § 3 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- worden de woorden “paramedische medewerkers” vervangen door de woorden “anderen”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, i) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, i) van het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 256513-256524 wordt als volgt vervangen: “Adenoïdectomie”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, i) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, i) van het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 256476-256480 worden de woorden “of laseren” tussen de woorden “Electrocoaguleren” en “van de amandelen” ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, en 26, § 9, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 17, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bepaling onder 11°:
  - wordt de omschrijving van de verstrekking 458850-458861 door de woorden “van de cervicale wervelzuil” aangevuld
  - worden de verstrekkingen 457855-457866, 457870-457881 en 457892-457903 en de toepassingsregel na de verstrekking 458850- 458861 ingevoegd.
- in de bepaling onder 11°bis:
  - worden in de omschrijving van de verstrekking 459491-459502 de woorden “of thoracale of lumbosacrale” opgeheven
  - worden de verstrekkingen 457914-457925, 457936-457940 en 457951-457962 en de toepassingsregel na de verstrekking 459491-459502 ingevoegd
  - worden in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 459535-459546 de woorden “459513-459524” en “459535-459546” vervangen door de woorden “459513-459524, 457914-457925, 457936-457940, 457951-457962, 459535-459546”.

- in de bepaling onder 12°:
  - in de omschrijving van de verstrekking 460670:
    - a) in het punt 11 worden de woorden “457855, 457870, 457892,” ingevoegd tussen de rangnummers “458850” en “458872”
    - b) in het punt 13 worden de woorden “457914, 457936, 457951,” ingevoegd tussen de rangnummers “459491” en “459513”.
  - in de omschrijving van de verstrekking 461016:
    - a) in het punt 1 worden de woorden “457855, 457870, 457892,” ingevoegd tussen de rangnummers “458850” en “458872”
    - b) wordt het punt 5 door de woorden “, 457914, 457936, 457951” aangevuld.

In artikel 26, § 9 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in de lijst van de verstrekkingen worden de woorden “457914-457925, 457936-457940, 457951-457962,” ingevoegd tussen de rangnummers “459502” en “459513”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2018	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17bis, § 1, en 17quater, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 17bis, § 1 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 460132-460143 wordt door de woorden “, met inbegrip van de axilla” aangevuld.

In artikel 17quater, § 1 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 469394-469405 wordt door de woorden “, met inbegrip van de axilla” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.10.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B, e) en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de rubriek 1/CHEMIE van artikel 18, § 2, B, e) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- onder het opschrift 1/Bloed:
  - worden de verstrekkingen 433215-433226 en 433230-433241 opgeheven
  - wordt de verstrekking 433355-433366 vóór de verstrekking 433252-433263 ingevoegd.
- onder het opschrift 2/Urine:
  - wordt de verstrekking 433576-433580 opgeheven
  - wordt het opschrift als volgt aangevuld:
    - “433370-433381
    - Doseren van de botafbraak . . . . B 400
    - (Maximum 1) (Cumulregel 78) (Diagnoseregels 71)”.



In de rubriek 1/CHEMIE van artikel 24, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- onder het opschrift 1/Bloed:
  - worden de verstrekkingen 542673-542684, 542695-542706, 541936-541940 en 542754-542765 opgeheven
  - wordt de verstrekking 542894-542905 vóór de verstrekking 541973-541984 ingevoegd.
- onder het opschrift 2/Urine:
  - wordt de verstrekking 543955-543966 opgeheven
  - wordt de verstrekking 542916-542920 vóór de verstrekking 543432-543443 ingevoegd.

In de rubriek “Cumulregels” van artikel 24, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de regel 77 wordt als volgt vervangen:  
“77  
De verstrekkingen 433355-433366 en 542894-542905 mogen onderling niet worden gecumuleerd.”
- de regel 78 wordt als volgt vervangen:  
“78  
De verstrekkingen 433370-433381 en 542916-542920 mogen onderling niet worden gecumuleerd.”

In de rubriek “Diagnoseregels” van artikel 24, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht: de regel 71 wordt als volgt vervangen: “De verstrekkingen 433355-433366, 542894-542905, 433370-433381 en 542916-542920 mogen enkel worden aangerekend ingeval van klinische tekenen van botpathologie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.10.2018	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, § 4bis, II, 20, § 1, f), en 22, I, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 1, § 4bis, II worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de bepaling onder A wordt de bepaling j) als volgt vervangen: “j) de verstrekkingen inzake elektrodiagnose zoals de elektrodiagnose van streken en de elektromyografie door middel van een naaldelektrode bedoeld in de artikelen 14, 20 en 22.”
- in de bepaling onder B, 2.e) worden de woorden “oppervlakte-elektromyografie,” ingevoegd tussen de woorden “stimulatie,” en “polygrafie”.

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

- de omschrijving van de verstrekking 477116-477120 wordt als volgt vervangen: “Elektromyografie, door middel van een naaldelektrode”.

In artikel 22, I, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 558552-558563 wordt als volgt vervangen: “Elektro-myografie, door middel van een naaldelektrode”
- de verstrekking 558176-558180 en de toepassingsregels worden na de verstrekking 558552-558563 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.10.2018	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, g) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 432294-432305 wordt door de woorden “met anatomopathologische bevestiging” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.10.2018	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 1 <sup>o</sup> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 14, h), § 1, I, 1<sup>o</sup> wordt als volgt aangevuld:

“245151-245162

Plaatsen van een punctum plug, per oog . . . . N 40”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.10.2018	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 22, II, b), en 23, § 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In de verstrekking 558994 van artikel 22, II, b) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving wordt als volgt vervangen: “Ambulante multidisciplinaire revalidatiezitting van minstens 120 minuten voor een wervelzuulaandoening”
- de volgende toepassingsregels worden na de verstrekking ingevoegd:
 

“De revalidatiezittingen (558994) worden verricht:

  - in geval van specifieke mechanische rachialgieën opgetreden sedert meer dan 6 weken
  - minder dan 3 maanden na een corrigerende wervelzuilchirurgie.

De verzekering kent maximaal 36 verstrekkingen toe, verspreid over 6 maanden. De verzekering kent evenwel 36 bijkomende verstrekkingen toe, verspreid over 6 maanden:

  - in geval van een nieuwe heelkundige ingreep op de wervelkolom;
  - in het raam van een socioprofessionele re-integratie, met akkoord van de adviserend arts.”.

In artikel 23, § 8 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- het tweede lid dat aanvangt met de woorden “De reeks van verstrekkingen 558994” en eindigt met de woorden “socioprofessionele re-integratie” wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2018	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
06.12.2018 – Editie 2	05.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

#### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 11, § 1 wordt als volgt aangevuld:

“350070

Raadpleging van lange duur (minstens 30 minuten) in de spreekkamer door de geneesheer-specialist die bij de patiënt minstens één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst van majeure oncologische ingrepen heeft uitgevoerd inclusief schriftelijk verslag aan de behandelende arts en aan de behandelende geneesheer-specialist in de medische oncologie . . . . K 35

350092

Raadpleging van lange duur (minstens 30 minuten) in de spreekkamer door de geneesheer-specialist geaccrediteerd die bij de patiënt minstens één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst van majeure oncologische ingrepen heeft uitgevoerd inclusief schriftelijk verslag aan de behandelende arts en aan de behandelende geneesheer-specialist in de medische oncologie . . . . K 35 +

. . . . Q 70

Limitatieve lijst:

241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 241555-241566, 242012-242023, 242034-242045, 242292-242303, 244753-244764, 243036-243040, 244016-244020, 244031-244042, 244856-244860, 244893-244904, 244915-244926, 244930-244941, 244952-244963, 227216-227220, 227275-227286, 227334-227345, 228012-228023, 228233-228244, 228174-228185, 228255-228266, 227695-227706, 227710-227721, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 231033-231044, 232772-232783, 232514-232525, 230473-230484, 260411-260422, 260433-260444, 261111-261122, 261472-261483, 261671-261682, 261796-261800, 431336-431340, 431351-431362, 254892-254903, 256771-256782, 259011-259022, 259033-259044, 259114-259125, 258392-258403, 258451-258462, 258871-258882, 288455-288466, 288470-288481, 312594-312605, 312653-312664.

De verstrekkingen 350070 en 350092 zijn eenmaal per jaar aanrekenbaar tijdens een postoperatieve follow-upperiode van maximum drie jaar vanaf de datum van de ingreep.

De verstrekkingen 350070 en 350092 zijn niet cumuleerbaar met een technische verstrekking, noch met een andere raadpleging.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.10.2018 – Editie 1	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 24, § 1, en 33 <i>bis</i> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
06.12.2018 – Editie 2	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 24, § 1, en 33 <i>bis</i> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 24, § 1 :
  - worden de rubriek 9/IMMUNO-HEMATOLOGIE & NIET INF. SEROLOGIE, en de rubriek “Diagnoseregels” gewijzigd
  - wordt regel 53 vervangen
  - wordt diagnoseregel 128 toegevoegd.
- in artikel 33*bis*:
  - wordt een paragraaf 1/1 ingevoegd
  - wordt de rubriek “Diagnoseregels” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2018	30.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34, § 1, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 34, § 1, a) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de betreffende waarde van de verstrekking 589013-589024 wordt door “I 1215” vervangen
- de betreffende waarde van de verstrekking 589035-589046 wordt door “I 608” vervangen
- de verstrekking 589735-589746 en de toepassingsregel die erop volgt worden opgeheven
- de verstrekkingen 589934-589945 en 589956-589960 en de toepassingsregels worden vóór de verstrekking 589050-589061 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2018 – Editie 1	25.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 30 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in A., 1., 2° doelgroep, groep 1
- in A., 1., 2° doelgroep, groep 2
- in A., 1., 2° doelgroep, groep 3
- in A., 4., wordt 4 vervangen
- in de Nederlandse tekst worden de woorden “adviserend geneesheer” telkens vervangen door het woord “adviserend arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2018 – Editie 1	25.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
18.02.2019	25.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 31 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in I., 1.1.1. Toerusting ter correctie van het gehoor in geval een spraakaudiometrie mogelijk is:
  - worden de verstrekkingen 679136-679140, 679173-679184, 679210-679221 en 679070-679081 opgeheven
  - worden nieuwe verstrekkingen ingevoerd.
- in I., 1.1.2. Toerusting ter correctie van het gehoor in geval een spraakaudiometrie om medische redenen onmogelijk is:
  - worden de verstrekkingen 679254-679265, 679291-679302, 679335-679346 en 679372-679383 opgeheven
  - worden nieuwe verstrekkingen ingevoerd.
- in I., 1.2.1. Toerusting ter correctie van het gehoor in geval een spraakaudiometrie mogelijk is:
  - worden de verstrekkingen 679630-679641, 679674-679685, 679711-679722 en 679755-679766 opgeheven
  - worden nieuwe verstrekkingen ingevoerd.

- in I., 1.2.2. Toerusting ter correctie van het gehoor in geval een spraakaudiometrie om medische redenen onmogelijk is:
  - worden de verstrekkingen 679770-679781, 679814-679825, 679851-679862 en 679895-679906 opgeheven
  - worden nieuwe verstrekkingen ingevoerd.
- in II. Vergoedingsvoorwaarden:
  - wordt 2.4 vervangen
  - wordt aangevuld met 2.6.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2018	28.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 21, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 21, § 1 worden de volgende aanwijzingen aangebracht:

- het opschrift dat voorafgaat aan de verstrekking 532733-532744 wordt opgeheven
- de omschrijving van de verstrekking 532733-532744 wordt vervangen en de interpretatieregels worden ingevoegd
- de verstrekking 532755-532766 en de toepassingsregels die erop volgen worden opgeheven
- paragraaf 1 wordt aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.12.2018	23.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 17, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de bepaling onder 11° wordt aangevuld
- in de bepaling onder 12°
  - wordt het punt 11 van de verstrekking 460670 vervangen
  - wordt het punt 1 van de verstrekking 461016 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2018 – Editie 1	06.12.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, h) worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, in de bepaling onder II, 2°, wordt de verstrekking 248555-248566 opgeheven
- in § 2, in de bepaling onder 3°, worden de woorden “248555-248566,” opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2018 – Editie 1	19.12.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 9, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 9 in de bepaling onder 6, wordt tussen het tweede en het derde lid een lid ingevoegd, luidende:

“De resultaten van de analyses zijn op een elektronisch gestructureerde manier via een Hub publiek toegankelijk.”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.08.2018	30.07.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de leesbaarheid van een van de voorwaarden met betrekking tot de toekenning van de inhaalpremie en de formulering ervan op het vlak van de reglementaire tekst, in het bijzonder de voorwaarde betreffende de hoedanigheid van invalide gerechtigde in de maand mei van het jaar van betaling, wordt verbeterd
- referenties naar reglementeringen die zijn opgeheven worden vervangen
- de terminologie in de Nederlandse tekst wordt geactualiseerd: het woord “geneeshe(e)r(en)” wordt vervangen door “arts(en)”.

### 5. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.07.2018	29.06.2018	Koninklijk besluit betreffende de afschaffing van het Beheerscomité voor de mijnwerkers

#### Samenvatting van de wijzigingen

Rekening houdende met de afschaffing van het Beheerscomité voor de mijnwerkers en de overdracht van zijn bevoegdheden naar het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen vanaf 1 januari 2018, worden in het koninklijk besluit formele aanpassingen aangebracht in de volgende uitvoeringsbesluiten:

- het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers
- het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.07.2018	27.06.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst bijgevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- toevoeging van middelen in hoofdstuk 2, afdeling 7 van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002
- vervanging van een lijn in hoofdstuk 3, afdeling 1, B, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2018 – Editie 2	15.07.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden, de liquidatie en het bedrag van de tegemoetkoming bij opname van een geïnterneerde in een ziekenhuisbed waarop de bepalingen van de wet op de ziekenhuizen niet van toepassing zijn

### Samenvatting van de wijzigingen

In dit koninklijk besluit wordt de tegemoetkoming geregeld voor de opname van geplaatste geïnterneerden zoals bedoeld in artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering in een van de 209 bedden die in het ziekenhuis “Centre régional de soins psychiatriques Les Marronniers” te Doornik ter beschikking worden gesteld en waarvoor de financiering niet wordt geregeld in uitvoering van artikel 105 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, zodanig dat de geïnterneerden recht hebben op terugbetaling van een ziekenfonds.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.07.2018	15.07.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift wordt aangevuld met de woorden “ten huize”
- artikel 1 wordt vervangen
- een artikel 2/1, 2/2 en 2/3 worden ingevoegd
- de bijlage wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.08.2018 – Editie 1	11.07.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op peterschap en op de maatregel van bijkomend verlof vanaf het kalenderjaar 2018

#### Samenvatting van de wijzigingen

Voor de betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op de maatregelen inzake peterschap in de ziekenhuizen en het bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die niet genieten van de maatregelen in het kader van de eindeloopbaan, is voor het jaar 2018 een bedrag van 18.954.749 EUR vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.08.2018 – Editie 1	11.07.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling voor het kalenderjaar 2018 van de bedragen van de vergoedingen voor de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die op 1 maart 2000, 28 november 2000, 26 april 2005, 18 juli 2005, 4 februari 2011, 25 februari 2011 en 24 oktober 2012 door de federale regering werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en van de maatregelen die zijn voorzien in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorzien in de akkoorden van 4 maart 2010 en 17 maart 2010, voor zover zij betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 5<sup>o</sup> *ter*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ter financiering van de fondsen bedoeld in artikel 35, § 5, van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, met het oog op de betaling van de bedragen van de vergoedingen van de maatregelen voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die op 1 maart 2000, 28 november 2000, 26 april 2005, 18 juli 2005, 4 februari 2011, 25 februari 2011 en 24 oktober 2012 door de federale regering werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en van de maatregelen die zijn voorzien in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorzien in de akkoorden van 4 maart en 17 maart 2010, voor zover het betrekking heeft op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, wordt voor 2018 vastgesteld op 102.285.023 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.09.2018	02.09.2018	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en het bedrag ten laste van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten bestemd voor de financiering van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, wordt vanaf het jaar 2018 vastgesteld op 2.732.449 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.10.2018	02.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de artikelen 14, 18, 25, 30, 37, 43 en 50 worden de woorden “ministerieel besluit van 17 juni 2014 tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties,” telkens vervangen door de woorden “koninklijk besluit van 10 april 2014 tot vaststelling van de ontvankelijkheidsvoorwaarden, de termijnen en de praktische modaliteiten voor aanvragen tot prijsvaststelling, aanvragen tot prijsverhoging, prijskennisgevingen en (prijs)meldingen van geneesmiddelen, met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties, en grondstoffen, als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht”
- artikel 60 wordt aangevuld met een lid
- in artikel 64 wordt tussen het vierde en het vijfde lid een lid ingevoegd
- in artikel 90 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - in het eerste lid worden de woorden “of na wijziging van de vergoedingsmodaliteiten of van de prijs en/of de vergoedingsbasis conform de bepalingen van de artikelen 59 en volgende van dit besluit,” vervangen door de woorden “van een specialiteit die geen onderwerp uitmaakt van een overeenkomst afgesloten overeenkomstig de bepalingen van artikel 111, van artikel 112 of van artikel 113, of na een wijziging van de vergoedingsmodaliteiten of van de prijs en/of de vergoedingsbasis overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 59 en volgende, van een specialiteit die geen onderwerp uitmaakt van een overeenkomst afgesloten overeenkomstig de bepalingen van artikel 111, van artikel 112 of van artikel 113,”
  - in het tweede lid worden de woorden “waaronder de budgettaire weerslag” ingevoegd tussen de woorden “vooropgestelde veronderstellingen” en de woorden “De herziening gebeurt”
  - in het tweede lid worden de woorden “de Commissie” vervangen door de woorden “de Minister”.
- in artikel 93 wordt het derde lid opgeheven
- in hoofdstuk III wordt een afdeling 1/1 ingevoegd die het artikel 100/1 bevat
- in artikel 101 wordt paragraaf 4 opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.12.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het artikel 122 wordt opgeheven
- een artikel 122/1 wordt ingevoegd, luidende:  
“Art. 122/1. Op de buitenverpakking van de verpakkingen van de op de lijst opgenomen specialiteiten, met uitzondering voor de verpakkingen die zuurstofgas bevatten en de farmaceutische specialiteiten vermeld in hoofdstuk III van de bijlage 1 van de lijst, moet, vanaf de inwerkingtreding van de vergoedbaarheid, een unieke code, zoals bepaald in artikel 6, § 1 *quinquies* van de wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 en in artikel 4, 5 en 6 van de Europese Verordening 2016/161/EU, worden aangebracht.”
- de verantwoordelijke voor het in de handel brengen die een verpakking voorziet van een unieke code, zoals bedoeld in artikel 122/1 van dit besluit, is vrijgesteld van de verplichting bedoeld in artikel 122 van dit besluit
- het ministerieel besluit van 2 september 2004 tot vaststelling van de modaliteiten ter regeling van de gegevensuitwisseling in het kader van de unieke numerieke code op de publiekverpakkingen van farmaceutische specialiteiten, wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2018	19.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 2, § 2 wordt het tweede lid vervangen als volgt:

“De forfaitaire honoraria hebben betrekking op alle verstrekkingen die voor een zelfde patiënt worden verricht, met een zelfde datum van staalafname, ongeacht het aantal voorschriften of voorschrijvers.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2018	02.12.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1:
  - punt 20° wordt als volgt vervangen: 20° “draagbare diffusors”, niet implanteerbare pompen die gebruikt worden om geneesmiddelen toe te dienen aan de rechthebbende en die voor hun werking niet afhankelijk zijn van elektriciteit of van een andere niet-mechanische energiebron.
  - de punten 26° en 27° worden ingevoegd, luidende:
    - 26° “cassettes”, medicatiereservoirs gebruikt bij een niet geïmplanteerde elektrische pomp.
    - 27° “Muco centrum”: een referentiecentrum voor rechthebbenden die aan mucoviscidose lijden, dat een conventie ondertekend heeft met het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- in hoofdstuk 2, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002:
  - in afdeling 7 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
    1. Afdeling 7 waarvan de bestaande tekst paragraaf 2 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 1, luidende: “§ 1. Alle in het kader van deze afdeling bedoelde draagbare diffusors, cassetten en medische hulpmiddelen moeten beantwoorden aan de bepalingen van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen.”
    2. Het woord “pomp” wordt vervangen door de woorden “draagbare diffusor” behalve voor de woorden “de huur van de pomp” en het woord “medicatiecassette” wordt vervangen door het woord “cassette”
    3. In paragraaf 2 wordt het tweede lid als volgt aangevuld: “de honoraria voor het vullen onder strikt aseptische voorwaarden van de draagbare diffusors.”
    4. In paragraaf 2 wordt het derde lid als volgt vervangen: “Er mag aan de rechthebbende geen bijkomende kost worden aangerekend voor de draagbare diffusor en/of de toedieningsslang, noch de cassette, de huur van de pomp en/of de toedieningsslang.”
    5. In paragraaf 2 wordt het vierde lid als volgt aangevuld: “behalve voor patiënten met mucoviscidose (zie afdeling 11).”.
  - een nieuwe afdeling 11 wordt ingevoegd.
- artikel 6 *quater* van de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2018	11.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 januari 2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 7 wordt vervangen door de volgende bepaling:

“Voor het jaar 2017 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 2, vastgesteld op:

2.552,86 EUR voor de volledige bijdrage  
 1.908,19 EUR voor de tussenbijdrage  
 1.444,04 EUR voor de basisbijdrage.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2018	11.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel *5bis*, § 1:
  - in de bepaling onder 1° worden de woorden “4.790,23 EUR” vervangen door de woorden “4.870,71 EUR”
  - in de bepaling onder 2° worden de woorden “2.259,67 EUR” vervangen door de woorden “2.297,63 EUR”.
- artikel *5bis* § 3 wordt als volgt vervangen: “De basisbedragen van het in artikel 4 bedoelde rustpensioen enerzijds en van het in artikel 5 van hetzelfde besluit bedoelde overlevingspensioen anderzijds zijn vanaf 1 januari 2017 vastgesteld op respectievelijk 5.733,51 EUR en 4.778,05 EUR per jaar en vanaf 1 januari 2018 op respectievelijk 5.829,83 EUR en 4.858,32 EUR per jaar. Deze bedragen worden toegekend volgens dezelfde voorwaarden dan deze die hierboven worden vermeld inzake de activiteitsdrempel.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.12.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juni 2001 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de tarifieringsdiensten aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- punt 19° *bis* wordt opgeheven
- punt 19° *ter* wordt ingevoegd, luidende: “19° *ter* uniek identificatiekenmerk zoals bepaald in de artikelen 6, § 1 *quinquies*, zevende lid, en 6° *septies*, § 2, vierde en tiende lid, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en in de artikelen 4, 5 en 6 van de gedelegeerde verordening (EU) 2016/161 van de Commissie van 2 oktober 2015 tot aanvulling van richtlijn 2001/83/EG van het Europees Parlement en de Raad door de vaststelling van gedetailleerde regels voor de veiligheidskenmerken op de verpakking van geneesmiddelen voor menselijk gebruik”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.12.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 januari 2004 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering moeten bezorgen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 3, tweede lid, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- punt 2° *bis* wordt opgeheven
- punt 2° *ter* wordt ingevoegd, luidende: “2° *ter*: uniek identificatiekenmerk zoals bepaald in de artikelen 6, § 1 *quinquies*, zevende lid, en 6 *septies*, § 2, vierde en tiende lid, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en in de artikelen 4, 5 en 6 van de gedelegeerde verordening (EU) 2016/161 van de Commissie van 2 oktober 2015 tot aanvulling van richtlijn 2001/83/EG van het Europees Parlement en de Raad door de vaststelling van gedetailleerde regels voor de veiligheidskenmerken op de verpakking van geneesmiddelen voor menselijk gebruik”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.12.2018	21.11.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden

### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt over deze landsbonden verdeeld naar *ratio* van hun theoretisch ledental.

Een bedrag van 25.000.000 EUR wordt echter over deze landsbonden verdeeld naar *ratio* van een aantal bijzondere opdrachten te verrichten bij de gerechtigden op prestaties van de uitkeringsverzekering.

Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2018 en is voor de eerste maal van toepassing op de administratiekosten van het dienstjaar 2018. Voor het dienstjaar 2018 wordt, voor de periode vanaf januari tot en met juni, de ene helft van het bedrag bedoeld in artikel 195, § 1, 2°, achtste lid, van de gecoördineerde wet verdeeld overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk besluit van 4 februari 2002 tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden en wordt, voor de periode vanaf juli tot en met december, de andere helft van het voormelde bedrag verdeeld overeenkomstig de bepalingen van dit besluit.

Het koninklijk besluit van 4 februari 2002 tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden wordt opgeheven op 1 juli 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.12.2018 – Editie 1	28.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 maart 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers

### Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2017 wordt de jaarlijkse bijdrage van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 2.917,71 EUR. Die bijdrage wordt respectievelijk verminderd tot 2.188,28 EUR en 1.458,86 EUR in de situaties bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2018	28.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 :
  - in de bepaling onder 5° worden de woorden “artikel 4, § 1 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967” vervangen door de woorden “artikel 6 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015”
  - in de bepaling onder 6° worden de woorden “artikel 4, § 2bis van bovenvermeld koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967” vervangen door de woorden “artikel 7 van de bovenvermelde gecoördineerde wet van 10 mei 2015”
  - een bepaling onder 8° wordt toegevoegd, luidende: “8° prestatie “huisapotheker”: het correct en volledig opnemen van de rol, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de functie “huisapotheker” zoals beschreven in de voorwaarden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op voorstel van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen.”
- in artikel 4 wordt de bepaling onder 3°, hersteld als volgt: “3° de prestatie “huisapotheker”.”
- er wordt een artikel 6/1 ingevoegd, luidende: “Art. 6/1. § 1. Een specifiek honorarium wordt toegerekend voor de prestatie bedoeld in artikel 4, 3° voor zover de voorwaarden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op voorstel van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen worden voldaan.  
§ 2. Voor dit honorarium bedraagt de coëfficiënt 16,29.  
  
§ 3. Dit honorarium is per kalenderjaar verschuldigd aan de apotheek voor iedere rechthebbende die behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in de voorwaarden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op voorstel van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen, en voor wie de prestatie “huisapotheker” zoals vermeld in artikel 1, 8° werd uitgevoerd.  
  
§ 4. Die prestatie maakt het voorwerp uit van een registratie via het Farmanet factureringsbestand.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2018	25.11.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- een persoonlijk aandeel wordt ten laste gelegd van de rechthebbenden voor sommige verstrekkingen die onder de bevoegdheid vallen van de audiciens bedoeld in artikel 31, punt I, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- de nummers van de verstrekkingen zijn erin bepaald waarvoor dat persoonlijk aandeel is vastgesteld.

- het koninklijk besluit van 19 november 2012 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2018	28.11.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 1963 tot samenstelling van de commissies belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomsten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 3, eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- de bepaling onder c) wordt vervangen als volgt: “c) vier werkende en vier plaatsvervangende leden, aangewezen door de “Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen - VBOV””
- de bepaling onder d) wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2018	02.12.2018	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2019 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

#### Samenvatting van de wijzigingen

De datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2019 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 18 februari 2019.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2018	28.11.2018	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in 2018

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, wordt voor het jaar 2018 vastgesteld op 17,814904 miljoen EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2018 – Editie 2	02.12.2018	Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit concretiseert de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. Dit nieuwe systeem treedt in werking op 1 januari 2019 voor de opnames van die patiëntengroepen vanaf die datum.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.12.2018 – Editie 2	06.12.2018	Koninklijk besluit betreffende de vergoeding van weesgeneesmiddelen en van de farmaceutische specialiteiten die in het kader van een zeldzame ziekte vergoedbaar zijn

#### Samenvatting van de wijzigingen

Voor een specialiteit waarvoor de vergoedingsvoorwaarden het voorzien, wordt een College van artsen voor een weesgeneesmiddel of een farmaceutische specialiteit die in het kader van een zeldzame ziekte vergoedbaar is, opgericht binnen de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Dat College heeft de volgende opdrachten:

- de beoordeling van het individueel recht van de rechthebbende op vergoeding van de betrokken specialiteit, voor zover haar vergoedingsvoorwaarden het voorzien, en voor zover de adviserend arts omtrent het betrokken dossier het advies van het College heeft gevraagd
- de evaluatie van de bestaande vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit, op initiatief van het College of op vraag van de Minister en/of van de Commissie en het verlenen van adviezen daaromtrent aan de Minister en aan de Commissie
- het opstellen van (een) activiteitenverslag(en) ten behoeve van de Commissie. Elk rapport zal tenminste het aantal behandelde dossiers, het aantal en het type van de ingediende aanvragen, het aantal, de aard en de motivering van de gegeven adviezen, evenals een advies over de huidige vergoedingsvoorwaarden en een voorstel over het handhaven of het schrappen van het betrokken College bevatten. Het eerste rapport wordt overgemaakt aan de Commissie binnen de 30 eerste maanden na de inwerkingtreding van de vergoedingsmodaliteiten van de betrokken specialiteit. In het geval van de handhaving van het College, zal het rapport ook de termijn van het ter beschikking stellen van het volgende rapport bevatten. Na zijn goedkeuring door de Commissie wordt het rapport overgemaakt aan het bedrijf dat verantwoordelijk is voor de specialiteit.
- het ter beschikking stellen van de verzekeringsinstellingen en de arts-aanvragers, meer bepaald via de website van het RIZIV, van elk door het College opgesteld element dat helpt bij de juiste samenstelling van een individueel dossier.

Het koninklijk besluit van 8 juli 2004 betreffende de vergoeding van de weesgeneesmiddelen wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.12.2018	19.12.2018	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2018 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 4.140.348 duizend EUR voor het jaar 2018.

## 6. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2018 – Editie 2	12.07.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
21.08.2018 - Editie 1	10.08.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
20.09.2018 – Editie 2	13.09.2018	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.09.2018 - Editie 1	22.08.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde L-§ 29:

De volgende punten worden vervangen:

- 4.1 Eerste implantatie/Eerste gebruik
- 4.2. Vervanging
- 4.3. Voortijdige vervanging
- 5.2. Andere regels
- 6. Resultaten en statistieken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.09.2018 - Editie 1	23.08.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
26.10.2018	23.08.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde F-§ 09:

- in het eerste lid worden de woorden "de Percutane implanteerbare klepstent in aortapositie" vervangen door de woorden "een kunstklep of annuloplastiesysteem"
- op punt 4.1.1, na de woorden "het gebruik van een hartklep", worden de woorden "of annuloplastiesysteem" toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2018 - Editie 1	10.08.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.10.2018	09.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

-

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.10.2018 - Editie 2	11.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
19.10.2018 - Editie 2	11.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2018	18.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2018 - Editie 2	14.11.2018	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.12.2018	17.12.2018	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.10.2018 – Editie 2	11.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.11.2018 – Editie 3	03.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst die als bijlage 1 is gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde F-§ 01:

- “4.1. Eerste implantatie” wordt vervangen
- “4.3. Voortijdige vervanging” wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.11.2018	26.10.2018	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het opschrift “F.1.7 Hartondersteuning”, wordt de omschrijving van de verstrekking 159331-159342 vervangen als volgt: “Onderdelen voor eenmalig gebruik van een pompsysteem gebruikt voor de tijdelijke univentriculaire ondersteuning van de deficiënte hartfunctie”
- in de vergoedingsvoorwaarde F- § 11, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - “2. Criteria betreffende de rechthebbende” wordt vervangen als volgt:  
 “2. Criteria betreffende de rechthebbende  
 De verstrekking 159331-159342 kan enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien de rechthebbende aan het volgende criterium voldoet:  
 in geval van acute geïsoleerde cardiogene shock resistent aan maximale conservatieve therapie en/of na cardiotoromie-ingreep met de onmogelijkheid om de rechthebbende los te koppelen van de extracorporale circulatiepomp.”
  - in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren-directeurs” vervangen door het woord “artsen-directeurs”

- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” vervangen door het woord “arts-specialist”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.12.2018 – Editie 1	20.12.2018	Ministerieel besluit tot vaststelling van het percentage van het voorschot van de compenserende heffing voorzien door artikel 191, eerste lid, 15° <i>quaterdecies</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Jaar 2018

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het percentage van het voorschot van de compenserende heffing voor het jaar 2018 wordt op 3,22 % vastgesteld, toe te passen op het omzetcijfer van 2017.

## 7. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.08.2018	23.08.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage I van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier B-Form-I-15 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst wordt verwezen, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.08.2018	23.07.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Bijlage 12 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.11.2018 – Editie 3	10.09.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage VI van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier F-Form-I-01 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst wordt verwezen, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.11.2018 – Editie 3	17.09.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Bijlage 37 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2018	23.11.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de bijlagen 72 en 73 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2018 – Editie 1	17.12.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt een hoofdstuk XV/2 ingevoegd, luidende:

“HOOFDSTUK XV/2. - Modaliteiten van publicatie van de resultaten van de analyses van de klinische biologie

Art. 32/13. Voor de elektronische vorm bedoeld in artikel 24, § 9, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, moet gebruik gemaakt worden van tekst, pdf, of xml-formaat.”.

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

Belgisch Staatsblad

03.08.2018

### **Interpretatieregel 36 betreffende de verstrekkingen van artikel 29, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen**

Een plasticen handschoen is onlosmakelijk verbonden met één specifieke prothese en kan niet opnieuw hergebruikt worden. Een plasticen handschoen kan opnieuw getarifeerd worden bij de aflevering van een nieuwe prothese.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 april 1995.

Belgisch Staatsblad

17.08.2018

### **Interpretatieregel 05 betreffende de verstrekkingen van artikel 2 (raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt opgeheven.**

Deze opheffing heeft uitwerking op 1 mei 2013.

Belgisch Staatsblad

28.09.2018

### **Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten behorend tot de klasse van de gliptines.**

Indien een patiënt reeds geniet van een terugbetaling voor een behandeling met een farmaceutische specialiteit behorend tot de klasse van de gliptines, mogen farmaceutische specialiteiten behorend tot de klasse van de gliflozines terugbetaald worden in combinatie met deze farmaceutische specialiteit behorend tot de klasse van de gliptines, voor zover de patiënt voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die van toepassing zijn voor de specialiteit behorend tot de klasse van de gliflozines en voor zover gliflozines gegeven worden bovenop de inname van gliptines (in deze volgorde). De interpretatieregel is geldig tot de inwerkingtreding van de beslissing van de minister van Sociale Zaken in het kader van de geplande groepsgewijze herziening.

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 oktober 2018.

Belgisch Staatsblad

19.10.2018 – Editie 2

### **Interpretatieregel 23 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:**

Onder punt 2 van de vergoedingsvoorwaarde L-§31 wordt de diameter van de femorale kop van de prothese besproken.

Interpretatieregel 23 heeft uitwerking vanaf 1 juni 2018.

Belgisch Staatsblad
---------------------

27.12.2018 – Editie 1
-----------------------

**Interpretatieregel 08 betreffende de verstrekkingen van artikel 14, h) (Oftalmologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt opgeheven.**

Deze opheffing treedt in werking op 1 februari 2019.

## 9. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2018	02.02.2018	7e Wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 29 november 2013 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2014octies)

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 8 van de Nationale overeenkomst van 29 november 2013 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen wordt het volgende lid toegevoegd:

“De inrichting verbindt zich ertoe om voor een gasvormige farmaceutische specialiteit toegediend via inhalatie, waarvoor de ATC-code 5e niveau niet opgenomen is in de lijst van bijlage IV van het K.B. van 1 februari 2018, in geen geval een farmaceutische specialiteit met dezelfde ATC-code 5e niveau aan de patiënt aan te rekenen, voor zover er ten minste een farmaceutische specialiteit beschikbaar is op de Belgische markt, ingeschreven op de lijst van terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten.”.

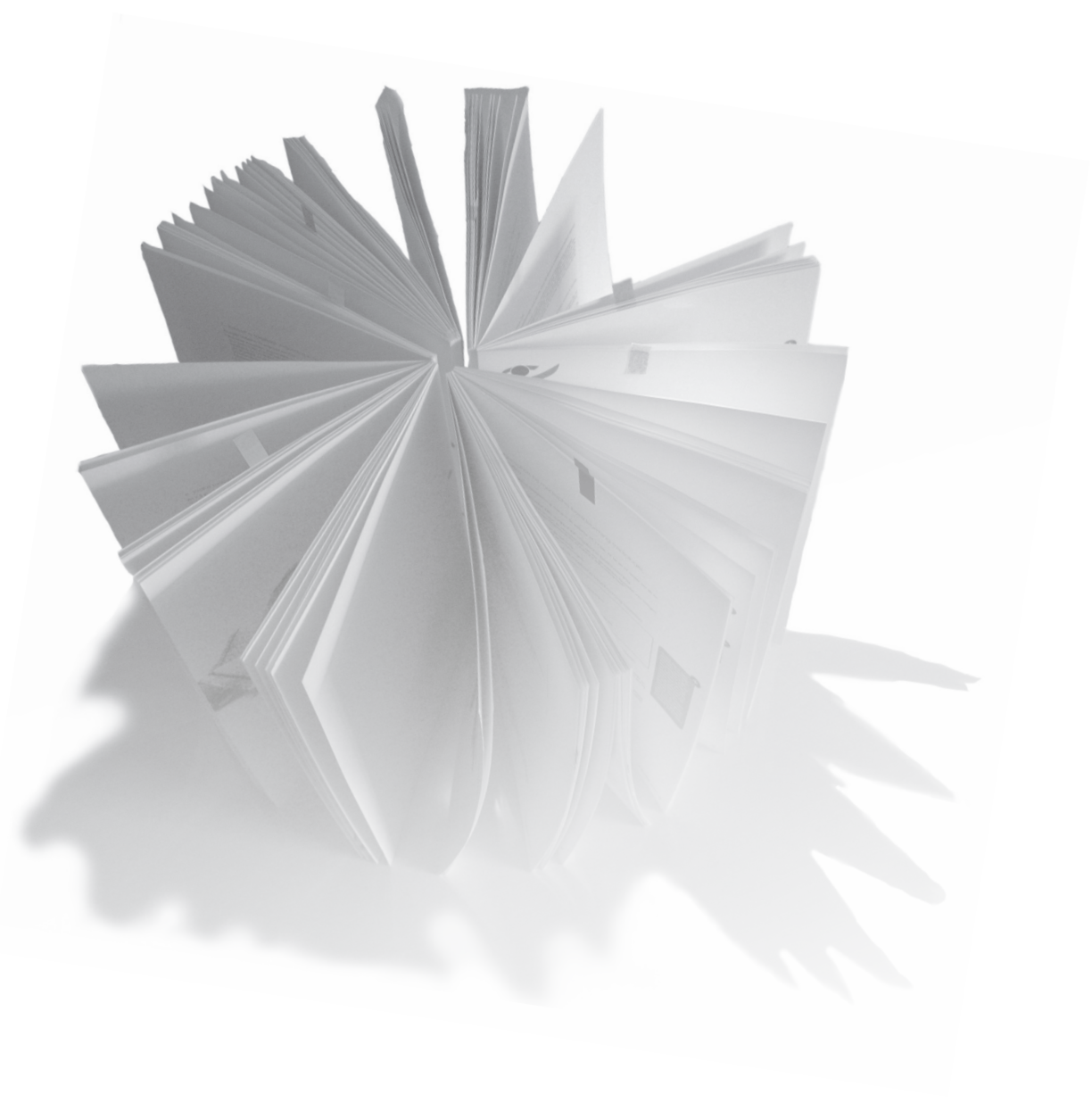
Belgisch Staatsblad	Titel
---------------------	-------

31.12.2018 – Editie 2	Bekendmaking van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019
-----------------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

De gepubliceerde tabel geeft per patiëntengroep een overzicht van het globaal prospectief bedrag per opname in een ziekenhuis voor het jaar 2019. Deze bedragen zijn van toepassing voor alle opnames die een aanvang nemen na 31 december 2018 en vóór 1 januari 2020.

2<sup>de</sup> Deel  
Rechtspraak



## I. Grondwettelijk hof, 31 januari 2019, arrest nr. 15/2019

Prejudiciële vragen met betrekking tot artikel 145 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die zijn opgeworpen door de Raad van State

Sociaal recht – Sociale zekerheid – Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen – Betwistingen tussen de zorgverleners en de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle – Kamer van eerste aanleg en Kamers van beroep – Samenstelling

*De Raad van State legt het Hof de vraag voor of artikel 145 van de GUV-wet verenigbaar is met de artikelen 10, 11 en 151, § 1 van de Grondwet en het algemeen beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de rechter en artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, gelet op het feit dat de adviserend artsen die met raadgevende stem in de Kamer van beroep zetelen, als “vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen” moeten worden beschouwd.*

*Artikel 151, § 1 van de Grondwet waarborgt uitsluitend de onafhankelijkheid van de magistraten van de zetel en van het openbaar ministerie in de hoven en rechtbanken. Het is dus niet van toepassing op de administratieve rechtscolleges.*

*De aanwezigheid van artsen in de Kamer van beroep wordt verantwoord door hun deskundigheid en door de techniciteit van de materie.*

*De samenstelling van de Kamers van beroep voldoet aan de vereisten van rechterlijke onafhankelijkheid en onpartijdigheid.*

*De gemengde en paritaire samenstelling van die Kamers waarborgt dat zowel de belangen van de verzekeringsinstellingen als die van de zorgverleners in aanmerking worden genomen door de magistraat die alleen uitspraak doet over de betwisting.*

*De artsen die in de Kamer van beroep zetelen als “vertegenwoordigers” van de verzekeringsinstellingen en als “vertegenwoordigers” van de beroepsorganisaties van de zorgverleners zijn geen lasthebbers in de zin van de artikelen 1984 tot 2010 van het Burgerlijk Wetboek. Die artsen mogen bij de behandeling van de dossiers immers geen instructies ontvangen van de verzekeringsinstellingen of van de beroepsorganisaties van de zorgverleners, maar dienen enkel op grond van de elementen van het dossier hun raadgevende stem uit te oefenen.*

*De rol van de verzekeringsinstellingen en van de beroepsorganisaties van de zorgverleners is ertoe beperkt een “voordracht” te doen van de kandidaat-artsen op een dubbele lijst waaruit de Koning de artsen benoemt die zitting nemen in de Kamer van beroep.*

*Uit al die elementen volgt dat de onafhankelijkheid en de objectieve onpartijdigheid van de Kamer van beroep voldoende zijn gewaarborgd.*

...

### III. In rechte

...

#### B.

##### TEN AANZIEN VAN DE IN HET GEDING ZIJNDE BEPALING

B.1.1. Artikel 145 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna : de ZIV-Wet), in de versie ervan die van toepassing is op het bodemgeschil, bepaalt:

“§ 1. De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep bestaan uit een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, de andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Voor de zaken die in het Duits moeten worden behandeld kan, indien nodig, een beroep gedaan worden op tolken of vertalers. De taal van de rechtspleging is de taal die de zorgverlener heeft gekozen bij zijn eerste verhoor door de ambtenaar bedoeld in artikel 146, § 1, eerste lid.

Elke Kamer van eerste aanleg bestaat uit:

1° een door de Koning benoemde stemgerechtigde voorzitter, rechter in functie of emeritus, plaatsvervangend of toegevoegd, bij de in artikel 40 van de Grondwet bedoelde rechtbank van eerste aanleg of arbeidsrechtbank, of magistraat van het Openbaar ministerie bij deze gerechten, als werkend lid;

2° twee stemgerechtigde leden, artsen, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen voorgedragen op dubbele lijsten, als werkende leden;

3° twee stemgerechtigde leden benoemd door de Koning uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de groepen die respectievelijk zijn bedoeld in artikel 140, § 1, eerste lid, 3°, 5° tot 21°, als werkende leden. Deze leden hebben slechts zitting voor de zaken welke de groep die hen heeft voorgedragen, rechtstreeks aanbelangen.

Elke Kamer van beroep bestaat uit:

1° een door de Koning benoemde voorzitter, raadsheer, in functie of emeritus, plaatsvervangend of toegevoegd, bij het in artikel 40 van de Grondwet bedoelde hof van beroep of arbeidshof, of een magistraat van het Openbaar ministerie bij deze hoven, als werkend lid;

2° twee leden, artsen, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen voorgedragen op dubbele lijsten, als werkende leden;

3° twee leden, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de groepen die respectievelijk zijn bedoeld in artikel 140, § 1, eerste lid, 3°, 5° tot 21°, als werkende leden. Deze leden hebben slechts zitting voor de zaken welke de groep die hen heeft voorgedragen, rechtstreeks aanbelangen.

Wanneer een zorgverlener behoort tot verschillende beroepscategorieën zoals bedoeld in artikel 140, beslist de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep over de samenstelling van zijn Kamer. Bij zijn verklaring van verschijning en voor ieder ander rechtsmiddel, moet de zorgverlener, op straffe van verval, de beroepscategorie aanwijzen waartoe hij behoort. Desgevallend hoort de Voorzitter in raadkamer de zorgverlener en de andere in het geding betrokken partijen, waarna in een beschikking omtrent de samenstelling van de Kamer wordt beslist. Tegen deze beschikking staat geen rechtsmiddel open. De beschikking wordt binnen zeven dagen ter kennis gegeven aan de partijen.

Wanneer feiten toerekenbaar zijn aan meerdere zorgverleners die tot verschillende beroepscategorieën behoren zoals bedoeld in artikel 140, en zij onderling zo nauw verbonden zijn dat het wenselijk is ze samen te behandelen en te berechten, teneinde oplossingen te vermijden die onverenigbaar zijn wanneer de feiten afzonderlijk worden berecht, beslist de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep over de samenstelling van de Kamer. Hij waakt erover dat:

1° van elke beroepscategorie waartoe de zorgverleners behoren, minstens één vertegenwoordiger deel uitmaakt van de Kamer;

2° er een gelijke vertegenwoordiging is van de beroepscategorieën waartoe de zorgverleners behoren en van de verzekeringsinstellingen.

§ 2. Voor elke voorzitter benoemt de Koning twee plaatsvervangers en voor elk lid in de Kamers van eerste aanleg en in de Kamers van beroep benoemt Hij vier plaatsvervangers. Het mandaat van de werkende en plaatsvervangende leden in deze Kamers is onverenigbaar met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Het mandaat van de voorzitters en de leden in de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep duurt vier jaar; het mandaat is hernieuwbaar. Het mandaat van de overleden of ontslagnemende leden wordt beëindigd door hun opvolgers.

De leeftijdsgrens van de leden en de voorzitters is 70 jaar.

§ 3. De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep zetelen te Brussel in de lokalen van het Instituut.

De Kamers van eerste aanleg en van beroep worden bijgestaan door een griffie. De leden ervan worden aangewezen door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit de personeelsleden van deze dienst. Zij voeren de taken uit die zijn bepaald in de gecoördineerde wet, de uitvoeringsbesluiten en de taken voorgeschreven door de voorzitters van de Kamers.

§ 4. De zorgverlener of de adviserend geneesheer in de tuchtzaken bedoeld in artikel 155, § 1, 2°, mag zich laten bijstaan of laten vertegenwoordigen door een persoon van zijn keuze. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt vertegenwoordigd door een advocaat of een ambtenaar die door de Leidend ambtenaar van die dienst is aangewezen.

§ 5. De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of de door hem aangewezen ambtenaar maakt, zonder voorafgaandelijke machtiging of zonder goedkeuring achteraf van het Comité, de zaken aanhangig bij de Kamers van eerste aanleg, stelt beroep in tegen de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg, en stelt cassatieberoep in bij de Raad van State.

§ 6. De Koning bepaalt de werkingsregels en maakt het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep op.

§ 7. De Koning bepaalt de verdeling van de mandaten van de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Hierbij houdt Hij rekening met de respectieve getalsterkte, met dien verstande dat iedere verzekeringsinstelling recht heeft op ten minste één mandaat.

§ 8. De magistraat-voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep behandelt alleen zetelend de beroepen die zijn aangetekend tegen de tuchtmaatregelen die in artikel 155, § 1, 2°, zijn vermeld en tegen de beslissingen in geval van een inbreuk tegen artikel 73bis, 8°.

§ 9. De in § 1, tweede lid, 2° en 3°, bedoelde leden van de Kamer van eerste aanleg leggen in handen van de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg, in persoon of schriftelijk, de eed af die voorgeschreven is door artikel 2 van het decreet van 20 juli 1831 betreffende de eedaflegging bij de aanvang der grondwettelijke vertegenwoordigende monarchie.



