

1^{ste} Deel

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



1^{ste} trimester 2015

I. Financiële en administratieve aspecten

1. Algemeen beheerscomité

Het Algemeen beheerscomité heeft op 13 januari 2015 haar huishoudelijk reglement gewijzigd en zo in overeenstemming gebracht met recente reglementaire bepalingen.¹ Het gaat om aanpassingen op het vlak van:

- de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten. Voor het vastleggen van de domeinen en indicatoren aan de hand waarvan de verzekeringsinstellingen kunnen worden geëvalueerd maken telkens 2 vertegenwoordigers van elke verzekeringsinstelling deel uit van de vergaderingen. Zij hebben een raadgevende stem
- het vernieuwde personeelsstatuut. Een aanpassing van terminologie drong zich op
- de regelgeving op de overheidsopdrachten en de nieuwe drempels zijn eveneens geïntegreerd in het reglement.

2. Laboratoria anatomopathologie

Een percentage van het globaal budget voor de verstrekkingen anatomopathologie dekt de kosten van de externe kwaliteitscontrole door het Instituut Volksgezondheid. De percentages voor 2014 en 2015 zijn vastgelegd met een koninklijk besluit van 20 januari 2015.²

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Gecontroleerde werklozen

Met terugwerkende kracht, met ingang vanaf 1 juli 2013, worden vrijwillig deeltijdse werknemers die een inkomensgarantie-uitkering genieten, gelijkgesteld met gecontroleerde werklozen.³ Zij kunnen voortaan hun recht op prestaties in de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen behouden als de deeltijdse werknemers met behoud van rechten.

1. K.B. van 10.12.2014 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 08.12.1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, B.S. van 13.01.2015, p. 1193.
 2. K.B. van 20.01.2015 houdende nadere regeling van de financiering van de externe kwaliteitscontrole van de laboratoria voor pathologische anatomie, B.S. van 27.02.2015, p. 14651.
 3. K.B. van 22.02.2015 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de Wet GVU, B.S. van 10.03.2015, p. 15800.

b. Verzaking aan terugvordering van onverschuldigde bedragen

De verordening van 22 mei 2006 die voorziet in de uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde krijgt een aanpassing zodat wordt verwezen naar de nieuwe bepalingen betreffende de verhoogde tegemoetkoming in plaats van de oude.⁴

2. Zorgverstrekkers

a. Forensisch psychiatrisch centrum

Vanaf 1 augustus 2014 treden de bepalingen in werking die betrekking hebben op de oprichting en financiering van een forensisch psychiatrisch centrum (FPC).⁵

Het FPC in Gent wordt aangeduid als instelling waarvoor het RIZIV tegemoetkomt, met een opname capaciteit van 264 patiënten per dag. De tegemoetkoming omvat zowel de zorgomkadering als de andere geneeskundige verstrekkingen en is verschuldigd per dag van opname. Ze bedraagt 221,75 EUR per effectieve verblijfsdag vanaf 1 augustus 2014 en 218,01 EUR vanaf 1 januari 2016.

De voorwaarden voor deze tegemoetkoming zijn de volgende:

- het sluiten van een overeenkomst met Ministers van Justitie, Volksgezondheid en Sociale Zaken
- het verblijf kadert in een perspectief van doorstroming naar samenleving
- het FPC maakt deel uit van een forensisch netwerk
- per patiënt is er een behandelingsplan, met behandelingsaanbod en behandeltraject, de individuele zorgdoelstellingen en de behandelduur
- de aangeboden zorgprogramma's moeten evidence-based zijn, of best-practice of experience-based, met continue bijstelling op basis van wetenschappelijk onderzoek
- het FPC moet beschikken over een minimale zorgequipe
- het FPC moet beschikken over een minimale geneeskundige equipe
- een hoofdgeneesheer is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg
- het FPC past voor zorgpersoneel de CAO van de ziekenhuizen toe
- het FPC voldoet aan een ganse reeks erkenningsvoorwaarden zoals die ook gelden voor psychiatrische ziekenhuizen
- het FPC zorgt ook voor toegang tot somatische zorg
- het FPC respecteert de regelgeving op het vlak van geneesmiddelen
- het FPC doet registratie van gegevens en houdt een analytische boekhouding.