De in § 1, derde lid, 2° en 3°, bedoelde leden van de Kamer van beroep leggen in handen van de Voorzitter van de Kamer van beroep, in persoon of schriftelijk, de eed af die voorgeschreven is door artikel 2 van het decreet van 20 juli 1831 betreffende de eedaflegging bij de aanvang der grondwettelijke vertegenwoordigende monarchie.

§ 10. Wanneer een werkend lid, opgeroepen voor een zitting, verhinderd is om die zitting bij te wonen, meldt hij dat onverwijld aan de griffie, waarna een plaatsvervangend lid ter vervanging wordt uitgenodigd.

Wanneer die procedure wordt gevolgd, blijft de zetel geldig samengesteld op de zittingsdag wanneer naast de Voorzitter minstens ook aanwezig zijn:

- één van de in § 1, tweede lid, 2°, bedoelde leden en één van de in § 1, tweede lid, 3°, bedoelde leden voor wat de Kamer van eerste aanleg betreft
- één van de in § 1, derde lid, 2°, bedoelde leden en een van de in § 1, derde lid, 3°, bedoelde leden voor wat de Kamer van beroep betreft.

Wanneer de voorzitter vaststelt dat de leden van een groep talrijker zijn dan die van een andere groep, wijst hij ter herstelling van het evenwicht, het jongste lid aan dat niet zal zetelen. Dat zal worden vermeld op het proces-verbaal van de terechtzitting”.

B.1.2. Krachtens artikel 73, § 1, van de ZIV-Wet dienen artsen en tandheelkundigen zich te onthouden van het voorschrijven, het uitvoeren of het laten uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wanneer de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: het RIZIV) van mening is dat een zorgverlener de bepalingen van artikel 73 van de ZIV-Wet overtreedt, kan hij met toepassing van artikel 73*bis* van dezelfde wet de zaak aanhangig maken bij de Kamers van eerste aanleg (art. 139, 6°) en vervolgens hoger beroep instellen tegen de beslissingen van die laatste bij de Kamers van beroep of een cassatieberoep instellen bij de Raad van State tegen de beslissingen van de Kamers van beroep (art. 139, 7°).

Onverminderd eventuele straf- of tuchtrechtelijke sancties wordt een zorgverlener, bij vaststelling van een tekortkoming inzake de bepalingen van de artikelen 73 en 73*bis* van de ZIV-Wet, veroordeeld tot terugbetaling van de volledige waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste werden gelegd (art. 142, § 1, tweede lid) en, in voorkomend geval, tot betaling van een administratieve geldboete (art. 142, § 1, derde lid).

**B.2.** Uit de twee verwijzingsbeslissingen en uit de dossierstukken in de samengevoegde zaken blijkt dat de verzoekende partij de vorderingen tot terugbetaling van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste werden gelegd en tot betaling van administratieve geldboetes, die door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle bij de binnen het RIZIV ingestelde Kamer van eerste aanleg werden ingesteld, betwist. De verzoekende partij stelde verscheidene vorderingen tot wraking tegen de adviserend artsen van de Kamer van eerste aanleg in, omdat zij zitting namen in hun hoedanigheid van vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Nadat de Kamer van eerste aanleg die vorderingen ter beoordeling had doorverwezen naar de Kamer van beroep, vorderde de verzoekende partij, om dezelfde reden, de wraking van de twee adviserend artsen die lid waren van de beroepsinstantie. De Kamer van beroep maakte beide verzoekschriften tot wraking aanhangig bij de Raad van State en die heeft de prejudiciële vragen gesteld.



De Raad van State vraagt het Hof in hoofdzaak of artikel 145 van de ZIV-Wet bestaanbaar is met de artikelen 10, 11 en 151, § 1, van de Grondwet, met het algemeen beginsel van de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de rechter en met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, in zoverre die bepaling in die zin moet worden geïnterpreteerd dat de twee artsen die met raadgevende stem in de Kamer van beroep zetelen, als “vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen” moeten worden beschouwd.

#### TEN AANZIEN VAN DE TOEPASSELIJKHEID VAN ARTIKEL 151, § 1, VAN DE GRONDWET

B.3.1. De Ministerraad werpt op dat het Hof niet bevoegd is om de in het geding zijnde bepaling te toetsen aan artikel 151, § 1, van de Grondwet, omdat die laatste bepaling uitsluitend van toepassing is op de gewone rechtscolleges, terwijl de bij het RIZIV ingestelde Kamers van beroep administratieve rechtscolleges zijn.

B.3.2. Artikel 151, § 1, eerste lid, van de Grondwet bepaalt:

*“De rechters zijn onafhankelijk in de uitoefening van hun rechtsprekende bevoegdheden. Het openbaar ministerie is onafhankelijk in de individuele opsporing en vervolging onverminderd het recht van de bevoegde minister om de vervolging te bevelen en om de bindende richtlijnen van het strafrechtelijk beleid, inclusief die van het opsporings- en vervolgingsbeleid, vast te leggen”.*

Die grondwetsbepaling waarborgt uitsluitend de onafhankelijkheid van de magistraten van de zetel en van het openbaar ministerie in de hoven en rechtbanken. Artikel 151, § 1, van de Grondwet is derhalve niet van toepassing op de administratieve rechtscolleges.

#### TEN AANZIEN VAN DE TOEPASSELIJKHEID VAN ARTIKEL 6 VAN HET EUROPEES VERDRAG VOOR DE RECHTEN VAN DE MENS

B.4.1. Bij zijn arresten nrs. 133/2001 van 30 oktober 2001 en 26/2002 van 30 januari 2002 heeft het Hof geoordeeld dat “de beoordeling van de naleving door de zorgverlener van zijn verplichtingen in zoverre hij meewerkt aan een openbare dienst” een politiek recht in de zin van artikel 145 van de Grondwet betreft.

Het begrip “burgerlijke rechten en verplichtingen” in de zin van artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens is evenwel een autonoom begrip, dat niet samenvalt met de begrippen “burgerlijke rechten” en “politieke rechten” in de zin van de artikelen 144 en 145 van de Grondwet.

B.4.2. De vordering tegen een arts om de volledige waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste werden gelegd, terug te betalen, is een herstellvordering. Gelet op haar patrimoniaal karakter maakt een dergelijke vordering een betwisting over burgerlijke rechten en verplichtingen in de zin van artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens uit.

De omstandigheid dat dat herstel wordt gevorderd door een overheidsorgaan en de omstandigheid dat de vordering wordt behandeld door een administratief rechtscollege doen daaraan geen afbreuk.

#### TEN GRONDE

B.5.1. De Kamer van beroep is een administratief rechtscollege dat de vroegere commissie van beroep ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV heeft vervangen. De samenstelling van de commissie van beroep was bepaald in artikel 79<sup>quater</sup>, § 2, 1<sup>o</sup>, eerste lid, dat artikel 144, § 2, 1<sup>o</sup>, eerste lid, van de ZIV-Wet is geworden bij de coördinatie van die wet bij het koninklijk besluit van 14 juli 1994.

Zoals het verwijzende rechtscollege opmerkt, “had de wetgever duidelijk de bedoeling een paritaire samenstelling te verzekeren in de Nederlandse en de Franse afdeling van de commissie van beroep, met dien verstande overigens dat de leden van die afdelingen die geen magistraat waren, moesten optreden als “vertegenwoordigers” van het medische korps of van de verzekeringsinstellingen, waarbij zij evenwel slechts een raadgevende stem hadden tijdens de beraadslaging”.

B.5.2. Het is in die context dat de huidige Kamer van beroep werd ingesteld bij de artikelen 24 tot 26 van de programmawet van 24 december 2002, waarbij de wetgever binnen het vroegere juridische kader wenste te blijven. De parlementaire voorbereiding vermeldt het volgende:

“Met twee recente arresten heeft het [Grondwettelijk] Hof beslist dat de beslechting van bepaalde geschillen inzake ziekteverzekering voor administratieve rechtscolleges niet ongrondwettelijk is omdat deze geschillen, wanneer zij een zorgverlener aanbelangen, geen burgerlijk recht betreffen, doch wel een politiek recht.

Het amendement kiest er dus voor deze geschillen, verbonden aan de activiteit van de zorgverleners binnen het kader van een vereenvoudigd administratief-juridisch dispositief, te bewaren.

[...].

De leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, zullen zitting houden bij alle betwistingen van administratieve geldboetes die door het Comité zijn uitgesproken. De verzekeringsinstellingen zijn immers rechtstreeks betrokken vermits zij de betwiste prestaties uitbetaald hebben. Op de andere bank zullen de vertegenwoordigers zitten van het beroep waartoe de zorgverlener behoort. Om de paritaire samenstelling van de Kamer van beroep te behouden, is de Orde van geneesheren niet vertegenwoordigd [...].

[...].

Anderzijds werkt het Comité paritair: elke beslissing betreffende een zorgverlener wordt genomen door de magistraat-voorzitter, de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de beroeps categorie waartoe de betrokkene behoort [...].

[...].

[Het Comité van de DGEC is zodanig samengesteld dat] de krachten hier gelijk verdeeld zijn: de verzekeringsinstellingen en het geneesherenkorps beschikken elk over 8 vertegenwoordigers [...].

[...].

Voor wat de verzekeringsinstellingen betreft, zou hun aanwezigheid in de zetel [van de Kamer van beroep] zonder tegengewicht twijfel kunnen doen rijzen in verband met de onpartijdigheid van de rechtscolleges [...].

[...].

Het ontwerp richt Kamers van Beroep op. Zij zijn samengesteld uit één magistraat en uit vier bijzitters met raadgevende stem.

Twee van deze bijzitters vertegenwoordigen de verzekeringsinstellingen en de twee andere de verschillende medische en paramedische beroepen, vertegenwoordigd in het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle [...]” (Parl. St., Kamer, 2002-2003, DOC 50-2125/005, pp. 22, 28, 32, 34, 35 en 41).

B.5.3. De wetgever trad opnieuw op door, bij de artikelen 2 en 3 van de wet van 21 december 2006, Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep op te richten bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. De wetgever wilde binnen het RIZIV in een dubbele aanleg voorzien: de Kamers van eerste aanleg nemen kennis van de geschillen voordat hoger beroep kan worden ingesteld bij de Kamers van beroep. In tegenstelling tot de vroegere beperkte Kamers, zijn de Kamers van eerste aanleg echte administratieve rechtscolleges waarvoor, in tegenstelling tot datgene dat was bepaald in de vroegere procedure, de zorgverleners het recht hebben om te worden gehoord.

De parlementaire voorbereiding van de wet van 21 december 2006 vermeldt daaromtrent het volgende:

“De vertegenwoordigers van de verschillende beroepscategorieën wensen om deze redenen een zeer duidelijk onderscheid te maken tussen de onderzoeks- en beoordelingsfase, en dat de personen die betrokken zijn in de ene en in de andere fase, volledig onafhankelijk zijn van elkaar.

Deze vertegenwoordigers stelden bijgevolg voor de betwistingen met de zorgverleners zo mogelijk toe te vertrouwen aan de arbeidsrechtbanken.

Nochtans is vrij snel gebleken dat een dergelijk voorstel op korte termijn moeilijk uitvoerbaar was. Gelet op de techniciteit van de materie zijn de arbeidsrechtbanken in hun huidige samenstelling niet geconcipteerd om dit soort betwistingen te beslechten.

Het ontwerp beoogt eenvoudiger het opnieuw instellen binnen het RIZIV van een dubbele juridische aanleg.

Het tweede punt van kritiek tegen de huidige procedure is dat de zorgverlener niet het recht heeft om gehoord te worden door het Comité, dat slechts onrechtstreeks wordt ingelicht over de zaak via zijn auditeurs.

Het ontwerp stelt twee administratieve rechtscolleges in: de Kamer van eerste aanleg, samengesteld uit een magistraat-voorzitter en vier leden; twee leden vertegenwoordigen de verzekeringsinstellingen, en twee andere leden de beroepscategorie van de zorgverlener. Zij zijn allen stemgerechtigd (cfr. art. 14 van het ontwerp).

In graad van beroep is de Kamer van beroep eveneens samengesteld uit een magistraat-voorzitter en vier leden; twee leden vertegenwoordigen de verzekeringsinstellingen, de twee andere de beroepscategorie van de betrokken zorgverlener. Enkel de magistraat is stemgerechtigd (cfr. art. 14 van het ontwerp).

De grondwettelijkheid van deze administratieve rechtscolleges kan niet langer betwist worden nu het Arbitragehof oordeelde dat de rechten en plichten die een zorgverlener geniet als medewerker van de ziekteverzekering, politieke rechten zijn, en dat de geschillen die daaruit kunnen ontstaan mogen toevertrouwd worden aan administratieve rechtscolleges (cfr. Arbitragehof, arresten nrs. 133/2001 van 30.10.2001, 26/2002 van 30.01.2002 en 98/2002 van 12.06.2002).

Het mandaat van de voorzitters en de voornoemde leden is onverenigbaar met alle andere mandaten uitgeoefend binnen de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. De onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van deze rechtscolleges zijn bijgevolg volledig gewaarborgd (cfr. art. 95).

Wat de rechten van de verdediging betreft, laat het voorgestelde systeem de zorgverlener voortaan toe om te verschijnen in openbare terechtzitting, bijgestaan of vertegenwoordigd door een raadsman van zijn keuze (cfr. art. 95).

Vanzelfsprekend zijn de beslissingen van deze rechtscolleges gemotiveerd (art. 102). Zij worden uitgesproken in openbare terechtzitting. Bovendien kunnen deze rechtsorganen deskundigen raadplegen aangaande interpretatieproblemen rond de reglementering. De rechten van de verdediging worden nu dus zowel objectief als subjectief gevrijwaard” (Parl. St., Kamer, 2005-2006, DOC 51-2594/001, pp. 44-45).

B.6.1. Uit het in het geding zijnde artikel 145, § 1, 1<sup>o</sup> van de ZIV-Wet, uit de wordingsgeschiedenis van die bepaling en uit de voormelde parlementaire voorbereiding blijkt dat de Kamer van beroep een administratief rechtscollege is dat wordt voorgezeten door een beroepsmagistraat die stemgerechtigd is en bij wie vier, door de Koning benoemde artsen worden gevoegd, waarvan twee kandidaten werden voorgedragen op dubbele lijsten ingediend door de verzekeringsinstellingen, en twee andere kandidaten werden voorgedragen op dubbele lijsten ingediend door de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners. Die leden-artsen nemen zitting met raadgevende stem als vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, wat de eerstgenoemden betreft, of als vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de zorgverleners, wat de laatstgenoemden betreft.

B.6.2. De aanwezigheid binnen de Kamers van beroep van de adviserend artsen voorgedragen door de verzekeringsinstellingen werd in de parlementaire voorbereiding van de programmawet van 24 december 2002 verantwoord door het feit dat de verzekeringsinstellingen rechtstreeks betrokken zijn, vermits zij de betwiste prestaties hebben uitbetaald (Parl. St., Kamer, 2002-2003, DOC 50-2125/005, p. 28). Hoewel het juist is dat het, luidens artikel 154, eerste lid, van de ZIV-Wet, de verzekeringsinstellingen zijn die de adviserend artsen in dienst nemen en bezoldigen, kunnen volgens het tweede en het derde lid van hetzelfde artikel die ambten slechts worden opgedragen aan artsen die beëdigd zijn door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, die slechts kunnen worden erkend nadat het Comité van die Dienst de bevoegde Provinciale raad van de Orde der artsen om advies heeft verzocht.

Het statuut en de bezoldiging van de adviserend artsen worden bepaald door de Koning (art. 154, 5<sup>de</sup> lid), die ook de regels en de procedure met betrekking tot de toekenning van hun accreditering vaststelt (art. 154, 6<sup>de</sup> lid).

B.6.3. De aanwezigheid van artsen in de Kamer van beroep wordt verantwoord door hun deskundigheid en door de techniciteit van de materie (vgl. het arrest nr. 133/2001 van 30.10.2001).

B.6.4. Bij zijn arrest *Defalque t./België* heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens geoordeeld dat de vroegere samenstelling van de Kamers van beroep de onafhankelijkheid en de objectieve onpartijdigheid ervan waarborgde. Het hield daarbij met name rekening met het feit dat de commissie van beroep werd voorgezeten door een magistraat, met het feit dat haar beslissingen het voorwerp konden uitmaken van een cassatieberoep bij de Raad van State, met de paritaire samenstelling wat de adviserend artsen betreft, met de wettelijk bepaalde duur van het mandaat, met de onverenigbaarheid met andere mandaten binnen het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en met het feit dat de artsen slechts over een raadgevende stem beschikken (EHRM, 20.04.2006, *Defalque t./België*, § 31).

B.6.5. Om al die redenen voldoet ook de huidige samenstelling van de Kamers van beroep aan de vereisten van rechterlijke onafhankelijkheid en onpartijdigheid, gewaarborgd door artikel 6, § 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

De gemengde en paritaire samenstelling, wat de adviserend artsen betreft, van die Kamers waarborgt overigens dat zowel de belangen van de verzekeringsinstellingen als die van de zorgverleners in aanmerking worden genomen door de magistraat die alleen uitspraak doet over de betwisting, na de artsen uit de twee voormelde beroepscategorieën te hebben geraadpleegd.

B.6.6. De artsen die in de Kamer van beroep zetelen als “vertegenwoordigers” van de verzekeringsinstellingen en als “vertegenwoordigers” van de beroepsorganisaties van de zorgverleners, zijn geen lasthebbers in de zin van de artikelen 1984 tot 2010 van het Burgerlijk Wetboek. Die artsen mogen bij de behandeling van de dossiers immers geen instructies ontvangen van de verzekeringsinstellingen of van de beroepsorganisaties van de zorgverleners, maar dienen enkel op grond van de elementen van het dossier hun raadgevende stem uit te oefenen.

De rol van de verzekeringsinstellingen en van de beroepsorganisaties van de zorgverleners is ertoe beperkt een “voordracht” te doen van de kandidaat-artsen op een dubbele lijst waaruit de Koning de artsen benoemt die zitting nemen in de Kamer van beroep.

**B.7.** Uit al die elementen volgt dat de onafhankelijkheid en de objectieve onpartijdigheid van de Kamer van beroep voldoende zijn gewaarborgd.

**B.8.** Het in het geding zijnde artikel 145 van de ZIV-Wet is niet onbestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

#### **OM DIE REDENEN,**

#### **HET HOF**

#### **zegt voor recht:**

Artikel 145 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, schendt niet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

...

## II. Arbeidshof van Bergen, 26 september 2018

### Gerechtelijk Wetboek - Artikel 807 - Nieuwe vordering

*Artikel 807 van het Gerechtelijk Wetboek laat de partijen toe om het voorwerp van de oorspronkelijke vordering uit te breiden of te wijzigen, mits de oorzaak van de vordering die kan worden omschreven als het geheel van de feiten en handelingen die door de eisende partij worden ingeroepen tot staving van het recht waarvan hij de erkenning vraagt, niet wordt gewijzigd. Bijgevolg is niet vereist dat de nieuwe vordering uitsluitend gegrond is op het feit of de akte die in de dagvaarding wordt aangevoerd.*

*Wat betreft de nieuwe vordering die voor het eerst in hoger beroep wordt ingesteld, is evenmin vereist dat de uitbreiding of wijziging van de vordering tegen dezelfde partij waartegen de vordering was gesteld, bij de eerste rechter aanhangig was, noch virtueel in de oorspronkelijke vordering begrepen was.*

Rolnummer: 2017/AM/200

VI. t./JC.R. - INAMI

...

### 2. Objet de l'appel et de la demande nouvelle – Prétentions des parties – Position de l'auditorat général

Dans une requête entrée au greffe de la Cour du travail de Liège en date du 23 avril 2013, ... sollicite la réformation du jugement prononcé le 25 mars 2013 par la 1<sup>re</sup> Chambre du tribunal du travail de Verviers (n<sup>os</sup> de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A).

Par citations des 9 et 12 juin 2017, entrées au greffe le 16 juin 2017, ... assigne M ... et ... à comparaître devant la Cour du travail de Mons, à la suite de l'arrêt du 2 janvier 2017, par lequel la 3<sup>e</sup> Chambre de la Cour de cassation casse l'arrêt prononcé le 25 novembre 2014 par la 2<sup>e</sup> Chambre de la Cour du travail de Liège, division de Liège.

Dans ses conclusions principales d'appel, entrées au greffe le 17 octobre 2017, M ... réclame, dans le cadre d'un prétendu appel incident<sup>1</sup>, la condamnation de ... à lui payer les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues à la date d'échéance de chacune des mensualités dues jusqu'au complet paiement.

Ce chef de demande n'ayant pas été formulé devant le Tribunal du travail de Verviers, il s'agit non pas d'un appel incident mais d'une demande nouvelle.

... demande à la Cour de :

- dire l'appel recevable et fondé
- réformer le jugement entrepris

1. Cf. p. 11 de ses conclusions principales d'appel.

- débouter M ... de son recours
- dire la demande reconventionnelle de ... totalement recevable et fondée, et, en conséquence, condamner M ... au paiement d'un montant principal de 9.897,80 EUR, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif
- statuer comme de droit quant aux dépens.

M ... demande à la Cour de :

- dire l'appel principal recevable mais non fondé
- dire l'appel incident recevable et fondé
- à titre principal :
  - confirmer le jugement dont appel
  - condamner ... à lui payer les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues à la date d'échéance de chacune des mensualités dues jusqu'au complet paiement
  - condamner ... aux dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR (appel).
- à titre subsidiaire :
  - avant dire droit, désigner un médecin-expert avec la mission de déterminer si, depuis le 9 mai 2010 jusqu'à la date de ses propres constatations médicales, il présente une réduction d'au moins 50 % de sa capacité de gain d'un point de vue médical.

L' ... ne rédige pas de conclusions et ne comparait pas.

Dans son avis écrit, déposé au greffe le 27 juin 2018, Madame M. H., substitut général, estime que l'appel est fondé.

### 3. Faits et antécédents

Il résulte des pièces du dossier et des explications fournies lors de l'audience du 23 mai 2018 que la situation factuelle et les antécédents de la procédure judiciaire se présentent comme suit.

M ... est né le ... .

Il exerce la profession de peintre en bâtiment.

Il est reconnu en incapacité de travail depuis le 2 octobre 2006.

Lors d'un contrôle survenu en date du 9 mai 2010, les services de l'ONEm constatent que M ... est occupé à effectuer des travaux de peinture pour le compte de Monsieur ... .

Ce dernier régularise ultérieurement la situation en faisant parvenir à l'ONEm une déclaration DIMONA ainsi que la fiche de paie d'un montant de 92,88 EUR.

Dans un courrier du 10 mars 2011, ... notifie à M ... qu'il n'a plus droit aux indemnités à partir du 9 mai 2010 (art. 100, § 1 et § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités coordonnée le 14.07.1994) et qu'il est tenu de rembourser la somme de 9.897,80 EUR, à titre de prestations perçues indûment (3.787,70 EUR pour la période du 09.05.2010 au 31.08.2010) et (6.110,10 EUR pour la période du 01.09.2010 au 28.02.2011).

Cette décision comporte la motivation suivante :

*“(...) Nous venons de recevoir du Service de Contrôle de l’ ... le procès-verbal de constat dressé en date du 1<sup>er</sup> mars 2011 dans lequel il apparaît que lors d’un contrôle des services de l’ONEm en date du 9 mai 2010 il a été constaté à trois reprises que vous avez effectué durant toute la journée un travail de peinture pour le compte de Monsieur ... .*

*Vous avez repris cette activité sans autorisation préalable du médecin-conseil. Nous estimons que cette reprise ne peut faire l’objet d’une procédure de régularisation dans le cadre de l’article 101 du 14 juillet 1994 étant donné qu’il s’agit de la reprise totale et normale de votre ancienne activité professionnelle (peintre en bâtiment) et que d’autre part, un rapport de constatation semblable avait été établi lors de votre incapacité du 16 septembre 1997 par l’INAMI (P.V. de constat du 07.11.2000). (...)”.*

Par requêtes entrées au greffe du Tribunal du travail de Verviers respectivement le 17 mai 2011 (rôle n° 11/772/A) et le 1<sup>er</sup> juin 2011 (rôle n° 11/864/A), M ... forme un recours contre la décision de l’O.A. du 10 mars 2011.

Dans un courrier du 28 avril 2011, ... notifie à M ... qu’il est exclu du droit aux indemnités à concurrence de 18 indemnités journalières en application de l’article 168quinquies, § 2, 3<sup>o</sup>, et § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette décision comporte la motivation suivante :

*“(...) Il ressort d’une enquête effectuée par le contrôleur social du Service du contrôle administratif de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité que vous avez exercé une activité de peintre en date du 9 mai 2010, alors que vous vous trouviez en période d’incapacité indemnisée par votre mutualité.*

*Cette activité a en effet été constatée lors d’un contrôle effectué par l’ONEm. Interpellé à 8h25 du matin, vous étiez sur une échelle occupé à peindre la façade et avez reconnu réaliser ce travail pour M ... et ce, durant une demi-heure sans être rémunéré.*

*Également auditionné par l’ONEm, Monsieur ... a reconnu les faits en précisant que vous en aviez pour une heure et que vous ne seriez pas rémunéré (échange de service).*

*De passage à 16h05 le même jour, les contrôleurs de l’ONEm ont constaté que vous étiez toujours présent et que toute la façade ainsi que les boiseries du rez-de-chaussée avaient été peintes, et que le sol avait été enduit.*

*Réauditionné, vous avez reconnu avoir effectué ces travaux.*

*Vous avez en outre fait l’objet d’une régularisation en matière de déclaration immédiate à l’emploi.*

*Dans vos moyens de défenses, vous avez précisé ne pas nier avoir travaillé pour le compte d’un ami, ... et ce, afin de lui rendre service et non d’effectuer un travail puisque vous n’avez jamais reçu de rémunération.*

*L’enquête du contrôleur social a démontré que vous avez repris cette activité sans autorisation, préalable du médecin-conseil.*

*Vous n’avez en outre, pas informé votre organisme assureur de cette reprise d’activité.*

*Vous n’avez pas déclaré vos revenus à votre organisme assureur.*

*Les infractions constatées sont et demeurent bien établies.*

*Nous vous signalons enfin que la hauteur de la sanction est en rapport avec la gravité et la durée des infractions constatées. (...)”.*



Par requête entrée le 1<sup>er</sup> juin 2011 au greffe du Tribunal du travail de Verviers (rôle n° 11/863/A), M ... forme un recours contre la décision de l'INAMI du 28 avril 2011.

Dans un jugement du 25 mars 2013, la 1<sup>re</sup> Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit les actions recevables et, en raison de leur connexité, joint les causes reprises sous les numéros de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A
- dit l'action de M ... à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M ... admissible et indemnisable, sur le plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M ... à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de ... fondée à concurrence de la somme de 38,65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus
- dit l'action de M ... non fondée en tant que dirigée contre la décision de ... du 28 avril 2011
- condamne l'... aux dépens liquidés à la somme de 120,25 EUR pour M ... .

Par requête entrée le 23 avril 2013 au greffe de la Cour du travail de Liège, l'... interjette appel du jugement du 25 mars 2013.

Dans un arrêt du 25 novembre 2014, la 2<sup>e</sup> Chambre de la Cour du travail de Liège, division de Liège :

- déclare irrecevable l'appel dirigé contre l'INAMI
- reçoit l'appel dirigé contre M ... et le déclare non fondé
- confirme le jugement entrepris dans toutes ses dispositions, en ce compris quant aux dépens
- faisant droit à la demande nouvelle, condamne l'... à verser à M ... les intérêts calculés au taux légal sur les indemnités dues à la date d'échéance de chaque mensualité jusqu'à complet paiement
- condamne l'... aux dépens d'appel liquidés pour M ... à la somme de 120,25 EUR et liquidés pour l'INAMI à la somme de 160,36 EUR.

L'... forme un pourvoi en cassation contre l'arrêt du 25 novembre 2014.

Dans un arrêt du 2 janvier 2017<sup>2</sup>, la 3<sup>e</sup> Chambre de la Cour de cassation casse l'arrêt de la Cour du travail de Liège du 25 novembre 2014, sauf en ce qu'il déclare irrecevable l'appel dirigé contre l'INAMI et renvoie la cause, ainsi limitée, devant la Cour du travail de Mons.

## 4. Écartement

### a) En droit

Après les plaidoiries et, s'il y a lieu, les répliques, le juge prononce la clôture des débats, selon l'article 769, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire.

Si le ministère public estime convenable d'émettre un avis écrit après les plaidoiries, il en informe le juge avant la clôture des débats ; cet avis est déposé au greffe et communiqué à l'avocat des parties ou, si elles n'ont pas d'avocat, aux parties elles-mêmes au plus tard à une date déterminée par le juge qui fixe également la date jusqu'à laquelle les parties peuvent déposer au greffe leurs conclusions pour répliquer à l'avis du ministère public, selon l'article 766, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, du Code judiciaire.

Il en résulte que des conclusions déposées au-delà de la date fixée par le juge doivent être écartées et que seules des conclusions, à l'exclusion de pièces, peuvent être déposées par les parties à titre de répliques à l'avis du ministère public.

Les répliques des parties sur l'avis du ministère public ne sont prises en considération que dans la mesure où elles répondent à l'avis du ministère public, selon l'article 767, § 2, du Code judiciaire.

## b) En l'espèce

Lors du procès-verbal de l'audience du 23 mai 2018, il a été acté que les parties pouvaient répliquer à l'avis du ministère public en déposant des conclusions au plus tard le 28 août 2018.

Les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M ... , entrées au greffe le 29 août 2018, sont donc tardives.

De manière surabondante, M ... a joint ses répliques une pièce au mépris de la règle, rappelée ci-avant, selon laquelle seules des conclusions, à l'exclusion de pièces, peuvent être déposées par les parties à titre de répliques à l'avis du ministère public.

Dans ces conditions, la Cour écarte les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M ... , entrées au greffe le 29 août 2018.

## 5. Recevabilité

### a) En droit

#### I. APPEL

Le délai pour interjeter appel est d'un mois à partir de la signification du jugement ou de la notification de celui-ci faite conformément à l'article 792, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire, selon l'article 1051, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire.

Les dispositions légales concernant la recevabilité de l'appel en matière civile sont d'ordre public<sup>3</sup>.

#### II. DEMANDE NOUVELLE

La demande principale, formulée dans l'acte introductif d'instance, se distingue des demandes incidentes, introduites durant le procès<sup>4</sup>.

La demande principale peut être identifiée comme étant la demande initiale.

3. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 08.06.2015, rôle S.14.0094.F, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

4. D. MOUGENOT, *Principes de droit judiciaire privé*, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 1193.

Parmi les demandes incidentes, figurent notamment la demande nouvelle, c'est-à-dire la demande qui s'ajoute ou se substitue à la demande principale, conformément à l'article 807 du Code judiciaire, ainsi que la demande additionnelle, celle-ci constituant le prolongement immédiat de la demande originaire<sup>5</sup>, en vertu de l'article 808 du Code judiciaire.

La demande nouvelle résulte de ce que la demande dont le juge est saisi peut être étendue ou modifiée, si des conclusions nouvelles, contradictoirement prises, sont fondées sur un fait ou un acte invoqué dans la citation, même si leur qualification juridique est différente, selon l'article 807 du Code judiciaire.

Cette disposition permet donc aux parties d'étendre ou de modifier l'objet de la demande initiale pour autant qu'elles ne modifient pas la cause de la demande, laquelle peut être définie comme étant l'ensemble des faits et des actes à la base du litige qui sont invoqués par le demandeur à l'appui du droit dont il réclame la reconnaissance<sup>6</sup>.

Lorsque le juge décide légalement que la demande initiale et la demande nouvelle introduite par conclusions ne sont pas fondées sur le même fait, au sens de l'article 807 du Code judiciaire, il décide en droit que la demande nouvelle est irrecevable<sup>7</sup>.

L'article 807 du Code judiciaire ne requiert pas que la demande nouvelle soit exclusivement fondée sur un fait ou un acte invoqué dans la citation<sup>8</sup>.

Lorsqu'une demande nouvelle est fondée sur un autre fait ou un autre acte, il n'est pas exigé que ceux-ci présentent un lien avec le fait ou l'acte invoqué dans la citation<sup>9</sup>.

Il ne s'impose pas davantage que la demande étendue ou modifiée à l'égard de la partie contre laquelle a été introduite la demande initiale ait été portée devant le premier juge ou ait été virtuellement contenue dans la demande originaire<sup>10</sup>.

## b) En l'espèce

Introduit dans le délai légal, l'appel est recevable.

En ce qu'elle est exprimée dans des conclusions contradictoirement prises et fondée sur des faits invoqués dans les actes introductifs d'instance, la demande nouvelle est recevable.

5. G. DE LEVAL, "L'action en justice - La demande et la défense", In Droit judiciaire, (dir.) G. DE LEVAL, Bruxelles, Larcier, 2015, t. 2, pp. 161-163.

6. C. Trav. Mons (2<sup>e</sup> Ch.), 06.02.2012, R.G. 2011/AM/68, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

7. Cas., 05.05.1988, Pas., 1988, I, p. 1075.

8. Cass. (1<sup>e</sup> Ch.), 10.11.2006, [www.jure.juridat.fgov.be](http://www.jure.juridat.fgov.be). Cass. (1<sup>e</sup> Ch.), 04.06.2010, [www.jure.juridat.fgov.be](http://www.jure.juridat.fgov.be). Mons (16<sup>e</sup> Ch.), 25.02.2016, rôle 2015/RG/185, [www.jure.juridat.fgov.be](http://www.jure.juridat.fgov.be).

9. Cass. (1<sup>e</sup> Ch.), 29.01.2010, rôle n° C.07.0278.F, [www.jure.juridat.fgov.be](http://www.jure.juridat.fgov.be).

10. Cass. (1<sup>e</sup> Ch.), 29.11.2002, rôle n° C.00.0729.N, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

## 6. Fondement

### a) En droit

#### I. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Est reconnu incapable de travailler, 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, selon l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence<sup>11</sup>.

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, selon l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il résulte des dispositions précitées que la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée à la réunion de trois conditions<sup>12</sup>:

1. la cessation de toute activité ;
2. le fait que cette cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels ;
3. ces derniers doivent générer une réduction de la capacité de gain du titulaire d'au moins deux tiers par rapport à une personne de référence.

Le législateur ne définit toutefois pas l'activité qu'il convient d'avoir cessé pour prétendre aux indemnités.

Selon la Cour de cassation, le terme "activité" doit être compris dans son sens usuel et ne peut être réduit à la seule activité professionnelle ou au seul travail<sup>13</sup>.

Il s'ensuit qu'est visée non seulement la cessation de toute activité professionnelle mais encore de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou toute occupation habituelle, occasionnelle voire même exceptionnelle, orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, et ce même si elle est de minime importance ou faiblement rémunérée<sup>14</sup>.

11. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 18.05.2015, rôle n° S.13.0013.F, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

12. C.C., arrêt n° 51/2013, 28.03.2013, rôle n° 5463, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be). Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 23.05.2016, rôle n° S.14.0002.F, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

13. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 23.04.1990, J.T.T., 1990, p. 446.

14. Ph. GOSSERIES, "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", J.T.T., 1997, p. 81. Cass., 21.01.1982, Bull. INAMI, 1982, p. 323. Cass., 18.05.1992, J.T.T., 1992, p. 400. C. Trav. Mons (4<sup>e</sup> Ch.), 17.10.2012, R.G. 2012/AM/18, inédit. C. Trav. Bruxelles (8<sup>e</sup> Ch.), 20.06.2013, R.G. 2011/AB/813, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be). C. Trav. Mons (4<sup>e</sup> Ch.), 26.11.2014, R.G. 2012/AM/474, inédit. C. Trav. Mons (5<sup>e</sup> Ch.), 11.12.2014, R.G. 2013/AM/432, inédit. C. Trav. Mons (5<sup>e</sup> Ch.), 08.01.2015, R.G. 2009/AM/21651, inédit. C. Trav. Mons (5<sup>e</sup> Ch.), 05.01.2017, R.G. 2014/AM/296, inédit.

En principe, seules sont autorisées des activités d'entretien ordinaire du ménage ou de loisir<sup>15</sup>.

Cette rigueur est tempérée par la possibilité prévue par l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version actuelle entrée en vigueur en date du 12 avril 2013<sup>16</sup>, de solliciter l'autorisation du médecin-conseil de reprendre une activité, préalablement à la reprise de celle-ci, alors que le travailleur se trouve encore en incapacité de travail et pour autant que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

## II. TRAVAIL NON AUTORISÉ

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, selon l'article 101, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version qui était en vigueur jusqu'au 30 décembre 2010<sup>17</sup>.

Dans l'hypothèse où la capacité de travail est diminuée de 50 %, le travailleur doit rembourser les indemnités allouées les jours où il a travaillé et, dans celle où sa capacité de travail est supérieure à 50 %, il doit, sur la base d'une lecture *a contrario* de la disposition précitée, rembourser toutes les indemnités et il est mis fin à la reconnaissance de l'incapacité<sup>18</sup>.

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen ; en cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire, selon l'article 101, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version qui est entrée en vigueur en date du 31 décembre 2010<sup>19</sup>.

L'examen médical évoqué ci-avant tend à vérifier les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail énoncées par l'article 100, § 1<sup>er</sup>, à savoir la cessation de 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 la capacité de gain du titulaire<sup>20</sup>.

Les articles 245<sup>decies</sup> et 245<sup>undecies</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, insérés par un arrêté royal du 12 décembre 2010<sup>21</sup>, régissent l'examen médical, lequel doit être effectué dans un délai de trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'organisme assureur, de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci à l'organisme assureur, ainsi que la décision de fin de reconnaissance.

Le titulaire précité est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé, selon l'article 101, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version actuelle, qui est entrée en vigueur en date du 31 décembre 2010<sup>22</sup>.

15. J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 281.

16. Art. 17 de la loi-programme du 04.07.2011 (M.B., 19.07.2011). Art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 12.03.2013 (M.B., 02.04.2013).

17. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

18. S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Larcier, 2009, p. 285. C. T. Mons, 02.02.2012, R.G. 2009/AM/20, inédit. C. T., Mons, 21.03.2012, R.G. 2011/AM/188, inédit.

19. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

20. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 23.05.2016, rôle n° S.14.0002.F, [www.jure.juridat.just.fgov.be](http://www.jure.juridat.just.fgov.be).

21. M.B., 20.12.2010.

22. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen, selon l'article 101, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version actuelle qui est entrée en vigueur en date du 12 avril 2013<sup>23</sup>.

### III. PRINCIPE GÉNÉRAL DU DROIT RELATIF À LA NON-RÉTROACTIVITÉ DE LA LOI

La loi ne dispose que pour l'avenir et n'a point d'effet rétroactif, selon l'article 2 du Code civil.

Conformément au principe général du droit déduit de la disposition précitée, une loi nouvelle s'applique non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur, mais aussi aux effets futurs des situations nées sous l'empire de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés<sup>24</sup>.

### IV. INTÉRÊTS

Les prestations payées indûment portent intérêt de plein droit à partir du paiement si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de la personne intéressée, selon l'article 21 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

#### b) En l'espèce

Dans l'arrêt du 2 janvier 2017<sup>25</sup>, rendu dans le cadre de la présente cause, la 3<sup>e</sup> Chambre de la Cour de cassation dispose que :

*"(...) Une loi nouvelle s'applique non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur mais aussi aux effets des situations nées sous le régime de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits irrévocablement fixés.*

*Le procès-verbal du Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité constatant qu'un assuré social bénéficiant d'indemnités a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 101, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et la décision de l'organisme assureur déduisant les conséquences de ce travail sur le droit de l'assuré social aux indemnités et coordonnant la récupération des indemnités payées indûment, par lesquelles ces institutions de sécurité sociale appliquent les dispositions légales pertinentes au travail non autorisé, ne constituent pas des effets de ce travail qui se produiraient ou se prolongeraient après qu'il a été effectué.*

*L'arrêt constate que le défendeur bénéficiait d'indemnités de l'assurance soins de santé et indemnités et qu'il a effectué le 9 mai 2010 un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée.*

23. Art. 17 de la loi-programme du 04.07.2011 (M.B., 19.07.2011). Art. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 12.03.2013 (M.B., 02.04.2013).

24. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 24.01.2005, rôle n° C.04.0223.N.F., jure.juridat.just.fgov.be. Cass. (2<sup>e</sup> Ch.), 07.10.2008, rôle n° P.08.0570.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. Cass. (1<sup>e</sup> Ch.), 14.02.2014, rôle n° C.12.0460.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

25. Cass. (3<sup>e</sup> Ch.), 02.01.2017, rôle n° S.15.0018.F.

*Il considère que ce travail non autorisé a développé ses effets après le 31 décembre 2010 au motifs que "l'Institut national d'assurance maladie-invalidité {...} a dressé le procès-verbal de constat de l'infraction {...} le 1er mars 2011, {qu'une} copie {en} a été notifiée {au défendeur et à la demanderesse} au début du mois de mars 2011" et que la demanderesse a pris le 10 mars 2011 la décision refusant les indemnités au défendeur à partir du 9 mai 2010 et ordonnant la récupération des indemnités versées depuis cette date jusqu'au 28 février 2011.*

*Par ces considérations, l'arrêt ne justifie pas légalement sa décision d'appliquer aux faits de la cause l'article 101 de la loi coordonnée et l'article 245decies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans leur rédaction en vigueur à partir du 31 décembre 2010.*

*Le moyen, en cette branche, est fondé. (...)"*

La Cour souscrit entièrement à ce raisonnement.

Dès lors que M ... a effectué, en date du 9 mai 2010, un travail non autorisé alors qu'il était reconnu en incapacité de travail, il convient d'appliquer l'article 101, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version qui était en vigueur jusqu'au 30 décembre 2010<sup>26</sup>.

Dans cette perspective, M ... estime que sa capacité de travail est restée, à dater du 9 mai et ultérieurement, réduite d'au moins 50 % du point de vue médical mais ne dépose toutefois aucune pièce médicale probante susceptible de l'établir.

Ni le document du 20 février 2012, dans lequel le Docteur ... se borne à conseiller à M ... de consulter un expert, ni le nouveau document du 9 août 2018, que, de toute manière, la Cour écarte et dans lequel le Docteur ... expose que M ... lui déclare qu'il est en incapacité de travail depuis 2006, ne sont probants.

M ... ne développe aucun argument qui emporte la conviction de la Cour afin de considérer que sa capacité de travail est restée, à dater du 9 mai 2010 et ultérieurement, réduite d'au moins 50 % du point de vue médical ou afin d'ordonner une expertise afférente à une telle réduction de capacité de travail dans son chef.

L'... est fondé à revendiquer le remboursement des indemnités d'incapacité de travail perçues par M ... entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, ainsi que les intérêts à dater des débours.

Dans ces conditions, l'appel est fondé et la demande nouvelle n'est pas fondée.

La Cour réforme le jugement du 25 mars 2013 (numéros de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A), en ce que la 1<sup>re</sup> Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit l'action de M ... à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M ... admissible et indemnisable, sur le plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M ... à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de l'... fondée à concurrence de la somme de 38.65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus.

La Cour déboute M ... de son recours originaire à l'égard de l'...

26. Art. 101 de la loi du 28.04.2010 portant des dispositions diverses (M.B., 10.05.2010).

La demande reconventionnelle originaire de l'... est fondée.

La Cour condamne M ... à payer à l'... une somme de 9.897,80 EUR, correspondant aux indemnités indûment perçues entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif.

## 7. Dépens

### a) En droit

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements prévus aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux, selon l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause, selon l'article 1022, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire.

Le tarif des indemnités de procédure, fixé dans l'arrêté royal du 26 octobre 2007<sup>27</sup>, opère une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une affaire évaluable en argent, soit celle au cours de laquelle une condamnation au paiement d'une somme d'argent est formellement demandée<sup>28</sup>.

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1<sup>er</sup> juin 2016<sup>29</sup>.

### b) En l'espèce

La demande originaire de M ... s'inscrit dans les contestations visées à l'article 580, 2°, du Code judiciaire.

La Cour condamne l'... à payer à M ... les dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR.

**POUR CES MOTIFS,**

**LA COUR,**

**Statuant contradictoirement,**

Écarte les répliques à l'avis de l'auditorat général et la pièce (inventoriée et numérotée 1.) de M ... entrées au greffe le 29 août 2018.

Reçoit l'appel et la demande nouvelle.

Dit que l'appel est fondé.

27. M.B., 09.11.2007.

28. H. BOULARBAH, "Les frais et les dépens, spécialement l'indemnité de procédure", in *Actualités en droit judiciaire*, CUP, vol. 145, (dir.) H. BOULARBAH et F. GEORGES, Bruxelles, Larcier, 2013, p. 372.

29. J.T., 2016, pp. 411-412.



Dit que la demande nouvelle n'est pas fondée.

Réforme le jugement du 25 mars 2013 (n<sup>os</sup> de rôle général 11/772/A, 11/864/A et 11/863/A), en ce que la 1<sup>e</sup> Chambre du Tribunal du travail de Verviers :

- dit l'action de M ... à l'encontre de la décision de l'... du 10 mars 2011 partiellement fondée
- dit M ... admissible et indemnisable, sur la plan médical, aux indemnités d'incapacité de travail de l'assurance maladie-invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2011, sous réserve que toutes autres conditions légales soient demeurées satisfaites
- condamne M ... à rembourser à l'... la somme de 38,65 EUR représentant l'indemnité indûment perçue pour la journée du 9 mai 2010
- dit l'action reconventionnelle de l'... fondée à concurrence de la somme de 38,65 EUR et la déboute de sa demande pour le surplus.

Déboute M ... de son recours originaire à l'égard de l'....

Dit que la demande reconventionnelle originaire de l'... est fondée.

Condamne M ... à payer à l' ... une somme de 9.897,80 EUR, correspondant aux indemnités indûment perçues entre le 9 mai 2010 et le 28 février 2011, à majorer des intérêts légaux et judiciaires courant depuis les débours jusqu'au jour du paiement effectif.

Condamne l'... à payer à M ... les dépens liquidés à la somme de 131,18 EUR.

...

### III. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt – Arrest *de dato* 15 november 2018

Evaluatie arbeidsongeschiktheid – Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Voorafbestaande toestand – Geen duurzame tewerkstelling – Nieuwe erkenningen zijn inconsequent

*Wanneer een verzekerde tot de arbeidsmarkt toetreedt, moet hij/zij een verdienvermogen hebben van meer dan één derde om nadien als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 ZIV-wet te kunnen worden beschouwd. De situatie waar zulks niet het geval is, wordt aangeduid met de term van een “voorafbestaande toestand”.*

*Erkenning van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 ZIV-wet is niet mogelijk indien de vermindering van het verdienvermogen (tot minder dan een derde) het gevolg is van een dergelijke voorafbestaande toestand waarbij het verdienvermogen van betrokkene op het ogenblik van zijn/haar intrede op de arbeidsmarkt reeds op blijvende wijze minder dan een derde bedroeg.*

*In casu werd er al eerder een beoordeling gemaakt door het Arbeidshof betreffende de aanwezigheid van een voorafbestaande toestand in hoofde van verzekerde. Bij gebrek aan enige daaropvolgende duurzame tewerkstelling waaruit desgevallend het tegendeel zou kunnen blijken, blijft het bestaan van de voorafbestaande toestand onverminderd van toepassing.*

*Nieuwe erkenningen van arbeidsongeschiktheid na deze beoordeling zijn bovendien inconsequent en kunnen het bestaan van de voorafbestaande toestand niet ongedaan maken.*

Rolnummer: 2017/AH/154

C.M. t./INAMI

...

### II. Feiten en voorgaande rechtspleging

... was ten laste van de ziekteverzekering sedert 26 november 2014.

De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit/GRI van het RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING (afgekort: RIZIV) besliste op 2 juni 2016 dat ... op/vanaf 13 juni 2016 niet langer arbeidsongeschikt erkend werd, als bedoeld in artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen (afgekort: ZIV-wet).

Tegen deze beslissing stelde ... op 15 juli 2016 beroep in bij de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

... vorderde de vernietiging van de administratieve beslissing van 2 juni 2016.

Bij vonnis van 12 juni 2017 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren (hierna: vonnis *a quo*) werd:

- de vordering van ... ontvankelijk doch ongegrond verklaard
- de bestreden administratieve beslissing bevestigd
- het RIZIV veroordeeld tot de kosten van het geding.

Tegen dit vonnis stelde ... hoger beroep in bij dit arbeidshof.

### III. Eisen in hoger beroep

#### 1.

... vordert om:

- het vonnis *a quo* en de bestreden beslissing te vernietigen
- het RIZIV te veroordelen tot betaling van alle achterstallige ziekte-uitkeringen vanaf 13 juni 2016, vermeerderd met de wettelijke en gerechtelijke intresten
- in ondergeschikte orde over te gaan tot de aanstelling van een geneesheer-deskundige
- het RIZIV te veroordelen tot de kosten.

#### 2.

Het RIZIV verzoekt om:

- het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond te verklaren
- dienvolgens het vonnis *a quo* te bevestigen.

### IV. Beoordeling

#### 1.

Bij beslissing van 2 juni 2016 van het RIZIV (de GRI) werd ... (die ziekte-uitkeringen ontving vanaf 26.11.2014) niet langer als zijnde arbeidsongeschikt erkend vanaf 13 juni 2016.

... meent dat hij vanaf die laatste datum, 13 juni 2016, (verder) arbeidsongeschikt was/is in de zin van artikel 100, § 1 ZIV-wet.

Het RIZIV betwist dit standpunt.

Het RIZIV stelt dat er sprake is van een voorafbestaande toestand, ten gevolge waarvan ... niet als zijnde arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 ZIV-wet kan worden erkend vanaf 13 juni 2016.

## 2.

Om in de ZIV-reglementering voor werknemers als arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend, moet in principe door de werknemer voldaan zijn aan de door artikel 100, § 1 ZIV-wet voorziene voorwaarden:

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

De erkenning inzake arbeidsongeschiktheid is ingevolge deze wettelijke bepaling dus afhankelijk gesteld van drie cumulatieve voorwaarden, met name:

1. de onderbreking van elke werkzaamheid (arbeid);
2. de onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen;
3. het verdienvermogen moet verminderd zijn tot één derde of minder dan één derde van wat de valide “vergelijkingspersoon”, zou kunnen verdienen (er moet dus sprake zijn van een arbeidsongeschiktheid van tenminste 66 %).

De hiervoren vermelde tweede voorwaarde gaat uit van een causaliteit (“als rechtstreeks gevolg”) tussen enerzijds het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen en anderzijds de stopzetting van alle werkzaamheden.

Het oorzakelijk verband tussen het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen enerzijds, en de stopzetting van alle werkzaamheden anderzijds, werd in de definitie van de arbeidsongeschiktheid ingevoerd bij artikel 8 van het koninklijk besluit nummer 22 van 23 maart 1982 en beoogde om diegenen van wie het verdienvermogen blijvend zo ernstig was aangetast dat ze in feite nooit arbeidsgeschikt zijn geweest, uit te sluiten uit het stelsel van de ziekteverzekering (vgl. Arbh. Antwerpen 13.01.2004, Soc. Kron., 2004, 336; VERBRUGGEN, L., “Overzicht van rechtspraak in verband met de voorafbestaande toestand (art. 100, § 1, van de Gecoördineerde wet van 14.07.1994)”, Infoblad RIZIV, blz. 557-558).

Wanneer een verzekerde tot de arbeidsmarkt toetreedt, moet hij/zij met andere woorden een verdienvermogen hebben van meer dan één derde om nadien - in voorkomend geval - als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 ZIV-wet te kunnen worden beschouwd.

De situatie waar zulks niet het geval is, wordt aangeduid met de term van de/een “voorafbestaande toestand”.

Erkenning van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 ZIV-wet is niet mogelijk indien de vermindering van het verdienvermogen (tot minder dan een derde) het gevolg is van een dergelijke voorafbestaande toestand waarbij het verdienvermogen van betrokkene op het ogenblik van zijn/haar intrede op de arbeidsmarkt reeds op blijvende wijze minder dan een derde bedroeg.

## 3.

Het hof is van oordeel dat er in hoofde van ... inderdaad, zoals door het RIZIV werd aangevoerd, sprake is van een dergelijke voorafbestaande toestand.

Dit werd reeds op die wijze door dit arbeidshof beoordeeld in een eerder arrest van 16 juni 2011 (als stuk bijgebracht door het RIZIV op 05.04.2018).

Het toenmalige geschil handelde over de vraag of ... op/vanaf 23 oktober 2009 als arbeidsongeschikt kon worden erkend (de GRI had beslist dat zulks, nadat betrokkene voordien vanaf 15.06.2005 wel als zijnde arbeidsongeschikt erkend was, niet meer het geval was).

Bij arrest van 16 juni 2011 oordeelde dit hof dat de desbetreffende vordering van (en het door hem ingestelde hoger beroep) ongegrond was en dat de kwestieuze RIZIV-beslissing correct was.

Het hof overwoog in dit arrest (blz. 3-5) (met appellant wordt ... bedoeld; met geïntimeerde wordt het RIZIV bedoeld):

*“Het hof leest in het administratief dossier van geïntimeerde dat appellant, die van Algerijnse afkomst is, sedert 1998 in België verblijft waar hij dan volgens stukken 2 en 3 van de stukkenbundel van appellant een 8-tal maanden via Randstad NV interimarbeid verrichtte en van 1 januari 2002 tot 15 januari 2003 bij de firma Multi-fix NV in Genk werkte, waarna hij ten laste van de werkloosheidsverzekering kwam totdat hij zich medio juni 2005 arbeidsongeschikt meldde wegens persoonlijkheidsstoornis en angst-neurotische component. Verder blijkt uit het administratief dossier dat eind 2006 wordt geopteerd om appellant te begeleiden naar een tewerkstelling in een beschutte werkplaats en wordt er meerbepaald gestart met een opleiding in het arbeidscentrum “De Sluis” doch deze opleiding wordt door hem snel opgegeven wegens te zwaar en te belastend, met andere woorden tewerkstelling in een beschutte werkplaats is voor appellant reeds te hoog gegrepen.*

*De eigen behandelend geneesheer van appellant, psychiater ..., omschrijft hem in zijn verslag de dato 24 januari 2005 als een ego zwakke afhankelijke man zonder psychoticiteit met angstneurotische kenmerken, psychiatrische toestand die reeds aanwezig was in zijn jeugdijaren en waarvoor hij sinds 1973 in Algerije psychiatrisch wordt gevolgd.*

*Uit het voorgaande besluit het hof dat in casu in hoofde van appellant de aanwezigheid van een voorafbestaande toestand bewezen is.*

*Het feitelijk gegeven dat appellant bij verschillende werkgevers was tewerkgesteld sluit niet uit dat appellant toch als reeds meer dan 66 % blijvend arbeidsongeschikt kan bestempeld worden bij zijn intrede op de arbeidsmarkt (Arbh. Antwerpen 22.02.2005, Inf. RIZIV 2005/3, 334).*

*De uitoefening van een relatief kortstondige tewerkstelling via interim-arbeid vormt geen bewijs van een voorafbestaande toestand en voldoende geacht verdienvermogen op de reguliere arbeidsmarkt (Arbh. Antwerpen 26.04.2005, Inf. RIZIV 2005/4, 457).*

*Uit het attest van 1 april 2010 uitgaande van de firma Multi-fix NV kan niet worden afgeleid dat het gaat om een effectieve ononderbroken tewerkstelling.*

*Dit laatste wordt zelfs ontkracht door het psychiatrisch verslag van Dr. ... de dato 27 juni 2002 welke de opname van appellant bevestigt via spoed naar aanleiding van hyperventilatieaanval wegens suïcidegedachten.*

*De attesten die appellant bijbrengt omtrent zijn beweerde tewerkstelling en zijn activiteiten als muziekleraar in Algerije (stukken 4, 5 en 6) zijn allen opgesteld in de Franse taal; het hof kan de juiste draagwijdte hiervan niet beoordelen; alleszins blijkt uit het administratief dossier van geïntimeerde dat zelfs de eigen behandelend geneesheer van appellant, Dr. psychiater ..., zijn grondige twijfels heeft over het door appellant beweerde vroeger functioneren als leerkracht nu deze geneesheer op 23 september 2005 in een psychiatrisch verslag het volgende verklaart: “... steeds ben ik onder de indruk van de actuele presentatie versus een aangegeven vroeger functioneren als leerkracht...” en verder in zijn verslag de dato 12 november 2009 stelt: “Gaandeweg heb ik ook meer vragen over zijn vroeger zogezegd probleemloos functioneren met een verantwoordelijke positie als koorleider”.*

*Tenslotte wordt door het hof ook niet ingezien op welke wijze appellant uit voormeld attest van 12 november 2009 een argument kan putten om de voorafbestaande toestand te ontcrachten wanneer het hof hierin het volgende leest: "Diagnostisch - gesteund door kopieën van vroegere psychiatrische contacten in Algerije - blijven we chronisch depressieve elementen bij een angstneurotische, afhankelijkke man vooropstellen, waarbij we gaandeweg de personale elementen zwaarder inschatten dan de syndromale gegevens. Voor ons blijft hij niet inschakelbaar in een normaal - en zelfs aangepast - arbeidsproces".*

*Het komt het hof eerder voor dat hierdoor de voorafbestaande toestand nog eens wordt bevestigd.*

*Evenmin kan appellant uit het feit dat hij door het RIZIV als arbeidsongeschikt erkend is gebleven tot en met 23 oktober 2009 een argument putten.*

*Immers de GRI kan krachtens artikel 94, 1<sup>e</sup> lid van de ZIV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994 de staat van invaliditeit als bedoeld in artikel 100, § 1 van voormelde wet vaststellen en de duur ervan bepalen, met andere woorden heeft de GRI wettelijk de mogelijkheid om een erkende arbeidsongeschiktheid ten alle tijde opnieuw te evalueren en zonodig zelfs te beëindigen (Cass. 03.05.1993, T.S.R. 1993/3, p. 175).*

*Rekeninghoudend met al hetgeen voorafgaat is het hof van oordeel dat de administratieve beslissing van geïntimeerde correct is; bij het hof bestaat hieromtrent op grond van de stukken geen twijfel meer (-/-)".*

... heeft sedert die eerdere uitsluiting door de GRI, bevestigd in het hiervoren vermelde arrest van 16 juni 2011, niet meer gewerkt.

Bij gebrek aan enige tewerkstelling van ... sedert de beoordeling door dit hof (op 16.06.2011) inzake het bestaan van een voorafbestaande toestand, zijn er thans geen valabele elementen of argumenten op grond waarvan van deze eerdere beoordeling vermag te worden afgeweken.

Er was toen - in 2011, en ook reeds voordien - sprake van een bij ... voorafbestaande toestand, waardoor zijn verdienvermogen op het ogenblik van zijn intrede op de Belgische arbeidsmarkt geacht werd op blijvende wijze minder dan een derde te bedragen, ten gevolge waarvan in principe een erkenning van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 ZIV-wet niet mogelijk was.

Bij gebrek aan enige daaropvolgende duurzame tewerkstelling waaruit desgevallend het tegendeel zou kunnen blijken, is deze situatie tot op heden onverminderd van toepassing.

Ongeacht of ... sedert juni 2011 nog als zijnde arbeidsongeschikt werd erkend door hetzij zijn mutualiteit dan wel door het RIZIV - dergelijke "nieuwe" erkenningen zijn inconsequent aangezien ze niet stroken met het principe van de eerder vastgestelde voorafbestaande toestand; ze zijn als zodanig niet van aard om de voorafbestaande toestand en de consequenties ervan ongedaan te maken - is er tot op heden nog steeds sprake van een voorafbestaande toestand, ten gevolge waarvan ... in principe in het kader van de ZIV- reglementering niet gerechtigd is op ongeschiktheidsuitkeringen.

Dit geldt ook op/vanaf 13 juni 2016.

#### 4.

De kwestie van de bij ... op/vanaf 13 juni 2016 bestaande mate van arbeidsongeschiktheid - die inderdaad meer dan 66 % bedraagt - is hier in het licht van de bij hem voorafbestaande toestand niet dienend, zodat de aanstelling van een gerechtsdeskundige (met het oog op de vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid) niet nuttig of nodig is.

## 5.

Verwijzend naar de voorgaande overwegingen (en op grond van de daarbij vermelde motivering) kan de door ... bestreden weigeringsbeslissing van het RIZIV de dato 2 juni 2016, waarbij hij niet arbeidsongeschikt erkend werd op/vanaf 13 juni 2016, enkel maar worden gehandhaafd en bevestigd.

... vervulde/vervult alsdan de voorwaarden niet van artikel 100, § 1 ZIV-wet en is niet gerechtigd op ZIV-uitkeringen.

De vordering van ... en het door hem ingestelde hoger beroep is manifest ongegrond.

De andersluidende argumentatie van ... is in het licht van het voorgaande niet relevant of dienend; ze is niet van aard om tot een andere beoordeling te kunnen leiden zodat ze geen verdere bespreking behoeft.

### **BESLISSING**

#### **HET ARBEIDSHOF,**

#### **Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.**

Bevestigt het vonnis van 12 juni 2017 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

Veroordeelt in toepassing van artikel 1017, lid 2 van het Gerechtelijk Wetboek het RIZIV tot de gerechtskosten.

Laat deze kosten aan de zijde van ... en het RIZIV onvereffend wegens de niet-indiening van omstandige kostenopgaven.

...

## IV. Arbeidshof van Bergen – Arrest van 3 januari 2019

Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – (Niet) in aanmerking te nemen criteria – Deskundigenonderzoek – Opdracht van de deskundige

*Om de vermindering van het verdienvermogen te meten, oordeelt de evaluerende arts of de werknemer met zijn lichamelijke en/of mentale handicap, zijn sociale en culturele situatie, zijn professionele opleiding en intellectuele vorming, nog werkelijk in staat kan worden geacht om redelijkerwijs een passende job uit te oefenen, rekening houdende met zijn beroepsopleiding, zijn toestand, zijn eerder uitgeoefende beroepsactiviteiten en de beroepencategorie, zonder dat dit als illusoir of onhaalbaar moet worden gezien.*

*Er mag geen rekening worden gehouden met de economische crisis om in te schatten of de sociaal verzekerde de wettelijk vereiste graad van verminderd verdienvermogen heeft bereikt. De arbeidsmarkt en de reële jobvooruitzichten mogen niet in overweging worden genomen.*

*De opdracht van de deskundige bestaat erin om de rechter over technische kwesties te informeren. Wanneer de deskundige zich heeft uitgesproken met inachtneming van de regels inzake het gerechtelijk deskundigenonderzoek (in het bijzonder wat betreft het beginsel van de procedure op tegenspraak) en duidelijke, eensluidende en voldoende gemotiveerde conclusies heeft geformuleerd, kan een gewone beoordeling die verschilt van het medisch advies van een van de partijen de rechter er niet toe dwingen om af te wijken van de conclusies van de deskundige, noch om een aanvullend deskundigenonderzoek of een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.*

Rolnr.: 2015/AM/105  
T.V. t./INAMI

...

La Cour du travail, après en avoir délibéré, rend ce jour l'arrêt suivant:

...

### 2. Rappel des faits / Rétroactes

On rappellera ce qui suit :

- l'actuelle partie appelante, née le ..., était en incapacité de travail depuis le 3 mai 2010 pour lombalgies et dépression et, par décision du 25 janvier 2012, la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de la province du Hainaut, a décidé de mettre fin à son incapacité de travail au 1<sup>er</sup> février 2012 en précisant que s'il y avait inaptitude pour les travaux lourds, il y avait par contre une aptitude au travail léger ou adapté
- l'actuelle partie appelante a contesté, en son temps et dans le délai requis à cet effet, cette décision de fin d'incapacité de sorte que, saisi de cette contestation, le premier juge a, avant dire droit quant au fond, désigné en qualité d'expert le Docteur ... , psychiatre



- les conclusions de cet expert lui étant défavorables ... les a contestées en degré d'appel, et c'est ainsi que, *par arrêt du 18 février 2016*, la Cour du travail de Mons a procédé à la (re)désignation du Docteur ... dans le cadre d'une mission complémentaire qui avait pour objet de permettre à l'expert judiciaire initialement désigné de faire valoir ses observations au sujet de la pertinence des critiques émises à l'égard de son rapport par des documents médicaux subséquents dont il n'avait, à l'évidence, pas été mis en possession
- ainsi, l'arrêt rendu le 18 février 2016 par la 5<sup>e</sup> Chambre de la Cour du travail de Mons en la cause R.G. 2015/AM/105 opposant ... à l'INAMI a confié à l'expert ... , *non pas une nouvelle expertise*, mais un complément d'expertise en motivant sa décision par le fait que la Cour souhaitait, avant toute autre mesure d'expertise, *que l'expert initialement désigné* puisse faire valoir ses observations quant à la pertinence des critiques émises à l'égard de son rapport d'expertise du 20 septembre 2013
- c'est de la sorte que le médecin psychiatre ... a été invité à apprécier la pertinence des observations du rapport du Docteur ... établi le 14 novembre 2013 ainsi que celles des rapports du Docteur ... établis les 3 mars 2015 et 8 octobre 2015 et d'adapter, *le cas échéant*, ses conclusions à la lumière des informations nouvelles qui seraient de nature à modifier les conclusions de son rapport du 20 septembre 2013
- dans ses conclusions définitives datées du 21 novembre 2016, déposées au greffe de cette juridiction le 22 novembre 2016 et telles que reprises au dossier de la procédure d'appel sous la rubrique n° 32, l'expert judiciaire, le Docteur ... *a maintenu sa position initiale et considère, sinon confirme, que les lésions ou troubles fonctionnels que présentait ... à partir du 1<sup>er</sup> février 2012 et ultérieurement n'entraînaient pas une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieure 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 la partie concernée au moment où elle est devenue malade ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle et compte tenu de la formation professionnelle qu'elle aurait pu acquérir au cours d'une période de rééducation au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.*

### 3. Discussion

3-1. On rappellera que la partie appelante, née le ..., actuellement âgée de 48 ans, est titulaire d'un diplôme d'aide-soignante et qu'elle a travaillé comme standardiste, puis comme aide-soignante, successivement dans une maison de repos et dans l'enseignement spécial. L'intéressée a également été technicienne de surface à 3/4 temps ainsi qu'auxiliaire professionnelle dans un hall omnisports. Son entrée en incapacité à la date du 3 mai 2010 y était justifiée pour lombalgies ainsi que pour une anxiodépression liée à un contexte de harcèlement au travail.

3-2. Conformément à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : *"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 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 aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle".* En conséquence de cette disposition, on considère ce qui suit :

- pour mesurer la réduction de capacité de gain, le médecin évaluateur apprécie si le travailleur, avec son handicap de santé physique et/ou mentale, sa condition sociale et culturelle, sa formation professionnelle et intellectuelle, est encore à même de réellement pouvoir accomplir équitablement un travail convenable en référence avec sa formation professionnelle, sa condition, ses métiers exercés et son groupe de professions, sans être illusoire ou chimérique (C.T. Mons, 6<sup>e</sup> Ch., 02.05.1997, R.G. 11.306, inédit, juridat ; voir également Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, JTT, 1997, p. 85, n<sup>o</sup> 48)
- la réduction de la capacité de gain est ainsi évaluée :
  - d'une part au regard de la personne de même condition et de même formation
  - et d'autre part par rapport au groupe de professions auquel appartient la dernière profession exercée
  - mais encore par rapport aux diverses professions que le travailleur a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.
- ... précise à cet égard que le premier critère vise à éviter le déclassement social de la personne. La "condition" signifie littéralement *"la situation sociale, le rang dans la société"*. La "formation" n'est pas seulement la formation professionnelle, mais il s'agit aussi de la formation scolaire, celle issue de l'éducation, la formation culturelle et intellectuelle (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, notion, critère, évaluation, JTT, 1997, p. 85, n<sup>o</sup> 47)
- les deux autres critères visent à éviter le déclassement professionnel, puisque l'évaluation se fait par rapport au groupe de professions auquel appartient la dernière profession exercée lors de la survenance de l'incapacité ou aux diverses professions que le travailleur a ou aurait pu exercer de sa formation professionnelle
- la conjonction "ou" signifie que ces deux paramètres d'évaluation sont alternatifs. La Cour de cassation précise que les deux voies de référence doivent être appréciées (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 85, n<sup>o</sup> 51 et les références citées)
- concernant la formation professionnelle, il s'agit des études et/ou diplômes obtenus mais également de la formation acquise par la pratique. Elle existe même si l'intéressé qui l'a reçue n'a jamais exercé une profession en rapport avec elle (Ph. GOSSERIES, L'incapacité des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 87, n<sup>o</sup> 65)

- la crise économique n'a pas à être retenue pour apprécier si l'assuré social atteint le degré de réduction de capacité de gain requis par la loi. Le marché du travail et les perspectives réelles d'embauche n'ont pas à être envisagées. Ainsi, les considérations ou difficultés notamment économiques (*peu de postes disponibles et/ou rémunérations le cas échéant inférieures*), mais en tout cas autres que purement physiques ou médicales, faisant obstacle à un reclassement sur le marché général du travail sont étrangères au risque couvert par l'assurance maladie-invalidité, et ne peuvent donc entrer en ligne de compte. (Ph. GOSSERIES, L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnité obligatoire, notion, critères, évaluation, JTT, p. 87, n° 68 et les références citées, dont C.T. Bruxelles, 30.06.1983, R.G. 14.292). Tout ce qui compte est que les métiers envisagés ne soient pas devenus purement chimériques
- au sujet des professions, en l'absence de définition légale, le dictionnaire des professions édité par le FOREm, les classifications de l'O.I.T., voire de manière plus pragmatique le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois, ou ROME en abrégé, édité par l'ANPE en France, peuvent être utilisés (C.T. Mons, 9<sup>e</sup> Ch., 27.06.2013, R.G. 2007/AM/2084). Dans un arrêt du 26 février 1990 (Bull. INAMI, 1990, p. 225), la Cour de cassation enseigne que n'est pas juridiquement justifiée, la décision judiciaire qui, *sans examiner si le degré légal d'incapacité existe également par rapport aux professions non qualifiées dans lesquelles un travail lourd n'est pas effectué*, considère un ouvrier non qualifié comme incapable de travailler en raison du fait qu'à la suite de lésions constatées, il ne peut plus effectuer un travail lourd dans sa catégorie de professions
- parmi les métiers bien réels, *non lourds et non qualifiés*, la jurisprudence cite généralement ceux de gardiennage, emballeur/emballeuse, vérificateur/vérificatrice de pièces à la chaîne, contrôleur/contrôleuse de qualité, magasinier/magasinière, concierge, veilleur/veilleuse de nuit, manutentionnaire, vendeur/vendeuse, messenger/messagère, gardien/gardienne de parking, chauffeur livreur de petit colis ou de courrier express ... etc. (Voir notamment en ce sens : C.T. Mons, 18.12.1992, JTT, 1994, p. 64 et C.T. Mons, 02.03.1989, JTT, 1989, p. 192, ainsi que Jean-François FUNCK, Droit de la sécurité sociale, 2<sup>e</sup> édition, Larcier, n° 286 et références citées sous la note 142).  
Par ailleurs, il est admis qu'une activité en atelier protégé peut être considérée comme professionnelle s'il ne s'agit pas d'une activité strictement réservée aux personnes handicapées (Cass., 20.01.1997, JTT, 1997, p. 89). Dans un arrêt plus ancien du 2 avril 1990, la Cour de cassation avait considéré que l'aptitude au travail doit être appréciée par rapport à toutes les professions en ce compris le travail en atelier protégé (Pas. 1990, I, p. 907). D'aucuns considèrent toutefois que la référence à une aptitude à exercer un travail en atelier protégé, ne se justifie qu'à l'égard d'un travailleur qui, *avant le début de son incapacité*, a déjà exercé une activité dans un tel milieu (Ph. GOSSERIES, L'incapacité des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire, op. cit., p. 86, n° 57).

### 3-3. Concernant l'expertise médicale à proprement parler :

- l'article 962, alinéa 4, du code judiciaire tel que modifié par l'article 4 de la loi du 15 mai 2007, dispose que : *"Le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts, si sa conviction s'y oppose"*
- la mission de l'expert consiste à éclairer le juge sur des questions techniques (Cass., 14.09.1992, Pas. 1992, I, p. 1021) et à partir du moment où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire, *notamment par rapport au principe du contradictoire et a dressé des conclusions précises, concordantes et motivées de manière adéquate*, une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise voire à une nouvelle mesure d'expertise (C.T. Mons, 4<sup>e</sup> Ch., 26.10.2016, R.G. 2015/AM/411 et les références citées)

- au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, l'avis donné par l'expert ne peut être suspecté par le seul fait qu'il ne concorde pas avec celui du ou des médecins de l'une des parties (C.T. Mons, 3<sup>e</sup> Ch., 12.05.2015, R.G. 2014/AM/201)
- si le juge n'est pas astreint à suivre l'avis de l'expert et s'il doit vérifier la validité interne et externe du rapport d'expertise avant de s'en servir, il faut néanmoins se rendre à la réalité que, si précisément le juge a dû avoir recours aux connaissances techniques de l'expert, l'avis de ce dernier influencera logiquement sa décision et qu'il n'en sera autrement que si le juge a des motifs de croire que l'expert s'est trompé et que l'erreur est démontrée par le rapport lui-même ou par d'autres éléments probants (C.T. Mons, 4<sup>e</sup> Ch., 26.10.2016, précité et les références citées notamment C.T. Mons, 2<sup>e</sup> Ch., 06.09.2010, Chr. Dr. Soc. 2011, p. 232).

3-4. En l'espèce, le Docteur ... a eu l'occasion d'expliquer et de justifier pour quels motifs il ne retenait pas un taux d'incapacité de 66 % au sens de l'article 100 de la loi relative à la loi coordonnée le 14 juillet 1994, tant dans son rapport déposé le 20 septembre 2013 au greffe du Tribunal du travail de Tournai, que dans son rapport complémentaire déposé le 22 novembre 2016 au greffe de la Cour du travail de Mons.

Après avoir abordé les volets psychologique et somatique, cet expert précise notamment dans la discussion de son rapport complémentaire ce qui suit : "... présente des plaintes anxieuses avec des somatisations multiples qui se greffent sur une personnalité fragile, dépendante, dans un contexte de maltraitance ancien. Ces symptômes sont exacerbés périodiquement lorsqu'elle se retrouve en face de difficultés ou de conflits relationnels au travail. On note aussi un problème d'arthrose au niveau cervical et lombaire connu depuis des années. Le Docteur ... rappelle dans son rapport du 31 mars 2015 que ... peut s'occuper du ménage, des courses, de ses enfants. Elle est autonome pour le ménage, les courses, les déplacements en ville. Les répercussions sur la vie sociale sont réduites. Le médecin-conseil de l'INAMI reconnaît que ... est inapte aux travaux lourds..."

Même en considérant qu'une entreprise de travail adapté ne fait pas partie du marché général du travail de ... dans la mesure où celle-ci n'a jusqu'à présent jamais été occupée en atelier protégé, et que par conséquent la proposition de travail en entreprise de travail adapté formulée par l'expert ne peut être prise en compte, il n'en reste pas moins que l'expert confirme dans ses rapports l'inaptitude aux seuls travaux lourds, comme cela fut d'ailleurs reconnu par le conseil médical de l'INAMI, et par conséquent une aptitude aux travaux légers et adaptés. Encore notera-t-on que le travail adapté n'est cité par l'expert qu'à titre d'exemple vu la fragilité de l'intéressée découlant de sa crainte de se retrouver à nouveau confrontée à une personne qui pourrait la harceler au travail.

Comme indiqué ci-dessus, il existe des travaux légers et non qualifiés pouvant encore être exercés par ..., ailleurs que dans des entreprises de travail adapté, tant dans son groupe de professions que dans les diverses professions qu'elle a ou aurait pu exercer de par sa formation professionnelle, et qui ne la mettront pas nécessairement en contact direct avec des personnes susceptibles de la harceler moralement (pour rappel : parmi les métiers bien réels, non lourds et non qualifiés, la jurisprudence cite généralement ceux de gardiennage, emballer/emballeuse, vérificateur/vérificatrice de pièces à la chaîne, contrôleur/contrôleuse de qualité, magasinier/magasinière, concierge, veilleurs/veilleuse de nuit, manutentionnaire, vendeur/vendeuse, messenger/messagère, gardien/gardienne de parking, chauffeur livreur de petits colis ou de courrier express... etc.). Ainsi que l'a précisé l'expert, cet élément de personnalité existe de longue date et n'a pas empêché ... d'être intégrée dans le milieu du travail, depuis des années.

Dans ses répliques à l'avis écrit du ministère public, la partie appelante réitère l'expression d'une position médicale simplement divergente en fonction notamment d'un élément médical présenté comme récent (pour remonter au mois de janvier 2018), mais qui n'est pas autrement étayé sur le plan médical et qui ne pourrait, le cas échéant, qu'être avancé dans le cadre d'une nouvelle demande de prise en charge en régime d'assurance maladie invalidité.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR DU TRAVAIL,**

**Statuant contradictoirement,**

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Vu l'avis écrit conforme de Monsieur le substitut général P. LECUIVRE auquel il a été répliqué,

Déclare la contestation de ... non fondée,

Confirme le jugement déféré,

Condamne, *en application de l'article 1017, alinéa deux, du Code judiciaire*, l'INAMI aux dépens de l'instance d'appel liquidés à la somme de 174,94 EUR par la partie appelante dans son écrit de conclusions déposé en réplique à l'avis écrit du ministère public, ainsi qu'à l'état de frais et honoraires complémentaire du Docteur... taxé à concurrence du montant de 193,53 EUR.

...

## V. Arbeidshof van Bergen – Arrest van 10 januari 2019

Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Gerechtelijk Wetboek, artikel 976 – Deskundigenonderzoek – Beginsel van de procedure op tegenspraak – Aanvullend deskundigenonderzoek – Weren van laattijdige opmerkingen

*De beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 moet op een concrete en geïndividualiseerde manier worden uitgevoerd op basis van verschillende criteria: de situatie en de opleiding van de verzekerde, de beroepengroep waartoe de beroepsactiviteit behoorde bij het optreden van de arbeidsongeschiktheid, de verschillende uitgeoefende beroepen of de beroepen die kunnen worden uitgeoefend op basis van zijn beroepsopleiding. Voorts moet rekening worden gehouden met de objectieve realiteit van de hedendaagse arbeidsmarkt om werkelijk bestaande beroepen in overweging te kunnen nemen.*

*Om een echt tegensprekelijk debat op gang te brengen, stuurt de deskundige, na afloop van zijn werkzaamheden, zijn vaststellingen waarbij hij reeds een voorlopig advies voegt, ter lezing aan de rechter, de partijen en hun raadslieden. Bovendien moeten de technische discussies, met het oog op de efficiëntie, bij voorkeur door de deskundige worden opgehelderd en niet later voor de rechter worden opgeworpen die zich aldus gedwongen kan zien om een aanvullend deskundigenonderzoek te bevelen of de deskundige te horen.*

*De deskundige ontvangt de opmerkingen van de partijen en hun technische raadslieden vóór het verstrijken van de hiertoe vastgestelde termijn. De deskundige houdt geen rekening met de opmerkingen die hij laattijdig ontvangt. De rechter kan deze opmerkingen ambtshalve uit de debatten weren.*

Rolnr.: 2018/AM/63  
M.V. t./INAMI

...

### Faits et antécédents de la procédure

... a été en incapacité de travail reconnue depuis le 11 avril 2012.

Par décision du 17 avril 2014, la Commission régionale du conseil médical de l'invalidité de la province du Hainaut (Mons) a mis fin à l'incapacité de travail à la date du 24 avril 2014.

Saisi du recours introduit par ... contre cette décision, le premier juge, par jugement du 19 mai 2015, a désigné en qualité d'expert le docteur ... , chargé de dire si l'intéressée présentait le degré d'incapacité de travail prévu par l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et ce à la date du 24 avril 2014 et postérieurement.

En date du 27 novembre 2015, l'expert a déposé son rapport au terme duquel il conclut que les lésions et troubles fonctionnels présentés par ... n'entraînaient plus, à partir du 24 avril 2014 et ultérieurement, une réduction de deux tiers de sa capacité de gain telle que définie par l'article 100 précité.

Par jugement prononcé le 16 janvier 2018, le premier juge a entériné les conclusions du rapport d'expertise et a déclaré le recours originaire non fondé.

## Objet de l'appel

... a relevé appel de ce jugement.

Elle demande à la Cour de réformer le jugement entrepris et de faire droit à sa demande originaire et, en ordre subsidiaire, d'ordonner une nouvelle mesure d'expertise médicale.

En termes de requête d'appel, ... fait grief à l'expert de ne pas avoir correctement évalué les conséquences sur sa réduction de capacité de gain des diverses affections dont elle souffre, en particulier la fibromyalgie.

## Décision

### Recevabilité

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

### Fondement

1. En vertu de la l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler au sens de ladite loi, 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.

L'évaluation de la réduction de capacité de gain au sens de cette disposition doit se faire de façon concrète et individualisée par référence à plusieurs critères : la condition (profils intellectuel, scolaire, professionnel, social, culturel) et la formation (l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques de métier) de l'assuré – le groupe de professions auquel appartient l'activité professionnelle exercée lors de la survenance de l'incapacité de travail – les diverses professions exercées ou susceptibles d'être exercées eu égard à la formation professionnelle. Il faut tenir compte des réalités objectives du marché du travail contemporain afin de prendre en considération des professions réellement existantes.

2. ... a effectué sa scolarité primaire et ensuite des études techniques (option couture). Elle a travaillé en qualité d'ouvrière en bonneterie durant approximativement un an et ensuite comme technicienne de surface jusqu'en 2012.

Elle a été reconnue en incapacité de travail depuis le 11 avril 2012. Le 17 avril 2014 le Conseil médical de l'invalidité l'a reconnue apte au travail.

3. Le docteur ... a relevé les antécédents familiaux, personnels et socio-professionnels de ... et a pris connaissance des nombreux documents médicaux qui lui ont été communiqués. Il a acté les plaintes de l'intéressée et a procédé à son examen clinique. L'expert a adressé son avis provisoire aux parties et à leurs conseils le 5 octobre 2015 en les invitant à lui communiquer leurs observations dans un délai de trente jours. Dans le délai imparti par l'expert, le médecin-inspecteur de l'INAMI a signalé n'avoir aucun fait directoire à formuler. ... ne s'est pour sa part pas manifestée.

4. L'article 976 nouveau du Code judiciaire dispose en son alinéa 1<sup>er</sup> que, à la fin de ses travaux, l'expert envoie pour lecture au juge, aux parties et à leurs conseils, ses constatations, auxquelles il joint déjà un avis provisoire.

Il est en effet primordial qu'un réel débat contradictoire s'instaure devant l'expert dans un objectif d'efficacité. Les discussions techniques doivent par priorité être vidées devant l'expert et non rejaillir ultérieurement devant le juge qui peut alors être contraint de demander un complément d'expertise ou de procéder à l'audition de l'expert, ce qui ralentit inutilement le jugement de la cause.

L'article 976, alinéa 2, du Code judiciaire précise que l'expert reçoit les observations des parties et de leurs conseillers techniques avant l'expiration du délai imparti pour ce faire et que l'expert ne tient aucun compte des observations qu'il reçoit tardivement. Ces observations peuvent en outre être écartées d'office des débats par le juge. Il s'ensuit qu'en règle les parties ne disposent plus d'un droit à faire valoir leurs critiques après le dépôt du rapport.

Au surplus la Cour constate que lorsque l'affaire a été plaidée devant le premier juge suite au dépôt du rapport d'expertise, le conseil de ... n'a émis aucune critique précise à l'encontre des constatations et conclusions de l'expert, se limitant à "se référer à justice" quant au bien-fondé de la demande.

5. Le docteur ... a rempli sa mission dans le respect du Code judiciaire et des critères légaux de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Son rapport présente toutes les garanties de sérieux et d'objectivité.

Contrairement à ce que soutient ... l'expert a bien tenu compte de la fibromyalgie dont il était dûment informé et en a évalué les répercussions sur sa capacité de gain (p. 7 du rapport : *plaintes de douleurs multiples et à caractère diffus pouvant faire évoquer un diagnostic de fibromyalgie que l'expert ne peut cependant pas formaliser lors de son examen clinique*). Il n'existe aucune contradiction avec les constatations effectuées lors de l'examen clinique (p. 6 : *Les pressions aux zones classiques de fibromyalgie montrent une sensibilité en régions thoraciques et aussi au niveau des coudes où elle a présenté de l'épicondylite*). L'expert a par ailleurs évoqué toutes les pathologies décrites par ... ou mentionnées dans les rapports médicaux qui lui ont été transmis.

Aucun élément ne permet d'écarter le rapport de l'expert, lequel est clair, précis, circonstancié et motivé par rapport aux documents reçus au cours de l'expertise. Il ne peut être tenu compte des documents médicaux datés des 26 avril 2017 et 8 mai 2017, lesquels évoquent des pathologies déjà examinées par l'expert et dans lesquels les médecins ne se prononcent pas sur l'état d'incapacité de travail à la date litigieuse.

L'appel n'est pas fondé.



**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR DU TRAVAIL,**

**Statuant contradictoirement,**

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24,

Vu l'avis écrit conforme de Monsieur le substitut général Patrick Lecuire ;

Reçoit l'appel ;

Le dit non fondé ;

Confirme le jugement entrepris ;

...

## VI. Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 6 februari 2019

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 23, § 3 – Niet-sluiten van een overeenkomst

*De rechtbank beroept zich vooreerst op de onontvankelijkheid, aangezien zij niet mag beslissen in geval van discretionaire bevoegdheid van het RIZIV en de tegenpartij dus geen subjectief recht heeft op het sluiten van een dergelijke overeenkomst. Ten gronde weerlegt zij de argumenten van de tegenpartij en stelt vast dat er geen sprake is geweest van een gebrek aan transparantie over de quotering en dat er geen probleem is geweest met de formele motivering van de kennisgeving van de beslissing.*

A.R. : 17/7524/A  
C.H.U.J.B. t./INAMI

...

### II. L'objet de la demande de ...

#### 3.

Par son recours, ... demande au Tribunal de déclarer irrégulière la décision du 23 octobre 2017 du Comité de l'assurance de l'INAMI dont l'existence et le contenu lui ont été notifiés par un courrier du 13 novembre 2017 (reçu le 14.11.2017).

En conséquence, ... demande :

- à titre principal

de l'annuler et condamner l'INAMI à conclure une convention de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec ... dans le mois de la signification du jugement à intervenir, après avoir constaté qu'il aurait dû se voir attribuer au moins 62 sur 100 au terme de l'examen de sa demande,

d'assortir cette condamnation d'une astreinte de 500 EUR par jour de retard prenant cours un mois après la signification du jugement à intervenir,

- à titre subsidiaire

de l'annuler et condamner l'INAMI à réexaminer le dossier de demande de ... après avoir autorisé celui-ci à le compléter, en ne produisant pas les erreurs commises lors du premier examen et à adopter une nouvelle décision relative à la conclusion d'une convention de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec lui dans les deux mois de la signification du jugement à intervenir,

d'assortir cette condamnation d'une astreinte de 500 EUR par jour de retard prenant cours deux mois après la signification du jugement à intervenir,

- en tout état de cause, de condamner l'INAMI aux entiers dépens de la procédure, en ce compris l'indemnité de procédure. ... ne liquide toutefois pas ses dépens.

#### 4.

Pour sa part, l'INAMI demande de déclarer la demande de ... recevable, mais non fondée et, en conséquence, confirmer la décision litigieuse.

L'INAMI demande également de condamner ... aux entiers frais et dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure qu'il liquide à 1.440,00 EUR.

### III. Les faits

#### 5.

Le 3 juillet 2017, l'INAMI a publié l'information suivante sur son site internet :

*“Le comité de l'assurance a approuvé une convention avec les centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphoedème. Les hôpitaux qui souhaitent offrir une telle prise en charge à leurs patients en signant cette convention, peuvent poser leur candidature jusqu'au 31 juillet 2017. Ils s'engagent alors dans un projet-pilote”.*

L'ensemble des instructions détaillées pour poser sa candidature étaient précisées sur le même site internet.

#### 6.

... a posé sa candidature pour conclure une telle convention.

Ne respectant toutefois pas la consigne de l'envoi par courrier recommandé, ... a déposé son dossier de candidature d'une part par l'envoi le 31 juillet 2017 d'un e-mail avec certaines pièces justificatives et d'autre part par le dépôt en personne auprès de l'INAMI d'un dossier papier, moyennant la remise d'un accusé de réception.

Le 14 novembre 2017, ... a accusé réception d'un courrier daté de la veille de l'INAMI l'informant qu'il n'avait pas été retenu pour la conclusion d'une convention dans le cadre du projet-pilote envisagé.

#### 7.

Contestant cette décision, ... a introduit un recours par requête du 14 décembre 2017.

### IV. Examen de la demande et décision du tribunal

#### EN CE QUI CONCERNE LA RECEVABILITÉ RATIONE TEMPORIS DU RECOURS

#### 8.

Le recours est recevable *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été reçue le 14 novembre 2017 par ... et le recours étant introduit le 14 décembre 2017. Il relève par ailleurs de la compétence du Tribunal du travail.

Ceci est conforme à l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui énonce que "(l)es actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au Tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification".

## EN CE QUI CONCERNE LA RECEVABILITÉ DE LA DEMANDE FORMULÉE À TITRE PRINCIPAL

### 9.

Par sa demande principale, ... vise à faire constater l'illégalité de la décision litigieuse prise par le Comité de l'assurance pour ensuite ordonner à celui-ci de conclure une convention (type) de prise en charge conservatrice du lymphoedème avec ... .

Une telle demande repose sur le postulat fondamental selon lequel ... disposerait d'un droit subjectif à la conclusion d'une telle convention.

Pourtant, selon la définition retenue par la Cour de cassation, un droit subjectif existe lorsqu'il existe *"une obligation juridique précise qu'une règle de droit objectif met directement à charge d'un tiers et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt propre"*<sup>30</sup>.

Or, force est de constater qu'en l'espèce, aucune règle de droit objectif ne consacre un tel droit à ... . En effet, la loi coordonnée du 14 juillet 1994 octroie un pouvoir d'appréciation particulièrement large aux organes de gestion de l'INAMI. Ainsi le Collège des médecins-directeurs est compétent pour apprécier, en opportunité et en fonction du budget disponible et dans le cadre des critères d'évaluation préétablis, la possibilité de proposer au Comité de l'assurance de conclure une convention (art. 23, § 3, de la loi coordonnée du 14.07.1994<sup>31</sup>). Par la suite, même si une telle proposition lui a été soumise, le Comité de l'assurance peut encore décider de ne pas conclure une telle convention (art. 22, 6°, de la loi coordonnée du 14.07.1994<sup>32</sup>). En dehors de l'éventuel cadre établi par l'INAMI même pour le choix des candidats (procédure, délai, critères d'évaluation, etc.), la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne limite pas ce pouvoir d'appréciation.

Il ne revient dès lors pas au tribunal d'apprécier dans le cadre du présent contentieux l'opportunité ou la légalité des dispositions légales qui confèrent à l'INAMI un tel pouvoir d'appréciation discrétionnaire. C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans son arrêt du 13 septembre 2004 : *"ce n'est que lorsqu'une disposition légale confère au collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire que le juge ne peut, afin de ne pas priver le collège de sa liberté d'appréciation, se substituer à lui"*<sup>33</sup> au risque de violer le principe de séparation des pouvoirs.

Il apparaît dès lors pour le tribunal que la demande principale de ... doit être considérée comme manifestement irrecevable, ou à tout le moins non fondée, en ce qu'elle vise à ordonner au Comité de l'assurance la conclusion d'une convention avec l'INAMI auquel le tribunal se substituerait en l'espèce en violation du principe de séparation des pouvoirs.

30. Cass., 10.04.1987, A.P.T., 1987, p. 288 ; Cass., 10.03.1994, Pas., 1994, I, p. 237.

31. Cet article dispose "Le Collège des médecins-directeurs ou les commissions de conventions ou d'accord concernées, établissent avec les établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle de même qu'avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (...) des projets de conventions à conclure avec eux et, à cet effet, les soumet au Comité de l'assurance. Les projets de conventions de rééducation fonctionnelle, les projets de conventions avec les centres de soins multidisciplinaires coordonnés, (...) sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire. La Commission communique son avis au Comité de l'assurance".

32. Cet article dispose "Le Comité de l'assurance :

(...)

6° conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs ou des commissions de conventions ou d'accords concernées, les conventions visées à l'article 23, § 3. (...)"

33. Cass., 13.09.2004, R.G. S030129F, www.juridat.be.

## 10.

Les parties n'ont toutefois pas invoqué cette exception d'irrecevabilité et n'en ont dès lors pas débattu.

Conformément à l'article 774 du Code judiciaire, le tribunal est en principe tenu d'ordonner d'office la réouverture des débats sur cette question afin de permettre aux parties de s'en expliquer.

Toutefois, dans une visée d'efficacité de règlement de la présente procédure, le tribunal estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une telle réouverture des débats, dès lors que, même à considérer la recevabilité de la demande, *quod non*, l'examen au fond de la demande tant principale que subsidiaire conduirait à la déclarer non fondée.

### EN CE QUI CONCERNE LE FOND DES DEMANDES PRINCIPALE ET SUBSIDIAIRE

## 11.

Surabondamment, à considérer la demande principale recevable, *quod non*, le tribunal considère que celle-ci, de même que la demande formulée à titre subsidiaire, seraient à déclarer non fondées en l'absence de démonstration convaincante de ce que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité.

## 12.

La charge de la preuve est réglée par l'article 870 du Code judiciaire selon les termes duquel "*chacune des parties a la charge de prouver les faits qu'elle allègue*".

À cet égard, il doit être précisé que l'incertitude ou le doute subsistant à la suite de la production d'une preuve devront être retenus au détriment de celui qui a la charge de cette preuve<sup>34</sup> faisant peser sur ce dernier le risque du défaut probatoire.

Il appartient à une partie qui revendique, par exemple, le droit de voir examiner son dossier de prouver entre autres qu'elle a effectivement communiqué le dossier soumis audit examen.

À moins que la procédure d'examen *sui generis* ne l'exige à peine d'irrecevabilité ou si la partie examinante a renoncé à se prévaloir d'une telle irrecevabilité non imposée légalement, aucune disposition n'impose à cette partie candidate de rapporter la preuve de la communication par la production d'un envoi recommandé ; elle peut au contraire l'être par toutes voies de droit. En effet, comme tout fait, elle est susceptible d'être prouvée par toutes voies de droit, en ce compris les présomptions et les témoignages.

À cet égard, les présomptions de l'homme dont la notion est évoquée aux articles 1349 à 1353 du Code civil procèdent d'un raisonnement par induction du juge et comprennent tous les éléments de fait connus auxquels le juge peut avoir égard pour en déduire des conséquences portant sur la réalité d'un autre fait inconnu dont la preuve directe n'est pas établie et qui sert de base à une demande ou à une défense. Comme le précise H. DE PAGE, les présomptions de l'homme englobent donc "*tous les indices extérieurs, les signes, les gestes, les attitudes, les actions qui peuvent être révélateurs de l'état de chose inconnu ou qui permettent de le conjecturer*"<sup>35</sup>.

Dans la mesure où les attestations écrites conformes aux exigences des articles 961/1 et 961/2 du Code judiciaire constituent des formes écrites de témoignages, les règles relatives à la preuve testimoniale leur sont applicables.

34. Cass., 17.09.1999, R.G. C980144F, [www.juridat.be](http://www.juridat.be).

35. H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil*, Tome III, 3e éd., n° 718 *quater*.

Or, la preuve testimoniale n'a aucune force probante légale<sup>36</sup>. Cela signifie que le juge qui en apprécie souverainement la valeur probante n'est pas tenu de considérer un fait comme établi, même en présence d'une déclaration d'un témoin en ce sens. Il doit tout au plus respecter la foi due aux actes, c'est-à-dire qu'il ne peut faire dire au témoin ce qu'il n'a pas dit<sup>37</sup>.

Enfin, à défaut d'éléments de preuve suffisants, le tribunal ne peut évidemment fonder sa décision sur des affirmations unilatérales de celui qui a la charge de la preuve.