Een opvolgingscomité evalueert de werking van het FPC. In de opstartfase om de 6 maanden, na dien vindt een jaarlijkse evaluatie plaats.

b. Artsen

Op 22 december 2014 heeft de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) een nieuw akkoord gesloten voor 2015.⁶

4. M.B. van 17.02.2015 houdende goedkeuring van de verordening van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV tot wijziging van de verordening van 22.05.2006 tot uitvoering van art. 22, § 2, a) van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde, B.S. van 03.03.2015, p. 14971.

5. K.B. van 19.12.2014 in uitvoering van art. 56, § 3ter van de wet GVU, voor de forensische psychiatrische centra, B.S. van 29.01.2015 (Ed. 3), p. 8028.

6. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 22.12.2014, B.S. van 27.01.2015, p. 7306.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de geneesheren wordt voor 2015 vastgesteld op 7.770.864.000 EUR, verhoogd met een bedrag van 148.803.000 EUR voor de honoraria inzake nierdialyse. De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden respectievelijk vastgelegd op 1.279.239.000 EUR en op 1.218.580.000 EUR.

Binnen de vastgestelde financiële marges worden volgende maatregelen genomen met betrekking tot de huisartsen:

- de honoraria blijven gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014, behalve voor het GMD en het bijkomend honorarium voor de diabetes. Deze worden vastgesteld op respectievelijk 30 EUR en 20 EUR vanaf 1 februari 2015
- de verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten
- versterken van het beleid inzake huisartsenwachtposten.

Met betrekking tot de geneesheren-specialisten worden volgende maatregelen genomen:

- de honoraria blijven gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014 met uitzondering van de honoraria voor reanimatie, dialyse en diagnostische mammografieën die worden verminderd
- met het oog op de monitoring van de uitgaven voor de medische beeldvorming zal een bijzondere werkgroep worden opgericht
- de honoraria van de niet-geaccrediteerde artsen worden verlaagd met 1 % (met uitzondering van de raadplegingen en toezichtshonoraria)
- bijkomende besparingen inzake chronische pijnbehandeling waar de eerder opgelegde doelstellingen de beoogde effecten hebben
- evaluatie van de eventuele overschrijding die de geraamde impact van de herziening van de orthopedie zou hebben
- de forfaitaire honoraria voor opname medische beeldvorming en klinische biologie worden verminderd met 67 % in geval van heropname binnen de 10 dagen van de patiënt in hetzelfde ziekenhuis.
- diverse positieve maatregelen besproken in de technisch geneeskundige raad zullen zo snel mogelijk worden doorgevoerd
- voorbereiding voor het toekennen van een forfaitaire vergoeding aan geneesheren-specialisten die niet in een universitair ziekenhuis zijn opgenomen.

De informatisering wordt bevorderd door het integreren van de praktijktoelage en de telematicapremie voor huisartsen, alsook door het opzetten van een ruime informaticacampagne en de organisatie van een aantal praktische leersessies.

Tot slot worden er verschillende initiatieven voorzien om de conventionering te bevorderen.

c. Tandheelkundigen

AKKOORD TANDHEELKUNDIGEN-ZIEKENFONDSEN

Op 23 december 2014 heeft de nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen (NCTZ) een nieuw akkoord gesloten voor de jaren 2015-2016.⁷

7. Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen van 23.12.2014, B.S. van 20.01.2015 (Ed. 3), p. 2696.

HONORARIA

De honoraria 2015 worden gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014, het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium voor het jaar 2015 is 2.759,66 EUR.

In het raam van de wettelijke beperkingen zal vóór 1 december 2015 over de indexering van de honoraria worden onderhandeld opdat ze op 1 januari 2016 in werking treedt. De berekeningsbasis voor het accrediteringshonorarium 2016 is 2.834,75 EUR.

NOMENCLATUUR 2015

Volgende voorstellen zullen in 2015 worden uitgevoerd:

- optrekken bovenste leeftijdsgrens jaarlijks mondonderzoek tot 66 jaar
- initiële urgentiebehandeling voor wortelkanaalbehandeling
- mondzorg bij personen met bijzondere noden.