### 13.

En l'espèce, ... fait grief que l'INAMI n'aurait pas pris en compte le dossier papier complet de sa candidature dans l'examen des conditions, faisant en conséquence l'impasse sur de nombreuses pièces justificatives figurant dans le dossier complet ressortant clairement de certaines cotations et motivations des cotations attribuées à ... . Il en résulterait selon ce dernier que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité par la violation par l'INAMI du principe de bonne administration et d'équitable procédure ainsi qu'une erreur manifeste d'appréciation.

La question préalable à l'examen de ce grief, autour de laquelle s'articule ce 1<sup>er</sup> grief ainsi qu'en réalité les griefs 2 et 4 est de savoir si l'INAMI aurait effectivement eu à connaître d'un dossier complet de candidature, comprenant également un classeur, ou si, au contraire, il n'est nullement établi que le dossier de candidature comportait également un classeur comprenant les documents repris en pièce 4 de ... .

À cet égard, pour le tribunal, il n'est pas établi que ... aurait également déposé un tel classeur lors du dépôt, en personne, le 31 juillet 2017 du dossier de candidature. La charge de la preuve du dépôt de ce classeur repose effectivement sur ... qui supporte le risque du défaut de preuve. Or, en l'absence de preuve formelle de la présence de ce classeur lors du dépôt, le tribunal n'a aucun moyen de déterminer de manière certaine le contenu complet du dossier de candidature déposé le 31 juillet 2017.

Le tribunal ne peut pas davantage s'appuyer sur des témoignages produits ou sur des présomptions sérieuses, précises et concordantes qui auraient permis d'établir le dépôt dudit classeur, si ces présomptions avaient existé. En effet, l'ensemble des éléments soumis à l'appréciation du tribunal ne constituent pas un faisceau de preuve suffisant :

- ... produit les attestations écrites de deux médecins qui ont procédé en personne au dépôt du dossier de candidature.

Le tribunal constate à cet égard que les auteurs de ces attestations ne présentent pas les garanties objectives d'indépendance nécessaires : ... sont en effet respectivement Chef de clinique et Assistant de recherche clinique au sein de la ...

La situation de ces personnes qui témoignent par écrit n'est pas de nature à conférer à leurs déclarations une force probante suffisante, ce indépendamment du fait que ces attestations soient établies conformément aux dispositions de l'article 961/1 et suivants du Code judiciaire

- les photos produites par l'une et l'autre partie d'une enveloppe différente censée, pour l'INAMI, ne pas pouvoir contenir un classeur (pièce B14) et, pour ..., pouvoir contenir un classeur (pièce 8) ne permettent aucunement de conclure à la présence du classeur. Il doit même au contraire être retenu que l'enveloppe montrée par l'INAMI comporte l'en-tête de ... . Ceci ne suffit toutefois pas pour démontrer que l'une ou l'autre enveloppe fut utilisée

36. Voir entre autres N. Verheyden-Jeanmart, *Droit de la preuve*, Bruxelles, Larcier, 1991, nos 946 et 947 ; P. Van Ommeslaghe, *Droit des obligations*, Tome III, Bruxelles, Bruylant, 2010, n° 1791, p. 2416.

37. D. Mougnot, "La loi du 16 juillet 2012 modifiant le Code civil et le Code judiciaire en vue de simplifier les règles qui gouvernent le procès-civil", *J.T.*, 2012, p. 636, n° 13 citant Cass., 08.12.1967, Pas., 1968, I, p. 473 ; Cass., 11.03.1968, Pas., 1968, I, p. 866 et Cass., 11.12.1984, Pas., 1985, I, p. 452.

- l'accusé de réception produit par ... (pièce 5) ne permet pas de constater la présence du classeur. Cet accusé mentionne uniquement de manière pré-imprimée qu'un "*pli (fermé) contenant des documents*" a été reçu le 31 juillet 2017 et de manière manuscrite "*1 pli collège*". Il ne peut ni en être déduit ni exclu qu'un classeur ferait partie du dépôt
- pour ... , la présence de pages signées dans le dossier de candidature reçu par l'INAMI (donc sans le classeur selon celui-ci) attesterait du fait que l'INAMI aurait bien reçu le classeur.

Force est pourtant de constater qu'une telle conséquence ne peut aucunement être tirée de la présence de deux pages signées (et même avec apparition de perforations dans la copie). En effet, les instructions pour l'introduction du dossier (pièce B4 de l'INAMI) précisait que dans le document Excel comportant plusieurs onglets, l'onglet 1. et l'onglet 8. devaient être imprimés et dûment signés aux endroits prévus à cet effet. Il est dès lors fort vraisemblable que le document Excel à onglets effectivement communiqué à l'INAMI comportait les pages 1 et 8 signées conformément aux instructions plutôt que des pages vierges, pages qui se trouvent apparemment également dans les pièces censées composer le classeur en question.

En conclusion, il n'est nullement établi que l'INAMI aurait commis une erreur manifeste d'appréciation en n'examinant pas des informations dont la preuve de la communication par ... n'est pas rapportée.

#### 14.

Dans ce même contexte, le tribunal ne voit pas la démonstration convaincante par ... de la violation par l'INAMI des principes de bonne administration et d'équitable procédure.

Au niveau d'un problème de procédure équitable, ... ne rapporte ainsi aucune preuve de ce qu'il aurait eu à subir un traitement différencié par rapport aux autres centres qui se sont également portés candidats, étant entendu que la non prise en compte du classeur d'informations, dont la preuve du dépôt n'est pas rapportée, ne peut être constitutive dudit traitement différencié.

#### 15.

Concernant l'absence de communication préalable de cotations reprochée par ... , le tribunal constate que les critères d'évaluation des candidatures étaient clairement communiqués à l'avance, même si sans la pondération de chacun de ces critères.

Pour le tribunal, dès lors que les critères d'évaluation étaient connus au préalable, il n'est pas déraisonnable de la part de l'INAMI de ne pas avoir communiqué les cotations de ces critères, ce d'autant plus que, comme le souligne l'INAMI, ... avait ou devait avoir conscience que chaque critère d'évaluation se verrait attribuer un score. Ceci ne s'apparente pas pour le tribunal à un manque de transparence.

#### 16.

... argumente également que la décision litigieuse serait entachée d'illégalité du fait de la violation de l'obligation de motivation formelle des actes administratifs.

À cet égard, les actes émanant d'une autorité administrative doivent être motivés conformément à l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs qui dispose que :

*"Les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article premier doivent faire l'objet d'une motivation formelle".*

La même loi définit l'acte administratif comme étant *"l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une autorité administrative et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs administrés ou d'une autorité administrative"*.

En d'autres termes, un acte devra donc faire l'objet d'une motivation formelle lorsqu'il répond aux quatre conditions suivantes :

- il doit s'agir d'un acte administratif de portée individuelle et unilatéral
- cet acte doit émaner d'une autorité administrative
- il doit avoir pour but de produire des effets juridiques
- ces effets doivent se manifester à l'égard d'un ou plusieurs administrés ou d'une autre autorité administrative.

Conformément à l'article 3 de la loi du 29 juillet 1991, la motivation exigée consiste en *"l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision"*. Cette motivation doit être adéquate.

Il résulte de cette disposition que :

- *"la motivation doit résulter de l'acte écrit qui formalise la décision"*
- *la motivation peut se faire par référence à d'autres documents pour autant notamment que le destinataire ait, au moment de la décision, connaissance des documents auxquels il est référé*
- *la motivation doit laisser apparaître les circonstances concrètes (les éléments de fait) qui ont amené l'institution à prendre la décision ; elle doit être claire ; elle doit permettre de comprendre l'articulation du droit et du fait et, ainsi, de savoir pourquoi en fonction des circonstances, la décision a été prise*
- *l'acte doit mentionner les dispositions légales dont il a été fait application. La mention du contenu des textes légaux suffit sans qu'il faille les reproduire in extenso (...)<sup>38</sup>.*

En l'espèce, le tribunal est d'avis que le courrier du 13 novembre 2017, qui formalise la décision prise le 23 octobre 2017 sur la base de la proposition du 10 octobre 2017 du Collège, répond à ces conditions.

Contrairement à ce qu'en précise ... , ce document fait en effet à suffisance apparaître les circonstances concrètes – sous la forme d'une explication circonstanciée et personnalisée et d'un descriptif succinct mais parfaitement compréhensible de l'appréciation retenue pour chaque critère d'évaluation – qui ont conduit l'INAMI (le Comité de l'assurance) à prendre sa décision contestée. Le tribunal considère en effet que la motivation formelle effective de la décision de l'INAMI dépasse amplement les quelques rares points critiqués (p. 8 de ses conclusions) (d'ailleurs au contraire adéquatement justifiés par l'INAMI dans la décision communiquée).

Le tribunal ne partage pas davantage l'analyse faite par ... quant à la distinction qu'il opère entre la notification du 13 décembre 2017 (reçue le 14.11.2017) et la décision du Comité de l'assurance en soulevant l'absence de communication de la décision du Comité de l'assurance du 23 octobre 2017 et en soulevant le fait que la motivation aurait été rédigée postérieurement à la décision, de plus par quelqu'un qui ne serait pas l'auteur de ladite décision.

À cet égard, il y a au contraire lieu de relever que :

- l'INAMI a bien communiqué le procès-verbal de la réunion du Comité de l'assurance du 23 octobre 2017 (pièce B11). Il en ressort que le contenu de la note CSS 2017/325 du 10 octobre 2017 qui contient entre autres les propositions du Collège des médecins-directeurs et l'évaluation des dossiers de demande a été approuvé tel quel le 23 octobre 2018

38. J-F. NEVEN et S. GILSON, "La motivation des décisions des institutions de sécurité sociale à l'égard des employeurs et des assurés sociaux", Ors., 2009, n° 9, p. 5.



- la notification de la décision le 13 novembre 2017 contient exactement le même tableau de cotation des critères d'évaluation et ses explications relativement à ... que celui figurant dans la note précitée CSS 2017/325 soumise au Comité de l'assurance et approuvée par celui-ci le 23 octobre 2017
- ce tableau de cotation constitue à lui seul la motivation formelle adéquate de la décision. Il ne peut en conséquence être reproché à l'auteur de la notification du 13 novembre 2017 d'avoir complété celle-ci de quelques explications éclairantes, et conformes au contenu du tableau ou des explications figurant dans la note CSS 2017/325
- tel qu'il ressort de la liste des personnes présentes dans le procès-verbal de la réunion du 23 octobre 2017, l'auteur de la notification de la décision le 13 novembre 2017, ... est également un des auteurs de la décision du 23 octobre 2017 du Comité de l'assurance.

Il en résulte que la notification du 13 novembre 2017 n'est que la communication par écrit de la décision prise le 23 octobre 2017 par le Comité de l'assurance sur la base des informations reprises dans la note précitée CSS 2017/325 du 10 octobre 2017.

Dans ce contexte, la pertinence de l'argument de ... relatif à une impossibilité de vérifier si les motifs de ladite notification correspondent bien à la décision prise pendant la réunion du 13 novembre 2017 du Comité de l'assurance échappe au tribunal. Il n'est en effet nullement question d'une réunion du Comité de l'assurance le 13 novembre 2017. La seule réunion dont émane une décision est bien celle du 23 octobre 2017.

En conclusion, le tribunal ne relève pas de problème de motivation formelle de la notification de la décision litigieuse qui entacherait sa légalité.

## 17.

En conclusion, le tribunal considère que ... manque à établir le moindre élément qui entacherait d'illégalité la décision litigieuse de l'INAMI.

Ses demandes tant à titre principal, si recevable, qu'à titre subsidiaire sont à déclarer non fondées.

## LES DÉPENS

## 18.

En vertu de l'article 1017, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire, tout jugement définitif prononce, même d'office, la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé, soit en l'espèce ... .

L'INAMI liquide adéquatement ses dépens à 1.440,00 EUR étant l'indemnité de procédure applicable aux litiges non évaluables en argent.

Conformément à la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, il y a lieu de prendre en compte comme dépens la somme de 20,00 EUR à titre de contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL,**

**Statuant contradictoirement,**

Déclare la demande tant principale que subsidiaire de ... à tout le moins non fondée,

En déboute en conséquence ... ,

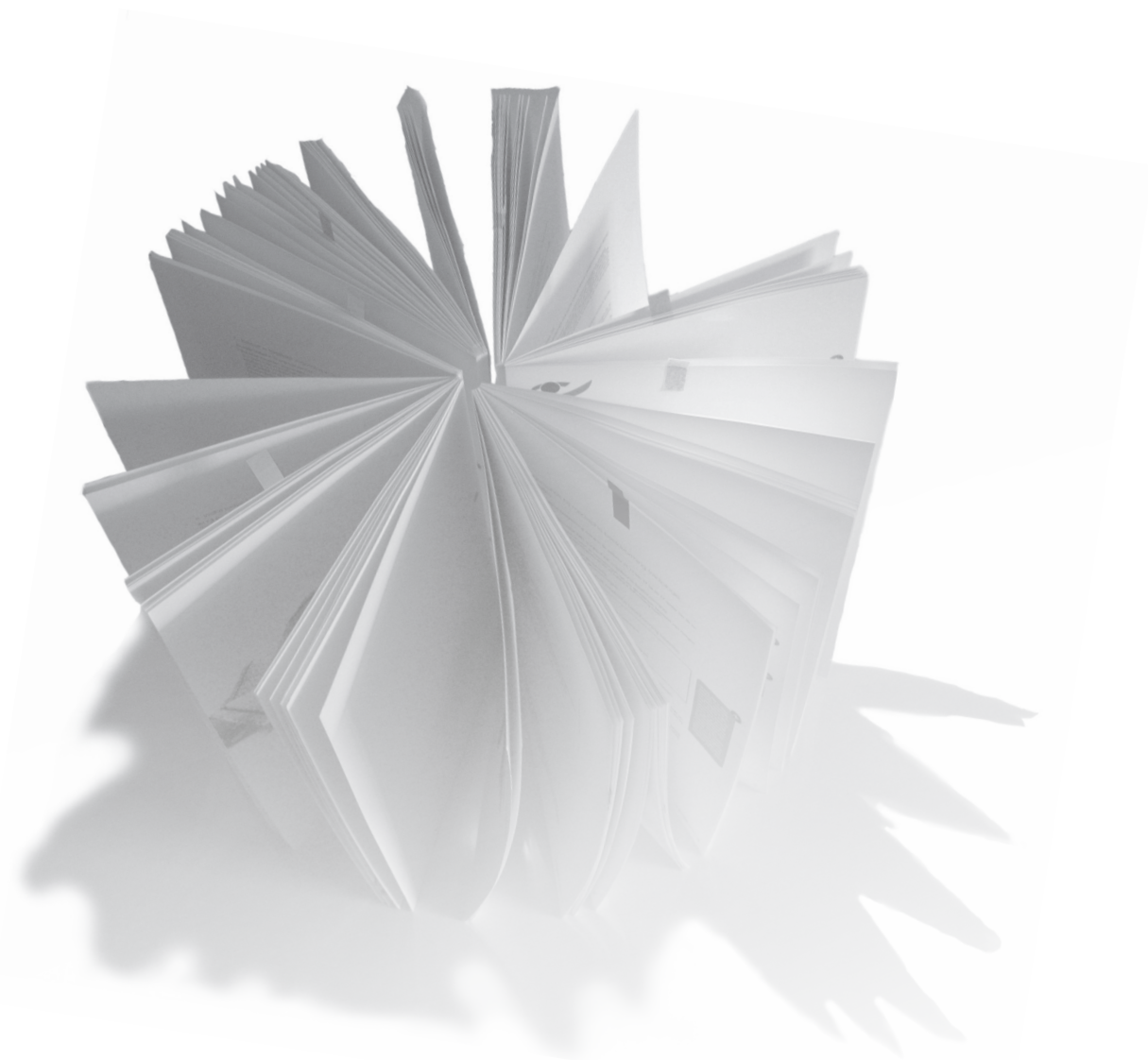
Condamne celui-ci aux dépens fixés par le tribunal à 1.460,00 EUR étant, d'une part, l'indemnité de procédure de 1.440,00 EUR telle que liquidée par l'INAMI et lui revenant et, d'autre part, la contribution de 20,00 EUR au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

...



3<sup>de</sup> Deel

Parlementaire vragen  
en antwoorden



## Wet betreffende de gebundelde ziekenhuisfinanciering [laagvariabele zorg]

Groepen van patiënten waarop het wetsontwerp betrekking zou hebben – Koninklijke besluiten die nodig zijn voor de tenuitvoerlegging – Advies van het Verzekeringscomité

Vraag nr. 3209, gesteld op 11 februari 2019 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Asiel en Migratie, door mevrouw FONCK, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Het wetsontwerp betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg werd op 12 juli 2018 in de plenaire vergadering van de Kamer aangenomen. Voor de tenuitvoerlegging van die wet moeten er echter nog tal van koninklijke besluiten worden uitgevaardigd.

Tijdens de besprekingen antwoordde u in verband met de groepen van patiënten waarop het wetsontwerp betrekking zou hebben dat u wachtte op het “advies van het Verzekeringscomité” en u meende “dat het derhalve niet wenselijk is de lijsten bekend te maken. Niet-definitieve lijsten van de beoogde groepen werden echter al ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen, opdat ze zich zouden kunnen voorbereiden. Het gaat om 57 groepen die werden vastgelegd op basis van hun klinische ernst volgens de APRDRG-classificatie; ook het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde codes uit de nomenclatuur of uit de ICD werd in aanmerking genomen”.

1. Hoe staat het met de opstelling van de koninklijke besluiten die nodig zijn voor de tenuitvoerlegging van die wet?
2. a) Kunt u meer toelichtingen verstrekken over de inhoud van het koninklijk besluit tot vaststelling van de groepen van patiënten die door die wet worden beoogd?  
b) Heeft het Verzekeringscomité zijn advies hierover uitgebracht?  
c) Hebt u informatie over de lijst van de beoogde groepen van patiënten? Is die lijst veranderd in vergelijking met de lijst die al aan de ziekenhuizen werd meegedeeld?

### Antwoord

Het Parlement heeft in juli inderdaad de wet betreffende de gebundelde ziekenhuisfinanciering aangenomen, en in die wet van 19 juli 2018 worden al heel wat principes toegelicht. Het klopt ook dat er binnenkort nog één uitvoeringsbesluit komt met alle concretisering. Daarin zal onder meer opgenomen zijn:

- de aanduiding en definitie van de laagvariabele patiëntengroepen, met inclusie- en exclusiecriteria. Concreet betekent dat de code en ernstgraad uit de pathologieregistratie, meestal in combinatie met de aan- of afwezigheid van welbepaalde nomenclatuurcodes

1. Bulletin nr. 180, Kamer, gewone zitting 2018-2019, p. 153.

- de verstrekkingen en verblijven voor laagvariabele patiënten die niet gedekt zijn door het globaal prospectief bedrag
- de berekeningsmethode van het bedrag
- het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden
- de ingangsdatum van 1 januari 2019.

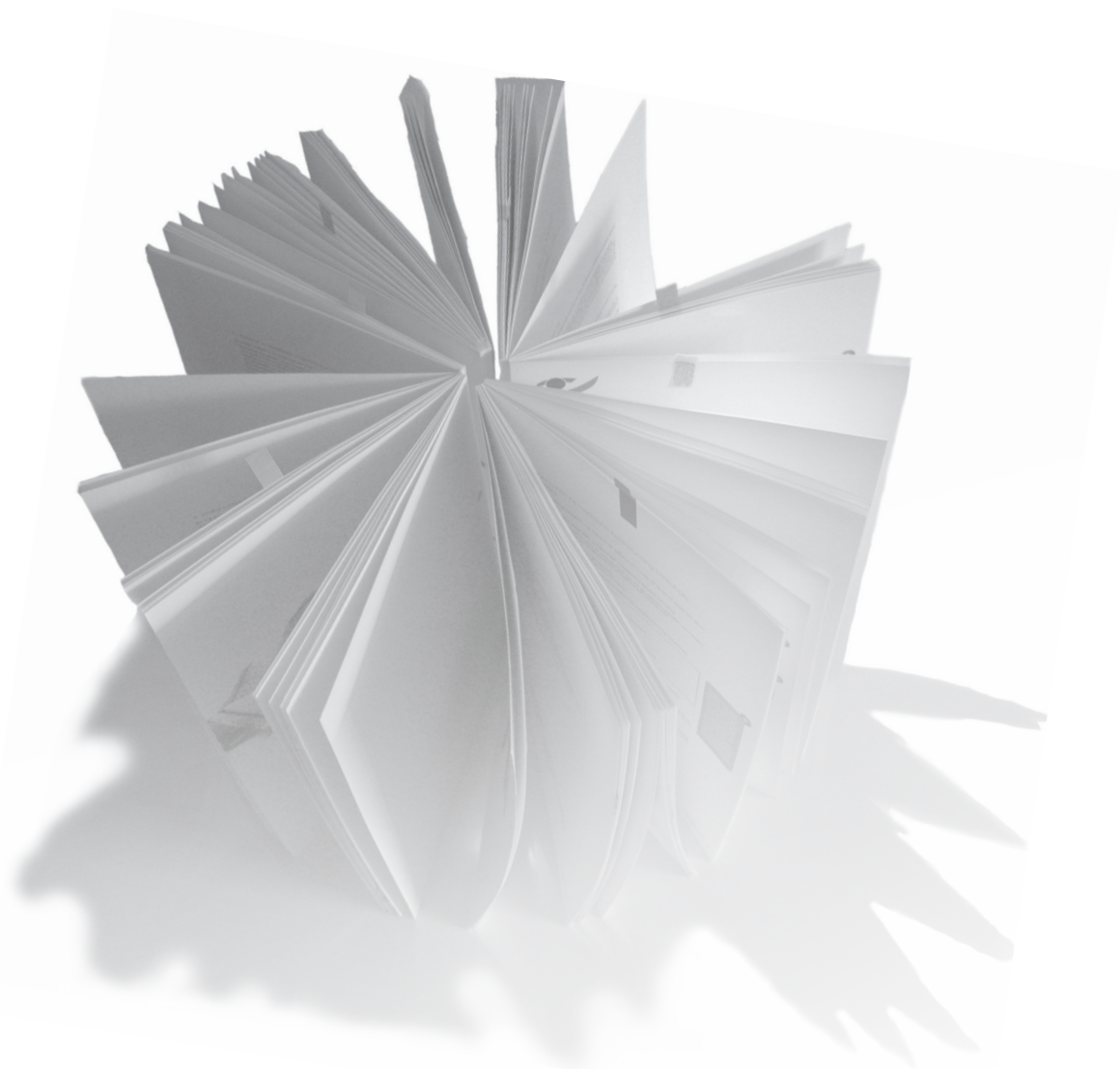
Het verzekeringscomité heeft toelichting gekregen over het koninklijk besluit zelf en ook over de bijlagen die deze patiëntengroepen opsommen, en ook de kans gekregen om opmerkingen te formuleren. Ingevolge deze opmerkingen, zijn er trouwens ook nog beperkte aanpassingen geweest. Deze vergaderingen zijn doorgegaan op 16 april 2018 en op 10 september 2018.

Het koninklijk besluit bevat inderdaad nog steeds de 57 patiëntengroepen waarover de sector reeds informatie heeft gekregen.

Het koninklijk besluit is op 9 november door de Ministerraad goedgekeurd en op 18 december 2018 in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt. De definitieve bedragen per patiëntengroep zijn eveneens in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt (31.12.2018).



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





# I. Toepassing van het Algemeen Verdrag betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko ondertekend te Rabat, op 24 juni 1968

Van toepassing vanaf 4 juli 2018.  
Vervangt omzendbrief nr. 2016/331 van 5 december 2016.

## Inleiding

Het *Algemeen Verdrag betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko*, dat ondertekend is te Rabat op 24 juni 1968 (hierna: het Verdrag), is vervolledigd voor wat betreft de toepassingsvoorwaarden, door de Administratieve schikking van 18 februari 2014 betreffende de toepassingsmodaliteiten van artikelen 9, 10, 11 en 12 van het Algemeen Verdrag betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko (hierna: de Administratieve schikking). De Administratieve schikking is op 1 mei 2014 in werking getreden.

In de uitvoering en in het toestaan van nieuwe rechten, verandert de nieuwe Administratieve schikking wezenlijk de Administratieve schikking van 14 september 1972 en stelt een einde aan de Administratieve schikking van 7 oktober 2004.

De huidige omzendbrief bevat de toelichtingen betreffende de toepassing van het Verdrag op het gebied van de geneeskundige verzorging.

## Hoofdstuk I. Toepassingsveld en basisprincipes

### Afdeling I. Toepassingsveld

#### 1. MATERIËLE WERKINGSSFEER

Het Verdrag is van toepassing op verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging ontvangen tijdens een tijdelijk verblijf of een overdracht van woonplaats naar de andere overeenkomstsluitende Staat.

## 2. PERSONELE WERKINGSSFEER

### 2.1. Algemene regel

§ 1. Het Verdrag is enkel van toepassing op de personen die **cumulatief** aan de volgende voorwaarden beantwoorden:

- i) de Belgische of Marokkaanse nationaliteit hebben;
- ii) werknemer zijn of ermede gelijkgestelde en onderworpen zijn aan de sociale zekerheid van een van de verdragsluitende landen. Voor de geneeskundige verzorging worden volgende personen als gelijkgestelden beschouwd: verzekerden met Belgische of Marokkaanse nationaliteit die ingeschreven staan in de hoedanigheid van “werkloze”, “gepensioneerde”, “invalide” “ambtenaar”, “mindervalide”, “student”, of als “persoon die is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen”.

§ 2. Het Verdrag is tevens van toepassing op de rechthebbenden van de werknemers die hierboven worden beoogd. Onder voorbehoud van bijzondere bepalingen van het Verdrag voor wat de overdracht van woonplaats betreft, wordt de hoedanigheid van rechthebbende in toepassing van de wetgeving van de Staat van aansluiting vastgesteld.

§ 3. Behalve de hierboven vermelde voorwaarden, is de toekenning van de hoedanigheid van rechthebbende onderworpen aan de voorwaarde dat de mogelijke kandidaat niet zelf onderworpen is aan de verplichte ziekteverzekering van de woonstaat. Deze onderwerping moet in de ruimst mogelijke zin worden begrepen: ze heeft zowel betrekking op de eigen rechten als op de afgeleide rechten.

§ 4. De aandacht van de verzekeringsinstellingen wordt gevestigd op het feit dat ondanks de gelijkshakeling van de rechten in België, **het Verdrag niet van toepassing is op de zelfstandigen**. Daaruit vloeit voort dat voor de zelfstandigen die in België tewerkgesteld zijn de bepaling en toepassing van hun rechten uitsluitend worden gedaan op basis van de Belgische wetgeving. Tenslotte, gezien de Belgische of Marokkaanse nationaliteit een toepassingsvoorwaarde is, is het Verdrag niet van toepassing op vluchtelingen noch op staatlozen.

### 2.2. Uitzonderingen

De bovengenoemde algemene regel moet nochtans worden bijgestuurd als volgt:

- het Verdrag is niet van toepassing op de agenten van de diplomatieke en de consulaire posten met inbegrip van de ambtenaren behorende tot het kader van de kanselarijen
- het Verdrag is van toepassing op de loontrekkende werknemers en de gelijkgestelden wat ook hun nationaliteit is, tewerkgesteld in de diplomatieke of de consulaire posten van Marokko of België.

## Afdeling II. Algemene beginselen

### 1. GELIJKHEID VAN BEHANDELING

Voor alle wetgevingen die beoogd worden door het Verdrag, waarborgt deze de gelijkheid van behandeling van alle personen waarop ze van toepassing is: de Marokkaanse werknemers die tewerkgesteld zijn of waren in België genieten onder dezelfde voorwaarden, van dezelfde voordelen als werknemers van de Belgische nationaliteit en hun rechthebbenden.

Evenzo, genieten Belgische werknemers die tewerkgesteld zijn of waren in Marokko en hun rechthebbenden van dezelfde voordelen als Marokkaanse werknemers en hun rechthebbenden.

## 2. BEPALING VAN DE TOEPASSELIJKE WETGEVING

De toepasselijke wetgeving is die van het land van tewerkstelling.

Nochtans, de regel van onderwerping aan de wetgeving van het werkland laat volgende uitzonderingen toe:

- i) de door hun werkgever naar het andere land tijdelijk gedetacheerde werknemers: Die werknemers kunnen onderworpen blijven aan de wetgeving van het land waar zij gewoonlijk zijn tewerkgesteld voor zover de duur van hun detachering niet langer duurt dan twaalf maanden, een verlenging van de detachering kan worden toegestaan voor een nieuwe periode van twaalf maanden;
- ii) de werknemers van de transportfirma's blijven onderworpen aan de wetgeving van het land waar de onderneming haar maatschappelijke zetel heeft;
- iii) de werknemers of gelijkgestelden van een officiële administratie, gedetacheerden van één van de verdragsluitende Staten, blijven onderworpen aan de sociale wetgeving van deze Staat;
- iv) de werknemers of gelijkgestelden tewerkgesteld in de Belgische of Marokkaanse diplomatieke of consulaire posten, kunnen kiezen tussen de wetgeving van het land waar ze zijn tewerkgesteld of voor die van hun land van oorsprong, indien zij onderdanen zijn van de Staat die vertegenwoordigd wordt door de diplomatieke of consulaire post.

## 3. SAMENTELLING VAN DE VERZEKERINGSTIJDVAKKEN VOOR DE OPENING VAN EEN RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN DE ZIEKTEVERZEKERING

**§ 1.** Het Verdrag waarborgt aan de werknemers en de gelijkgestelden evenals aan hun rechthebbenden die zich van België naar Marokko begeven, of omgekeerd, het verkrijgen van de verstrekkingen van het nieuwe werkland, indien zij de voorwaarden tot toekenning van dit land vervullen en rekening houdend met de verzekeringstijdvakken die vervuld zijn in het andere land.

**§ 2.** Dit recht is evenwel onderworpen aan twee voorwaarden:

- de tewerkstelling in het nieuwe land start binnen de maand volgende op het einde van de tewerkstelling in het andere land
- de potentiële gerechtigde moet geschikt zijn voor tewerkstelling bij zijn laatste aankomst op het grondgebied van het land waar het recht wordt gevraagd.

**§ 3.** De samentelling van de verzekeringstijdvakken door middel van het formulier BM.104 (de modelformulieren bevinden zich in de *Bijlage 1*<sup>1</sup>) afgeleverd door de bevoegde instelling zijnde, voor België, de Belgische verzekeringsinstelling waarbij de werknemer het laatst aangesloten was voor zijn vertrek naar Marokko en de Nationale Kas voor Sociale Zekerheid (CNSS) voor wat de verzekeringstijdvakken betreft die vervuld zijn in Marokko. Voor het geval de werknemers niet in het bezit zouden zijn van dit document, moet de instelling van de nieuwe tewerkstellingsplaats zich wenden tot het verbindingsorgaan van het laatste werkland om dit te verkrijgen.

1. Hier niet gepubliceerd.

## Hoofdstuk II. Bijzondere bepalingen inzake geneeskundige verzorging

### Afdeling I. Geneeskundige zorg verleend gedurende een tijdelijk verblijf

#### 1. BEGINSSEL: ONMIDDELLIJK NOODZAKELIJKE GEZONDHEIDZORG

§ 1. De werknemers of de ermede gelijkgestelden en hun rechthebbenden die tijdelijk in de andere verdragsluitende staat verblijven hebben recht op alle geneeskundige zorg die onmiddellijk noodzakelijk is geworden gedurende hun verblijf. De zorg wordt verleend voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de verblijfstaat en volgens de voorwaarden en de tarieven van deze laatste.

§ 2. Om te genieten van de toegang tot de gezondheidszorg en de ten laste neming ervan, moeten de werknemers of de ermede gelijkgestelden en hun rechthebbenden in het bezit zijn van een BM.111 verklaring afgeleverd door het orgaan van aansluiting voor **een maximale duur van drie maanden**. Het formulier BM.111 voorziet in de mogelijkheid om de geldigheidsduur te verlengen (rubrieken 4.6 tot en met 4.9): hierbij dient opgemerkt te worden dat de maximale geldigheidsduur van drie maanden dient berekend te worden tussen de begindatum van de geldigheidsduur vermeld in rubriek 3.1. en de einddatum van de geldigheidsduur vermeld in rubriek 4.6). Deze verklaring moet worden gevraagd en afgeleverd voordat zij het grondgebied van de staat van aansluiting verlaten. In het geval dat zij niet in het bezit zijn van deze verklaring, is het orgaan van de verblijfplaats er toe gehouden zich te wenden tot het bevoegde orgaan om het te verkrijgen.

§ 3. Het onmiddellijke en noodzakelijke karakter van de zorg zijn aan de beoordeling en beslissing van het orgaan van de verblijfplaats overgelaten.

§ 4. Indien de werknemer of de ermede gelijkgestelde of zijn rechthebbenden in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, moet de instelling van het verblijfland het bevoegde orgaan er zo snel als mogelijk van op de hoogte brengen door het begin van de ziekhuisopname evenals de vermoedelijke duur ervan te vermelden (formulier BM.113). Het is belangrijk op te merken dat noch het Verdrag noch de Administratieve schikking toelaten aan het bevoegde orgaan zich uit te spreken over de noodzakelijkheid noch over de duur van de ziekhuisopname.

§ 5. Voor wat betreft "tijdelijk verblijf", is de term van rechthebbende noch door het Verdrag, noch door de Administratieve schikking gedefinieerd. Voor de Belgische verzekering voor de geneeskundige verzorging, kunnen alle personen die ingeschreven zijn als persoon ten laste van werknemers of de ermede gelijkgestelden genieten van de bepalingen inzake tijdelijk verblijf van de Belgisch-Marokkaanse overeenkomst.

#### 2. TARIFERINGSAAVRAAG: GEBRUIK VAN HET FORMULIER BM.126

§ 1. Indien een verzekerde gedurende zijn tijdelijk verblijf op het grondgebied van een verdragsluitende Staat de vereiste formaliteiten voor het aanvragen van een terugbetaling bij de verzekeringsinstelling van die staat niet kon volbrengen, dan kan hij achteraf een aanvraag om terugbetaling indienen bij de bevoegde verzekeringsinstelling.

**§ 2.** Het formulier BM.126 moet, in tegenstelling van wat er vermeld staat in opmerking (1) op de verso van het formulier BM.126, steeds rechtstreeks naar het Agentschap van de CNSS van de verblijfplaats van de betrokkene gestuurd worden, en dus niet langer naar de CNSS van Casablanca. Indien het Agentschap van CNSS van de verblijfplaats niet kan vastgesteld worden, dan kan de tarifieringsaanvraag naar de Regionale directie van de CNSS gestuurd worden.

Omdat Casablanca drie Regionale Directies omvat, is het aangewezen aan de betrokkene de prefectuur van de verblijfplaats te vragen, aangezien de Regionale Directies de naam van de prefectuur dragen waar ze deel van uit maken; in voorkomende geval kan de aanvraag naar de Regionale Directie van uw keuze gestuurd worden aangezien alle vertegenwoordigingen van de CNSS dezelfde taken uitvoeren.

**§ 3.** De lijst met Agentschappen van de CNSS bevindt zich *in Bijlage 2*.<sup>2</sup>

### 3. BEHOUD VAN RECHT OP NOODZAKELIJKE ZORG

**§ 1.** Indien, op het einde van de periode van drie maanden, wordt vastgesteld dat de verzekerde in de onmogelijkheid verkeert om terug te keren naar zijn land van aansluiting, kan het recht op gezondheidszorg worden behouden op voorwaarde dat de bedoelde zorg kan worden beschouwd als dringend noodzakelijk geworden gedurende een tijdelijk verblijf van drie maanden enerzijds, en anderzijds dat deze ongeschiktheid wordt gestaafd door een gedetailleerd medisch verslag door de instelling van de verblijfplaats.

**§ 2.** Er dient te worden opgemerkt dat noch het Verdrag noch de Administratieve schikking voorziet in een specifieke verklaring met betrekking tot het behoud van recht op de verstrekkingen ingeval de periode van drie maanden wordt overschreden. Gezien de verlenging van het formulier niet is voorzien, worden de verzekeringsinstellingen uitgenodigd om, telkens de voorwaarden voor het behoud van het recht op de verstrekkingen zijn vervuld, een formulier BM.111 voor een maximale duur van één maand af te geven. In dat geval, worden het nieuwe formulier en de documenten die het behoud op verstrekkingen staven aan het administratieve dossier van betrokkene toegevoegd.

Vanaf het ogenblik dat het behoud van de verstrekkingen langer dan zes maanden duurt, moet de adviserend-geneesheer van de verzekeringsinstelling worden verwittigd met een duidelijke vraag zich uit te spreken over de gepastheid om artikel 13 van de Administratieve schikking toe te passen.

### 4. GEPLANDE ZORG

De tenlasteneming van de gezondheidszorg in de andere verdragsluitende Staat wordt geweigerd wanneer de gerechtigde zich naar die Staat begeeft, zonder toestemming en met het doel er een medische behandeling te krijgen.

Noch het Verdrag noch de Administratieve schikking voorziet in bewijsmiddelen voor wat betreft het voornemen om zich te laten verzorgen in het andere land. Daaruit volgt dat dit voornemen met alle mogelijke rechtsmiddelen moet worden bewezen.

<sup>2</sup>. Hier niet gepubliceerd.

## 5. PROTHESEN, DE HULPMIDDELEN VAN GROTE OMVANG EN ANDERE BELANGRIJKE VERSTREKKINGEN

§ 1. De verlening en de ten laste neming van geneeskundige zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het andere land dekt niet de ten laste neming van de prothesen, hulpmiddelen en andere belangrijke verstrekkingen opgenomen in de door de beide verdragsluitende landen in gemeen overleg opgestelde lijst, die wordt bijgevoegd als bijlage bij deze omzendbrief. Deze verstrekkingen mogen slechts worden verleend en terugbetaald ingeval van hoogdringende noodzaak waarvan de beoordeling is overgelaten aan het orgaan van het land van verblijf en die onverwijld het bevoegde orgaan verwittigt middels een formulier BM.114.


§ 2. De aandacht dient erop gevestigd te worden dat het formulier BM.114 geen deel B bestemd voor het bevoegde orgaan voorziet. Om geldig te zijn en zijn volle uitwerking te hebben, vergt de beslissing omtrent de absolute hoogdringendheid dus geen goedkeuring van het bevoegde orgaan dat er enkel akte kan van nemen.

§ 3. Ook al wordt de waardering van het begrip absolute hoogdringendheid overgelaten aan het orgaan van verblijfstaat, verliest de bevoegde staat niet volledig zijn waarderingsmacht in de mate dat de Administratieve schikking van 18 februari 2014 een nauwkeurige definitie geeft van het begrip dat de *“verstrekkingen die niet mogen worden uitgesteld zonder het leven in gevaar te brengen of definitief de gezondheid te schaden”* van de rechthebbende omvat. Het is dus mogelijk dat op het ogenblik van de betekening van de verklaring van het verlenen van de verstrekkingen of bij het indienen van de daarop betrekking hebbende vorderingen het bevoegde orgaan verduidelijkingen kan vragen betreffende de omstandigheden en de motieven van de door het verblijfsland genomen beslissing. Dit besluit wordt bevestigd door artikel 13 van de Administratieve schikking die het volgende verduidelijkt: *“de bevoegde instellingen kunnen bijkomende medische inlichtingen die zij noodzakelijk en nuttig achten opvragen”*. Ook wordt aan de verzekeringsinstellingen de raad gegeven om hun medisch-adviseurs te laten tussenkomen telkens het begrip *“levensnoodzakelijk”* wordt ingeroepen door Marokko.

§ 4. Behalve de verstrekkingen die zijn opgesomd in de bedoelde lijst, zijn, over het algemeen, beschouwd als zorg van grote omvang alle andere verstrekkingen waarvan de te verwachten kost meer bedraagt dan duizend euro (1.000 EUR), voor de verstrekkingen geleverd in Marokko en 10.000,00 Dirhams, voor de verstrekkingen geleverd in België (*Bijlage 3*).<sup>3</sup>

## 6. HET BIJZONDER GEVAL VAN DE GEDETACHEERDE WERKNEMERS EN DE OPTANTEN (FORMULIER BM.128)

§ 1. Gedetacheerde werknemers en gelijkgestelden, alsook optanten, en de gezinsleden die hen vergezellen (art. 12 van het Algemeen Verdrag) hebben tijdens de volledige periode van verblijf in het land waar ze zijn tewerkgesteld, recht op onmiddellijke geneeskundige zorg als hun gezondheidstoestand dit vereist (art. 7, § 3, van de Administratieve schikking).

 § 2. **Aandacht:** hoewel rubriek 1 van het formulier BM.128 de mogelijkheid biedt om de hoedanigheid van *“gedetacheerde werknemer van een officiële administratie”*, aan te vinken, moet er op gewezen dat gedetacheerde ambtenaren niet onder het persoonlijk toepassingsgebied van artikel 12 van het Algemeen Verdrag vallen. De verzekeringsinstellingen mogen aan hen dus geen formulier BM.128 uitreiken. De naar Marokko gedetacheerde Belgische ambtenaren hebben recht op terugbetaling van in Marokko verleende geneeskundige zorg op basis van artikel 294, § 1, 4<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

3. Hier niet gepubliceerd.

**§ 3. Overgangmaatregel:** de formulieren BM.128 die de verzekeringsinstellingen op basis van de toelichtingen in Omzendbrief V.I. 2014/210 aan naar Marokko gedetacheerde Belgische ambtenaren en hun gezinsleden hebben uitgereikt, blijven geldig tot de einddatum van de geldigheidsduur vermeld op het formulier.

**§ 4.** Het formulier BM.128 herneemt niet uitdrukkelijk de gedetacheerde werknemers van privé-ondernemingen. Voor een goed en eenvormig gebruik van het formulier, is het aangewezen dat de verzekeringsinstellingen rekening houden met volgende aanbevelingen: indien het Marokkaanse orgaan niet duidelijk de categorie van de werknemer aanduidt, zal deze ambtshalve worden beschouwd als gedetacheerde werknemer van een private onderneming. In diezelfde gedachtengang zal geen enkel vak worden ingevuld door de Belgische verzekeringsinstelling indien de naar Marokko gedetacheerde werknemer een werknemer is die tewerkgesteld is bij een privé-onderneming.

**§ 5.** Indien een Marokkaanse verzekerde zich bij een verzekeringsinstelling aanbiedt in het bezit van een formulier BM.128 waarop de hoedanigheid van “*gedetacheerde werknemer van een officiële administratie*” is aangevinkt, dient de verzekeringsinstelling het bevoegde Marokkaanse orgaan te contacteren en hen op er op te wijzen dat gedetacheerde ambtenaren geen recht hebben op een formulier BM.128.

## 7. BIJZONDERE RICHTLIJNEN VOOR GEZONDHEIDSZORG VERLEEND GEDURENDE EEN TIJDELIJK VERBLIJFT IN BELGIË

**§ 1.** De Marokkaanse verzekerde in tijdelijk verblijf in België en die in het bezit is van een BM.111 geniet van de toegang tot de gezondheidszorg evenals van de terugbetaling ervan onder dezelfde voorwaarden als een verzekerde van de Belgische wetgeving.

**§ 2.** Op vertoon van een BM.111, worden de Marokkaanse verzekerden ingeschreven in de bestanden van de verzekeringsinstelling met een verzekeraarheid waarvan de duur heel strikt moet overeenkomen met de duur opgenomen op het voorgelegde formulier, met een maximum van drie maanden. Dit houdt in dat, in het geval de Marokkaanse verzekeringsinstelling een formulier zou hebben afgeleverd waarvan de duur die drie maanden overschrijdt, kan die verlengde periode in geen geval in aanmerking worden genomen. In die zelfde gedachtengang, moet een formulier BM.111 dat geen exacte geldigheidsduur bevat, worden beschouwd als onvolledig en onontvankelijk. In dit geval en voor zover nodig, moet een nieuw formulier worden gevraagd aan de Marokkaanse bevoegde instelling.

**§ 3.** Het formulier BM.111 is een verklarend document en niet een rechtgevend. Het document moet in het bezit blijven van de Marokkaanse verzekerde die, telkens hij om een terugbetaling vraagt moet voorleggen aan de verzekeringsinstelling van zijn keuze. Daaruit volgt dat bij de inschrijving van het formulier BM.111:

- de verzekeringsinstellingen alle nuttige vaststellingen moeten doen en een kopie ervan toevoegen aan het administratief dossier van betrokkene
- de verzekeringsinstellingen zich ervan moeten onthouden dit type van verzekerden op te nemen in het “NIC”.

## Afdeling II. Recht op gezondheidszorg in geval van wonen in het andere verdragsluitende land

In tegenstelling tot de situatie tijdelijk verblijf, die toepasselijk is op alle personen beoogd door de personele werkingssfeer van de bilaterale overeenkomst, is de dekking inzake de geneeskundige zorg ingeval van overbrenging van woonplaats enkel van toepassing op twee soorten van verzekerden namelijk de werknemers in arbeidsongeschiktheid en de personen die als rechthebbenden in de zin van het Verdrag worden beschouwd.

## 1. DE WERKNEMERS IN ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN HUN RECHTHEBBENDEN (FORMULIER BM.106)

De loontrekkende werknemers of gelijkgestelden in een van de verdragsluitende staten en die arbeidsongeschikt zijn erkend in het land van aansluiting, genieten indien zij wonen of hun woonplaats overbrengen naar de andere verdragsluitende staat, van het recht op verstrekkingen van de ziekteverzekering voorzien door het woonland. Dit recht is *mutatis mutandis* van toepassing op de rechthebbenden van de werknemers op voorwaarde dat zij geen eigen recht hebben volgens de wetgeving van die staat.

## 2. DE RECHTHEBBENDEN DIE WONEN BUITEN DE BEVOEGDE STAAT (FORMULIER BM.109)

De rechthebbenden wonend in een andere verdragsluitende staat dan deze van de tewerkstelling en de woonplaats van de werknemer, hebben recht, ten laste van de bevoegde staat, op verstrekkingen van de ziekteverzekering voorzien door de woonstaat op voorwaarde dat zij geen eigen recht hebben volgens de wetgeving van die staat.

## 3. GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN

### 3.1. Openen en duurtijd van het recht

Om hun rechten te doen gelden, moeten de werknemers en hun rechthebbenden die allen in de andere verdragsluitende staat wonen aan de verzekeringsinstelling van het woonland respectievelijk de verklaring BM.106 of BM.109 afgeleverd door de verzekeringsinstelling van het land van aansluiting, afgeven. Deze documenten, die op vraag van de sociaal verzekerde worden afgeleverd, worden afgeleverd voor een geldigheidsduur van één jaar en zijn jaarlijks hernieuwbaar. Zij kunnen dus niet worden afgegeven voor een onbepaalde periode.

### 3.2. Sluiten van het recht

Het recht wordt gesloten door middel van een formulier BM.108 uitgegeven door het bevoegde orgaan op eigen initiatief of door de instelling van de woonplaats.

In alle gevallen, is de sluiting van de rechten pas effectief te rekenen vanaf de eerste dag die volgt op de ontvangst van deze sluiting door het woonland, hetzij de dag volgend op de ontvangst van het formulier ingevuld in deel "A" door de bevoegde instelling of de dag volgend op die van de ontvangst van het formulier E 108 ingevuld in deel "B" door de bevoegde instelling.

### 3.3. Vaststelling van hoedanigheid van rechthebbende

In het kader van overdracht van woonplaats, wordt de bevoegdheid van de Staten beperkt voor wat betreft de vaststelling van de hoedanigheid van rechthebbende. In deze bijzondere situatie, dekt het Verdrag, de term rechthebbende twee categorieën van personen zijnde:

- de niet uit de echt gescheiden echtgenoot. Het is belangrijk te verduidelijken dat het niet noodzakelijk is dat die echtgenoot de hoedanigheid van persoon ten laste heeft. Zijn burgerlijke staat is de enige voorwaarde die in aanmerking dient genomen te worden voor de toekenning van de hoedanigheid van rechthebbende. Of anders gezegd, het feit dat de echtgenoot de voorwaarden van de Belgische wetgeving niet vervult om de hoedanigheid van persoon ten laste te hebben (bv voorwaarde van samenwonen) kan zijn statuut van rechthebbende in de zin van het Verdrag niet in vraag stellen. Op dat deze van toepassing zou zijn is het verplicht en voldoende dat de hoedanigheid van "niet uit de echt gescheiden" is vastgesteld



- de kinderen worden als ten laste beschouwd overeenkomstig de wetgeving van de Staat van aansluiting.

### Afdeling III. Bepalingen met betrekking tot arbeidsongevallen

In toepassing van artikel 34 van het Verdrag en artikel 4 van de Administratieve schikking, worden de geneeskundige verstrekkingen aan de slachtoffers van een arbeidsongeval, ingeval van overbrenging van hun woonplaats naar België, verleend door de Belgische verzekeringsinstellingen indien de werknemer is onderworpen aan het Marokkaanse sociale zekerheidsstelsel.

De werknemers dienen formulier BM13 in, waarin wordt bevestigd dat de werknemer recht heeft op verstrekkingen bij arbeidsongevallen.

De verstrekkingen mogen verleend worden tot ontvangst van het formulier BM.14 dat een einde stelt aan de geldigheid van het formulier BM.13.

### Afdeling IV. Terugbetaling tussen instellingen

**§ 1.** De verstrekkingen verleend in Marokko en in België worden door de bevoegde instelling terugbetaald op basis van de werkelijke uitgaven, verhoogd met 8 % administratiekosten. Deze verhoging is niet van toepassing voor arbeidsongevallen.

De terugbetaling geschiedt voor elk kalenderhalfjaar binnen de zes maanden die volgen op de indiening.

**§ 2.** Voor de Belgische ziekteverzekering, houdt de terugbetaling op basis van de werkelijke uitgaven in dat, de verzekerden van de Belgische wetgeving die in Marokko wonen effectief onderworpen blijven en verzekerden zijn in België waar zij van een recht op terugkeer genieten. Om die reden, hebben zij toegang tot de geneeskundige zorg verleend in België en kunnen zij, indien zij aan de voorwaarden voldoen, genieten van de toepassing van de Europese regelgeving met betrekking tot de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels evenals van de bilaterale akkoorden die België bindt inzake gezondheidszorg.

**§ 3.** In afwachting van een bijzonder bilateraal overleg, is het aangewezen voor de verzekeringsinstellingen om de Marokkaanse vorderingen te verwerpen die het gevolg zijn van een ziekenhuisopname, de plaatsing van prothesen, van grote hulpmiddelen of andere belangrijke verstrekkingen die niet voorafgaandelijk zijn gemeld door de Marokkaanse instelling (formulieren BM.113 en BM.114).

### Afdeling V. Financiële bepalingen

De uitgaven gedragen door de Belgische verzekeringsinstellingen in toepassing van de bepalingen van de artikelen 9, 10 en 12 van het Verdrag als ook van de artikelen 6 en 7 van de Administratieve schikking, moeten op de uitgavenstaat IV 11 worden vermeld.

De verzekeringsinstellingen vinden het nieuwe boekhoudplan voor de verwerking van de Belgische en buitenlandse vorderingen in *de Bijlagen 4 en 5*.<sup>4</sup>

4. Hier niet gepubliceerd.

## Hoofdstuk III. - Slotbepalingen

**§ 1.** De nieuwe Administratieve schikking geldt enkel voor de toekomst. Hieruit volgt dat de geneeskundige verstrekkingen die ontvangen zijn vóór 1 mei 2014 onderworpen blijven aan de bepalingen die voor die datum van toepassing waren. Bovendien, de aandacht van de verzekeringsinstellingen wordt erop gevestigd dat de situaties die voorzien zijn door de bilaterale overeenkomst en waarvoor geen formulieren zijn voorgesteld, behandeld worden met de formulieren oorspronkelijk voorzien door de Administratieve schikking van 14 september 1972.

**§ 2.** Gezien de belangrijke wijzigingen wat betreft enerzijds de bepaling van de hoedanigheid van de rechthebbenden en anderzijds de duur van de rechten, moeten de bestaande BM.109 formulieren worden gesloten en, indien de nieuwe voorwaarden voor het toekennen van het recht zijn verenigd, worden vervangen door de nieuwe formulieren. Deze bijwerkingen van formulieren en van rechten moeten vóór 30 juli 2014 zijn voltooid.

**§ 3.** Voor wat betreft de voorwaarden van terugbetaling in België van zorg verkregen gedurende een tijdelijk verblijf in Marokko (terugbetaling aan sociaal verzekerden die niet het nodige hebben gedaan ter plaatse), wordt verwezen naar de Omzendbrief V.I. nr. 2018/109 - 80/116<sup>s</sup> van 30 maart 2018 betreffende de vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.

...



Omzendbrief V.I. nr. 2018/219 – 8295/24 van 26 juli 2018.

## II. Aansluiting van gerechtigden en weduwen/weduwnaars, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 11<sup>o</sup>ter en 16<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, in de hoedanigheid van persoon ten laste

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

Het Koninklijk besluit van 30 juli 2018 (B.S. 14.08.2018) wijzigt het artikel 124, § 1, 2<sup>o</sup> van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994: het optierecht voor de gerechtigden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 11<sup>o</sup>ter en 16<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, met een pensioen dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan, wordt volledig opgeheven.

Het Koninklijk besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

Deze omzendbrief heeft tot doel een interpretatie en richtlijnen te geven voor de toepassing van die wijziging.

### 1. Wat verandert er?

De nieuwe reglementering voorziet dat vanaf 1 januari 2019 de gepensioneerden en de weduwen/weduwnaars die de hoedanigheid van gerechtigde als bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 11<sup>o</sup>ter en 16<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, en zonder betaling van persoonlijke bijdragen aanspraak kunnen maken op geneeskundige verstrekkingen, nooit aangesloten kunnen worden in de hoedanigheid van persoon ten laste. Zij moeten *verplicht aangesloten worden in de hoedanigheid van gerechtigde*, ook al genieten zij van een pensioen dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan.

### 2. Vanaf wanneer?

De nieuwe regelgeving is enkel van toepassing voor de nieuwe aanvragen tot aansluiting als persoon ten laste vanaf 1 januari 2019. Er wordt niet voorzien in een retroactiviteit: de verworven situaties worden behouden. Dit betekent dat de rechthebbenden die aangesloten zijn in de hoedanigheid van persoon ten laste deze hoedanigheid ook zullen kunnen behouden na 31 december 2018, behoudens indien hun situatie wijzigt.

Het is de datum van aanvraag tot aansluiting als persoon ten laste die zal spelen voor de toepassing van de nieuwe reglementering en niet de datum van de toekenning van het pensioen.

Wanneer een persoon destijds - ondanks het optierecht - gekozen heeft om zich in te schrijven als gerechtigde gepensioneerde en in december 2018 deze keuze wil herzien (omdat hij van een pensioen geniet dat overeenkomt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan) dan moet het ziekenfonds de aanvraag tot aansluiting als persoon ten laste weigeren daar deze aansluiting slechts uitwerking krijgt op 1 januari 2019 krachtens artikel 124, § 1, 2<sup>o</sup>, derde lid, Koninklijk besluit 3 juli 1996.

### 3. Situatie waarbij de gerechtigde gepensioneerde of gerechtigde weduwe/weduwnaar vrijwillig vraagt om aangesloten te worden als persoon ten laste

De personen die de hoedanigheid hebben van gerechtigde gepensioneerde of weduwe/weduwnaar moeten vanaf 1 januari 2019 verplicht aangesloten worden als gerechtigde. Het is de datum van aanvraag tot aansluiting die zal spelen voor de toepassing van de nieuwe reglementering en niet de datum van de toekenning van het pensioen.

Het ziekenfonds moet dus de aansluiting als persoon ten laste weigeren wanneer een gerechtigde gepensioneerde of gerechtigde weduwe/weduwnaar vanaf 1 januari 2019 vraagt om aangesloten te worden als persoon ten laste. Deze persoon moet aangesloten blijven als gerechtigde; er is geen wijziging van hoedanigheid.

Verschillende situaties kunnen zich voordoen:


- een persoon is aangesloten als persoon ten laste. Hij ontvangt een pensioen dat kleiner is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan voor de datum van 1 januari 2019  
-> hij kan aangesloten blijven als persoon ten laste na 31 december 2018 (behalve indien zijn situatie wijzigt).
- een persoon is aangesloten als persoon ten laste. Hij ontvangt een pensioen dat kleiner is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan na 31 december 2018  
-> hij moet zich inschrijven als gerechtigde gepensioneerde vanaf zijn pensioen.
- een persoon is ingeschreven als gerechtigde werknemer. Hij ontvangt daarna een pensioen dat kleiner is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan voor de datum van 1 januari 2019. Hij vraagt om aangesloten te worden als persoon ten laste na 31 december 2018  
-> de aansluiting als persoon ten laste is niet mogelijk; hij moet zich inschrijven als gerechtigde vanaf 1 januari 2019.
- een persoon is ingeschreven als gerechtigde werknemer. Hij ontvangt daarna een pensioen dat korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan voor de datum van 1 januari 2019. Hij vraagt om aangesloten te worden als persoon ten laste voor 1 januari 2019  
-> hij kan aangesloten blijven als persoon ten laste na 31 december 2018 (behalve indien zijn situatie wijzigt).

#### 4. Situatie waarbij de situatie van de persoon ten laste wijzigt na 31 december 2018 waardoor hij verplicht aangesloten moet worden als gerechtigde

De persoon die van een pensioen geniet dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige of als zodanig beschouwde loopbaan, is aangesloten als persoon ten laste. Zijn persoonlijke situatie wijzigt na 31 december 2018: hij dient om één of andere reden van gerechtigde te veranderen na 31 december 2018. Hij kan niet meer aangesloten blijven als persoon ten laste gezien de nieuwe reglementering: hij moet zichzelf aansluiten als gerechtigde.

- Het betreft een (her)inschrijving:

Wanneer de persoon (her)ingeschreven moet worden in de zin van het artikel 252, Koninklijke besluit 3 juli 1996 dan gebeurt de (her)inschrijving volgens de gewone regels van opening van recht. De betrokkene moet een aanvraag tot inschrijving bij de V.I. van zijn keuze ondertekenen. Deze inschrijving zal uitwerking hebben op de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde werd verworven, en ten vroegste op 1/1/2019 (datum van de inwerkingtreding van de nieuwe reglementering).<sup>1</sup>


 *Voorbeeld: X is aangesloten als persoon ten laste; hij geniet van een rustpensioen – 1/3 sinds 1 december 2017. Op 15 januari 2019 verandert zijn situatie waardoor hij niet meer aangesloten kan blijven als persoon ten laste; hij moet zich inschrijven als gerechtigde gelet op de nieuwe reglementering (geen keuzerecht meer). Het betreft een eerste inschrijving (hij is nooit ingeschreven geweest als gerechtigde).*

*Zijn inschrijving krijgt uitwerking op 1 januari 2019: men moet niet terugkeren tot de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde werd verworven, met name 1 oktober 2017, omdat betrokkene op die dag de keuze had tussen de hoedanigheid van persoon ten laste en de hoedanigheid van gerechtigde. Het Koninklijke besluit van 30 juli 2018 was namelijk nog niet in werking getreden waardoor de persoon in kwestie nog kon genieten van het keuzerecht zoals voorzien in het oude artikel 124, § 1, 2<sup>o</sup> van het Koninklijke besluit van 3 juli 1996. Hij heeft destijds de hoedanigheid van persoon ten laste gekozen.*

- Het betreft een wijziging van hoedanigheid:

Wanneer de situatie van de persoon ten laste wijzigt waardoor hij aangesloten moet worden als gerechtigde en het betreft geen (her)inschrijving in de zin van het artikel 252, Koninklijke besluit 3 juli 1996 dan heeft men te maken met een wijziging van hoedanigheid.

In dergelijke gevallen is er een voortzetting van de vorige inschrijving en wordt het persoonlijk recht op geneeskundige verzorging als gerechtigde toegekend vanaf de werkelijke datum van het verwerven van deze hoedanigheid, op voorwaarde dat voldaan werd aan alle bijdragevereisten met betrekking tot het daarmee overeenstemmende referentiejaar. Hier ook zal men slechts kunnen terugkeren tot ten vroegste 1 januari 2019 gelet op de algemene principes van het overgangsrecht en de werking van de wet in de tijd.

 *Voorbeeld: X is aangesloten als persoon ten laste; hij geniet van een rustpensioen – 1/3 sinds 1 december 2017. Op 15 januari 2019 verandert zijn situatie waardoor hij niet meer aangesloten kan blijven als persoon ten laste; hij moet zich aansluiten als gerechtigde gelet op de nieuwe reglementering (geen keuzerecht meer). De geldigheid van zijn vorige inschrijving is nog geldig; het betreft een wijziging van hoedanigheid.*

1. Daar gekozen is geweest voor een onmiddellijke werking van de nieuwe reglementering vanaf 01.01.2019, zijn de nieuwe regels dan ook slechts van toepassing op rechtsfeiten die zich voordoen na haar inwerkingtreding. Rechtsgevolgen die zich hebben vergezennijkt onder de oude reglementering blijven dus ook onaangetaast.

*Betrokkene verliest zijn hoedanigheid van persoon ten laste op 15 januari 2019. De hoedanigheid van persoon ten laste kon echter wel geldig bestaan voor de periode tot 15 januari 2019. De hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde gaat in op 16 januari 2019.*

## 5. Praktische voorbeelden:

1. *X vraagt een aansluiting als persoon ten laste op 20 november 2018. Hij geniet van een rustpensioen dat overeenkomt met een beroepsloopbaan die kleiner is dan een derde van een volledige beroepsloopbaan sinds 1 september 2018. Mag het ziekenfonds betrokkene aansluiten als persoon ten laste?*

De nieuwe reglementering is nog niet van toepassing: X kan door het ziekenfonds aangesloten worden als persoon ten laste op basis van zijn pensioen kleiner dan een derde mits hij aan de andere reglementaire voorwaarden hiertoe voldoet.

2. *X vraagt een aansluiting als persoon ten laste op 20 januari 2019. Hij geniet van een rustpensioen met een beroepsloopbaan die kleiner is dan een derde van een volledige beroepsloopbaan sinds 1 januari 2019. Mag het ziekenfonds betrokkene aansluiten als persoon ten laste?*

De nieuwe reglementering is van toepassing: de aansluiting als persoon ten laste is niet mogelijk aangezien X de hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde heeft (op basis van zijn individueel rustpensioen) en zonder betaling van persoonlijke bijdrage aanspraak kan maken op geneeskundige verstrekkingen. Betrokkene moet zich aansluiten als gerechtigde.

### Vanaf wanneer heeft de inschrijving uitwerking?

Indien het een eerste inschrijving betreft dan moet hij een aanvraag tot inschrijving ondertekenen en wordt het recht als gerechtigde gepensioneerde retroactief geopend op 1 januari 2019.

Indien het een wijziging van hoedanigheid betreft (persoon ten laste wordt gerechtigde) dan heeft de hoedanigheid van gerechtigde uitwerking vanaf het moment dat de betrokkene zijn hoedanigheid van persoon ten laste verliest.

3. *X vraagt een aansluiting als persoon ten laste op 20 januari 2019. Hij geniet van een rustpensioen met beroepsloopbaan die kleiner is dan een derde van een volledige beroepsloopbaan sinds 1 december 2018. Mag het ziekenfonds betrokkene aansluiten als persoon ten laste?*

De nieuwe reglementering is van toepassing: de aansluiting als persoon ten laste is niet mogelijk aangezien X de hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde heeft (op basis van zijn individueel rustpensioen) en zonder betaling van persoonlijke bijdrage aanspraak kan maken op geneeskundige verstrekkingen.

### Vanaf wanneer heeft de inschrijving uitwerking?

Indien het een eerste inschrijving betreft dan moet hij een aanvraag tot inschrijving ondertekenen en wordt het recht als gerechtigde gepensioneerde geopend op 1 januari 2019 (datum van inwerking-treding nieuwe reglementering), en niet op 1 oktober 2018. De maand december 2018 zal gereguleerd kunnen worden in de hoedanigheid van persoon ten laste.

Indien het een wijziging van hoedanigheid betreft (persoon ten laste wordt gerechtigde) dan heeft de hoedanigheid van gerechtigde uitwerking vanaf het moment dat de betrokkene zijn hoedanigheid van persoon ten laste verliest.

4. *X is aangesloten als echtgenoot ten laste sinds 1 januari 2017 gelet op zijn rustpensioen kleiner dan een derde van een volledige beroepsloopbaan. Moet het ziekenfonds hem op 1 januari 2019 aansluiten als gerechtigde gepensioneerde?*

Neen, zijn situatie is niet gewijzigd. Het ziekenfonds moet zijn hoedanigheid niet wijzigen. Het recht kan op 1 januari 2019 verlengd worden als persoon ten laste.

5. *X is aangesloten als echtgenoot ten laste sinds 1 januari 2017 gelet op zijn rustpensioen kleiner dan een derde van een volledige beroepsloopbaan. Op 10 januari 2019 overlijdt zijn echtgenote en wenst hij aangesloten te worden als ascendent ten laste van zijn dochter. Hij voldoet aan de samenwoningsvoorwaarde als ook aan de inkomensvoorwaarde. Hij geniet nog steeds van een rustpensioen kleiner dan een derde van een volledige beroepsloopbaan. Mag het ziekenfonds hem aansluiten als ascendent ten laste?*

Neen. De situatie van persoon X is gewijzigd. De nieuwe regelgeving is van toepassing. Hij moet aangesloten worden als gerechtigde gepensioneerde.

### Vanaf wanneer?

Indien het een eerste inschrijving betreft dan moet hij een aanvraag tot inschrijving indienen bij het ziekenfonds en wordt zijn recht geopend vanaf 1 januari 2019 (datum van de inwerkingtreding van de nieuwe reglementering). Men gaat niet terugkeren tot 1 januari 2017 (eerste dag van het kwartaal waarin hoedanigheid van gepensioneerde aangeworven werd).

Indien de vorige inschrijving nog geldig was en men te maken heeft met een wijziging van hoedanigheid (persoon ten laste wordt gerechtigde) dan zal de hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde uitwerking krijgen op 11 januari 2019.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/355 – 248/66 van 17 december 2018.

### III. Interpretatie van het artikel 290, B, § 3, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 betreffende de berekening van de aanvullende bijdrage bij een inschrijving of herinschrijving

Het artikel 290, B, § 3 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt:

*“Indien moet worden nagegaan of een aanvullende bijdrage verschuldigd is voor een refertejaar, waarin een tijdvak voorkomt dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in littera A, 2, van deze bepaling en dat zich situeert voor de datum waarop de inschrijving of herinschrijving, zoals bedoeld in artikel 252, uitwerking heeft, dan dient voor de berekening van de aanvullende bijdrage de minimumwaarde bedoeld in artikel 286 te worden verminderd in verhouding tot dit tijdvak.*

*Indien moet worden nagegaan of een aanvullende bijdrage verschuldigd is voor een refertejaar, waarin een tijdvak voorkomt dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in littera A, 2, van deze bepaling en gedurende hetwelk de gerechtigde zich in het buitenland bevond, dan dient voor de berekening van de aanvullende bijdrage de minimumwaarde bedoeld in artikel 286 te worden verminderd in verhouding tot dit tijdvak. Het voormelde verblijf in het buitenland wordt aangetoond door bewijsmiddelen die als dusdanig zijn erkend door de Dienst voor administratieve controle.”*

Deze omzendbrief heeft tot doel een interpretatie te geven voor de toepassing van deze bepaling.

#### 1. Principe:

Wanneer een aanvullende bijdrage berekend dient te worden voor de verlenging van het recht op geneeskundige verzorging voor een persoon die zich (her)ingeschreven heeft in het refertejaar, dient eerst nagegaan te worden of de periode die zich situeert voor de datum van (her)inschrijving niet gelijkgesteld kan worden op basis van het artikel 290, A, 2, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Indien de periode niet is opgenomen in artikel 290, A, 2, dan kan de periode geïmmuniseerd worden overeenkomstig artikel 290, B, § 3, eerste lid, van het Koninklijk besluit 3 juli 1996: voor de berekening van de aanvullende bijdrage wordt de minimumwaarde verminderd in verhouding tot deze periode, zijnde de periode die geen deel kan uitmaken van de periodes opgesomd in A, 2, en die zich situeert voor de datum waarop de (her)inschrijving uitwerking heeft.

De berekening van de aanvullende bijdrage dient dan te gebeuren in functie van een gans kalenderjaar, en niet in functie van met werkdagen gelijkgestelde dagen. Naar analogie van artikel 290, B, § 3, tweede lid, dient de periode derhalve te worden berekend op grond van 365 of 366-en.



## 2. Bijvoorbeeld:

*Persoon X schrijft zich voor de eerste keer in bij een V.I. op 1 oktober 2016. Voor de verlenging van zijn recht op geneeskundige verzorging in 2018 blijkt dat hij een aanvullende bijdrage moet betalen. Hoe moet het ziekenfonds deze aanvullende bijdrage berekenen?*

Vooreerst nagaan of het 1<sup>ste</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> kwartaal van het refertejaar 2016 niet gelijkgesteld kan worden op basis van artikel 290, A, 2, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Indien de periode niet is opgenomen in artikel 290, A, 2, dan de periode immuniseren overeenkomstig artikel 290, B, § 3, eerste lid, Koninklijk besluit 3 juli 1996: voor de berekening van de aanvullende bijdrage wordt de minimumwaarde verminderd in verhouding tot deze periode (op grond van 365/366-en).

### Tot wanneer loopt de periode die in mindering gebracht moet worden?

Stel dat persoon X effectief de hoedanigheid van gerechtigde verwerft op 30 december: proratisering tot 29 december of tot 30 september (de dag voor de dag van de uitwerking van de inschrijving en opening van het recht)?

Artikel 290, B, § 3 Koninklijk besluit 3 juli 1996 bepaalt dat de minimumwaarde dient te worden verminderd in verhouding tot “dit tijdvak”, zijnde het tijdvak dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in A, 2 en dat zich situeert voor de datum waarop de inschrijving uitwerking heeft.

Dit betekent dat enkel de periode van 1 januari tot 30 september in vermindering gebracht kan worden gezien de andere dagen zich situeren na de datum waarop de inschrijving uitwerking heeft.

Het gevolg is dat persoon X een aanvullende bijdrage zal moeten betalen voor de “lege” periode van 1 oktober tot 29 december voor de verlenging van zijn recht (indien hij niet kan genieten van gelijkgestelde tijdvakken krachtens art. 290, A, 2. van het K.B. van 03.07.1996).



Omzendbrief V.I. nr. 2018/389 – 271/69 van 20 december 2018.

## IV. Toepassing van artikel 225 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 – Begrip inkomen en samenstelling van gezin – Bewijs van inkomen en samenstelling van het gezin – Controlemaatregelen

Van toepassing vanaf 3 juli 2018.  
Vervangt omzendbrief nr. 2018/186 van 26 juni 2018.

### I. Inkomen bedoeld in artikel 225, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996

#### I.1. Inkomen uit een beroepsactiviteit:

Artikel 225, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt wat voor de toepassing van de §§ 1 en 2 van dat artikel, onder beroepsactiviteit moet worden verstaan.

Hiermee wordt elke activiteit bedoeld die een inkomen meebrengt, als bedoeld in artikel 23, § 1, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> of 4<sup>o</sup> of artikel 228, § 2, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 (WIB 1992), zelfs als deze activiteit door een tussenpersoon wordt uitgeoefend. Tevens wordt rekening gehouden met iedere gelijkaardige activiteit die uitgeoefend wordt in het buitenland of in dienst van een internationale of supranationale organisatie.

Er wordt principieel dus enkel rekening gehouden met inkomsten uit een beroepsactiviteit die op fiscaal vlak in aanmerking worden genomen.

Artikel 23, § 1, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> WIB 1992 heeft betrekking op winsten, baten en bezoldigingen.

Artikel 228, § 2, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> WIB 1992 heeft betrekking op winsten gerealiseerd door een Belgische inrichting (bedoeld wordt een bedrijf met behulp waarvan de beroepswerkzaamheden van een buitenlandse onderneming, geheel of gedeeltelijk, in België worden uitgeoefend) of baten die voortkomen uit een in België uitgeoefende werkzaamheid (door natuurlijke personen die niet in België verblijven, maar er wel een werkzaamheid uitoefenen).

#### I.1.1. WINSTEN EN BATEN (ART. 23, § 1, 1<sup>o</sup> EN 2<sup>o</sup> 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.

Baten zijn alle inkomsten uit een vrij beroep, een ambt of een post en alle niet als winst of bezoldigingen aan te merken inkomsten uit een winstgevende bezigheid (bv. vergoedingen van politieke mandatarissen of de voorzitter van een OCMW).

Hetzelfde geldt voor de inkomsten bedoeld in artikel 228, § 2, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> WIB 1992 (zie hierboven).

### I.1.2. BEZOLDIGINGEN: (ART. 23, § 1, 4<sup>o</sup> WIB 1992)

Bezoldigingen zijn alle vergoedingen *sensu lato* van werknemers (onder arbeidsovereenkomst of tewerkstelling in gelijkaardige omstandigheden) en bedrijfsleiders. Als bedrijfsleider wordt beschouwd, elke natuurlijke persoon in de uitoefening van een opdracht als bestuurder, zaakvoerder, vereffenaar of gelijkaardige functies of nog, de persoon die in de vennootschap een werkzaamheid of leidende functie uitoefent zonder verbonden te zijn door een arbeidsovereenkomst.



**Opmerking:** het inkomen dat uit **studentenarbeid** (de activiteit wordt verricht op grond van een overeenkomst voor tewerkstelling van studenten bedoeld bij titel VII van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en waarop de bijzondere RSZ-regeling overeenkomstig art. 17bis van het "RSZ-besluit" van 28.11.1969 van toepassing is) wordt verworven, vormt een bezoldiging overeenkomstig artikel 23, § 1, 4<sup>o</sup> WIB 1992. Op voorwaarde dat het kind echter **fiscaal ten laste** van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde blijft, moet er voor de toepassing van artikel 225, § 3 geen rekening worden gehouden met het inkomen dat uit studentenarbeid wordt verworven.

### I.1.3. JAARLIJKSE VOORDELEN

Voor de toepassing van artikel 225, § 3 dient men rekening te houden met een twaalfde van het bedrag van de jaarlijks uitbetaalde voordelen. Hiermee worden onder meer bedoeld de premies, de aandelen in de winst, de dertiende maand, de gratificaties, het dubbel vakantiegeld of het aanvullend vakantiegeld.

### I.1.4. NIET IN LOONDIENTST WERKENDE PERSONEN

Voor personen die niet in loondienst werken, wordt het maandbedrag van de inkomsten (winsten en baten, zowel deze bedoeld in art. 23 als deze bedoeld in art. 228 WIB 1992) fictief vastgesteld op één twaalfde van 100/80 van het verschil tussen de brutowinst of brutobaten en de beroepskosten.

Als **beroepsinkomen** moet onder meer beschouwd worden:

- het deel van het beroepsinkomen dat, in toepassing van artikel 86 WIB 1992, als meewerkin-komen wordt toegekend aan de echtgenoot die de andere echtgenoot werkelijk bijstaat in de uitoefening van de activiteit. Dat deel moet overeenstemmen met de normale bezoldiging van die prestaties van de meewerkende echtgenoot
- het beroepsinkomen uit de zelfstandige activiteit van de echtgenote wier meehelpende echtge-noot in haar plaats onderworpen is aan het sociaal statuut van de zelfstandigen, met uitzonde-ring van de inkomsten die in toepassing van artikel 86 WIB 1992 aan de man worden toegewe-zen  
(cf. art. 12 van het K.B. van 19.12.1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967; deze bepaling hield op uitwerking te hebben vanaf 01.10.1985, behalve voor de gerechtigden die reeds op 30.09.1985 in die hoedanigheid onderworpen waren)
- inkomsten die voortvloeien uit het beheer van onroerende goederen als zelfstandige activiteit (in hoofd- of bijberoep) die voornamelijk bestaat in het verkopen van onroerende goederen
- inkomsten uit het actieve beheer van een verzekeringsportefeuille.

Worden in principe **niet als een beroepsinkomen** beschouwd:

- inkomsten uit onroerende goederen (kadastraal inkomen, huurgelden)
- inkomsten uit effecten (dividenden, intrest,...).

Hierbij is het van belang dat dit inkomen verkregen wordt buiten het kader van een beroepsactiviteit, waarbij onder meer de regelmaat van de verrichtingen van doorslaggevend belang is.

Worden onder meer als **beroepskosten** beschouwd (art. 52, WIB 1992):

- de huur en de huurlasten (evenals de onroerende voorheffing, met inbegrip van de opcentiemen) betreffende de onroerende goederen of gedeelten van onroerende goederen bestemd voor de uitoefening van het beroep en de algemene kosten die voortkomen uit hun onderhoud, verwarming, verlichting, enz...
- financiële lasten (intresten op de geleende kapitalen) en afschrijvingen op de materiële en immateriële activa (de bedragen zelf die in de ondernemingen zijn geïnvesteerd, mogen niet in mindering gebracht worden, wel het bedrag van de afschrijving)
- bezoldigingen van het personeel (inbegrepen de socialezekerheidsbijdragen), honoraria, provi­sies,...

De bedrijfsverliezen (verdwijning of definitieve minderwaarde van een deel van de activa of ontstaan van passiva) mogen in geen geval afgetrokken worden van de brutowinsten of –baten.

## I.2. Vervangingsinkomens

Voor de vervangingsinkomens wordt er niet verwezen naar een fiscaal criterium. In principe moeten **alle** vervangingsinkomens in aanmerking genomen worden.

Artikel 225, § 3 verwijst naar pensioenen, renten, tegemoetkomingen of uitkeringen krachtens een Belgische of buitenlandse wetgeving:

### I.2.1. PENSIOENEN, RENTEN, TEGEMOETKOMINGEN, UITKERINGEN

- **pensioenen:** elk overlevings-, ouderdoms-, anciënniteits- of rustpensioen, of elk voordeel van die aard, dat toegekend wordt hetzij door een instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur (bv. gemeente of provincie) of een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

Onder pensioen is tevens begrepen het vakantiegeld en de andere voordelen die toegekend worden aan de gerechtigden op een rustpensioen en die gevoegd moeten worden bij het maandelijks voordeel. Het bedrag van de jaarlijkse voordelen (vakantiegeld) dient men te delen door 12 en moet men voegen bij het maandbedrag van het pensioen

- **rente:** rente bij een arbeidsongeval (arbeidsongevallenwet van 10.04.1971) of bij een beroepsziekte (de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 03.06.1970).

Hierin is ook begrepen de bijslag voor verergering die in het kader van de arbeidsongevallenwet aan de getroffen­e wordt toegekend wanneer de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid na de herzieningstermijn (3 jaar) verhoogd is en de nieuwe arbeidsongeschiktheidsgraad ten minste 10 % bedraagt

- alle tegemoetkomingen (personen met een handicap), uitkeringen (werkloosheid of arbeidsongeschiktheid) en vergoedingen die worden toegekend krachtens het gemeen recht als schade­loosstelling voor lichamelijke schade
- vergoedingen uitbetaald door Fondsen voor bestaanszekerheid

- sommen betaald ingevolge een wettelijke verplichting tot het betalen van onderhoudsgeld of een onderhoudsbijdrage, met uitzondering van deze overeenkomstig artikel 225, § 1, eerste lid, 5<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- het leefloon uitbetaald door de OCMW's (wet van 26.05.2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie)
- het deel van het rustpensioen van de echtgenoot dat aan de andere feitelijk of van tafel en bed gescheiden echtgenoot wordt toegekend
- de werkhervattingstoeslag toegekend door de RVA (art. 129*bis* t.e.m. 129*quater* van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering)
- de financiële uitkering toegekend in het kader van het overbruggingsrecht voor zelfstandigen.

### 1.2.2. VERVANGINGSINKOMENS DIE NIET IN AANMERKING GENOMEN WORDEN

Artikel 225, § 3 bepaalt zelf dat met de volgende vergoedingen geen rekening wordt gehouden:


- a) de anciënniteitstoeslag voor oudere werklozen (art. 126 tot 129 van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering, zie omzendbrief V.I. rubriek 421/15 van 28.06.1989);
- b) de vergoeding ter aanvulling van de werkloosheidsuitkeringen toegekend krachtens de CAO nr. 46 van 23 maart 1990, gesloten binnen de NAR en algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 10 mei 1990 (zie omzendbrief V.I. rubriek 421/16 van 22.03.1991);
- c) de forfaitaire uitkeringstoeslag toegekend aan de werkloze uit hoofde van een tewerkstelling in een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap, evenals de forfaitaire vergoeding per wijk-werkcheque, verkregen voor prestaties die geleverd zijn in het kader van het wijk-werken bedoeld in artikel 34 van het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 7 juli 2017 betreffende wijk-werken en diverse bepalingen in het kader van de zesde staatshervorming;
- d) de uitkering die wordt toegekend om het verlies of de vermindering van zelfredzaamheid te compenseren (men dient dus geen rekening te houden met de tegemoetkomingen voor hulp van derden toegekend in geval van een arbeidsongeval of beroepsziekte, noch met de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering);
- e) de verhoging vanaf 1 september 2011 van het dagbedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer aan de gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende, ingevoerd bij het koninklijk besluit van 6 juli 2011.

Zijn tevens **niet** te beschouwen als vervangingsinkomens voor de toepassing van artikel 225, § 3:

- de oorlogspensioenen of zogenaamde vrijgestelde pensioenen die schadeloosstelling verlenen voor een lichamelijke schade die men geleden heeft tijdens de oorlog bij de uitoefening van zijn militaire of burgerplicht
- de gezinsbijslagen
- de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, toegekend in het kader van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap of het decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, evenals de uitkering voor andermans hulp toegekend in toepassing van de (vroegere) wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen voor mindervaliden (het betreft hier nl. geen toeslag op de gewone, bijzondere of aanvullende tegemoetkoming, doch een andere tegemoetkoming)

- het onderhoudsgeld dat wordt betaald in toepassing van artikel 225, § 1, eerste lid, 5<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- de invaliditeitsrente die op grond van een persoonlijke verzekeringsovereenkomst wordt betaald
- het pensioen op grond van een groepsverzekering (aanvullend pensioen) of de voordelen voortvloeiend uit het pensioensparen
- de sociale hulp toegekend door de OCMW's
- de tegemoetkoming betaald door het Asbestfonds (art. 122 van de Programmawet van 27.12.2006).

### I.2.3. NEUTRALISATIEMAATREGELEN

 **Voorafgaande opmerking:** via het koninklijk besluit van 6 juli 2011 is het maximale inkomensbedrag van de met de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde samenwonende persoon dat niet mag worden overschreden om de gerechtigde in staat te stellen de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast te verwerven, op 1 september 2011 met 7,0631 % gehewaardeerd, zodat het maximale toegestane inkomensbedrag vanaf die datum 896,71 EUR bedroeg.

Via die herwaardering van het inkomensgrensbedrag “met gezinslast” zijn alle verhogingen **tot einde 2010** die ten gevolge van de goedkeuring van de neutraliseringsmaatregelen bepaald bij artikel 225, §§ 5, 6, 7 en 8 (*cf. infra*) waren geneutraliseerd, hersteld.

**I.2.3.1. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast ten voordele van de gerechtigden die samenwonen met een invalide zelfstandige die sinds 1 januari 2006 de verhoging van de invaliditeitsuitkering voor de zelfstandigen met stopzetting van hun bedrijf geniet om deze in overeenstemming te brengen met het minimumbedrag voor de regelmatig werknemer-samenwonende (art. 225, § 5)**

Wanneer de invaliditeitsuitkeringen van de zelfstandige gerechtigde, die samenwoont met de gerechtigde, vanaf 1 januari 2006 het inkomensplafond “met gezinslast” overschrijden wegens de verhoging van de invaliditeitsuitkering voor de zelfstandige met stopzetting van zijn bedrijf om deze in overeenstemming te brengen met de minima voor de regelmatige werknemers, behoudt deze laatste echter de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Deze neutralisatiemaatregel die van kracht was sinds 1 januari 2006, is verlengd geweest tot 31 december 2011.

**I.2.3.2. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van een verhoging van de minimumpensioenen voor werknemers door het koninklijk besluit van 12 juni 2008 tot verhoging van het gewaarborgd minimumbedrag van het rust- en overlevingspensioen voor werknemers of voor zelfstandigen door de programmawet van 8 juni 2008 (art. 225, § 6)**

#### *I.2.3.2.a. Verhoging van de minimumpensioenen voor werknemers*

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid, overschrijden enkel wegens de verhoging vanaf 1 juli 2008 van de minimumpensioenen voor werknemers door het koninklijk besluit van 12 juni 2008 tot verhoging van het gewaarborgd minimumbedrag van het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

#### *I.2.3.2.b. Verhoging van de minimumpensioenen voor zelfstandigen*

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid, overschrijden enkel wegens de verhoging vanaf 1 juli 2008 van de minimumpensioenen voor zelfstandigen door de programmawet van 8 juni 2008, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

#### **I.2.3.3. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van stijging van de sociale uitkeringen toegekend aan de persoon waarmee hij samenwoont in het kader van het generatiepact (art. 225, § 7)**

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het inkomensplafond bedoeld in § 3, eerste lid vanaf 1 januari 2009 overschrijden enkel wegens de toepassing van de revalorisatiemaatregel genomen in uitvoering van Titel II, Hoofdstuk II van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, of Titel V, Hoofdstuk I van dezelfde wet, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

Bijgevolg wordt er geen rekening gehouden met de inhaalpremie, toegekend onder bepaalde voorwaarden aan de invalide gerechtigden (art. 237*quinquies* van het K.B. van 03.07.1996).

#### **I.2.3.4. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van de verhoging van de minimumpensioenen van de zelfstandigen bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 3 maart 2010 tot wijziging van artikel 131*bis*, § 1*septies*, van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering van de pensioenregelingen (art. 225, § 8)**

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel wegens de verhoging vanaf 1 augustus 2010 van de minimumpensioenen voor de zelfstandigen, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 3 maart 2010 tot wijziging van het artikel 131*bis*, § 1*septies* van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

#### **I.2.3.5. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van de verhoging van het minimumpensioen voor de alleenstaande zelfstandigen via het koninklijk besluit van 27 maart 2015 tot wijziging van de artikelen 131*bis*, § 1*septies* en 131*ter*, § 1, van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen (art. 225, § 9)**

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel wegens de verhoging vanaf 1 april 2015 van het gewaarborgde minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 27 maart 2015 tot wijziging van de artikelen 131*bis*, § 1*septies* en 131*ter*, § 1, van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

#### **I.2.3.6. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van de verhoging van het minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige via de programmawet van 19 december 2014 (art. 225, § 10)**

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid overschrijden enkel wegens de verhoging vanaf 1 augustus 2016 van het gewaarborgde minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige, ingevolge de invoeging van artikel 131*bis*, § 1*octies* van de wet van 15 mei 1984 houdende maatregelen tot harmonisering in de pensioenregelingen bij de programmawet van 19 december 2014, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

### **I.2.3.7. Behoud van de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast in geval van de toekenning van een inhaalpremie aan sommige begunstigten van een minimumpensioen in het werknemers- of het zelfstandigenstelsel in uitvoering van hoofdstuk III van de wet van 6 juli 2016 tot toekenning van een premie aan sommige begunstigten van een minimumpensioen en tot verhoging van sommige minimumpensioenen, in het werknemers- en zelfstandigenstelsel, of de verhoging van sommige minimumpensioenen in het werknemers- of het zelfstandigenstelsel in uitvoering van hoofdstuk IV van dezelfde wet (art. 225, § 11)**

Wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het bedrag bedoeld in § 3, eerste lid, overschrijden enkel ingevolge (i) de toekenning van een inhaalpremie aan sommige begunstigten van een minimumpensioen in het werknemers- of het zelfstandigenstelsel in uitvoering van hoofdstuk III van de wet van 6 juli 2016 tot toekenning van een premie aan sommige begunstigten van een minimumpensioen en tot verhoging van sommige minimumpensioenen, in het werknemers- en zelfstandigenstelsel, of (ii) de verhoging van sommige minimumpensioenen in het werknemers- of het zelfstandigenstelsel vanaf 1 januari 2017 **en** vanaf 1 januari 2018 in uitvoering van hoofdstuk IV van dezelfde wet, behoudt de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast, op voorwaarde dat hij zich nog altijd in dezelfde situatie bevindt.

### **I.2.4. OMZETTING NAAR EEN MAANDBEDRAG**

Het dagbedrag van uitkeringen of tegemoetkomingen moet met 26 worden vermenigvuldigd om het maandbedrag te bekomen. Het dagbedrag van een uitkering wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid, toegekend in toepassing van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 of de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970, moet met 30 worden vermenigvuldigd om het maandbedrag te bekomen.

## II. Samenstelling van het gezin van de gerechtigde

Principieel maken alle personen die samenwonen met de gerechtigde deel uit van diens gezin.

Om van een “daadwerkelijke samenwoning” te kunnen spreken, moeten er twee voorwaarden cumulatief vervuld zijn.

- 1) het moet gaan om personen die onder “hetzelfde dak” samenwonen;
- 2) deze personen moeten in een “bestendige” samenlevingsvorm gemeenschappelijk hun huishouding voeren en gezamenlijk hun “huishoudelijke aangelegenheden” regelen.

### II.1. Samenwonen onder hetzelfde dak

#### II.1.1. ALGEMEEN

Om de samenstelling van het gezin te controleren en om te bepalen of er sprake is van samenwoning dient de verzekeringsinstelling zich te steunen op de gegevens van het Rijksregister. Artikel 225, § 4 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 verwijst naar het informatiegegeven bedoeld in artikel 3, eerste lid, 5<sup>o</sup> van de wet van 8 augustus 1983 (tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen), dit is meer bepaald de hoofdverblijfplaats.



De verzekeringsinstelling mag **alleen** met andere gegevens rekening houden wanneer uit andere, hiertoe overlegde bewijsstukken blijkt dat de in aanmerking te nemen toestand niet of niet langer overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister.

Met elke wijziging van de samenstelling van het gezin die via het netwerk van de Kruispuntbank (voor de verzekerden voor wie de integratie heeft plaatsgehad) en het NIC aan de verzekeringsinstelling wordt meegedeeld, moet **onmiddellijk en voortdurend** (niet alleen op het ogenblik van het jaarlijks onderzoek) rekening worden gehouden. De verzekeringsinstelling moet dus nagaan of de wijziging van de gezinssituatie invloed heeft op de hoedanigheid van betrokkene (gerechtigde met of zonder gezinslast, gerechtigde die aanspraak kan maken op de hogere uitkering wegens verlies van enig inkomen) en moet, in voorkomend geval, het uitkeringsbedrag aanpassen en zo snel mogelijk tot de terugvordering overgaan van de uitkeringen die ten onrechte werden verleend (cf. punt V hierna).

### II.1.2. UITZONDERLIJKE SITUATIES:

Indien op grond van hiertoe overgelegde bewijsstukken blijkt dat de werkelijke toestand van betrokkene niet of niet langer overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister, mag de verzekeringsinstelling rekening houden met deze toestand.

Indien nodig, dient de verzekeringsinstelling, een bijkomend onderzoek te doen op grond van stukken of elementen in haar bezit. Hieronder volgen enkele situaties waarin dit onderzoek aangewezen kan zijn:

- de verzekeringsinstelling zelf beschikt over gegevens die erop zouden wijzen dat de gegevens van het Rijksregister niet (meer) overeenstemmen met de feitelijke toestand van betrokkene:
  - de betrokkene vraagt de inschrijving van personen te zijnen laste voor het recht op gezondheidszorgen, terwijl de betrokkene als alleenstaande werd beschouwd
  - uit bewijsstukken (aanslagbrief voor de directe belastingen inzake de belasting van natuurlijke personen) blijkt dat betrokkene fiscaal één of meerdere personen ten laste heeft, terwijl de betrokkene als alleenstaande beschouwd werd.
- betrokkene deelt zelf mee dat zijn gezinssituatie niet overeenstemt met de gegevens van het Rijksregister (met overlegging van afdoende bewijsstukken)
- voor betrokkene heeft de integratie via de KSZ nog niet plaatsgegrepen.

## II.2. Een gemeenschappelijke huishouding voeren

Het Hof van Cassatie heeft zich in de arresten van 9 oktober 2017 (A.R. S.16.0084.N) en 22 januari 2018 (A.R. S.17.0024.F) (in het kader van de sector werkloosheid) moeten uitspreken over wat dient te worden begrepen onder “huishoudelijke aangelegenheden gemeenschappelijk regelen”.

Het Hof van Cassatie oordeelde dat “om te kunnen besluiten dat twee of meer personen die onder hetzelfde dak wonen hun huishoudelijke aangelegenheden hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen en dus samenleven, 2 voorwaarden moeten vervuld zijn:

- 1) dat zij een economisch-financieel voordeel behalen door een woning te delen;
- 2) dat zij ook taken, activiteiten en andere huishoudelijke aangelegenheden, zoals het onderhoud van de woonst en eventueel het inrichten ervan, de was, de boodschappen, het bereiden en nuttigen van de maaltijden gemeenschappelijk verrichten en daarvoor eventueel financiële middelen inbrengen.

*De rechter oordeelt in feite of de huishoudelijke aangelegenheden hoofdzakelijk gemeenschappelijk worden geregeld.”*

Om te bepalen of er sprake is van een gemeenschappelijke huishouding zal de verzekeringsinstelling dus moeten nagaan of de uitkeringsgerechtigde al dan niet als “economisch en financieel onafhankelijk” kan worden beschouwd van zijn medebewoners. Het bewijs hiervan dient te worden geleverd door de uitkeringsgerechtigde.

Dit betekent dat in zoverre een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde die:

- volgens de gegevens van het Rijksregister of in feite samenleeft met andere personen
- kan aantonen dat hij/zij geen daadwerkelijke gemeenschappelijke huishouding voert met de medebewoners, maar dat het een cohousing betreft met economische en financiële onafhankelijkheid (hij/zij staat in voor zijn eigen levensonderhoud)
- kan beschouwd worden als alleenwonend (zelfs al zijn er gemeenschappelijke voorzieningen zoals een badkamer, toilet of keuken)
- en bijgevolg door het ziekenfonds mag worden vergoed als een alleenstaande gerechtigde.

Dit kan bijvoorbeeld blijken uit het feit dat de uitkeringsgerechtigde over één of meerdere aparte kamers beschikt en zelf instaat voor de aankoop van zijn eigen voedingswaren, kledij, wasproducten, of uit het gebruik van een persoonlijk vervoersmiddel, enz.

Zoals ook door het Hof van Cassatie wordt aangehaald in de hogergeciteerde arresten van 9 oktober 2017 en 22 januari 2018 betreft het een feitelijke beoordeling. Deze beoordeling dient door de verzekeringsinstellingen geval per geval te gebeuren, in functie van de concrete *casus* die hen wordt voorgelegd.

### II.2.1. INDICATOREN DIE DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN KUNNEN IN AANMERKING NEMEN BIJ DEZE FEITELIJKE BEOORDELING

Op basis van vroegere casuïstiek en rechtspraak kunnen wel een aantal indicatoren worden bepaald die de verzekeringsinstellingen kunnen in aanmerking nemen bij deze feitelijke beoordeling en die hen kunnen toelaten de uitkeringsgerechtigde die onder hetzelfde dak woont met andere personen, toch te beschouwen als een alleenstaande gerechtigde:

- het beschikken over een eigen huurcontract, op basis waarvan maandelijks een vast bedrag aan huur wordt betaald
- het ingaan op verschillende tijdstippen van de huurcontracten van de medebewoners
- het financieel ten laste nemen van de eigen nutsvoorzieningen, zoals elektriciteit, gas, water, internet, ...
  - ! als het zou gaan om een gemeenschappelijke facturatie van de kosten, dient het in elk geval duidelijk te zijn dat de verzekerde zelf zijn persoonlijk aandeel ten laste neemt (persoonlijke bijdrage in de gemeenschappelijke kosten)
- het beschikken over een eigen toegang tot de woning, over een eigen deurbel, over een eigen brievenbus
- het beschikken over aparte kamers die kunnen afgesloten worden
- de mogelijkheid om voor zichzelf een maaltijd te bereiden bijvoorbeeld eigen kookplaat, (microgolf)oven en voorraadkast ter beschikking

- de mogelijkheid om gebruik te maken van individuele sanitaire voorzieningen (eigen lavabo, bad, WC)
- de persoonlijke aankoop van voedingsmiddelen en andere benodigdheden voor het huishouden - er is met andere woorden geen gemeenschappelijk budget voor aankopen van benodigdheden voor het huishouden
- het zelf instaan voor persoonlijke hygiëne (persoonlijke aankoop van kledij, wasproducten, toilet papier,...)
- het zelf instaan voor het onderhoud van de persoonlijke ruimtes (persoonlijke aankoop van onderhoudsproducten, zoals bv. vloerzeep, dweilen, vodden,...)
- het persoonlijk afsluiten van een TV-, internet-, of GSM-abonnement
- het zelf instaan voor de medische verzorging, bijvoorbeeld medicatie, medische raadplegingen,...
- het persoonlijk afsluiten van een verzekering voor de eigen inboedel
- het gebruik van een eigen transportmiddel om zich te verplaatsen.


#### II.2.2. BEWIJSSTUKKEN DIE IN AANMERKING KUNNEN WORDEN GENOMEN VOOR HET WEERHOUDEN VAN EEN (VAN DE GEGEVENS VAN HET RIJKSREGISTER) AFWIJKENDE SITUATIE

- een kopie van de huurovereenkomst waaruit blijkt dat de arbeidsongeschikt erkend gerechtigde afzonderlijke kamers/ruimtes huurt in de woning van de verhuurder, aangevuld met rekeninguittreksels waaruit een regelmatige betaling van de huur blijkt
- ook documenten die aantonen dat de betrokkene zelf instaat voor zijn/haar kosten van levensonderhoud kunnen in aanmerking worden genomen, zoals bijvoorbeeld:
  - facturen of rekeningafschriften in verband met de betaling van het verbruik van elektriciteit, water, verwarming, internet, ...
  - individuele verzekeringsovereenkomsten, zoals bijvoorbeeld een brandverzekering of een verzekering persoonlijke ongevallen
  - een individueel trein- of busabonnement.
- een interne afsprakennota met de medebewoners waaruit blijkt dat er geen sprake is van een gemeenschappelijk huishouden
- in sommige gevallen kan ook een verklaring van de wijkagent worden gevraagd die attesteert dat de personen, ook al wonen ze op hetzelfde adres, geen gemeenschappelijk huishouden vormen.

In het kader van de strijd tegen de sociale fraude, is het hierbij evenwel belangrijk om te vermelden:

- dat de verzekeringsinstellingen omzichtig moeten omgaan met de bewijsstukken die hen worden overgemaakt
- dat meerdere bewijsstukken tegelijkertijd moeten kunnen worden voorgelegd aan de verzekeringsinstellingen, alvorens zij een gerechtigde als alleenstaande kunnen beschouwen in het kader van cohousing
- dat uitsluitend een schriftelijke verklaring op erewoord van een verzekerde dat hij instaat voor zijn persoonlijk levensonderhoud dus niet volstaat als bewijs van cohousing

- o dat de verzekeringsinstellingen in geval van twijfel, steeds het advies kunnen inwinnen van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV.

 Zodra er in het kader van een gerechtelijk onderzoek door een arbeidsauditoraat, een verificatie door een sociale inspectiedienst of een politie-onderzoek reeds is vastgesteld dat de situatie van de verzekerde als frauduleus dient te worden beschouwd, met de bedoeling om hogere ziekte-uitkeringen te bekomen, kunnen bovengenoemde bewijsstukken uiteraard niet meer worden aanvaard om het uitkeringsdossier van de betrokkene *a posteriori* te regulariseren.

### III. Bewijs van inkomen en bewijs van de samenstelling van het gezin

#### III.1. Bewijs van inkomen (“formulier 225”)

##### III.1.1. DE HUISGENOOT VERKLAART EEN INKOMEN TE ONTVANGEN HOGER DAN HET DREMPELBEDRAG

Wanneer de samenwonende persoon verklaart te beschikken over een maandelijks inkomen dat **hoger** is dan het toegelaten drempelbedrag, dienen er **geen** bijzondere bewijsstukken te worden toegevoegd aan het “formulier 225”.

Wanneer betrokkene echter op het formulier vermeldt dat hij beschikt over inkomsten waarmee geen rekening wordt gehouden voor de toepassing van artikel 225, § 3 (anciënniteitstoeslag voor oudere werklozen, aanvullende vergoeding die op grond van de CAO nr. 46 wordt toegekend, toeslag uit een PWA-activiteit of het wijk-werken), dient de verzekeringsinstelling zo nodig bijkomende verificaties te doen.

De werkloze toont derhalve aan dat hij geniet van een anciënniteitstoeslag door middel van een attest opgemaakt door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen; hij toont het recht op een vergoeding ter aanvulling van de werkloosheidsuitkeringen aan door middel van een attest opgemaakt door de werkgever belast met de betaling van deze vergoeding (art. 225, § 3, vierde lid).

Vergelijk de toegevoegde verklaringen bij het “formulier 225” en de richtlijnen van de omzendbrieven V.I. rubriek 421/15 en 421/16 van 28 juni 1989 en van 22 maart 1991.

##### III.1.2. DE HUISGENOOT ONTVANGT EEN INKOMEN DAT HET DREMPELBEDRAG NIET OVERSCHRIJDT

Het betreft een **belastbaar** inkomen.

Wanneer de samenwonende persoon een belastbaar inkomen geniet (inkomen uit arbeid als werknemer of zelfstandige, vervangingsinkomen), dient hij aan het “formulier 225” het recentste aanslagbiljet met betrekking tot die inkomsten toe te voegen (dit kan het aanslagbiljet zijn op naam van de gerechtigde en zijn/haar echtgeno(o)t(e)), alsook een kopie van de meest recente loonfiche of van een ander document dat een overzicht geeft van het vervangingsinkomen (attest van de betaalinstelling van de vervangingsinkomens, attest van de berekening van de jaarlijkse vakantie, betalingsbewijs van de eindejaarspremie of van de dertiende maand, enz...).

De huisgenoot ontvangt een inkomen dat **niet belastbaar** is:

Wanneer de betrokkene een inkomen ontvangt dat niet belastbaar is of vrijgesteld is van belastingen, moet hij bij het “formulier 225” steeds een bewijsstuk toevoegen met betrekking tot dat inkomen:

- dit kan een verklaring zijn van de werkgever of van de uitbetalingsinstelling van de sociale uitkeringen
- dit kan een kopie zijn van de recentste loonfiche of een ander document dat een overzicht geeft van het (vervangings-)inkomen
- gerechtigden op een pensioen (Belgische of buitenlandse wetgeving) mogen als bewijsstuk het strookje van de recentste post- of bankassignatie voorleggen of het recentste bewijs van betaling van het pensioen.

### III.1.3. DE HUISGENOOT VERKLAART GEEN INKOMEN TE ONTVANGEN

Wanneer de huisgenoot verklaart geen inkomen te ontvangen:

- moet hij het aanslagbiljet van de gerechtigde zelf overleggen wanneer hij fiscaal te zijnen laste is
- moet hij, indien geen enkel aanslagbiljet kan worden voorgelegd, hetzij aangeven dat hij vrijgesteld is van de verplichting tot aangifte, hetzij aantonen dat de belastingadministratie hem geen aanslagbiljet meer verstuurt.

### III.1.4. BIJZONDERE SITUATIES

#### III.1.4.1. Kind met de hoedanigheid van persoon ten laste

Wanneer het kind de gezinslast van de gerechtigde doet ontstaan, moet de verzekeringsinstelling niet beschikken over een inkomensbewijs indien het kind de leeftijd van 15 jaar nog niet bereikt heeft.

Vanaf 15 jaar:

- indien het kind geniet van een maandelijks inkomen hoger dan het toegelaten drempelbedrag, is geen enkel bewijsstuk nodig
- indien het maandelijks inkomen van het kind het drempelbedrag niet overschrijdt, moet de gerechtigde een recent document voorleggen waaruit blijkt dat hij kinderbijslag ontvangt of een kopie van zijn meest recente aanslagbiljet, of, indien hij geen aanslagbiljet heeft ontvangen, het meest recente bewijsstuk met betrekking tot het inkomen van zijn kind (attest van de werkgever of van de betalingsinstelling van de sociale prestaties)
- indien het kind geen enkel inkomen heeft, moet de gerechtigde een kopie van het recentste aanslagbiljet voorleggen waaruit blijkt dat het kind fiscaal te zijnen laste is, of, indien hij geen aanslagbiljet heeft ontvangen, een document waaruit blijkt dat hij kinderbijslag ontvangt.

### III.1.4.2. Gerechtigde die zich bevindt in de situatie bedoeld in artikel 226 en die onderhoudsgeld of een onderhoudsbijdrage betaalt of die een deel van zijn inkomsten overdraagt aan zijn echtgenoot

In het administratief dossier van de belanghebbende moet de verzekeringsinstelling beschikken over een kopie van de gerechtelijke beslissing of de notariële akte waaruit blijkt dat hij gehouden is onderhoudsgeld en/of een onderhoudsbijdrage te betalen of een kopie van de gerechtelijke beslissing waaruit blijkt dat de belanghebbende een deel van zijn inkomsten overdraagt aan zijn echtgenoot voor een bedrag van minimum 111,55 EUR per maand.


Derhalve dient de gerechtigde tijdens de controle van primaire arbeidsongeschiktheid of de jaarlijkse controle van de invalide gerechtigden het meest recente aanslagbiljet van de directe belastingen voor te leggen dat aantoont dat 80 procent van het bedrag van het onderhoudsgeld, of van de onderhoudsbijdrage, die hij betaalt of de overdracht van een deel van zijn inkomsten, is afgetrokken van het totaal van zijn netto-inkomsten als aftrekbare besteding in toepassing van artikel 104, eerste lid, 1<sup>o</sup> of 2<sup>o</sup> van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992.


Wanneer de verzekerde geen aanslagbiljet meer ontvangt of nog niet in het bezit is van een aanslagbiljet waaruit de betaling van het onderhoudsgeld, de betaling van de onderhoudsbijdrage of de loonoverdracht blijkt, moet hij het bewijs voorleggen van een regelmatige betaling (vb.: een kopie van het meest recente rekeninguittreksel).

Hiermee worden de gerechtigden bedoeld die zich bevinden in de situatie bedoeld in artikel 226 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, meer bepaald zij die hetzij alleen wonen, hetzij samenwonen met personen die geen enkel inkomen genieten en niet worden beschouwd als personen ten laste.

### III.1.4.3. Co-ouderschap

Als de gerechtigde één of meerdere kinderen opvoedt waarvan de inkomsten het plafond voorzien in artikel 225, § 3 niet overschrijden, onder het stelsel van co-ouderschap (samenwoning van gemiddeld minstens 2 dagen per week), moet een kopie van de beslissing (vonnis of notariële akte) die deze situatie officieel bekrachtigt, worden overgemaakt aan de verzekeringsinstelling.

 **Opmerking:** het genot van het stelsel van co-ouderschap is niet voorbehouden, zoals bepaald in de werkloosheidsreglementering, aan de gerechtigden die alleenstaande zijn (art. 226 van het K.B. van 03.07.1996).

 *Voorbeeld:* De gerechtigde die samenwoont met een bloed- of aanverwant tot en met de derde graad waarvan het bruto inkomen hoger is dan of gelijk is aan 1.562,59\* EUR, en met een kind in het kader van co-ouderschap, kan genieten van het percentage “met gezinslast”.

In dit geval opent het kind namelijk het recht op gezinslast en de bloed- of aanverwant tot en met de derde graad kan het niet doen verliezen, in toepassing van artikel 225, § 2, eerste lid.

 \* (bedrag van toepassing sinds 01.06.2017)

## III.2. Bewijs van samenstelling van gezin

In de betrekkingen tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen hebben de informatiegegevens, verkregen bij het Rijksregister en opgenomen op een identificatiefiche, bewijskracht wanneer deze gegevens voorkomen in de gegevensbank, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1994 (tot uitvoering van art. 8 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, dienen in het administratief dossier van betrokkene geen andere bewijsstukken meer aanwezig te zijn.

Wanneer aan deze voorwaarden niet is voldaan (bv. de databank is nog niet operationeel, er heeft geen integratie plaatsgegrepen voor een verzekerde, de verzekeringsinstelling steunt zich op andere gegevens dan deze van het Rijksregister), dienen de andere bewijsstukken aanwezig te zijn in het administratief dossier van betrokkene (identificatiefiche, andere bewijsstukken inzake de samenstelling van het gezin).

## IV. Periodiciteit van de te verrichten controlemaatregelen

### IV.1. Werknemer – Gecontroleerd werkloze

#### IV.1.1. AANVANG VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID:

**Vanaf 1 januari 2010 moet er geen enkel “formulier 225” worden opgestuurd bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.**

Sinds 1 januari 2009 genieten alle gerechtigden in primaire ongeschiktheid een uitkering van 60 % van het gemiddeld dagloon. Het onderscheid tussen gerechtigden met gezinslast of alleenstaanden en de samenwonende gerechtigden wordt dus niet meer gemaakt.

De bijlage III van het K.B./WIB 1992 werd bovendien vervangen door het koninklijk besluit van 3 december 2009 tot wijziging van het K.B./WIB 1992, op het stuk van de bedrijfsvoorheffing, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 11 december 2009, door een nieuwe bijlage die voorziet dat voor de toepassing van de bedrijfsvoorheffing op de uitkeringen toegekend aan alle gerechtigden (met of zonder gezinslast) *tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid, er rekening moet worden gehouden met het bedrag van de minimumuitkering voor een niet-regelmatig werknemer met gezinslast* (de bepalingen van de nieuwe bijlage zijn van toepassing op de uitkeringen uitbetaald vanaf 01.01.2010).

#### IV.1.2. IN DE LOOP VAN DE 5<sup>DE</sup> OF DE 6<sup>DE</sup> MAAND VAN ONGESCHIKTHEID:

De verzekeringsinstelling moet de gezinssamenstelling van de gerechtigde nagaan op basis van de gegevens van het Rijksregister (zie hierboven punten II.1. en III.2.).

Vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid moet het ziekenfonds het onderscheid kunnen maken tussen de gerechtigden met gezinslast, de alleenstaanden en de samenwonenden voor de toekenning van de minima (regelmatig werknemer of niet-regelmatig werknemer). De verzekeringsinstelling moet dus vanaf deze datum beschikken over de gegevens met betrekking tot de gezinslast om het bedrag van de aan de gerechtigde toe te kennen uitkering correct te bepalen. Hiertoe zendt de verzekeringsinstelling ten laatste in de loop van de zesde maand het “formulier 225” naar het geheel van de gerechtigden.



**Opmerkingen:** Op het “formulier 225” dient het inkomen van de huisgenoot te worden vermeld met betrekking tot de maand voorafgaand aan de maand waarin de controle wordt uitgevoerd.


In geval van een **herval** in primaire ongeschiktheid (bijvoorbeeld na een werkhervatting van minder dan 14 dagen), dienen de controlemaatregelen niet opnieuw in acht te worden genomen en mag de verzekeringsinstelling zich steunen op de bewijsstukken die haar vroeger werden overgemaakt.

Bij elk **nieuw** tijdvak van primaire ongeschiktheid dienen de controlemaatregelen opnieuw in acht te worden genomen.

Zolang de verzekeringsinstelling niet beschikt over de nodige gegevens met betrekking tot de gezinslast (o.a. via het behoorlijk ingevuld “formulier 225”), mag zij alleen uitkeringen toekennen tegen het percentage voor de gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende.

#### IV.1.3. IN DE LOOP VAN DE MAAND VAN INTREDE IN INVALIDITEIT EN LATERE JAARLIJKSE CONTROLE OP DE VERJAARDAG VAN DE INTREDE IN INVALIDITEIT:

- de verzekeringsinstelling dient **jaarlijks** de controle te doen, wat het inkomensbewijs van de gezinsleden (toezending van het “formulier 225”) betreft. Wat de samenstelling van het gezin (verificatie van de gegevens van het Rijksregister) betreft, moet de verzekeringsinstelling steeds elke wijziging van de gezinssamenstelling controleren:
  - de **eerste** controle dient te gebeuren in de loop van de maand waarin de gerechtigde in invaliditeit treedt
  - **nadien** dient de controle jaarlijks te gebeuren in de loop van de maand waarin de verjaardag van de aanvangsdatum van de invaliditeit gelegen is.

 **Voorbeeld:** Een gerechtigde werd arbeidsongeschikt erkend vanaf 2 mei 2017 en treedt in invaliditeit op 2 mei 2018. Betrokkene werd verder als invalide erkend. Na de intrede in invaliditeit dient de controle jaarlijks te gebeuren in de loop van de maand mei.

Deze controle dient **jaarlijks** te gebeuren voor **alle invalide gerechtigden**:

- Bij de **intrede in invaliditeit**, mag de verzekeringsinstelling, zolang zij niet beschikt over de nodige bewijsstukken (“formulier 225” met bijlagen), slechts (provisioneel) uitkeringen als gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende toekennen.
- Wanneer vervolgens de verzekeringsinstelling op de **eerste dag van de derde maand** volgend op de maand waarin de **jaarlijkse controle** in invaliditeit verricht wordt, het “formulier 225” nog niet in haar bezit heeft, kunnen de uitkeringen slechts worden toegekend tegen het percentage voor een gerechtigde zonder gezinslast, samenwonende.

Na ontvangst van de bewijsstukken dient de verzekeringsinstelling de nodige verificaties uit te voeren, zo nodig, tot een regularisatie over te gaan (toekennen van een bijpassing of terugvorderen).

- bij een **herval in invaliditeit** (minder dan 3 maanden van werkhervatting of gecontroleerde werkloosheid) moet nog steeds de “oorspronkelijke” intrededatum in invaliditeit in aanmerking genomen worden. De controlemaatregelen moeten dan niet opnieuw gedaan worden (maar wel op de volgende “verjaardagsdatum” van intrede in invaliditeit)
- men moet rekening houden met de werkelijke datum van intrede in invaliditeit (bv. de schorsende werking van tijdvakken van moederschapsbescherming op de loop van een tijdvak van primaire (arbeids)ongeschiktheid, de intrededatum in invaliditeit wordt verschoven met de duur van de tijdvakken van moederschapsbescherming; de werkelijke datum van intrede in invaliditeit dient te worden weerhouden).

#### IV.1.4. SEMESTRIËLE BRIEF IN DE PERIODE VAN INVALIDITEIT

Tijdens de vijfde en de zesde maand volgend op de datum van intrede in invaliditeit, verstuurt de verzekeringsinstelling naar het geheel van de gerechtigden, afhankelijk van de situatie, de semestriële brief om de gerechtigde te herinneren dat indien er zich mogelijke wijzigingen hebben voorgedaan in de situatie van de personen die met hem samenwonen, deze dienen te worden aangegeven bij zijn verzekeringsinstelling (de modelbrieven zijn opgenomen als bijlage bij de omzendbrief). Afhankelijk van het antwoord van de gerechtigde, zal de verzekeringsinstelling de noodzakelijkheid nagaan om een nieuw “formulier 225” op te sturen.



Deze semestriële brief dient te worden verstuurd tussen elk jaarlijks onderzoek.

Het formulier opgenomen als **bijlage 3**, is bestemd voor de gerechtigde die uitkeringen als gerechtigde met gezinslast geniet.

Het formulier opgenomen als **bijlage 4**, is bedoeld voor de gerechtigde die uitkeringen als alleenstaande geniet in de zin van artikel 226*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (de huisgenoot geniet dus een beroepsinkomen of een beroepsinkomen en een vervangingsinkomen waarvan het maandelijks bedrag hoger dan 970,67 EUR\* is, maar minder dan 1.562,59 EUR\* is).

Het formulier opgenomen als **bijlage 5** is bedoeld voor de (alleenstaande) gerechtigde die uitkeringen als gerechtigde met gezinslast geniet omdat hij een maandelijks onderhoudsgeld betaalt van minstens 111,55 EUR per maand of voor de gerechtigde die één of meerdere kinderen onder het stelsel van co-ouderschap opvoedt waarvan de inkomsten het plafond van 970,67 EUR\* niet overschrijden.

Het formulier opgenomen als **bijlage 6** is bedoeld voor de gerechtigde die uitkeringen als alleenstaande geniet omdat hij samenwoont met een persoon die geniet van vervangingsinkomen waarvan het bedrag hoger is dan 970,67 EUR\*, zonder 1.068,28 EUR\* te overschrijden.



\* (bedragen van toepassing sinds 01.06.2017)

## IV.2. Zelfstandige gerechtigden

### IV.2.1. CONTROLE BIJ HET VERSTRIJKEN VAN HET TIJDVAK VAN PRIMAIRE NIET VERGOEDBARE ONGESCHIKTHEID (“FORMULIER 225”)

- de verzekeringsinstelling moet de controle op de samenstelling van het gezin van de gerechtigde en de inkomenssituatie van de huisgenoten doen uiterlijk bij het **verstrijken van de eerste 14 dagen van niet vergoedbare primaire ongeschiktheid** (art. 7 van het K.B. van 20.07.1971)
- zolang de verzekeringsinstelling niet over de nodige bewijsstukken beschikt, kan de verzekerde slechts aanspraak maken op primaire uitkeringen als gerechtigde zonder gezinslast-samenwonnende. Wanneer op grond van de ingediende stukken blijkt dat betrokkene dient te worden beschouwd als een gerechtigde met gezinslast, dient de verzekeringsinstelling de nodige regularisatie door te voeren
- bij een **herval in primaire ongeschiktheid** dienen de controlemaatregelen niet opnieuw te worden uitgevoerd.

### IV.2.2. SEMESTRIËLE BRIEF

Tussen de vijfde en de zesde maand volgend op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, verstuurt de verzekeringsinstelling, afhankelijk van de situatie, de semestriële brief bedoeld om de gerechtigde te herinneren dat indien er zich mogelijke wijzigingen hebben voorgedaan in de situatie van de personen die met hem samenwonen, deze dienen te worden aangegeven bij zijn verzekeringsinstelling (de modelbrieven zijn opgenomen als bijlage bij de omzendbrief). Afhankelijk van het antwoord van de gerechtigde, zal de verzekeringsinstelling de noodzakelijkheid nagaan om een nieuw “formulier 225” op te sturen.

### IV.2.3. CONTROLE IN DE LOOP VAN DE MAAND VAN INTREDE IN INVALIDITEIT EN LATERE JAARLIJKSE CONTROLE IN DE LOOP VAN DEZELFDE MAAND VOOR DE VOLGENDE JAREN

De verzekeringsinstelling moet in dit geval dezelfde controlemaatregelen in acht nemen als deze vermeld onder punt IV.1.3 en IV.1.4.

## V. Terugvorderingen

Wanneer de verzekeringsinstelling vaststelt dat een bedrag aan uitkeringen ten onrechte werd verleend, dient zij vooreerst dadelijk het bedrag van de uitkering aan te passen en zo snel mogelijk tot de terugvordering over te gaan naar de verzekerde toe. Hierbij dienen de formaliteiten, zoals bepaald in het Handvest van de sociaal verzekerde, te worden nageleefd.

Indien nodig, dient de verzekeringsinstelling de verjaring te stuiten naar betrokkene toe bij aange tekende brief.

## VI. Bewaartermijnen van de bewijsstukken

Voor de termijnen waarbinnen de bewijsstukken bewaard moeten worden door de verzekeringsinstellingen, moeten de onderrichtingen van de omzendbrief V.I. nr. 87/50, rubriek 510/28 van 4 februari 1987 (zoals later gewijzigd) in acht genomen worden.

## VII. Toepassing – Opheffingen van vorige omzendbrieven – Bijlagen

Deze omzendbrief is van toepassing **vanaf 1 juli 2018**.

De omzendbrieven V.I. nr. 2012/233 - 18/1 - 421/20<sup>1</sup> van 22 juni 2012 en nr. 2013/133 van 19 maart 2013 worden opgeheven.

...



Omzendbrief V.I. nr. 2018/190<sup>2</sup> – 18/4 en 421/23 van 3 juli 2018.

1. Gepubliceerd in het B.I. nr. 2012/2.  
2. Gepubliceerd zonder bijlagen.

## V. Coördinatie van invaliditeitsuitkeringen - Gevolgen uiteenlopende pensioenleeftijden in verschillende lidstaten

Van toepassing vanaf 1 augustus 2018.

Als gevolg van de problematiek van de vergrijzing gaan zowel België als andere lidstaten over tot het stelselmatig optrekken van de wettelijke pensioenleeftijd. In sommige lidstaten gebeurt dit echter op een snellere wijze dan in België het geval is. Dit heeft echter tot gevolg dat personen met een gemengde Belgische en buitenlandse loopbaan worden geconfronteerd met rustpensioenen die niet op dezelfde datum ingaan ("pensioenleeftijdgat").

Voor gerechtigden op een invaliditeitsuitkering met een gemengde loopbaan in België en een andere lidstaat van de EU/EER of Zwitserland wordt deze problematiek geregeld door **artikel 48 Verordening (EG) 883/2004 (ex art. 43 Verordening (EEG) 1408/71)**.

Wanneer een gerechtigde zowel een gedeeltelijke Belgische als buitenlandse invaliditeitsuitkering ontvangt op basis van artikel 46 Verordening (EG) 883/2004 dan wel artikel 40, § 1 Verordening (EEG) 1408/71 (prorata-regeling), blijft elk orgaan dat invaliditeitsuitkeringen verschuldigd is aan die persoon de invaliditeitsuitkeringen verstrekken tot bereiken van de pensioenleeftijd in die lidstaat (natuurlijk op voorwaarde dat men tot deze datum aan alle andere toekenningsvoorwaarden blijft voldoen).

Indien het gaat om personen die nog exclusief van België een invaliditeitsuitkering ontvangen op basis van artikel 37 Verordening (EEG) 1408/71 (type A-A), kan echter een zogenaamd pensioenleeftijdengat ontstaan wanneer deze personen bij de omzetting van hun Belgische invaliditeitsuitkering, niet de wettelijke pensioenleeftijd hebben bereikt in de andere lidstaten waar zij in het verleden hebben gewerkt.

In praktijk gaat het vooral om laatst Belgisch verzekerden, invalide geworden voor 1 mei 2010, met een loopbaan in *Nederland*, dat tot 30 april 2010 net zoals België stond aangemerkt als type – A land in Bijlage VI van Verordening (EEG) 1408/71 en waar de wettelijke pensioenleeftijd (AOW-leeftijd) sinds 2013 in een veel sneller tempo wordt opgetrokken dan in België het geval is.

Overeenkomstig artikel **48, § 3 Verordening (EG) 883/2004** heeft deze categorie van gerechtigden bij omzetting van de Belgische invaliditeitsuitkering naar het (vervroegd) rustpensioen, mogelijk recht op een "overbruggingsprorata-uitkering" ten laste van UWV, vanaf de omzettingsdatum naar het rustpensioen in België tot het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd (AOW-leeftijd) in *Nederland*.<sup>1</sup>

Ook omgekeerd kunnen personen met een Belgische loopbaan die nog exclusief van een andere lidstaat een invaliditeitsuitkering ontvangen op basis van artikel 37 Verordening (EEG) 1408/71, mogelijk aanspraak maken op een overbruggings-proratauitkering, wanneer zij hun invaliditeitsuitkering in de laatst bevoegde lidstaat om zetten naar een ouderdomspensioen, en zij op dat moment nog geen aanspraak kunnen maken op een (vervroegd) Belgisch rustpensioen.

In praktijk gaat het dan vooral om Frankrijk, waar de wettelijke pensioenleeftijd sinds 2011 vastligt op 62 jaar.

1. Zoals bekend is de relevantie van dit artikel sterk toegenomen door de hervorming van de regeling op het zogenaamde "grensarbeidercomplement" (art. 5 § 7 K.B. van 23.12.1996) binnen de pensioenregeling van de werknemers ingevolge de Programmawet van 19.12.2014, waardoor dit complement voor voormalige grensarbeiders na 01.01.2015 nog slechts wordt toegekend vanaf het bereiken van de (hogere) wettelijke pensioenleeftijd in het land waar men als grensarbeider heeft gewerkt.

## II. Praktische afspraken in verband met artikel 48, § 3 Verordening (EG) 883/2004


### 2.1. Aanvraag van de Nederlandse overbruggingsuitkering

Tussen de bevoegde instellingen van beide landen werd de afspraak gemaakt dat de aanvraag van de overbruggingsuitkering zowel rechtstreeks kan gebeuren bij de bevoegde Nederlandse instelling (UWV) als via de verzekeringsinstelling/RIZIV.

Desgevallend zal het RIZIV volgende informatie overmaken aan UWV:

- informatie over de periode erkenning invaliditeit in België (aanvangsdatum invaliditeit en omzettingsdatum invaliditeitsuitkering/rustpensioen in België)
- kopie van het medisch dossier
- formulier E205 B.

Hier moet dus geen prorata-dossier worden ingeleid, noch een financiële afhandeling gebeuren met buitenlandse achterstallen (aangezien de overbruggingsuitkering aansluit op de Belgische invaliditeitsuitkering).

 **Opgelet:** de regeling uit artikel 48, § 3 Verordening (EG) 883/2004 neemt niet weg dat deze personen die worden vergoed onder Verordening (EEG) 1408/71 altijd het recht hebben om hun rechten met terugwerkende kracht te laten herberekenen op basis van de Verordeningen (EG) 883/2004 op basis van artikel 87, §§ 5-7 Verordening (EG) 883/2004, en dus mogelijk reeds aanspraken doen gelden op een Nederlandse prorata-uitkering voor de ingangsdatum van het Belgische rustpensioen.

### 2.2. Aanvraag van een Belgische overbruggingsuitkering

Wanneer een gerechtigde op een Frans invaliditeitspensioen, vergoed onder artikel 37 Verordening (EEG) 1408/71 de wettelijke pensioenleeftijd bereikt in Frankrijk, zal de Franse pensioeninstelling (CARSAT) een aanvraag om ouderdomspensioen inleiden bij de Federale Pensioendienst.

Wanneer de FPD oordeelt dat de betrokkene niet in aanmerking komt voor een vervroegd Belgisch rustpensioen, zal zij de aanvraag doorsturen naar het RIZIV met oog op de evaluatie van een mogelijke overbruggings-proratauitkering.

Dergelijke aanvraag wordt afgehandeld als een gewoon buitenlands dossier, met volgende nuances:

- het bestaan van invaliditeit dient te worden geëvalueerd op de Franse omzettingsdatum, waarbij de concordantieregeling uit artikel 49, § 1 Verordening (EG) 987/2009 niet van toepassing is
- de prorata-uitkering vangt ten vroegste aan vanaf de datum van het Franse ouderdomspensioen.

### III. Informatieplicht

De verzekeringsinstellingen worden verzocht om de nodige maatregelen te treffen om hun leden, die worden geconfronteerd met het stopzetten van de Belgische invaliditeitsuitkering wegens het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd in België correct te informeren over de mogelijkheden die bestaan om desgevallend een overbruggingsprorata-uitkering aan te vragen bij het UWV in afwachting van het bereiken van de AOW-leeftijd in Nederland.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/215 – 83/483 van 25 juli 2018.

# VI. De uitkeringsverzekering in het kader van de Overeenkomst betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en de Republiek Albanië van 9 december 2013

Van toepassing vanaf 1 januari 2016.

...

## Hoofdstuk I. Basiselementen

### Afdeling 1. Inwerkingtreding

De Overeenkomst betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en de Republiek Albanië (bekendgemaakt in het B.S. van 22.12.2015) en de Administratieve schikking betreffende de toepassing ervan (bekendgemaakt in het B.S. van 30.12.2015) zijn in werking getreden op **1 januari 2016**.

### Afdeling 2. Overgangsbepalingen

#### A. BASISPRINCIPES (ART. 43 VAN DE OVEREENKOMST)

Een recht wordt geopend krachtens de bepalingen van de Overeenkomst, ook als het betrekking heeft op een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan vóór 1 januari 2016.

Bovendien wordt ieder verzekeringstijdvak dat vóór 1 januari 2016 onder de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende Staten is vervuld, in aanmerking genomen voor het vaststellen van het recht op een prestatie overeenkomstig de bepalingen van deze Overeenkomst.

De bepalingen van de Overeenkomst openen echter geen enkel recht op prestaties voor een tijdvak dat aan 1 januari 2016 voorafgaat. Overigens zijn de bepalingen van de Overeenkomst niet van toepassing op de rechten die zijn vereffend door de toekenning van een forfaitaire tegemoetkoming of door de terugbetaling van bijdragen.

#### B. HERZIENINGEN (ART. 44 VAN DE OVEREENKOMST)

##### • Prestaties vereffend vóór 1 januari 2016

De rechten van de belanghebbenden die vóór 1 januari 2016 een uitkering of een rente hebben verkregen, kunnen **op hun verzoek** worden herzien, rekening houdende met de bepalingen van deze Overeenkomst. Een dergelijke herziening mag echter niet tot gevolg hebben dat hun vroegere rechten worden verminderd.

Ingeval het verzoek om herziening wordt ingediend binnen een termijn van twee jaar die ingaat vanaf 1 januari 2016, zijn de overeenkomstig de Overeenkomst verkregen rechten verworven met ingang van deze datum, zonder dat de bepalingen van de wetgeving van de ene of van de andere overeenkomstsluitende Staat betreffende het verval of de verjaring van rechten, tegen de belanghebbenden kunnen worden ingeroepen.

Ingeval het verzoek om herziening meer dan twee jaar na de datum van 1 januari 2016 wordt ingediend, worden de rechten verkregen vanaf de datum van het verzoek, onder voorbehoud van gunstigere bepalingen in de wetgeving van de betrokken overeenkomstsluitende Staat.

Langs Belgische zijde wordt hier toepassing gemaakt van de tweejarige verjaringstermijn voorzien in artikel 174 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.



Bijvoorbeeld een Albanees verzekerde ontvangt een Albanese invaliditeitsuitkering sinds 1 maart 2012. Hij heeft in het verleden ook een aantal jaren in België gewerkt. Hij dient bij de Albanese instelling op 15 januari 2019 een aanvraag in om zijn rechten te laten herberekenen op basis van de Belgisch-Albanese Overeenkomst. In dergelijk geval kan een Belgische prorata-uitkering ten vroegste aanvang nemen vanaf 1 januari 2017.

- **Prestaties die niet zijn vereffend of die zijn geschorst**

Elke prestatie die niet is vastgesteld of die is geschorst wegens de nationaliteit van de belanghebbende of wegens diens woonplaats op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat dan die waar het bevoegde uitbetalingsorgaan zich bevindt, wordt op verzoek van de belanghebbende vastgesteld of hervat vanaf 1 januari 2016.

Ingeval het verzoek binnen een termijn van twee jaar vanaf 1 januari 2016 wordt ingediend, zijn de overeenkomstig de Overeenkomst geopende rechten verworven met ingang van die datum, zonder dat de wetsbepalingen van de ene of van de andere overeenkomstsluitende Staat betreffende het verval of de verjaring van de rechten tegen de belanghebbenden mogen worden ingeroepen.

Ingeval het verzoek om herziening meer dan twee jaar na de datum van 1 januari 2016 wordt ingediend, worden de rechten verkregen vanaf de datum van het verzoek, onder voorbehoud van gunstigere bepalingen in de wetgeving van de betrokken overeenkomstsluitende Staat.

## Hoofdstuk II. Theoretische principes

### Afdeling 1. Werkingssfeer

#### A. MATERIËLE WERKINGSSFEER (ART. 2 VAN DE OVEREENKOMST)

De Overeenkomst is van toepassing op de wetgevingen betreffende:

- in België:

- 1) de **ziekte- en moederschapsverzekering** van de **werknemers** en de **zelfstandigen**;
- 2) de arbeidsongevallen en de beroepsziekten;
- 3) de rust- en overlevingspensioenen van de werknemers en de zelfstandigen;
- 4) de **invaliditeitsverzekering** van de **werknemers**, de **zeelieden ter koopvaardij** en de **mijnwerkers**, alsook van de **zelfstandigen**.

- in Albanië (wat het Sociale verzekeringsstelsel betreft):
  - 1) ziekteprestaties voor werknemers;
  - 2) moederschapsprestaties voor werknemers en zelfstandigen, alsook voor werkgevers;
  - 3) prestaties inzake arbeidsongevallen en beroepsziekten voor werknemers;
  - 4) ouderdoms-, invaliditeits- en overlevingspensioenen voor werknemers en zelfstandigen, alsook voor werkgevers.

## B. PERSOONLIJKE WERKINGSSFEER (ART. 3 VAN DE OVEREENKOMST)

De toepassing van de Overeenkomst is niet onderworpen aan een voorwaarde van nationaliteit van een van de overeenkomstsluitende Staten. In artikel 3 van de Overeenkomst wordt immers bepaald dat, behoudens andersluidende bepalingen, die overeenkomst van toepassing is op de **personen op wie de wetgeving van een van beide overeenkomstsluitende Staten van toepassing is of geweest is**, alsmede op alle andere personen die afgeleide rechten ontleen aan de voormelde personen.

Bovendien verwijst artikel 4 van de Overeenkomst naar het principe van gelijke behandeling tussen enerzijds de personen waarop die overeenkomst van toepassing is krachtens artikel 3 en anderzijds de onderdanen van de overeenkomstsluitende Staten. Op die manier hebben, tenzij anders bepaald in deze Overeenkomst, de in artikel 3 bedoelde personen de rechten en verplichtingen die voortvloeien uit de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat onder dezelfde voorwaarden als de onderdanen van die Staat.

## Afdeling 2. Toepasselijke wetgeving (art. 7 e.v. van de Overeenkomst)

In principe vallen personen die beroepsarbeid verrichten op het grondgebied van een van de overeenkomstsluitende Staten onder de toepassing van de **wetgeving van die Staat**, ongeacht de staat waar de werkgever gevestigd is (art. 7, § 1 van de Overeenkomst). Die regel omvat echter tal van **uitzonderingen** die zijn vastgesteld in artikel 7, § 1, b en c (sector van het internationaal vervoer van passagiers of goederen en zeevarenden), artikel 8 (detachering), artikel 9 (ambtenaren en gelijkgesteld personeel) en artikel 10 (leden van diplomatieke missies en consulaire posten) van de Overeenkomst.

Wanneer een persoon **tegelijk een zelfstandige beroepsbezigheid in België en loonarbeid in Albanië uitoefent**, wordt in de Overeenkomst bepaald dat de activiteit uitgeoefend in Albanië, voor de vaststelling van de verplichtingen die voortvloeien uit de Belgische wetgeving betreffende het sociaal statuut van de zelfstandigen, gelijkgesteld moet worden met loonarbeid in België (art. 7, § 2 van de Overeenkomst).

Wanneer een persoon tegelijk een activiteit als loontrekkende dan wel zelfstandige uitoefent in beide overeenkomstsluitende staten, is de wetgeving van de lidstaat van woonplaats van toepassing. Voor de berekening van de bijdragen verschuldigd overeenkomstig de wetgeving van de woonstaat houdt men rekening met de som van de beroepsinkomsten verworven in beide staten (art. 7, §§ 3-4 van de Overeenkomst).



Er moet een **getuigschrift van onderwerping (formulier BE-AL 101)** worden gevraagd in geval van detachering van werknemers (art. 8 van de Overeenkomst), van ambtenaren en gelijkgesteld personeel (art. 9 van de Overeenkomst) en van de leden van diplomatieke missies en consulaire posten (art. 10 van de Overeenkomst). De werknemer moet in elk geval een afschrift van het getuigschrift bezorgen aan de instelling die wordt bedoeld in artikel 5 van de Administratieve schikking en het origineel (getuigschrift) gedurende de vastgestelde periode bewaren. Dat dient in het gastland immers als bewijs van de situatie van onderwerping van de belanghebbende. Voor meer informatie verwijzen wij naar artikel 5 van de Administratieve schikking.

### Afdeling 3. Principe van samentelling

#### A. UITKERINGEN BIJ PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN MOEDERSCHAP (ART. 12 VAN DE OVEREENKOMST)

De **verzekeringstijdvakken**<sup>1</sup> die zijn vervuld onder de wetgeving van elk van de overeenkomstsluitende Staten worden samengeteld, voor zover ze elkaar niet overlappen, teneinde de **opening**, het **behoud** of het **herstel** van het recht op prestaties en de **duur van de toekenning** ervan te bepalen.

Daartoe moet de belanghebbende aan het bevoegde orgaan een getuigschrift (**formulier BE-AL/AL-BE 104**)<sup>2</sup> voorleggen met daarin de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld krachtens de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat waaraan hij voorheen en het laatste onderworpen is geweest. Dat getuigschrift wordt in België gevraagd aan de verzekeringsinstelling waarbij hij het laatste was aangesloten en in Albanië aan het Socialeverzekeringsinstituut. Indien de belanghebbende dat getuigschrift niet voorlegt, richt het bevoegde orgaan zich rechtstreeks tot het bevoegde orgaan van die overeenkomstsluitende Staat of, als dat orgaan niet bekend is, tot het verbindingsorgaan (art. 6 van de Administratieve schikking).

#### B. INVALIDITEIT (ART. 28 VAN DE OVEREENKOMST)

Voor het **verkrijgen**, het **behoud** of het **herstel** van het recht op Belgische invaliditeitsuitkeringen, worden de verzekeringstijdvakken en de gelijkgestelde tijdvakken die zijn vervuld overeenkomstig de Albanese wetgeving betreffende de invaliditeitsverzekering in de nodige mate samengeteld, op voorwaarde dat zij elkaar niet overlappen, met de onder de Belgische wetgeving vervulde verzekeringstijdvakken. Wanneer aan verzekeringstijdvakken gelijkgestelde tijdvakken samenvallen, houdt België enkel rekening met de gelijkgestelde tijdvakken die onmiddellijk volgen op een beroepsactiviteit in België.

In de Overeenkomst wordt bepaald dat voor de prestaties waarvoor volgens de wetgeving van een overeenkomstsluitende staat verzekeringstijdvakken in een **bepaald beroep** moeten worden vervuld (bijvoorbeeld voor België: voor de zeelieden en de mijnwerkers), enkel de verzekeringstijdvakken die in hetzelfde beroep in de andere staat werden vervuld of als gelijkwaardig zijn erkend, kunnen worden samengeteld. Als die tijdvakken onvoldoende zijn om recht te geven op die prestaties, kunnen zij worden gebruikt voor de vereffening van de prestaties waarin is voorzien voor de algemene regeling voor werknemers.

Als de samentelling van de in de twee overeenkomstsluitende Staten vervulde verzekeringstijdvakken niet volstaat om het recht op de invaliditeitsprestaties te openen, wordt er rekening gehouden met de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld onder de wetgeving van de **derde Staten** waarmee de beide overeenkomstsluitende Staten een Overeenkomst betreffende de sociale zekerheid hebben afgesloten die in de samentelling van de verzekeringstijdvakken voorziet. Als er verzekeringstijdvakken werden vervuld in een Staat die enkel met één staat een Overeenkomst betreffende de sociale zekerheid heeft afgesloten, dienen evenwel beide overeenkomstsluitende Staten met die verzekeringstijdvakken rekening te houden.

1. Onder de term "verzekeringstijdvak" wordt elk tijdvak verstaan waarin bijdragen werden betaald, alsook elk tijdvak dat als verzekeringstijdvak is erkend door de wetgeving op basis waarvan dat tijdvak is vervuld, alsook elk tijdvak dat is gelijkgesteld met een verzekeringstijdvak en dat door die wettelijke regeling is erkend (art. 1 van de Overeenkomst).  
2. Voor het model BE-AL 104, zie Omzendbrief V.I. 2016/17 van 16.01.2016.

Er moet echter worden opgemerkt dat wanneer **het totale verzekeringstijdvak** voor de berekening van de prestatie **overeenkomstig de Belgische wet minder dan 12 maanden** bedraagt, **de prestatie niet wordt toegekend, tenzij** er overeenkomstig het Belgisch recht op basis van dit verzekeringstijdvak een recht op de prestatie bestaat (art. 32 van de Overeenkomst).

Het verzekeringstijdvak dat in België wordt vervuld, zal dan in aanmerking worden genomen door het Albanese orgaan met het oog op de opening, het behoud of het herstel van het recht op de prestatie, evenals voor de vaststelling van het bedrag ervan, als zou dit verzekeringstijdvak vervuld zijn geweest overeenkomstig de Albanese wetgeving. Hier wordt bijkomend op gewezen dat de Europese **rechtspraak in de zaak Malfitano**<sup>3</sup> enkel betrekking heeft op de toepassing van de Europese Verordeningen inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en **niet** op de Staten die met België een **bilaterale overeenkomst** betreffende de sociale zekerheid hebben afgesloten.

## Afdeling 4. Berekening van het bedrag van de uitkeringen

### A. PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN MOEDERSCHAP (UITKERINGEN)

De Overeenkomst voorziet in geen enkele regel voor de berekening van het bedrag van de uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid en van de moederschapsuitkeringen. De berekening gebeurt dus volgens de bepalingen van het nationale recht dat van toepassing is op de belanghebbende op het moment waarop het risico zich voordoet.

### B. INVALIDITEIT

De Overeenkomst voorziet in de toepassing van de **pro-rata-regel** bij de berekening van het bedrag van de uitkeringen voor de verzekerden die in de twee overeenkomstsluitende Staten verzekeringstijdvakken hebben vervuld.

#### b.1. Nationale voorwaarden voor de opening van het recht, verworven dankzij de samentelling (art. 29, §§ 1 en 34 van de Overeenkomst)

De Overeenkomst voorziet in de toepassing van de **pro-rata-regel** als het **recht op de Belgische invaliditeitsuitkeringen** wordt geopend dankzij de samentelling van de verzekeringstijdvakken die in België en Albanië zijn vervuld. In eerste instantie bestaat de **pro-rata-regel** uit de berekening van een **Belgisch theoretisch bedrag** dat verschuldigd zou zijn als alle verzekeringstijdvakken die krachtens de wetgeving van de twee overeenkomstsluitende Staten zijn vervuld, onder de Belgische wetgeving waren vervuld. Vervolgens moet op dat bedrag de **Belgische loopbaancoëfficiënt** worden toegepast, met andere woorden het percentage van de duur van de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld onder de Belgische wetgeving in vergelijking met de duur van alle verzekeringstijdvakken die zijn vervuld krachtens de wetgeving van de twee overeenkomstsluitende Staten.

Er moet worden opgemerkt dat voor de **verzekerden die laatst in Albanië waren onderworpen** en die al meer dan 30 dagen uit de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn getreden, het Belgische theoretische bedrag moet berekend worden op basis van een **forfaitair loon** krachtens artikel 32 van de Verordening op de uitkeringen <sup>4</sup>(dat artikel verwijst naar de bezoldiging die is vastgesteld in **art. 30, § 2/1, 2<sup>e</sup> lid**, namelijk de minimumbezoldiging die wordt vastgesteld op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, voor een bediende van categorie I met 9 jaar beroepservaring, door het Aanvullend Nationaal Paritair Comité voor Bedienden).

3. HvJEU, 09.12.1982, Malfitano t. RIZIV (76/82).

4. Verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5<sup>o</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

## b.2. Nationale voorwaarden voor de opening van het recht, verworven zonder samentelling (art. 29, §§ 2 en 33 van de Overeenkomst)

Wanneer het *recht op de Belgische invaliditeitsuitkeringen* wordt geopend zonder dat het nodig is om de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld in de twee overeenkomstsluitende Staten te moeten samentellen, voorziet artikel 30, § 2, van de Overeenkomst in het volgende: “Wanneer [...] het bedrag opgeleverd door de samentelling van de Albanese invaliditeitsprestatie met de Belgische invaliditeitsprestatie berekend volgens paragraaf 1 van dit artikel kleiner is dan het bedrag van de prestatie verschuldigd op basis van enkel de Belgische wetgeving, kent het Belgische orgaan een supplement toe, dat gelijk is aan het verschil tussen de som van beide voormelde prestaties en het bedrag verschuldigd krachtens enkel de Belgische wetgeving”.

Er moet dan ook eerst een berekening worden gemaakt die identiek is aan die in artikel 29, § 1, van de Overeenkomst (berekening van het **Belgische geproratiseerde bedrag**). Dit bedrag moet worden opgeteld bij het **bedrag van de Albanese prestatie** (Belgisch geproratiseerd bedrag + Albanees bedrag = **b+a**), en vervolgens vergeleken met het bedrag van de **prestatie die alleen verschuldigd is op basis van de Belgische wetgeving** (Belgisch theoretisch bedrag = **B**<sup>5</sup>).

Als het bedrag van de prestatie die enkel op basis van de Belgische wetgeving verschuldigd is, hoger is dan de som van het Belgische geproratiseerde bedrag en Albanese prestatie (indien **B > b+a**) moet een *supplement* worden toegekend op basis van het Belgische geproratiseerde bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen de som van beide prestaties ( $b + (B - (b+a)) = B - a$ ).

Als het bedrag van de prestatie die enkel op basis van de Belgische wetgeving verschuldigd is daarentegen lager is dan de som Belgische geproratiseerde bedrag en de Albanese prestatie (indien **B < b+a**), zal enkel het **Belgische geproratiseerde bedrag** verschuldigd zijn (**b**).

Hoewel die regel anders wordt geformuleerd, leidt het tot **hetzelfde resultaat** als de dubbele berekening in het kader van de **Europese Verordeningen**. Krachtens artikel 52 van de Verordening 883/2004 moeten immers twee berekeningen worden uitgevoerd als de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld in België en in een andere lidstaat, niet moeten worden samengeteld:

- een berekening van het bedrag van de invaliditeitsuitkering die enkel verschuldigd is krachtens het Belgische nationaal recht, een bedrag dat na toepassing van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, overeenstemt met het Belgische theoretische bedrag dat wordt verminderd met de buitenlandse invaliditeitsuitkering (**B-a**)
- een berekening van het Belgische geproratiseerde bedrag (**b**).

Krachtens artikel 52, § 3 van de voormelde Verordening wordt het voor de belanghebbende gunstigste bedrag toegekend. Dus, als **B-a > b** (met andere woorden als **B > b+a**), wordt het bedrag **B-s** toegekend. En als **B-a < b** (als **B < b+a**), wordt het bedrag **b** toegekend.

Het bevoegde Albanese orgaan bepaalt de *Albanese prestaties* die zijn verworven zonder samentelling enkel op basis van de verzekeringstijdvakken die onder zijn wetgeving zijn vervuld.

## Afdeling 5. Herwaardering en nieuwe berekening van de uitkeringen (art. 33 van de Overeenkomst)

Een nieuwe berekening van de **Belgische uitkeringen** wordt uitgevoerd wanneer de wijze van vaststelling of de regels voor de berekening van de Albanese invaliditeitsuitkeringen worden gewijzigd en ingeval er zich wijzigingen voordoen in de persoonlijke situatie van de verzekerde.

5. Bedrag waarop art. 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 niet wordt toegepast want art. 6 van de Overeenkomst voorziet erin dat de verminderings- of schorsingsclausules waarin de wetgeving van een overeenkomstsluitende Staat voorziet niet kunnen worden ingeroepen in geval van samenloop van twee prestaties van dezelfde aard.

De **Belgische invaliditeitsuitkeringen** moeten evenwel niet opnieuw worden berekend als de Albanese invaliditeitsuitkeringen met een bepaald percentage of bedrag worden gewijzigd ten gevolge van de stijging van de kosten voor levensonderhoud, de schommeling van het loonpeil of door andere aanpassingen in die Staat.

## Afdeling 6. Cumulatieregels (art. 6 van de Overeenkomst)

De verminderings- of schorsingsclausules waarin wordt voorzien in de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende Staten ingeval een prestatie wordt gecumuleerd met andere socialezekerheidsuitkeringen of met andere inkomsten of met de uitoefening van beroepsarbeid, **kunnen worden ingeroepen** tegen de rechthebbenden, zelfs als het gaat om prestaties die zijn verkregen krachtens een regeling van de andere Staat of om inkomsten die zijn verworven of beroepsarbeid die is uitgeoefend op het grondgebied van de andere Staat.

Die regel is evenwel **niet** van toepassing op de samenloop van **twee gelijkaardige prestaties**.

## Afdeling 7. Het behoud van het recht op de prestaties in geval van overbrenging van woon- of verblijfplaats naar het buitenland

### A. PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN MOEDERSCHAPSUITKERINGEN

#### a.1. Verblijf

Krachtens artikel 21 van de Overeenkomst behouden de personen die voldoen aan de in de wetgeving van de bevoegde Staat vastgestelde voorwaarden om recht te hebben op de uitkeringen (eventueel rekening houdende met de samentelling van de verzekeringstijdvakken) datzelfde recht, zelfs als ze zich op het grondgebied van de andere Staat bevinden.

De uitkeringen worden rechtstreeks uitgekeerd door het bevoegde orgaan waaronder de rechthebbende valt.

De overeenkomst voorziet niet in een voorwaarde van voorafgaande toelating bij tijdelijk verblijf.

#### a.2. Overbrenging van woonplaats

De uitkeringsgerechtigden behouden eveneens hun recht op de uitkeringen wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat.

De uitkeringen worden rechtstreeks door het bevoegde orgaan waaronder de rechthebbende valt, uitgekeerd. Die overbrenging van woonplaats kan worden onderworpen aan een **voorafgaande toestemming** van het bevoegde orgaan, die evenwel enkel kan worden geweigerd indien de **verplaatsing wordt afgeraden op grond van behoorlijk vastgestelde medische redenen**.

### B. INVALIDITEIT

In principe mogen de **invaliditeitsuitkeringen** die zijn verworven ingevolge de wetgeving van een van beide overeenkomstsluitende Staten, niet geschorst worden, noch verminderd of gewijzigd worden op grond van het feit dat de rechthebbende **verblijft** of **woont** op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat (art. 5, § 1 van de Overeenkomst).

### b.1. Verblijf

De gerechtigde op **invaliditeitsuitkeringen van de Belgische wetgeving** behoudt het recht op die uitkeringen tijdens een verblijf in Albanië, op voorwaarde dat het Belgische bevoegde orgaan **vooraf toestemming heeft verleend** voor dat verblijf. Het verblijf kan evenwel enkel worden geweigerd als het plaatsvindt in de **periode waarin het Belgische bevoegde orgaan krachtens de Belgische wetgeving de invaliditeitstoestand moet evalueren of herzien** (art. 31 van de Overeenkomst).

### b.2. Overbrenging van woonplaats

In de Overeenkomst wordt op het in artikel 5, § 1 vastgestelde algemene principe geen enkele uitzondering toegestaan. Een voorafgaande toestemming mag dan ook **niet** worden geëist wanneer de gerechtigde op invaliditeitsuitkeringen zijn woonplaats wenst over te brengen naar het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat.

Krachtens het 5<sup>e</sup> lid van artikel 15 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 moet de gerechtigde die zijn woonplaats naar het buitenland wenst over te brengen **de adviserend geneesheer** daarvan evenwel ten minste vijftien dagen vóór zijn vertrek op de hoogte brengen. Het niet naleven van die verplichting om een wijziging van de woonplaats mee te delen, heeft geen onmiddellijke sanctie tot gevolg, maar kan leiden tot de toepassing van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1997, indien de Belgische verzekeringsinstelling niet van die wijziging op de hoogte is gebracht en indien die overbrenging niet in het Rijksregister wordt ingeschreven.

## Hoofdstuk III. Praktische aspecten

### Afdeling 1. Indiening van de aanvraag om ziekte- en invaliditeitsuitkeringen - Rol van de instellingen van de overeenkomstsluitende Staten in het onderzoek van de dossiers

#### A. BETROKKEN ORGANEN

##### a.1. Primaire ongeschiktheid en moederschap

*Verbindingsorganen:*

- in België: het RIZIV en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden (Antwerpen)
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana

**Instituti i Sigurimeve Shoqërore**  
**Rruga e Durrësit Nr. 83**  
**TIRANA**  
**ALBANIË**

Tel: +355 682059077

Fax: +355 692075088

E-mail: kontakt@issh.gov.al.

*Bevoegde organen:*

- in België: de verzekeringsinstelling waarbij de werknemer/zelfstandige is aangesloten en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden (Antwerpen)
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana.

*Organen van de woonplaats:*

- in België: de verzekeringsinstellingen en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden (Antwerpen) of verzekeringsinstellingen
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana.

*Organen van de verblijfplaats:*

- in België: het RIZIV, door bemiddeling van de verzekeringsinstellingen
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana.

## **a.2. Invaliditeit**

*Verbindingsorganen:*

- in België: het RIZIV en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana.

***Bevoegde organen.***

- in België: het RIZIV, samen met de verzekeringsinstelling waarbij de werknemer aangesloten is of is geweest; Voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden
- in Albanië: het Socialezekerheidsinstituut Tirana.

## **B. ONDERZOEK VAN DE AANVRAGEN VOOR UITKERINGEN VAN DE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

**i** NB: aangezien het Albanese verbindingsorgaan, bevoegd orgaan en orgaan van woon- en verblijfplaats dezelfde instelling zijn, wordt in dit hoofdstuk verder gebruik gemaakt van de notie “Albanees orgaan”.

### **b.1. Aangifte van de arbeidsongeschiktheid wanneer de belanghebbende zich op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat bevindt (art. 11 van de Administratieve schikking)**

In geval van woon- of tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat, moet de belanghebbende zijn arbeidsongeschiktheid binnen een **termijn van 3 werkdagen** aangeven bij het orgaan van de woon- of verblijfplaats, door een **getuigschrift** van arbeidsongeschiktheid, dat is afgeleverd door de behandelend arts, voor te leggen. Hij moet ook zijn adres in de Staat waar hij woont of verblijft, meedelen, samen met de naam en het adres van het bevoegde orgaan.

Het orgaan van de woon- of verblijfplaats stelt vervolgens de arbeidsongeschiktheid van de belanghebbende vast en onderwerpt hem aan **een medische controle** alsof hij verzekerd was onder haar eigen wetgeving. Het **medisch verslag (formulier BE-AL/AL-BE 116**, waarin onder meer de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid wordt vermeld) wordt binnen een termijn van **drie werkdagen** volgend op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, aan het bevoegde orgaan bezorgd. Het orgaan van de woon- of verblijfplaats gaat naderhand, indien nodig, over tot de **administratieve controle en het medisch onderzoek** van de verzekerde en deelt de resultaten daarvan mee aan het bevoegde orgaan. Het bevoegde orgaan kan steeds beslissen om de belanghebbende op eigen kosten te laten onderzoeken door een arts van zijn keuze.

Wanneer het orgaan van de woon- of verblijfplaats vaststelt dat de belanghebbende in staat is om het werk te hervatten, moet het de belanghebbende en het bevoegde orgaan daarvan onverwijld op de hoogte brengen. Hij vermeldt de datum waarop de arbeidsongeschiktheid eindigt. Die kennisgeving aan de belanghebbende wordt **beschouwd als een beslissing voor rekening van het bevoegde orgaan**. Als het bevoegde orgaan zelf beslist dat de belanghebbende in staat is om het werk te hervatten, brengt het die beslissing ter kennis van de belanghebbende en van het orgaan van de woon- of verblijfplaats. Als de twee organen twee verschillende data vaststellen voor het einde van de arbeidsongeschiktheid, moet rekening worden gehouden met de door het bevoegde orgaan vastgestelde datum.

Als het bevoegde orgaan de uitkeringen weigert omdat de controleregels niet werden nageleefd door de belanghebbende, deelt het hem die beslissing mee en verzendt tegelijk een afschrift daarvan naar het orgaan van de woon- of verblijfplaats.

Wanneer de belanghebbende het werk hervat, stelt hij het bevoegde orgaan daarvan in kennis indien zulks is bepaald bij de door dit orgaan toegepaste wetgeving.

#### **b.2. Onderzoek van de aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen (art. 18 van de Administratieve schikking)**

Als de belanghebbende aanspraak kan maken op invaliditeitsuitkeringen overeenkomstig de wetgeving van een overeenkomstsluitende staat, kan hij zijn aanvraag indienen bij het **bevoegde orgaan van de overeenkomstsluitende Staat waar de belanghebbende verblijft** of **rechtstreeks bij het bevoegde orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat**. Daartoe moet hij alle beschikbare documenten die nodig kunnen zijn voor het bepalen van zijn recht op de uitkering door het bevoegde orgaan van de overeenkomstsluitende Staat bezorgen.

Als de aanvraag wordt ingediend bij het bevoegde orgaan van de Staat waar de belanghebbende woont, moet daarbij de procedure waarin de **wetgeving van die Staat** voorziet, in acht worden genomen. Voor een aanvraag die rechtstreeks bij het bevoegde orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat wordt ingediend, moet daarentegen de procedure waarin de wetgeving van die Staat voorziet, worden gevolgd.

*b.2.1. Verzekerden onderworpen in België bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid*

### **A. Rol van de verzekeringsinstelling**

#### **A. ROL VAN DE ADVISEREND ARTS**

Als de adviserend arts bij de controles die hij uitvoert tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, vaststelt dat de situatie van de belanghebbende aanleiding zou kunnen geven tot het opstellen van een aanvraag voor een invaliditeitspensioen, verwittigt hij de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling en stelt hij een medisch verslag op (**formulier BE-AL 213**).

#### **B. ROL VAN DE ADMINISTRATIEVE DIENST**

De administratieve dienst van de verzekeringsinstelling laat de verzekerde vóór het einde van zijn jaar primaire arbeidsongeschiktheid een Verklaring voor Invaliden invullen, waarin hem wordt gevraagd naar alle landen waarin hij voordien heeft verbleven of een beroepsactiviteit heeft uitgeoefend.

Als de belanghebbende verklaart dat hij een beroepsactiviteit heeft uitgeoefend, moet hij het bilaterale aanvraagformulier voor een invaliditeitspensioen invullen (**formulier BE-AL 204**).

Hij dient ook bijkomend een specifiek formulier “*Deklarata e periudhave të sigurimit, marrëdhëniet financiare dhe përfitimeve të tjera*” (vertaling in Nederlands en Frans beschikbaar) in te vullen voor de reconstructie van zijn verzekeringsloopbaan in Albanië.



**Documenten die de verzekeringsinstelling moet invullen en bij elke aanvraag moet voegen:**

- een overzicht van de bijdragebonds met daarop het laatste volledige kalenderjaar vóór de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid tot de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid
- een globaal loopbaanuitreksel van Sigedis (indien loopbaan als werknemer)
- een loopbaanuitreksel van het RSVZ (indien loopbaan als zelfstandige).

**Documenten die de verzekeringsinstelling voor alle verzekerden moet invullen en in bepaalde gevallen bij de aanvraag moet voegen:**

- **er moet niet systematisch een herzieningen- en voorschottenblad** bij het aanvraagdossier worden gevoegd. Dat document zal aan de verzekeringsinstellingen worden gevraagd bij het opstellen van de beslissing en het berekenen van het pro-ratabedrag. In geval van cumulatie (beroepsziekte, arbeidsongeval ...) moet het blad met herzieningen en voorschotten bij wijze van uitzondering bij het aanvraagdossier worden gevoegd
- **de Verklaring voor Invaliden** moet niet systematisch bij het aanvraagdossier worden gevoegd. Zij wordt door het ziekenfonds ingevuld en in het dossier van de verzekerde bewaard. Zij wordt enkel aan het RIZIV bezorgd als er een lange termijn (meer dan één jaar) verlopen is tussen de datum van ondertekening van de Verklaring voor Invaliden en de datum van indiening van de aanvraag
- de **subrogatie** (verwijzend naar de Overeenkomst) moet worden ingevuld en ondertekend door elke verzekerde voor wie in de internationale context een aanvraagdossier voor invaliditeitsuitkeringen wordt opgesteld. Zij wordt bewaard in het dossier van de verzekerde. Dat document is van essentieel belang om hem te informeren over zijn rechten en plichten en om het RIZIV en de verzekeringsinstellingen in overeenstemming te brengen met hun eigen informatieplicht. De subrogatie wordt automatisch toegevoegd aan het aanvraagdossier als de aanvraag opnieuw wordt ingediend bij de buitenlandse instelling.

De verzekeringsinstelling bezorgt vervolgens de aanvraag **aan het RIZIV voor indiening bij het Albanese orgaan.**

**Betaling van provisionele Belgische invaliditeitsuitkeringen:**

Wanneer de verzekeringsinstelling vaststelt dat de aanvrager krachtens de bepalingen van de Belgische wetgeving **uitsluitend op basis van zijn Belgische verzekeringstijdvakken** het recht op de invaliditeitsuitkeringen opent, dan kent zij de aanvrager **provisionele uitkeringen** toe. Die provisionele uitkeringen worden betaald na afloop van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, voor het bedrag waarop de verzekerde recht heeft krachtens de Belgische wetgeving.

De verzekeringsinstelling kan eveneens provisionele uitkeringen toekennen aan de aanvrager die **enkel op basis van de samentelling van de verzekeringstijdvakken** het recht op uitkeringen van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering. Die mogelijkheid is echter afhankelijk van **twee cumulatieve voorwaarden**: er is sprake van opening via samentelling op basis van een **formulier AL-BE 104** en het bedrag van het voorschot moet zo dicht mogelijk liggen bij het bedrag dat waarschijnlijk zal worden betaald krachtens de **pro rataregel**. Daartoe moet de verzekeringsinstelling, **vóór de aanvang van de invaliditeit** van de belanghebbende, aan het buitenlandse orgaan een getuigschrift vragen met betrekking tot de verzekeringstijdvakken in Albanië om een **voorlopige loopbaancoëfficiënt** vast te stellen die zij op het Belgisch theoretisch bedrag zal toepassen.

Bijgevolg moeten het **formulier AL-BE 104** en het **formulier AL-BE 205** tijdig door de verzekeringsinstelling worden opgevraagd en bij het dossier voor het RIZIV worden gevoegd.



Bovendien moet de verzekeringsinstelling onmiddellijk de aandacht van de verzekerde vestigen op het voorlopig karakter van die uitkeringen. De uitbetaling van de provisionele uitkeringen is afhankelijk van het ondertekenen van een subrogatie.

## B. Rol van het RIZIV

1. Het RIZIV vult het **formulier BE-AL 205** in en vermeldt daarbij de vervulde verzekeringstijdvakken krachtens de Belgische wetgeving. Bovendien verklaart het RIZIV de gegevens betreffende de burgerlijke staat uit het aanvraagformulier voor echt, en bevestigt het dat de oorspronkelijke documenten die gegevens staven (art. 18, § 3, van de Administratieve schikking). Het RIZIV duidt ook aan of er sprake is van tijdvakken vervuld onder de wetgeving van een derde staat en voegt de bewijsstukken bij (bijvoorbeeld E205/P5000 van een andere lidstaat van de EU/EER of Zwitserland).
2. Het RIZIV bezorgt de volledige aanvraag onmiddellijk aan het Albanese orgaan. Daarbij laat het RIZIV het Albanese orgaan weten of het al dan niet akkoord gaat met de rechtstreekse uitbetaling van de achterstallige bedragen aan de belanghebbende (art. 18, § 1 van de Administratieve schikking).

Het Albanese orgaan stelt de Albanese loopbaan samen en vult het formulier **AL-BE 205** in met de vervulde verzekeringstijdvakken krachtens de Albanese wetgeving. Het formulier wordt vervolgens opnieuw naar het RIZIV gestuurd (art. 18, § 4 (1) van de Administratieve schikking) via een formulier **AL-BE 001**.

Het Albanese orgaan stelt de rechten van de belanghebbende vast en bezorgt hem een afschrift van zijn beslissing. In de beslissing moeten de middelen en termijnen van beroep waarin in de Albanese wetgeving is voorzien, worden vermeld. Het Albanese orgaan bezorgt die beslissing aan het RIZIV.

3. Na ontvangst van de Albanese beslissing bezorgt het RIZIV die beslissing aan het bevoegde Belgische orgaan waarbij de aanvraag was ingediend en brengt het de belanghebbende via een aangetekend schrijven op de hoogte van de beslissing. De beroepstermijnen beginnen te lopen vanaf de datum waarop de belanghebbende de aangetekende brief heeft ontvangen. Het RIZIV bezorgt het Albanese orgaan tegelijk de kennisgeving van de beslissing (aan de hand van het **formulier BE-AL 001**) alsook zijn eigen beslissing en deelt, in voorkomend geval, het bedrag mee dat het ter compensatie moet terugvorderen op de achterstallige bedragen van de prestatie die door Albanië verschuldigd is.

Alle bijkomende informatie die nodig is voor het opstellen of het beheren van een aanvraagdossier voor Belgische of Albanese prestaties kan worden verkregen door een vraag om inlichtingen te versturen (**formulier BE-AL 001**).

### AANVRAAG RECHTSTREEKS INGEDIEND BIJ HET ALBANESE ORGAAN

Via de Verklaring voor Invaliden die de verzekerde invult vóór het einde van zijn jaar arbeidsongeschiktheid wordt de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling ingelicht over de landen waar de verzekerde eerder heeft verbleven of beroepsarbeid heeft uitgeoefend.

Op basis van die informatie kan de verzekeringsinstelling een aanvraagdossier voor Albanese invaliditeitsuitkeringen opstellen en aan het RIZIV bezorgen. Als de verzekerde echter beslist om, ondanks de hierboven omschreven bestaande procedure, zijn aanvraag rechtstreeks bij het bevoegde Albanese orgaan in te dienen, wordt aan de verzekeringsinstellingen gevraagd om het RIZIV op de hoogte te brengen zodat dat laatste contact kan opnemen met het Albanese orgaan. Het RIZIV vraagt het Albanese orgaan om een formulier **AL-BE 205** en om op de hoogte te worden gehouden van zijn beslissing. Het RIZIV laat het Albanese orgaan eveneens weten of het al dan niet akkoord gaat met de rechtstreekse uitbetaling van de achterstallige bedragen aan de belanghebbende. Tot slot bezorgt het RIZIV de door dat orgaan gevraagde informatie.

Na ontvangst van de Albanese beslissing neemt het RIZIV zijn beslissing en deelt die mee aan de belanghebbende, aan het Albanese orgaan en aan de verzekeringsinstelling.

#### *b.2.2. Verzekerden die onderworpen zijn in Albanië bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid*

Als de aanvraag bij het orgaan van de woonplaats in Albanië wordt ingediend, bezorgt dat de aanvraag onverwijld aan het RIZIV, door de daartoe voorziene formulieren te gebruiken. Daarbij laat het bevoegde Albanese orgaan het RIZIV weten of het al dan niet akkoord gaat met de rechtstreekse uitbetaling van de achterstallige bedragen ten gunste van de aanvrager. Het verklaart ook de gegevens betreffende de burgerlijke staat uit het aanvraagformulier voor echt, en bevestigt dat oorspronkelijke documenten de gegevens staven (art. 18, § 3)

Daarenboven bezorgt het Albanese orgaan het RIZIV een formulier waarop de krachtens de Albanese wetgeving vervulde verzekeringstijdvakken worden vermeld (**formulier AL-BE 205**). Dat formulier wordt door het RIZIV aangevuld zodat de krachtens de Belgische wetgeving vervulde verzekeringstijdvakken erop worden vermeld. Het formulier wordt vervolgens naar het Albanese orgaan teruggestuurd.

## A. Rol van het RIZIV

Het RIZIV:

- kijkt na ontvangst van het door het Albanese orgaan overgemaakte dossier na of alle documenten die nodig zijn voor de aanvraag zijn toegevoegd en of op basis van die documenten de aanvraag kan worden behandeld
- het ontvangen dossier bestaat uit een:
  - aanvraag voor Belgische invaliditeitsuitkeringen (**formulier AL-BE 204**)
  - overzicht van de verzekeringstijdvakken (**formulier AL-BE 205**)
  - gedetailleerd medisch verslag (**formulier AL-BE 213**).
- als het dossier volledig is, wordt het aan de verzekeringsinstelling bezorgd
- als het dossier onvolledig is, wordt het naar de Albanese instelling teruggestuurd
- stelt het Belgische loopbaanoverzicht op (**formulier BE-AL 205**) en bezorgt het aan het Albanese orgaan.

## B. Rol van de verzekeringsinstelling

### A. ROL VAN DE ADVISEREND ARTS

Na ontvangst van het door het RIZIV bezorgde dossier, legt de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling het medisch verslag (formulier BE-AL 213) voor aan zijn adviserend arts.

De adviserend arts bepaalt de aanvangsdatum van arbeidsongeschiktheid.

De adviserend arts doet op basis van het medisch verslag een positief of negatief medisch voorstel tot erkenning van invaliditeit aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit.

### B. ROL VAN DE ADMINISTRATIEVE DIENST

Na ontvangst van het dossier onderzoekt de verzekeringsinstelling de aanvraag.

Zij neemt contact op met de verzekerde om hem te vragen om het volgende in te vullen:

- het inkomensonderzoek
- het model A
- het formulier 225
- voor een zelfstandige verzekerde, het document Stopzetting van activiteit.

Teneinde de behandelingstermijnen van de dossiers in de internationale context zo goed mogelijk te beheren, is in overleg met de verzekeringsinstellingen een rappelprocedure herinneringen uitgewerkt:

- een brief (onderzoek, inkomensonderzoek, formulier 225 ... ) wordt naar de verzekerde gestuurd
- indien hij niet binnen een termijn van drie maanden antwoordt, wordt hem een herinnering gestuurd. In dat document wordt duidelijk zijn aandacht gevestigd op het feit dat zonder antwoord van zijn kant binnen een termijn van één maand, het dossier:
  - ofwel zal worden behandeld op basis van de informatie waarover men beschikt en een minimum uitkeringspercentage zal worden toegekend
  - zal worden afgesloten als er onvoldoende informatie is om het verder te kunnen behandelen.
- zonder antwoord binnen de toegekende termijn van één maand, wordt het dossier:
  - ofwel behandeld op basis van de informatie waarover men beschikt en wordt een minimum-uitkering toegekend
  - ofwel afgesloten als er onvoldoende informatie is om het verder te kunnen behandelen.

De verzekeringsinstelling stelt de rechten van de belanghebbende vast en deelt haar voorstel van beslissing mee aan het RIZIV. De verzekeringsinstelling bezorgt eveneens het volledige dossier terug aan het RIZIV:

- als het recht niet wordt geopend, vermeldt zij de reden van de afwijzing
- als het recht wordt geopend, vermeldt zij het theoretische bedrag van de uitkering (bedrag voor order), evenals de datum vanaf wanneer de prestaties mogen worden toegekend.

Het RIZIV deelt die beslissing mee aan het Albanese orgaan waarbij de aanvraag werd ingediend en bezorgt een kopie aan de verzekerde. Het Albanese orgaan brengt de belanghebbende per aange tekend schrijven op de hoogte van de beslissing. De beroepstermijnen beginnen te lopen vanaf de datum waarop de belanghebbende de aangetekende brief heeft ontvangen.

Het bevoegde Albanese orgaan bezorgt het RIZIV tegelijk de kennisgeving van de beslissing alsook zijn eigen beslissing en deelt, in voorkomend geval, het bedrag mee dat het ter compensatie moet terugvorderen op de achterstallige bedragen van de prestatie die door België verschuldigd is.

Alle bijkomende informatie die nodig is voor het opstellen of het beheren van een aanvraagdossier voor Belgische of Albanese prestaties kan worden verkregen door een vraag om inlichtingen te versturen via het communicatieformulier (**formulier BE-AL 001**).

#### **Aanvraag rechtstreeks ingediend bij het bevoegde Belgische orgaan**

Als de aanvraag rechtstreeks in België bij de verzekeringsinstelling wordt ingediend, brengt die het RIZIV daarvan op de hoogte. Het RIZIV neemt vervolgens contact op met het bevoegde Albanese orgaan om daar de informatie te vragen die nodig is voor de behandeling van de aanvraag, door middel van het **formulier BE-AL 001**.

Na ontvangst van de door het bevoegde Albanese orgaan bezorgde formulieren, volgen het RIZIV en de verzekeringsinstelling de hierboven omschreven procedure.

## Afdeling 2. Uitwisseling van informatie (o.a. art. 18 §§ 6 en 7 van de Administratieve schikking)

De Albanese en Belgische organen lichten elkaar in over de volgende elementen waarvan ze kennis hebben en die het recht op een prestatie betreffen:

- het einde van het recht op een prestatie
- de opschorting van de uitbetaling van de prestatie
- elke wijziging in verband met de verzekeringstijdvakken
- de voortzetting van de beroepsactiviteit van de rechthebbende of van zijn/haar echtgeno(o)t(e)
- het aan- of hervatten van een beroepsactiviteit door de rechthebbende of zijn/haar echtgeno(o)t(e)
- de aard van de beroepsactiviteit van de rechthebbende of van zijn/haar echtgeno(o)t(e)
- het bedrag van de beroepsinkomsten van de rechthebbende of van zijn/haar echtgeno(o)t(e)
- elke wijziging in de burgerlijke staat van de rechthebbende
- elke adreswijziging van de rechthebbende of van een familielid, en
- het overlijden van de rechthebbende van de prestatie, van zijn/haar echtgeno(o)t(e) of van een familielid.

## Afdeling 3. Storting van de prestaties (art. 38 van de Overeenkomst, art. 19 van de Administratieve schikking)

Prestaties verschuldigd op basis van de Overeenkomst worden door de bevoegde organen aan de rechthebbenden gestort in één van de muntéenheden van de overeenkomstsluitende staten. De gerechtigde mag vragen om te worden uitbetaald in de munteenheid van de andere overeenkomstsluitende staat. In dat geval draagt de gerechtigde zelf het wisselkoersrisico.

Ingeval niet-verschuldigde bedragen worden teruggevorderd, zoals beoogd in artikel 41 van de Overeenkomst, zullen de nabetalings van achterstallige bedragen en de ingehouden bedragen evenwel worden overgemaakt aan het crediteurorgaan door toedoen van het Belgische verbindingsorgaan en het bevoegde Albanese orgaan.

## Afdeling 4. Administratieve en medische controle (art. 22 van de Administratieve schikking)

Op verzoek van het RIZIV verstrekt het Albanese verbindingsorgaan alle medische informatie of documentatie over de ongeschiktheid van de aanvrager of van de rechthebbende. Op dezelfde wijze verstrekt het RIZIV, op verzoek van het Albanese verbindingsorgaan, alle medische informatie of documentatie over de ongeschiktheid van de aanvrager of van de rechthebbende.

Ingeval een rechthebbende of aanvrager van prestaties op het grondgebied van een andere overeenkomstsluitende Staat dan die waar het bevoegd orgaan zich bevindt, verblijft of woont, geschiedt de administratieve en medische controle op verzoek van dat orgaan van de verblijf- of woonplaats van de rechthebbende, volgens de bepalingen die zijn vastgesteld bij de wetgeving die laatstgenoemd orgaan toepast. Het orgaan van de verblijf- of woonplaats doet vervolgens, naargelang het geval, een controlerapport BE-AL 213 dan wel BE-AL 215 toekomen aan het bevoegd orgaan. Het bevoegd orgaan behoudt wel altijd het recht om de rechthebbende te laten onderzoeken door een arts van zijn keuze.

De kosten van het medisch onderzoek worden door het bevoegde orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat terugbetaald aan het orgaan van de verblijf- of woonplaats op basis van het tarief van het orgaan van de verblijf- of woonplaats en na overlegging van een gedetailleerde staat van de verrichte uitgaven. Het meedelen van de kostenstaat voor een medische controle gebeurt via het formulier **BE-AL/AL-BE 125**.<sup>6</sup>

Tarificatie is evenwel niet toegestaan voor de medische onderzoeken die worden uitgevoerd in het belang van de beide overeenkomstsluitende Staten.

### Afdeling 5. Aanvragen, verklaringen en rechtsmiddelen (art. 36 van de Overeenkomst)

Aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen die, krachtens de wetgeving van een overeenkomstsluitende Staat, binnen een bepaalde termijn hadden moeten worden ingediend bij een autoriteit, orgaan of rechtscollege van die Staat, zijn ontvankelijk indien zij binnen dezelfde termijn worden ingediend bij een autoriteit, orgaan of rechtscollege van de andere overeenkomstsluitende Staat. In dat geval laat de/het aldus aangezochte autoriteit, orgaan of rechtscollege die aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen onverwijld worden aan de autoriteit, het orgaan of het rechtscollege van de eerste overeenkomstsluitende Staat, ofwel rechtstreeks ofwel door toedoen van de bevoegde autoriteiten van de overeenkomstsluitende Staten.

De datum waarop de aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen werden ingediend bij een autoriteit, een orgaan of een rechtscollege van de andere overeenkomstsluitende Staat wordt beschouwd als datum van indiening bij de/het ten deze bevoegde autoriteit, orgaan of rechtscollege.

De aanvraag voor prestaties, ingediend bij het bevoegde orgaan van een overeenkomstsluitende Staat, wordt voor overeenstemmende prestaties geacht te zijn ingediend bij het bevoegde orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat.

Een aanvraag of een document mag niet worden verworpen omdat het opgesteld is in een officiële taal van de andere overeenkomstsluitende Staat.

### Afdeling 6. Statistische inlichtingen (art. 21 van de Administratieve schikking)

Elk jaar wisselen de verbindingsorganen statistische inlichtingen uit over het aantal rechthebbenden, het type prestaties, het aantal stortingen dat in de andere overeenkomstsluitende Staat werd verricht en over de bijbehorende middelen.

### Afdeling 7. Uitvoeringsprocedures (art. 39 van de Overeenkomst)

De uitvoerbare vonnissen van een rechtbank van een van de overeenkomstsluitende Staten, evenals de uitvoerbare akten van een autoriteit of een orgaan van een van de overeenkomstsluitende Staten, met betrekking tot socialezekerheidsbijdragen en andere vorderingen (inzonderheid met betrekking tot de terugvordering van onverschuldigd uitbetaalde prestaties) worden erkend op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat. Een dergelijke erkenning kan slechts worden geweigerd wanneer ze ingaat tegen de wettelijke principes of de openbare orde van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan het vonnis of de handeling dient te worden uitgevoerd.

6. Voor het model BE-AL 125, Zie Omzendbrief VI. 2016/17 van 16.01.2016.

De procedure voor de uitvoering van vonnissen en akten waartegen niet meer in beroep kan worden gegaan, moet in overeenstemming zijn met de wetgeving die de uitvoering van dergelijke vonnissen en handelingen regelt van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan het vonnis of de akte moet worden uitgevoerd. Bij het vonnis of de akte wordt een getuigschrift gevoegd als bewijs van het uitvoerend karakter ervan.

Bovendien worden de vorderingen die het voorwerp moeten zijn van een terugvordering of een gedwongen terugvordering op dezelfde manier behandeld als vorderingen van dezelfde aard van een orgaan dat zich bevindt op het grondgebied van de overeenkomstsluitende Staat waarop de terugvordering of de gedwongen terugvordering wordt uitgevoerd.

### Afdeling 8. Niet-verschuldigde bedragen (art. 41 van de Overeenkomst)

Indien bij de vereffening of de herziening van prestaties met toepassing van de Overeenkomst het orgaan van een overeenkomstsluitende Staat de belanghebbende een som heeft uitgekeerd die hoger is dan de som die hem verschuldigd is, kan dat orgaan het orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat, dat een overeenstemmende prestatie ten gunste van deze belanghebbende uitkeert, vragen het te veel betaalde in te houden op de nabetaling van achterstallige bedragen die aan deze rechthebbende verschuldigd zijn.

Indien het te veel betaalde niet kan worden ingehouden op de nabetaling van achterstallige bedragen, kan het orgaan van een overeenkomstsluitende Staat dat aan de belanghebbende een som heeft uitgekeerd waarop hij geen recht heeft, **binnen de voorwaarden en grenzen als bepaald bij de door hem toegepaste wetgeving**, het orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat dat de prestaties ten gunste van deze gerechtigde uitkeert, erom verzoeken deze som in te houden op de bedragen die het deze gerechtigde stort. Het orgaan van de andere overeenkomstsluitende Staat verricht de inhouding **binnen de voorwaarden en grenzen waarin een dergelijke schuldvergelijking toegestaan is bij de wetgeving die het toepast**, als gold het sommen die het zelf had uitgekeerd, en maakt het aldus ingehouden bedrag over aan het orgaan van de eerste overeenkomstsluitende Staat dat de vordering heeft.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/232 – 82/10 van 14 augustus 2018.

## VII. De uitkeringsverzekering in het kader van de Overeenkomst inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en de Republiek Argentinië van 3 maart 2010

Van toepassing vanaf 7 september 2018.

...

### Hoofdstuk I: Inwerkingtreding en overgangsbepalingen

#### Afdeling 1. Inwerkingtreding

De Overeenkomst inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en de Federale Republiek Argentinië (gepubliceerd in het B.S. van 22.12.2015) en de Administratieve schikking met betrekking tot de toepassing ervan (gepubliceerd in het B.S. van 22.12.2015) zijn in werking getreden op **1 januari 2016**.

#### Afdeling 2. Overgangsbepalingen

##### A. BASISPRINCIPES (ART. 28 VAN DE OVEREENKOMST)

De overeenkomst is eveneens van toepassing op gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan vóór 1 januari 2016.

Verder moet voor de vaststelling van het recht op een prestatie onder de Overeenkomst rekening worden gehouden met verzekeringstijdvakken vervuld onder de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende staten voorafgaand aan 1 januari 2016.

Op basis van de Overeenkomst zelf ontstaat er geen recht op terugbetaling van prestaties voor een periode voorafgaand aan 1 januari 2016.

##### B. HERZIENING, VERJARING, VERVAL (ART. 29 OVEREENKOMST)


- Prestaties verleend voorafgaand aan 1 januari 2016

De rechten van gerechtigden waaraan een prestatie werd verleend, kunnen op hun verzoek worden herzien op basis van de bepalingen van de Overeenkomst. Dergelijke herziening kan echter niet tot gevolg hebben dat de vroegere rechten worden verminderd.

Indien een verzoek tot herziening binnen de twee jaar volgend op 1 januari 2016 wordt ingediend, zijn de overeenkomstig de bepalingen van de overeenkomst verkregen rechten verworven met ingang van deze datum, zonder dat nationale bepalingen inzake verjaring of verval van rechten kunnen worden ingeroepen.

Indien een verzoek tot herziening na het verstrijken van de termijn van twee jaar na inwerkingtreding wordt ingediend, zijn de volgens de Overeenkomst vastgestelde rechten verkregen vanaf de datum van het verzoek, onder voorbehoud van gunstigere bepalingen in de wetgeving van de betrokken overeenkomstsluitende staat.

Langs Belgische zijde wordt hier toepassing gemaakt van de tweejarige verjaringstermijn voorzien in artikel 174 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994.

 Bijvoorbeeld een Argentijns verzekerde ontvangt een Argentijnse invaliditeitsuitkering sinds 1 maart 2015. Hij heeft in het verleden ook een aantal jaren in België gewerkt. Hij dient bij de Argentijnse instelling op 15 januari 2019 een aanvraag in om zijn rechten te laten herberekenen op basis van de Belgisch-Argentijnse Overeenkomst.

In dergelijk geval kan een Belgische *prorata*-uitkering ten vroegste aanvang nemen vanaf 1 januari 2017.

- Prestaties die niet zijn vereffend of zijn geschorst

Elke prestatie die niet werd vereffend of geschorst wegens diens nationaliteit of wegens zijn woonplaats op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende staat dan die waar de uitbetalingsinstelling zich bevindt (art. 136, § 1 Gec. Wet 14.07.1994), **op verzoek van de belanghebbende vereffend of hervat vanaf 1 januari 2016, onverminderd de geldende verjaringstermijnen (voor België art. 174, Gec. Wet 14.07.1994).**

## Hoofdstuk II. Theoretische principes

### Afdeling 1. Toepassingsgebied

#### A. MATERIEEL (ART. 2 OVEREENKOMST)

De Overeenkomst is van toepassing op de volgende wetgevingen betreffende socialezekerheidsprestaties:

- voor België:
  - op de rust- en overlevingspensioenen van de werknemers en de zelfstandigen
  - op de **invaliditeitsverzekering** van de **werknemers**, de zeelieden ter koopvaardij en de **zelfstandigen**

En enkel voor de toepassing van Titel II (toepasselijke wetgeving) op de wetgevingen betreffende de sociale zekerheid van werknemers en zelfstandigen.

- voor Argentinië:
  - de op bijdragebetaling berustende prestaties van de sociale zekerheid voor ouderdom, invaliditeit en overleving, beheerd door de nationale organen, de provinciale organen voor overheidsambtenaren of vakmensen en de gemeentelijke organen.

#### **Opgelet:**

De overeenkomst is beperkt tot de invaliditeitsverzekering van werknemers en zelfstandigen.

Andere ZIV-uitkeringen dan invaliditeit (bv. primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en moederschap) zijn van het materieel toepassingsgebied uitgesloten.



Echter, dit staat niet in de weg dat Belgisch verzekerde werknemers, woonachtig in Argentinië op basis van het nationale Belgische recht, vergoed kunnen worden.

In die zin kunnen ZIV-uitkeringen die niet vallen onder het materieel toepassingsgebied van de Overeenkomst wel worden toegekend aan gerechtigden die op het Argentijns grondgebied zijn tewerkgesteld en verblijven, en onderworpen blijven aan de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders of het Koninklijk Besluit nr. 38 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen (art. 294, § 1, 4<sup>o</sup> van het K.B. van 03.07.1996 en art. 25, § 2 van het K.B. van 20.07.1971).

In praktijk zal het voornamelijk gaan om de werknemers gedetacheerd onder artikel 8 Overeenkomst (zie ook Afd. 2).

Dit impliceert evenwel dat de aangifteformaliteiten zoals voorzien in de Belgische wetgeving van toepassing zijn.

Zo zal voor de primaire arbeidsongeschiktheid ook in dit geval de aangifte moeten gebeuren via een Belgisch Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid ingevuld door een behandelend arts die over een door het RIZIV toegekend inschrijvingsnummer beschikt. Bij de beoordeling kan evenwel rekening gehouden worden met medische attesten of onderzoeksverslagen opgesteld door Argentijnse artsen.

## B. PERSOONLIJK (ART. 3 OVEREENKOMST)

De toepassing van de Overeenkomst is niet onderworpen aan een voorwaarde van nationaliteit van een van de overeenkomstsluitende Staten. Ze is van toepassing op de **personen op wie de wetgeving van een van beide overeenkomstsluitende Staten van toepassing is of geweest is**, op hun gezinsleden en op hun nagelaten betrekkingen.

Bovendien verwijst artikel 4 van de Overeenkomst naar het principe van gelijke behandeling tussen enerzijds de personen waarop die overeenkomst van toepassing is krachtens artikel 3 en anderzijds de onderdanen van de overeenkomstsluitende Staten. Op die manier, tenzij anders bepaald in deze Overeenkomst, vallen de in artikel 3 bedoelde personen onder de verplichtingen en genieten zij de rechten die voortvloeien uit de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat onder dezelfde voorwaarden als de onderdanen van die Staat.

## Afdeling 2. Toepasselijke wetgeving (art. 7 e.v. van de Overeenkomst)

In principe vallen personen die beroepswerkzaamheden verrichten op het grondgebied van een van de overeenkomstsluitende Staten onder de toepassing van de **wetgeving van die Staat**, zelfs indien de werkgever of de onderneming die deze personen tewerkstelt, op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat (art. 7, § 1, a) en b) van de Overeenkomst) woont of gevestigd is.

Die regel omvat echter tal van **bijzondere aanwijsregels voor specifieke beroepscategorieën** die zijn vastgesteld in artikel 7, § 1, b) (zeevarenden), artikel 7, § 1 c) (sector van het internationaal luchtvervoer van passagiers of goederen), artikel 8 (detachering), artikel 9 (ambtenaren en leden van diplomatieke missies en gelijkgestelde posten).

Een detachering op basis van de overeenkomst duurt in de regel maximum 24 maanden, op basis van een overeenkomst tussen de bevoegde autoriteiten eenmalig te verlengen met maximaal 36 maanden.

Wanneer een persoon tegelijk een zelfstandige beroepsbezigheid in België en loonarbeid in Albanië uitoefent, wordt in de Overeenkomst bepaald dat de activiteit uitgeoefend in Albanië, voor de vaststelling van de verplichtingen die voortvloeien uit de Belgische wetgeving betreffende het sociaal statuut van de zelfstandigen, gelijkgesteld moet worden met loonarbeid in België (art. 7, § 2 van de Overeenkomst).

De Overeenkomst bevat geen andere regels betreffende de toepasselijke wetgeving in geval van **gelijktijdige uitoefening van een beroepsactiviteit op het grondgebied van de twee overeenkomstsluitende Staten**. In dat geval zal de wetgeving van de Overeenkomstsluitende staten van toepassing zijn op de activiteiten die op hun respectieve grondgebied worden uitgeoefend.

Er moet een **getuigschrift van onderwerping (formulier BE-ARG 101)** worden gevraagd in geval van detachering van werknemers (art. 8 van de Overeenkomst), van ambtenaren en de leden van diplomatieke missies en consulaire posten (art. 9 van de Overeenkomst). De werknemer of zelfstandige moet in elk geval een afschrift van het getuigschrift bezorgen aan de instelling die wordt bedoeld in artikel 4 van de Administratieve schikking en het origineel (getuigschrift) gedurende de vastgestelde periode bewaren. Dat dient in het gastland immers als bewijs van de situatie van onderwerping van de belanghebbende. Voor meer informatie verwijzen wij naar artikel 4 van de Administratieve schikking.

Artikel 10 van de Overeenkomst bevat de mogelijkheid dat de bevoegde autoriteiten van de overeenkomstsluitende staten in onderling akkoord afwijkende regelingen kunnen voorzien voor bepaalde verzekerden of bepaalde categorieën van verzekerden.

### Afdeling 3. Principe van samenstelling

#### A. PRO MEMORIE: PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN MOEDERSCHAP (UITKERINGEN BIJ ZIEKTE)

Er wordt aan herinnerd dat de Belgisch-Argentijnse Overeenkomst **niet van toepassing is op prestaties bij ziekte**. Bijgevolg kunnen Argentijnse verzekeringstijdsvakken voor het risico ziekte niet in aanmerking worden genomen voor het openen van het recht op Belgische primaire arbeidsongeschiktheids- of moederschapsuitkeringen.

Dit neemt niet weg dat er in voorkomend geval andere mogelijkheden kunnen bestaan om het recht op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen alsnog te openen, bijvoorbeeld indien de betrokkene tijdens de tewerkstelling in Argentinië eveneens was aangesloten bij de Belgische overzeese sociale zekerheid voorzien bij de wet van 17 juli 1963 (art. 205, § 1, 5<sup>o</sup> K.B. 03.07.1996).

#### B. INVALIDITEIT (ART. 11 EN 15 VAN DE OVEREENKOMST)

Voor het **verkrijgen**, het **behoud** of het **herstel** van het **recht op invaliditeitsprestaties** worden de verzekeringstijdvakken en de gelijkgestelde tijdvakken die zijn vervuld overeenkomstig de wetgeving van het andere overeenkomstsluitende land in de nodige mate samengeteld, op voorwaarde dat zij elkaar niet overlappen.

Wanneer de periode waarin bepaalde verzekeringstijdvakken vervuld zijn krachtens de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende Staten niet nauwkeurig kan worden bepaald, wordt ervan uitgegaan dat deze tijdvakken de krachtens de wetgeving van de andere overeenkomstsluitende Staat vervulde verzekeringstijdvakken niet overlappen (art. 6, § 1 van de Administratieve schikking).

In de Overeenkomst wordt bepaald dat voor de prestaties waarvoor, volgens de wetgeving van één overeenkomstsluitende staat verzekeringstijdvakken in een **bepaald beroep** moeten worden vervuld (bijvoorbeeld: voor de zeelieden), enkel de verzekeringstijdvakken die in hetzelfde beroep in de andere staat werden vervuld of als gelijkwaardig zijn erkend, kunnen worden samengeteld. Als die tijdvakken onvoldoende zijn om recht te geven op die prestaties, kunnen zij worden gebruikt voor de vereffening van de prestaties waarin is voorzien voor de algemene regeling in Argentinië en de algemene regeling voor werknemers in België

Wanneer het recht op de Belgische invaliditeitsuitkeringen echter alleen wordt geopend door samentelling van de Argentijnse en Belgische verzekeringstijdvakken, **moet het Belgische bevoegde orgaan geen invaliditeitsuitkeringen toekennen** als de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld onder de Belgische wetgeving vóór de realisatie van het risico **in hun geheel geen jaar bereiken** (art. 17 van de Overeenkomst). In dat geval neemt het bevoegde orgaan in Argentinië de prestaties waarop de verzekerde recht heeft overeenkomstig de wetgeving die het toepast en rekening houdende met de totaliteit van de verzekeringstijdvakken, volledig te zijnen laste.

Er wordt op gewezen dat de ‘Malfitano-rechtspraak van het Europees Hof van Justitie<sup>1</sup> enkel toepassing vindt in het kader van de Europese Verordeningen inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en **niet** in het kader van de bilaterale socialezekerheidsvereenkomsten die België afgesloten heeft met niet-EU landen.

## Afdeling 4. Berekening van het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen onder de Overeenkomst

*Bepalingen in verband met de Belgische uitkeringen*

### A. NATIONALE VOORWAARDEN VOOR DE OPENING VAN HET RECHT VERWORVEN DANKZIJ SAMENTELLING VAN VERZEKERINGSTIJDVAKKEN (ART. 16, § 1 VAN DE OVEREENKOMST)

De Overeenkomst voorziet in de toepassing van de **pro-rataregel** als het **recht op de Belgische invaliditeitsuitkeringen** wordt geopend dankzij de samentelling van de verzekeringstijdvakken die in België en Argentinië zijn vervuld. In eerste instantie bestaat de pro-rata-regel uit de berekening van een **Belgisch theoretisch bedrag** dat verschuldigd zou zijn als alle verzekeringstijdvakken die krachtens de wetgeving van de twee overeenkomstsluitende Staten zijn vervuld, onder de Belgische wetgeving waren vervuld. Vervolgens moet op dat bedrag de **Belgische loopbaancoëfficiënt** worden toegepast, met andere woorden het percentage van de duur van de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld onder de Belgische wetgeving in vergelijking met de duur van alle verzekeringstijdvakken die zijn vervuld krachtens de wetgeving van de twee overeenkomstsluitende Staten.

Er moet worden opgemerkt dat voor laatst **Argentijns verzekerde loontrekkenden** die al meer dan 30 dagen de hoedanigheid van gerechtigde hebben verloren in de Belgische uitkeringsverzekering, stelsel loontrekkenden, het Belgische theoretische bedrag wordt berekend op basis van een **forfaitair loon** krachtens artikel 32 van de Verordening op de uitkeringen<sup>2</sup> (dat art. verwijst naar de bezoldiging die is vastgesteld in **art. 30, § 2/1, 2e lid**, namelijk de minimumbezoldiging die wordt vastgesteld op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid, voor een bediende van categorie I met 9 jaar beroepservaring, door het Aanvullend Nationaal Paritair Comité voor Bedienden).

1. HwJEU, 09.12.1982, Malfitano t. RIZIV (76/82).

2. Verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5<sup>e</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

## B. NATIONALE VOORWAARDEN VOOR DE OPENING VAN HET RECHT, VERWORVEN ZONDER NOODZAAK SAMENTELLING (ART. 16, § 2, OVEREENKOMST)

Wanneer het **recht op de Belgische invaliditeitsuitkeringen** wordt geopend zonder dat het nodig is om de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld in de twee overeenkomstsluitende Staten moeten worden samengeteld, voorziet artikel 16, § 2, van de Overeenkomst in het volgende: *“Wanneer [...] het bedrag dat resulteert uit de optelling van de Argentijnse prestatie met de Belgische prestatie berekend volgens paragraaf 1 van dit artikel kleiner is dan het bedrag van de prestatie verschuldigd op basis van enkel de Belgische wetgeving, kent het Belgische orgaan een supplement toe, dat gelijk is aan het verschil tussen de som van beide voormelde prestaties en het bedrag verschuldigd krachtens enkel de Belgische wetgeving”*.

Er moet dan ook eerst een berekening worden gemaakt die identiek is aan die in artikel 14, § 1, van de Overeenkomst (berekening van het **Belgische geprorateerde bedrag**), dat vervolgens wordt opgeteld bij **het bedrag van de Argentijnse prestatie** (Belgisch geproratiseerd bedrag + Argentijns bedrag =  $b+ar$ ). Dit moet tot slot worden vergeleken met het bedrag van de **prestatie die alleen verschuldigd is op basis van de Belgische wetgeving** (Belgisch theoretisch bedrag =  $B^3$ ).

Als het bedrag van de prestatie die enkel op basis van de Belgische wetgeving verschuldigd is, hoger is dan de som van de Belgische prorata en de Argentijnse uitkering (indien  $B > b+ar$ ), moet een *supplement* worden toegekend op basis van het Belgische geproratiseerde bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen de som van beide prestaties ( $b+(B-(b+ar))= B-ar$ ).

Als het bedrag van de prestatie die enkel op basis van de Belgische wetgeving verschuldigd is daarentegen lager is dan het Belgische geproratiseerde bedrag dat wordt opgeteld bij het bedrag van de Argentijnse prestatie (indien  $B < b+ar$ ), zal enkel het **Belgische geprorateerde bedrag** verschuldigd zijn ( $b$ ).

Hoewel anders geformuleerd, leidt bovenstaande regel dus tot **hetzelfde resultaat** als dubbele berekening toegepast in het kader van de **Europese Verordeningen voor LBV die het recht openen op basis van de Belgische tijdvakken alleen**. Krachtens artikel 52 van de Verordening 883/2004 moeten immers twee berekeningen worden uitgevoerd als de verzekeringstijdvakken die zijn vervuld in België en in een andere lidstaat, niet moeten worden samengeteld:

- een berekening van het bedrag van de invaliditeitsuitkering die enkel verschuldigd is krachtens het Belgische nationaal recht, een bedrag dat na toepassing van artikel 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, overeenstemt met het Belgische theoretische bedrag dat wordt verminderd met de buitenlandse invaliditeitsuitkering ( $B - m$ )
- een berekening van het Belgische geproratiseerde bedrag ( $b$ ).

Krachtens artikel 52, § 3, van de voormelde Verordening wordt het voor de belanghebbende gunstigste bedrag toegekend. Dus, als  $B-ar > b$  (met andere woorden als  $B > b+ar$ ), wordt het bedrag  $B-ar$  toegekend. En als  $B-ar < b$  (als  $B < b+ar$ ), wordt het bedrag  $b$  toegekend.

### Afdeling 5. Herwaardering en nieuwe berekening van de uitkeringen

Een nieuwe berekening van de **Belgische uitkeringen** wordt uitgevoerd wanneer de wijze van vaststelling of de regels voor de berekening van de Argentijnse invaliditeitsuitkeringen worden gewijzigd en ingeval zich wijzigingen voordoen in de persoonlijke situatie van de verzekerde.

De **Belgische invaliditeitsuitkeringen** moeten evenwel niet opnieuw worden berekend als de Argentijnse invaliditeitsuitkeringen met een bepaald percentage of bedrag worden gewijzigd ten gevolge van de stijging van de kosten voor levensonderhoud, de schommeling van het loonpeil of door andere aanpassingen in die Staat (art. 17 van de Overeenkomst).

3. Bedrag waarop art. 136, § 2, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 niet wordt toegepast, aangezien art. 6 van de Overeenkomst erin voorziet dat de verminderings- of schorsingsclausules waarin de wetgeving van een overeenkomstsluitende Staat voorziet niet kunnen worden ingeroepen in geval van samenloop van twee prestaties van dezelfde aard.

## Afdeling 6. Cumulatieregels

De verminderings- of schorsingsclausules waarin wordt voorzien in de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende Staten ingeval een prestatie wordt gecumuleerd met andere socialezekerheidsuitkeringen of met andere inkomsten verworven via de uitoefening van beroepsarbeid, **kunnen eveneens worden ingeroepen** tegen de rechthebbenden, zelfs als het gaat om prestaties die zijn verkregen krachtens een regeling van de andere Staat of om inkomsten die zijn verworven of beroepsarbeid die is uitgeoefend op het grondgebied van de andere Staat.

Die regel is evenwel **niet** van toepassing op de Belgische uitkeringen voor invaliditeit, ouderdom en overlijden (verworven met of zonder samentelling) of op de Argentijnse uitkeringen voor invaliditeit, ouderdom en overlijden, verworven op basis van de Overeenkomst (art. 6 van de Overeenkomst).

Bovenstaande impliceert dat artikel 136, § 2 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 wel van toepassing is in geval van samenloop met een andere Belgische invaliditeitsprestatie toegekend op basis van een wetgeving die buiten het materieel toepassingsgebied van de overeenkomst valt, zoals de invaliditeitsuitkering toegekend op basis van de Wet van 17 juli 1963 op de Overzeese Sociale Zekerheid.

## Afdeling 7. Het behoud van het recht op invaliditeitsuitkeringen in geval van overbrenging van woon- of verblijfplaats naar het buitenland

In beginsel mogen de **prestaties wegens invaliditeit**, verworven krachtens de Belgische of Argentijnse wetgeving, niet geschorst worden, noch verminderd of gewijzigd op grond van het feit dat de rechthebbende **woont** of **verblijft** op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat, tenzij de Overeenkomst anders bepaalt (art. 5 van de Overeenkomst).

### A. TIJDELIJK VERBLIJF

De gerechtigde op **invaliditeitsuitkeringen van de Belgische wetgeving** behoudt het recht op die uitkeringen tijdens een verblijf in Argentinië, op voorwaarde dat het Belgische bevoegde orgaan **vooraf toestemming heeft verleend** voor dat verblijf. Het verblijf kan evenwel enkel worden geweigerd als het plaatsvindt in de **periode waarin het Belgische bevoegde orgaan krachtens de Belgische wetgeving de invaliditeitstoestand moet evalueren of herzien** (art. 18 van de Overeenkomst).

### B. OVERBRENGING VAN WOONPLAATS

In de Overeenkomst wordt op het in artikel 5 vastgestelde algemene principe geen enkele uitzondering toegestaan. Een voorafgaande toestemming mag dan ook **niet** worden geëist wanneer de gerechtigde op invaliditeitsuitkeringen zijn verblijfplaats wenst over te brengen naar het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat.

Krachtens het 5<sup>e</sup> lid van artikel 15 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 moet de gerechtigde die zijn verblijfplaats naar het buitenland wenst over te brengen **de adviserend arts** daarvan evenwel ten minste vijftien dagen vóór zijn vertrek op de hoogte brengen. Het niet naleven van die verplichting om een wijziging van de verblijfplaats mee te delen, heeft geen onmiddellijke sanctie tot gevolg, maar kan leiden tot de toepassing van artikel 134, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1997, indien de Belgische verzekeringsinstelling niet van die wijziging op de hoogte is gebracht en indien die overbrenging niet in het Rijksregister wordt ingeschreven.

## Hoofdstuk III. Praktische aspecten

### Afdeling 1. Indiening van de aanvraag om invaliditeitsuitkeringen- Rol van de instellingen van de overeenkomstsluitende Staten in het onderzoek van de dossiers

#### A. VERBINDINGSORGANEN EN BEVOEGDE ORGANEN INZAKE INVALIDITEIT

##### Verbindingsorganen

De verbindingsorganen zorgen voor de coördinatie en de informatie tussen de bevoegde instellingen van de beide overeenkomstsluitende lidstaten die betrokken zijn bij de uitvoering van de overeenkomst en informeren de betrokken personen op het vlak van de rechten en verplichtingen die eruit voortvloeien (art. 1, g) Overeenkomst).

- voor België: het RIZIV en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden
- voor Argentinië: het Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid (NISZ).

##### Administracion Nacional de Seguridad Social (ANCES)

Adres: Paseo Colón 239, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel: 00 54-11-43726464

[ances@ances.gob.ar](mailto:ances@ances.gob.ar)

##### Bevoegde organen

- voor België: het RIZIV, samen met de betrokken verzekeringsinstellingen, en voor de zeelieden de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden
- voor Argentinië: het Nationaal Instituut voor Sociale Zekerheid (NISZ)

##### Administracion Nacional de Seguridad Social (ANCES)

Adres: Paseo Colón 239, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel: 00 54-11-43726464

[ances@ances.gob.ar](mailto:ances@ances.gob.ar)

#### B. ONDERZOEK VAN DE AANVRAGEN VOOR INVALIDITEITSUITKERINGEN (ART. 5 EN 7 ADMINISTRATIEVE SCHIKKING)

De aanvrager moet zijn aanvraag om prestaties indienen bij de bevoegde instelling van de Staat van woonplaats. Hij voegt daarbij alle beschikbare documenten waarom krachtens de wetgeving van de andere overeenkomstsluitende Staat kan worden verzocht met het oog op de vaststelling van het recht op de prestatie in kwestie. Over welke documenten het gaat wordt in principe gedetailleerd in de bilaterale aanvraagformulieren.

De bevoegde instelling van de lidstaat van woonplaats zendt de aanvraag en bijkomende documenten onverwijld over naar het verbindingsorgaan van diezelfde staat, die het op zijn beurt onverwijld overmaakt aan het verbindingsorgaan van de andere overeenkomstsluitende staat overeenkomstig de daartoe voorziene formulieren. Dit verbindingsorgaan bezorgt de aanvraag aan de bevoegde instelling van zijn staat.

### **b.1. Verzekerden onderworpen in België op het moment van aanvang van arbeidsongeschiktheid: woonplaats in België**

*Rol van de verzekeringsinstelling*

#### **a) Adviserend arts**

Als de adviserend arts bij de controles die hij uitvoert tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, vaststelt dat de situatie van de belanghebbende aanleiding zou kunnen geven tot het opstellen van een aanvraag voor een invaliditeitspensioen, verwittigt hij de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling en stelt hij een medisch verslag op dat hij bezorgt aan de administratieve dienst (**formulier BE-ARG 3bis**).

#### **b) Administratieve dienst**

De administratieve dienst van de verzekeringsinstelling laat de verzekerde vóór het einde van zijn jaar primaire arbeidsongeschiktheid **een Verklaring voor Invaliden** invullen, waarin hem wordt gevraagd naar alle landen waarin hij voordien heeft verbleven of een beroepsactiviteit heeft uitgeoefend.

Als de belanghebbende verklaart gedurende een **periode van minder dan een jaar in Argentinië verzekerd te zijn geweest**, dan neemt de verzekeringsinstelling via het RIZIV contact op met het Argentijnse verbindingsorgaan om te vragen of de tijdvakken die door de belanghebbende in Argentinië zijn vervuld, een recht op Argentijnse invaliditeitsuitkeringen kunnen openen, refererend naar artikel 19, § 3 van de Overeenkomst. De verzekeringsinstelling voegt bij haar brief een kopie van de Verklaring voor invaliden, die door de belanghebbende is ondertekend. Een aanvraagdossier wordt slechts opgesteld in geval van een positief antwoord van het verbindingsorgaan, en volgens de instructies hieronder.

Als de belanghebbende verklaart in Argentinië een beroepsactiviteit te hebben uitgeoefend of verzekerd te zijn geweest gedurende meer dan één jaar, zorgt de verzekeringsinstelling ervoor dat samen met betrokkene een aanvraagformulier voor Argentijnse invaliditeitsprestaties wordt ingevuld (**formulier BE-ARG 3**). Er wordt gevraagd om bij wijze van voorzichtigheid zeker na te gaan of de betrokkene tijdens de gemelde tijdvakken effectief verzekerd was in Argentinië en het niet ging om bijvoorbeeld een periode van detachering.

#### **c) Overmaken aanvraagdossier aan het RIZIV**

De verzekeringsinstelling bezorgt het aanvraagdossier (BE-ARG 3, BE-ARG 3bis inclusief bijkomende medische documenten, bijkomende documenten) onverwijld **aan het RIZIV**.

*Documenten die de verzekeringsinstelling verder bij elke aanvraag moet voegen:*

- een overzicht van de bijdragebons met daarop het laatste volledige kalenderjaar vóór de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid tot de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid
- een globaal loopbaanuitreksel van Sigedis (indien in loondienst)
- een loopbaanuitreksel van het RSVZ (indien zelfstandige).

*Documenten die de verzekeringsinstelling voor alle verzekerden moet invullen en in bepaalde gevallen bij de aanvraag moet voegen:*

- **er moet niet systematisch een blad met herzieningen en voorschotten** bij het aanvraagdossier worden gevoegd. Dat document zal aan de verzekeringsinstellingen worden gevraagd bij het opstellen van de beslissing en het berekenen van het pro-ratabedrag. In geval van het uitbetaalde bedrag verschilt van het bedrag voor order (bv. als gevolg van samenloop met andere socialezekerheidsprestaties of beroepsinkomsten uit een toegelaten activiteit ...) moet het blad met herzieningen en voorschotten bij wijze van uitzondering wel altijd bij het aanvraagdossier worden gevoegd



- **de Verklaring voor Invaliden** moet niet systematisch bij het aanvraagdossier worden gevoegd. Zij wordt door het ziekenfonds ingevuld en in het dossier van de verzekerde bewaard. Zij wordt enkel aan het RIZIV bezorgd als er een lange termijn (meer dan één jaar) verlopen is tussen de datum van ondertekening van de Verklaring voor Invaliden en de datum van indiening van de aanvraag
- de **subrogatie** (verwijzend naar de Overeenkomst) moet worden ingevuld en ondertekend door elke verzekerde voor wie in de internationale context een aanvraagdossier voor invaliditeitsuitkeringen wordt opgesteld. Zij wordt bewaard in het dossier van de verzekerde. Dat document is van essentieel belang om hem te informeren over zijn rechten en plichten en om het RIZIV en de verzekeringsinstellingen in overeenstemming te brengen met hun eigen informatieplicht.

De subrogatie wordt automatisch toegevoegd aan het aanvraagdossier als de aanvraag opnieuw wordt ingediend bij de buitenlandse instelling.

#### *Betaling van provisionele Belgische invaliditeitsuitkeringen:*

Wanneer de verzekeringsinstelling vaststelt dat de aanvrager krachtens de bepalingen van de Belgische wetgeving **uitsluitend op basis van zijn Belgische verzekeringstijdvakken** het recht op de invaliditeitsuitkeringen opent, dan kent zij de aanvrager **provisionele uitkeringen** toe. Die provisionele uitkeringen worden betaald na afloop van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, ten belope van het bedrag waarop de verzekerde recht heeft krachtens de Belgische wetgeving.

De verzekeringsinstelling kan eveneens provisionele uitkeringen toekennen aan de aanvrager die **enkel op basis van de samentelling van de verzekeringstijdvakken** het recht op Belgische invaliditeitsuitkeringen (desgevallend na één jaar onvergoede primaire arbeidsongeschiktheid). Aangezien het recht wordt geopend via samentelling heeft de persoon in kwestie enkel recht op een geprorateerde invaliditeitsuitkering. In dergelijk geval moet de verzekeringsinstelling tijdig en alleszins **vóór de aanvang van de invaliditeit via het RIZIV** aan het Argentijnse orgaan een getuigschrift vragen met betrekking tot de verzekeringstijdvakken in Argentinië (ARG-BE 4) om een **voorlopige loopbaancoëfficiënt** vast te stellen.

Bovendien moet de verzekeringsinstelling onmiddellijk de aandacht van de verzekerde vestigen op het voorlopig karakter van die uitkeringen. De uitbetaling van de provisionele uitkeringen is afhankelijk van het ondertekenen van een subrogatie.

#### *Rol van het RIZIV*

Het RIZIV staat in voor het aanvullen van de aanvraagdatum (eerste pagina) en rubriek 7 van formulier ARG-BE 3. Zij bevestigt dat de gegevens in verband met de burgerlijke staat behoorlijk voor echt worden verklaard.

Het RIZIV stelt het Belgisch loopbaanoverzicht op (formulier BE-ARG 4) op basis van de loopbaangegevens overgemaakt door de verzekeringsinstelling.

Via het communicatieformulier ARG-BE 5 bezorgt het RIZIV de volledige aanvraag onmiddellijk aan het Argentijnse verbindingorgaan. Daarbij laat het RIZIV het Argentijnse orgaan weten of het al dan niet akkoord gaat met de rechtstreekse uitbetaling van de achterstallige bedragen aan de belanghebbende.

Het bevoegde Argentijnse orgaan stelt de rechten van de belanghebbende vast en bezorgt haar beslissing alsook het overzicht van de Argentijnse loopbaan (ARG-BE 4) via het Argentijnse verbindingorgaan aan het RIZIV door middel van het formulier **ARG-BE 5 (kennisgeving van de Argentijnse beslissing)**, samen met een kopie van deze beslissing bestemd voor de aanvrager. In de beslissing moeten de middelen en termijnen van beroep waarin de Argentijnse wetgeving voorziet, vermeld zijn.



Na ontvangst van de Argentijnse beslissing berekent het RIZIV de definitieve gedeeltelijke Belgische uitkering. Zij betekent de Belgische beslissing samen met de Argentijnse beslissing aan de aanvrager, onder mededeling voorziene middelen en termijnen voor instellen van beroep.

De termijnen inzake beroep beginnen te lopen vanaf de eerste werkdag volgend op de dag van ontvangst van de beslissing.

Tegelijkertijd communiceert het RIZIV via het formulier **BE-ARG 5** de Belgische beslissing aan het Argentijnse verbindingsorgaan en deelt, in voorkomend geval, het bedrag mee dat het ter compensatie moet terugvorderen op de achterstallige bedragen van de prestatie die door Argentinië verschuldigd is (art. 26 Overeenkomst en art. 7, § 2b), Administratieve schikking). Het RIZIV deelt ook mee wanneer de Argentijnse beslissing werd betekend.

### **b.2 Verzekerden onderworpen in Argentinië op het moment van aanvang arbeidsongeschiktheid: woonplaats in Argentinië**

Voor laatst Argentijns verzekerden woonachtig in Argentinië zal het aanvraagdossier voor een Belgische invaliditeitsuitkering door het Argentijns verbindingsorgaan worden overgemaakt aan het RIZIV.

Het ontvangen aanvraagdossier bestaat in principe uit een:

- aanvraag voor Belgische invaliditeitsuitkeringen (**formulier ARG BEL 3**)
- overzicht van de verzekeringstijdvakken (**formulier ARG-BE 4**)
- gedetailleerd medisch verslag (**formulier ARG-BE 3bis**) inclusief alle medische documenten in haar bezit.

#### *Rol van de verzekeringsinstelling*

##### **a) Rol van de adviserend arts**

Na ontvangst legt de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling het medisch verslag (**formulier ARG-BE 3bis**) alsook bijkomende medische documenten aan de adviserend arts voor.

De adviserend arts bepaalt de aanvangsdatum van arbeidsongeschiktheid.

De adviserend arts doet op basis van het medisch verslag een positief of negatief medisch voorstel tot erkenning van invaliditeit aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit.

##### **b) Rol van de administratieve dienst**

Na ontvangst van het door het RIZIV bezorgde dossier onderzoekt de verzekeringsinstelling de aanvraag.

Zij beoordeelt in eerste instantie of, mede gelet op het beginsel van samentelling van verzekeringstijdvakken de administratieve verzekeringsvoorwaarden op de aanvangsdatum arbeidsongeschiktheid vervuld zijn (hoedanigheid gerechtigde, wachttijd en behoud van recht).

Zij neemt contact op met de verzekerde om hem te vragen om het volgende in te vullen:

- het inkomensonderzoek (samenloop)
- het model A
- het formulier 225
- voor een zelfstandige verzekerde, het document Stopzetting van activiteit.

Teneinde de behandelingstermijnen van de dossiers in de internationale context zo goed mogelijk te beheren, is in overleg met de verzekeringsinstellingen een procedure voor het beheer van herinneringen uitgewerkt die op deze Overeenkomst van toepassing is.

Indien de aanvrager niet binnen een termijn van drie maanden antwoordt, wordt hem een herinnering gestuurd. In dat document wordt duidelijk zijn aandacht gevestigd op het feit dat zonder antwoord van zijn kant binnen een termijn van één maand, het dossier:

- ofwel zal worden behandeld op basis van de informatie waarover men beschikt en dat een minimum uitkeringspercentage zal worden toegekend
- zal worden afgesloten als er onvoldoende informatie is om het te kunnen behandelen.

Zonder antwoord binnen de toegekende termijn van één maand, wordt het dossier:

- ofwel behandeld op basis van de informatie waarover men beschikt en wordt een minimumvergoeding toegekend
- ofwel afgesloten als er onvoldoende informatie is om het te kunnen behandelen.

De verzekeringsinstelling stelt de rechten van de belanghebbende vast en deelt haar voorstel van beslissing mee aan het RIZIV. De verzekeringsinstelling bezorgt eveneens het volledige dossier terug aan het RIZIV:

- als het recht niet wordt geopend, vermeldt zij de reden van de verwerping
- als het recht wordt geopend, vermeldt zij het theoretische bedrag van de uitkering (bedrag voor order) evenals de datum vanaf wanneer de prestaties mogen worden toegekend.

## *Rol van het RIZIV*

Het RIZIV:

- kijkt na ontvangst van het door het Argentijnse verbindingsorgaan overgemaakte dossier na of alle documenten die nodig zijn voor de aanvraag zijn toegevoegd en of op basis van die documenten de aanvraag kan worden behandeld
- verzamelt de Belgische loopbaangegevens en stelt het Belgisch loopbaanoverzicht (BE-ARG 4) op
- verifieert of de betrokkene wel degelijk een Belgische verzekeringscarrière van minstens één jaar bewijst (art. 17 van de Overeenkomst).

Als het dossier volledig is en betrokkene minstens één jaar Belgische verzekeringstijdvakken bewijst, wordt de aanvraag voor onderzoek overgemaakt aan de verzekeringsinstelling waarbij de betrokkene in laatste instantie in België was aangesloten.

Als het dossier onvolledig is, worden de ontbrekende documenten opgevraagd bij het Argentijnse verbindingsorgaan via het communicatieformulier **BE-ARG 5**.

Na ontvangst van het beslissingsvoorstel van de verzekeringsinstelling stelt het de Belgische toekenningsbeslissing op en deelt het die mee aan het verbindingsorgaan, inclusief een kopie bestemd voor de aanvrager en bezorgt het een afschrift aan de verzekeringsinstelling. In de beslissing moeten de middelen en termijnen van beroep waarin in de Belgische wetgeving is voorzien, worden vermeld.

Het Argentijnse verbindingsorgaan brengt de belanghebbende per aangetekend schrijven op de hoogte van de beslissing. De beroepstermijnen beginnen te lopen vanaf de eerste werkdag volgend op ontvangst van de beslissing door de aanvrager.

Het Argentijnse verbindingsorgaan bezorgt het RIZIV tegelijk de kennisgeving van de Belgische beslissing alsook zijn eigen beslissing en deelt, in voorkomend geval, het bedrag mee dat het ter compensatie moet terugvorderen op de achterstallige bedragen van de prestatie die door België verschuldigd is.

### **b.3 Verzekerden onderworpen in België op het moment van aanvang van arbeidsongeschiktheid: woonplaats in Argentinië**

Bepaalde personen, woonachtig en tewerkgesteld in Argentinië blijven op basis van bijzondere aanwijssregels in het verdrag onderworpen aan de Belgische sociale zekerheid (bv. detachering).

Overeenkomstig de Administratieve schikking moet de aanvraag voor Belgische invaliditeitsuitkeringen worden ingediend via het orgaan van de woonplaats.

Indien op basis van de overgemaakte medische gegevens kan worden vastgesteld dat de arbeidsongeschiktheid één jaar overtreft, kan de verzekeringsinstelling eveneens het jaar primaire arbeidsongeschiktheid vergoeden op basis van artikel 294, § 1, 4<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

### **b.4 Verzekerden onderworpen in Argentinië op het moment van aanvang arbeidsongeschiktheid: woonplaats in België**

De Argentijns verzekerde woonachtig in België kan zich voor zijn aanvraag om Argentijnse invaliditeitsprestaties wenden tot zijn verzekeringsinstelling (indien hij is ingeschreven als bijv. resident) of tot een verzekeringsinstelling naar keuze (indien hij niet aangesloten is bij een ziekenfonds).

De verzekeringsinstelling zorgt ervoor dat samen met betrokkene een aanvraagformulier voor Argentijnse invaliditeitsprestaties wordt ingevuld (**formulier BE-ARG 3**).

De verzekeringsinstelling maakt de aanvraag, samen met een medisch rapport BE-ARG 3*bis* over aan het RIZIV.

De verdere afhandeling van de aanvraag gebeurt zoals beschreven onder punt b.1.

## **Afdeling 2. Uitbetaling van de prestaties (art. 23 Overeenkomst en art. 19 van de Administratieve schikking)**

De Overeenkomstsluitende staten kunnen zich kwijten van hun prestaties in hun eigen nationale munt.

De invaliditeitsuitkeringen worden door rechtstreekse uitbetaling door de bevoegde organen aan de rechthebbenden gestort.

Ingeval onverschuldigde betalingen worden teruggevorderd, zoals beoogd in artikel 25 van de Overeenkomst, zullen de nabetalings van achterstallige bedragen en de ingehouden bedragen evenwel worden overgemaakt aan het crediteurorgaan door toedoen van het Belgische verbindingsorgaan en het bevoegde Argentijnse orgaan (art. 19 van de Administratieve schikking).

## **Afdeling 3. Uitwisseling van gegevens - Administratieve en medische controle (art. 13 en 21 van de Overeenkomst)**

De instellingen van de beide overeenkomstsluitende Staten zijn gemachtigd om voor de toepassing van deze overeenkomst persoonlijke gegevens uit te wisselen, met inbegrip van gegevens met betrekking tot het inkomen van de personen, die de instelling van een overeenkomstsluitende Staat nodig heeft voor de toepassing van een wetgeving inzake sociale zekerheid of sociale bijstand. Zij respecteren hierbij hun nationale wetgeving inzake bescherming van persoonlijke gegevens en zien er op toe dat de informatie verstrekt door het andere Overeenkomstsluitende land enkel wordt aangewend voor de toepassing van de wetgeving inzake sociale zekerheid.

Als het Argentijnse of Belgische verbindingsorgaan kennis heeft van het feit dat een rechthebbende op een invaliditeitsuitkering van de andere overeenkomstsluitende Staat, of zijn echtgenoot, niet alle beroepsactiviteiten heeft stopgezet of een dergelijke activiteit heeft hervat, stelt zij het verbindingsorgaan van de andere Overeenkomstsluitende Staat daarvan onverwijld in kennis. Het deelt eveneens alle beschikbare inlichtingen mee over de aard van het verrichte werk en over het bedrag van de winsten of inkomsten die de gerechtigde of zijn gezinsleden geniet of heeft genoten, evenals hun overlijden (art. 8 van de Administratieve schikking).

Het verbindingsorgaan van de overeenkomstsluitende Staat waar een gerechtigde op een rust-, overlevings- of invaliditeitsprestatie van de andere overeenkomstsluitende Staat woont, en in voorkomend geval zijn echtgenoot, zal op verzoek het verbindingsorgaan van deze laatste Staat op de hoogte brengen van het overlijden van deze gerechtigde of zijn echtgenoot (art. 9 van de Administratieve schikking).

Op verzoek van het verbindingsorgaan van de ene staat zal het verbindingsorgaan van de andere staat alle medische informatie of documentatie over de ongeschiktheid van de aanvrager of de gerechtigde verstrekken. Op dezelfde wijze verstrekt het RIZIV, op verzoek van het Argentijnse verbindingsorgaan, alle medische informatie of documentatie over de ongeschiktheid van de aanvrager of van de rechthebbende.

Ingeval de rechthebbende op het grondgebied van een andere overeenkomstsluitende Staat dan die waar het debiteurorgaan zich bevindt, verblijft of woont, geschiedt de administratieve en medische controle op verzoek van dat orgaan van de verblijf- of woonplaats van de rechthebbende, volgens de bepalingen die zijn vastgesteld bij de wetgeving die laatstgenoemd orgaan toepast. Het debiteurorgaan behoudt het recht om de rechthebbende te laten onderzoeken door een arts van zijn keuze.

Verzoeken om medische onderzoeken gebeuren via het communicatieformulier **BE-ARG/ARG-BE 5**.

De kosten voor medische controle worden door het debiteurorgaan jaarlijks binnen de kortst mogelijke termijn terugbetaald aan het orgaan van de verblijf- of woonplaats op basis van het tarief van het orgaan van de verblijf- of woonplaats en na overlegging van een gedetailleerde staat van de verrichte uitgaven.

Er is geen terugbetaling nodig voor de expertises die worden uitgevoerd in het belang van de beide overeenkomstsluitende Staten.

Er is geen specifiek bilateraal formulier voorzien voor de facturatie van controlekosten.

#### Afdeling 4. Aanvragen, verklaringen en rechtsmiddelen (art. 22 van de Overeenkomst)

Aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen die, krachtens de wetgeving van een overeenkomstsluitende Staat, binnen een bepaalde termijn hadden moeten worden ingediend bij een autoriteit, orgaan of rechtscollege van die Staat, zijn ontvankelijk indien zij binnen dezelfde termijn worden ingediend bij een autoriteit, orgaan of rechtscollege van de andere overeenkomstsluitende Staat. In dat geval laat de/het aldus aangezochte autoriteit, orgaan of rechtscollege die aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen onverwijld worden aan de autoriteit, het orgaan of het rechtscollege van de eerste overeenkomstsluitende Staat, ofwel rechtstreeks ofwel door toedoen van de bevoegde autoriteiten van de overeenkomstsluitende Staten.

De datum waarop de aanvragen, verklaringen of rechtsmiddelen werden ingediend bij een autoriteit, een orgaan of een rechtscollege van de andere overeenkomstsluitende Staat wordt beschouwd als datum van indiening bij de/het ten deze bevoegde autoriteit, orgaan of rechtscollege.

Een aanvraag of een document mag niet worden verworpen omdat het opgesteld is in een officiële taal van de andere overeenkomstsluitende Staat.

### Afdeling 5. Statistische inlichtingen (art. 11 van de Administratieve schikking)

De verbindingsorganen wisselen jaarlijks statistische gegevens uit over het aantal in de andere overeenkomstsluitende Staat verrichte stortingen en over de bedragen waarover het daarbij gaat.

### Afdeling 6. Terugvordering van onverschuldigde bedragen (art. 26 van de Overeenkomst)

Wanneer de instelling van één van de Staten aan een rechthebbende op uitkeringen een groter bedrag heeft uitbetaald dan waarop hij recht heeft, kan deze instelling, op de wijze en binnen de grenzen als bepaald in de wetgeving die ze toepast, aan de instelling van de andere Staat die uitkeringen aan deze rechthebbende verschuldigd is, vragen om het te veel betaalde bedrag in te houden op de bedragen die ze aan bedoelde rechthebbende betaalt. Laatstgenoemde instelling houdt het bedrag in op de wijze en binnen de grenzen als voor een dergelijke schuldvergelijking is bepaald bij de wetgeving die ze toepast alsof het door deze instelling zelf te veel betaalde bedragen betreft en maakt het ingehouden bedrag over aan de crediteurstelling door tussenkomst van het verbindingsorgaan (art. 10 Administratieve schikking).

### Afdeling 7. Uitvoeringsprocedures (art. 25 van de Overeenkomst)

De uitvoerbare vonnissen van een rechtbank van een van de overeenkomstsluitende Staten, evenals de uitvoerbare akten van een autoriteit of een orgaan van een van de overeenkomstsluitende Staten, met betrekking tot socialezekerheidsbijdragen en andere vorderingen (inzonderheid met betrekking tot de terugvordering van onverschuldigd uitbetaalde prestaties) worden erkend op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat. Een dergelijke erkenning kan slechts worden geweigerd wanneer ze ingaat tegen de wettelijke principes of de openbare orde van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan het vonnis of de handeling dient te worden uitgevoerd.

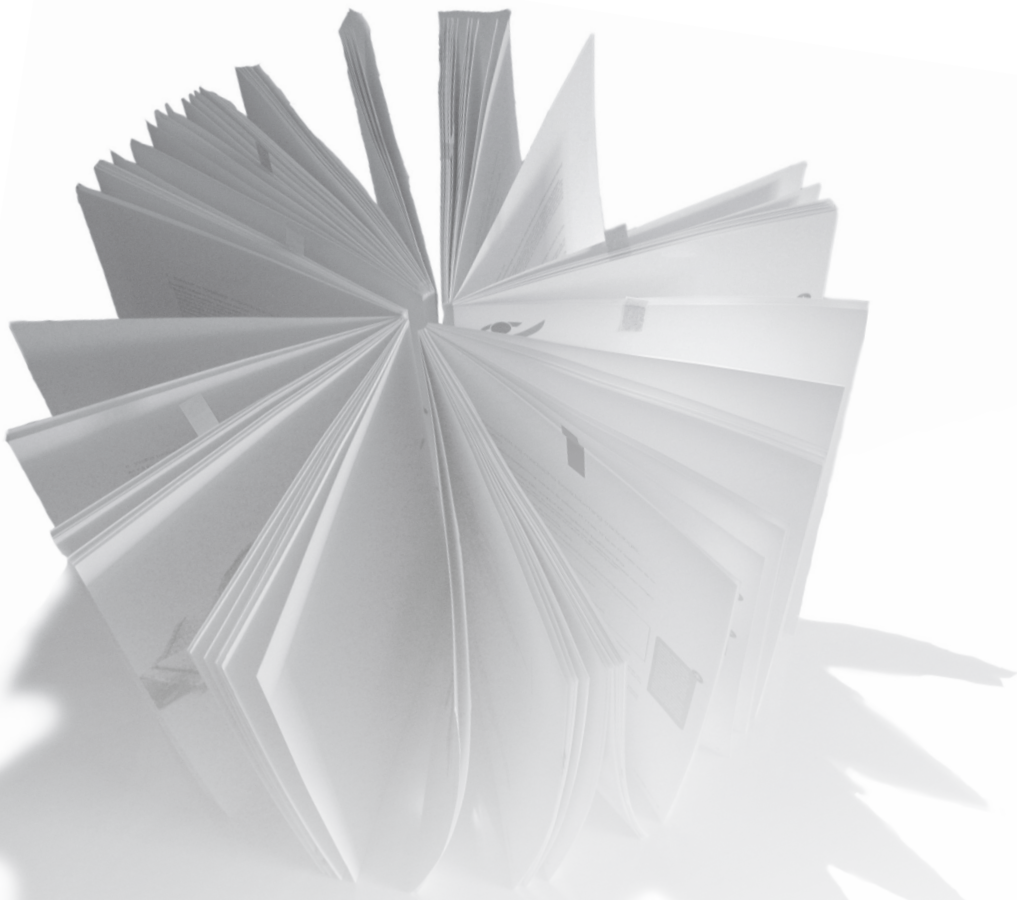
De procedure voor de uitvoering van vonnissen en akten waartegen niet meer in beroep kan worden gegaan, moet in overeenstemming zijn met de wetgeving die de uitvoering van dergelijke vonnissen en handelingen regelt van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan het vonnis of de akte moet worden uitgevoerd. Bij het vonnis of de akte wordt een getuigschrift gevoegd als bewijs van het uitvoerend karakter ervan.

Bovendien worden de vorderingen die het voorwerp moeten zijn van een terugvordering of een gedwongen terugvordering op dezelfde manier behandeld als vorderingen van dezelfde aard van een orgaan dat zich bevindt op het grondgebied van de overeenkomstsluitende Staat waarop de terugvordering of de gedwongen terugvordering wordt uitgevoerd.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/251 – 82/11 van 10 september 2018.

5<sup>e</sup> Deel  
Basisgegevens



# I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 september 2018

Van toepassing vanaf 1 september 2018.

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad 29 januari 2014 (2<sup>e</sup> uitgave) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 september 2018:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
19.105,58 EUR	3.536,95 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2018/244 – 3991/301 van 4 september 2018.

## II. Persoonlijk aandeel van de patiënt in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2019

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2019**.

### 1. De dag van opname:

De dag van opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 5,77 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 33,04 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 33,04 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 43,52 EUR.

### 2. Vanaf de tweede dag:

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 5,77 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 5,77 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 16,25 EUR.



### 3. Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum):

Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste) : met 5,77 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 5,77 EUR;
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste : met 5,77 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 16,25 EUR.

### 4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 5,77 EUR;
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 16,25 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 27,08 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2018/380 – 362/48 van 19 december 2018.

### III. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3<sup>de</sup> lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

#### Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
<b>Vanaf 1 september 2018</b>	<b>36.112,24</b>	<b>3.536,95</b>

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
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
<b>2018</b>	<b>35.640,25</b>	<b>3.490,68</b>



Omzendbrief V.I. nr. 2018/386 – 270/76 – 273/77 – 274/78 – 276/127 – 2790/78 – 2791/76 – 2792/75 – 3910/1712 en 83/486 van 20 december 2018.

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

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

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

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

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

*1<sup>ste</sup> september 2008 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> september 2010 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> mei 2011 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> februari 2012 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> december 2012 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> juli 2015 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> juni 2016 indexering*

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

*1<sup>ste</sup> juni 2017 indexering*

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

***1<sup>ste</sup> september 2018 indexering***

**1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 18 = 2.517,74 EUR**

Waarde per trimester		
1 <sup>ste</sup> trimester 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
<b>4<sup>de</sup> trimester 2018</b>	<b>2.517,74*3/3</b>	<b>2.517,74 EUR</b>



Omzendbrief V.I. nr. 2018/387 – 248/67 van 20 december 2018.

## V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming – Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2018

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

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

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorig dienstjaar (2018)	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.855,63 EUR	3.490,68 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2018/388 – 3991/302 van 20 december 2018.

## VI. Maximumfactuur - Dienstjaar 2019

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

### I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2019

#### a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2018 :		107,24	
-----	=	-----	= 1,0206
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2017 :		105,08	

#### b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2019

van	0,00	tot	19.003,89
van	19.003,90	tot	29.214,93
van	29.214,94	tot	39.426,00
van	39.426,01	tot	49.211,59
vanaf	49.211,60		

### II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2019

#### Algemeen

dienstjaar 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00
dienstjaar 2018	468,18	676,26	1.040,40	1.456,56	1.872,72
dienstjaar 2019	477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16

#### Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

dienstjaar 2017	102
dienstjaar 2018	104,04
dienstjaar 2019	106,12

### III. Voorwaarden voor toekenning maximum- factuur chronisch zieken - Dienstjaar 2019

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht:

dienstjaar 2018	468,18
dienstjaar 2017	459,00



Omzendbrief V.I. nr. 2019/1 – 3998/44 van 8 januari 2019.



## VII. Persoonlijk aandeel van de rechthebbenden: indexering op 1 januari 2019

### I. Persoonlijk aandeel van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden in de kosten van de farmaceutische specialiteiten

Artikel *2bis* van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, voorziet een jaarlijkse indexering van de plafonds van het persoonlijk aandeel jaarlijks op 1 januari overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De aangepaste waarden zijn afgerond op het dichtstbijzijnde tiende EUR.

Nieuwe remgeldplafonds vanaf 1 januari		
Vergoedingscategorieën	Preferentieel verzekerden niet opgenomen in ziekenhuis	Gewoon verzekerden niet opgenomen in ziekenhuis
<b>Categorie B</b>	Remgeld maximum: 8,00 EUR	Remgeld maximum: 12,10 EUR
<b>Categorie B – grote verpakking</b>	Remgeld maximum: 9,90 EUR	Remgeld maximum: 15,00 EUR
<b>Categorie C</b>	Remgeld maximum: 9,90 EUR	Remgeld maximum: 15,00 EUR
<b>Categorie Cs</b>	Remgeld zonder maximum	Remgeld zonder maximum
<b>Categorie Cx</b>	Remgeld zonder maximum	Remgeld zonder maximum
<b>Categorie Fb</b>	Remgeld maximum: 8,00 EUR	Remgeld maximum: 12,10 EUR
<b>Categorie Fb – grote verpakking</b>	Remgeld maximum: 9,90 EUR	Remgeld maximum: 15,00 EUR

### II. Persoonlijk aandeel van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten

Artikel *3bis* van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, voorziet in de indexeringsmodaliteiten van de persoonlijke aandelen van de rechthebbenden.

Rekening houdend met de indexering en met de methode voor het afronden op de dichtsbijzijnde eurocent, worden de nieuwe bedragen van de persoonlijke aandelen:

Categorie magistrale bereidingen	2019	
	Rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming	Andere rechthebbenden
	EUR	EUR
“Normale” bereiding	0,32	1,23
Persoonlijk aandeel = 0	0,00	0,00
Als dusdanig en topische bereidingen voor oftalmisch gebruik	0,64	2,46

### III. Persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

Artikel 3 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare dieetvoeding voor medisch gebruik, voorziet in de indexeringsmodaliteiten van de persoonlijke aandelen van de rechthebbenden.

Rekening houdend met de indexering en met de methode voor het afronden, worden de nieuwe grensbedragen van de persoonlijke aandelen:

- Categorie B
  - 8,00 EUR voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming
  - 12,10 EUR voor de andere rechthebbenden.
- Categorie C
  - 12,10 EUR voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming
  - 20,00 EUR voor de andere rechthebbenden.

### Lijst van de medische voeding voor dewelke het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden wijzigt op 1 januari 2019

criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
B	3154-564	Basecal 100 (Vitaflor International Limited)		48,67	48,67		
	7001-845	30 x 21,5 g (06/2016)	M	1,4560	1,4560	7,30	12,10
	7001-845	* 1 x 21,5 g (06/2016) ** 1 x 21,5 g (06/2016)		1,2190	1,2190		
B	3154-556	Basecal 200 (Vitaflor International Limited)		97,01	97,01		
	7001-852	30 x 43 g (06/2016)	M	2,9223	2,9223	8,00	12,10
	7001-852	* 1 x 43 g (06/2016) ** 1 x 43 g (06/2016)		2,6853	2,6853		

## IV. Persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Artikel 3 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, voorziet in de indexeringsmodaliteiten van de persoonlijke aandelen van de rechthebbenden.

Rekening houdend met de indexering en met de methode voor het afronden, worden de nieuwe grensbedragen van de persoonlijke aandelen:

- Categorie B
  - 8,00 EUR voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming
  - 12,10 EUR voor de andere rechthebbenden.
- Categorie C
  - 12,10 EUR voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming
  - 20,00 EUR voor de andere rechthebbenden.

Lijst van de diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen voor dewelke het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden wijzigt op 1 januari 2019

criterium	Code	Benaming en verpakkingen	Opm.	Prijs	Basis van tegemoetk.	I	II
B	2456-010	MUCOCLEAR 6 % 60 x 4 mL hypertonische oplossing	M	58,79	58,79	8,00	12,10
	7108-657	* pr. 4 mL hypertonische oplossing		0,7583	0,7583		
	7108-657	** pr. 4 mL hypertonische oplossing		0,6398	0,6398		
B	2987-568	NEBUSAL 7 % (Forest Laboratoires Benelux B.V.) 60 ampulen x 4 mL	M	58,79	58,79	8,00	12,10
	7110-794	* pr. 4 mL ampul		0,9123	0,9123		
	7110-794	** pr. 4 mL ampul		0,7938	0,7938		

## V. Begrensde persoonlijke aandelen van de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden in de kosten van vergoedbare radiofarmaceutische producten

Artikel 27 van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten voorziet een jaarlijkse indexering van de plafonds van het persoonlijk aandeel op 1 januari overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De aangepaste waarden zijn afgerond op het dichtstbijzijnde tiende euro.

### Nieuwe remgeldplafonds vanaf 1 januari 2019:

Vergoedingscategorieën	Preferentieel verzekerden Niet opgenomen in ziekenhuis	Gewoon verzekerden Niet opgenomen in ziekenhuis
Radiofarmaceutische producten ingeschreven in hoofdstuk II van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014	Remgeld maximum: 8,00 EUR	Remgeld maximum: 12,10 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2019/38 – 391/575 van 28 januari 2019.

## VIII. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 15.01.2014) - Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Van toepassing vanaf 1 januari 2019.

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

De vermelde bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Een afronding naar de hogere of lagere euro naargelang het cijfer van de centiemen hoger of lager is dan vijftig wordt gerealiseerd.

Coëfficiënt            1,8230 in 2019

Het bedrag voor 2019 wordt berekend op grond van de instructies van de mechanografie van het kadaster; uitgaande van het bedrag in EURO, vermenigvuldiging met de vastgestelde coëfficiënt en normale afronding op de EURO.

Dat geeft voor 2019:        1,356 EUR  
    226 EUR



Omzendbrief. V.I. nr. 2019/43 – 3991/303 van 29 januari 2019.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Sarah Koval  
Mevr. Marie Lejeune  
Mevr. Véronique Clicheroux  
Mevr. Céline Faufeder  
Mevr. Delphine Demaret  
Mevr. Charlotte Lefebre  
Mevr. Natalia Golovneva  
Mevr. Melissa François  
Mevr. Nuray Özdemir

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en Français

ISSN 0046-9726