MONDZORGTRAJECT

De NCTZ zal in 2015 de modaliteiten uitwerken om, al dan niet gefaseerd, in 2016 een mondzorgtraject in te voeren, ondersteund door een tandheelkundig dossier, dat evolueert naar een elektronisch tandheelkundig dossier.

Binnen dit mondzorgtraject wordt voorzien in gedifferentieerde terugbetaling, enerzijds door het invoeren van een verbeterde terugbetaling voor prioritaire verstrekkingen bij personen die het mondzorgtraject volgen en anderzijds door verminderde terugbetaling voor verstrekkingen die voorkomen konden worden indien het traject werd gevolgd.

NOMENCLATUUR 2016

Door middel van de bedragen vrijgemaakt in het kader van de differentiering remgelden en de anti-fraude maatregelen worden volgende nomenclatuurvoorstellen, uitgevoerd of voortgezet:

- mondzorg bij personen met bijzondere noden
- optrekken bovenste leeftijdsgrens jaarlijks mondonderzoek tot 67 jaar
- initiële urgentiebehandeling voor wortelkanaalbehandeling
- herwaarderen financiering prestaties “bewerkingen op uitneembare prothesen”.

De prioritaire lijst van nomenclatuurvoorstellen, uit te voeren in functie van beschikbare marge, is de volgende:

- bewuste sedatie N2O
- voortzetting uitbreiding leeftijdsgrens extracties en wondhechting + 3 jaar
- aanpassing nomenclatuur subgingivale reiniging en invoeren rootplaning
- vroegtijdige orthodontische behandeling – schrappen leeftijdsgrens 2de forfait
- opbouw melktand, in geval van agenesie van de definitieve tand
- afschaffen bovenste leeftijdsgrens van het jaarlijks mondonderzoek
- herwaarderen conserverende zorg bij +18 jarigen (met 20 %)
- tandheelkundig dossier en telematicapremie.

ANTI-FRAUDE MAATREGELEN

De NCTZ geeft prioriteit aan het voorkomen en bestrijden van fraude rondom tandzorg in de verplichte ziekteverzekering. De bedoeling is om bepaalde misbruiken een halt toe te roepen, door welgerichte maatregelen te nemen:

- het herinvoeren van een nomenclatuurmechanisme met P waarden ter beperking van de outliers in de tandheelkunde
- het afschaffen van de mogelijkheid tot het toepassen van de derdebetalersregeling voor tandheelkundige verstrekkingen aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden. Deze clause is overbodig geworden vermits andere voorzieningen reeds voldoende sociale bescherming bieden
- de effectieve toepassing van het afleveren van een kwijting of ereloonnota aan de patiënt door de tandheerkundige in het kader van de derdebetalersregeling
- de verplichte lezing van de eID in het kader van de elektronische facturatie via Mycarenet.

CORRECTIEMAATREGELEN

De begrotingsdoelstelling voor de verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordening bepalingen die ter zake gelden. De partiële begrotingsdoelstelling voor 2015 bedraagt 875.434.000 EUR.

In het kader van de permanente audit met betrekking tot de tandheerkundige sector zal een evaluatie worden uitgevoerd van de evolutie van de uitgaven door “outliers” ten opzichte van de evolutie van de uitgaven door alle andere tandheerkundigen voor de verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

TANDHEELKUNDIGE VERKIEZINGEN

In 2015 zijn er opnieuw tandheerkundige verkiezingen georganiseerd.⁸ De voornaamste wijzigingen in de procedure ten opzichte van die van 2013 zijn de volgende:

- deze verkiezingen zijn de eerste waarbij de zorgverlener uitsluitend online zal stemmen. De stemming op papier is dus afgeschaft
- de referentieperiode om de voorwaarden inzake de representativiteit toe te passen, is het kalenderjaar voor het kalenderjaar van de verkiezingen en niet meer de 2 jaren die het jaar van de verkiezingen vooraf gaan (2014 is dus het referentiejaar)
- de zorgverlener die is aangesloten bij meerdere organisaties die zich kandidaat stellen, wordt bij elke organisatie geteld. De dubbele of veelvoudige aansluiting bij eenzelfde organisatie of groepering kan echter niet worden aanvaard
- de controles die nagaan of de representativiteitsvoorwaarden betreffende de leden van de organisaties vervuld zijn, gebeuren met steekproeven

8. K.B. van 25.02.2015 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van tandartsen moeten voldoen om als representatief te worden erkend evenals van de nadere regelen betreffende de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in sommige beheersorganen van het RIZIV, B.S. van 27.02.2015, p. 14652, K.B. van 25.02.2015 houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2015 wordt vastgesteld door het RIZIV, B.S. van 27.02.2015, p. 14656 en M.B. van 26.02.2015 tot vaststelling van de praktische organisatie van de verkiezingen van de vertegenwoordigers van de tandartsen zoals bedoeld in art. 211, § 2, en 212 van de wet GVU, B.S. van 27.02.2015, p. 14657.

- gezien de stemmingen op papier niet meer gescand moeten worden, wat veel tijd vergde, is de stemmingsperiode met 20 dagen verlengd kunnen worden
- zoals bij de vorige verkiezingen, kan de kiezer de weg volgen die zijn (of haar) elektronische stem aflegt
- zoals bij de vorige verkiezingen, wordt de gedigitaliseerde stem bewaard in een beveiligde gegevensbank waarvan enkel een gerechtsdeurwaarder de sleutel heeft.

Deze aanpassingen moeten leiden tot vereenvoudigde procedures en een minder zware administratieve last bij de beroepsorganisaties en de betrokken diensten van het RIZIV.

d. Apothekers

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd, waardoor het voor 2013 op 2.789,95 EUR wordt vastgesteld.⁹ Het bedrag wordt verminderd tot:

- 2.092,46 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt, maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1.394,98 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt, maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

e. Kinesitherapeuten

Het bedrag van de sociale voordelen is voor de kinesitherapeuten die aan de voorwaarden voldoen vastgesteld op 1.506,07 EUR voor het jaar 2013.¹⁰

3. Verstrekkingen

a. Tandheekundigen

Vanaf 1 maart 2015 geldt een nieuwe remgeldregeling voor urgentiesupplementen voor dringende technische verstrekkingen in de tandheelkunde¹¹:

- het persoonlijk aandeel van de 5 urgentiesupplementen bij min-18-jarigen is nihil
- het persoonlijk aandeel van de 5 urgentiesupplementen bij de verzekerden met verhoogde tegemoetkoming bedraagt 1 EUR
- het persoonlijk aandeel van de 5 urgentiesupplementen bij de verzekerden zonder verhoogde tegemoetkoming evolueert van 2,5 EUR naar 13 EUR.

9. K.B. van 10.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 18.03.2015, p. 17313.

10. K.B. van 10.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 23.01.2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 18.03.2015, p. 17314.

11. K.B. van 02.10.2014 tot wijziging van het K.B. van 29.02.1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, B.S. van 12.01.2015, p. 1019 en het K.B. van 02.10.2014 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van het art. 6 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 12.01.2015, p. 1020.

b. Bandagisten

Vanaf 1 mei 2015 gelden nieuwe modellen die betrekking hebben op de aflevering van mobiliteits-hulpmiddelen.¹²

Het gaat om:

- het getuigschrift voor aflevering
- het motiveringsrapport
- de aanvraag voor verzekeringstegemoetkoming.

De documenten die zijn opgesteld vóór 1 mei 2015 blijven geldig tot aan het einde van de aanvraag-procedure. De oude formulieren blijven geldig tot 31 augustus 2015.

c. Orthopedisten

MYO-ELEKTRISCHE PROTHESEN

Op 1 oktober 2014 is de nomenclatuur van de myo-elektrische prothesen vernieuwd.¹³ Enkele correcties worden retroactief aangebracht aan de myo-elektrische prothesen¹⁴:

- aanvulling van de categorieën en verstrekkingen van liners waarvoor er een terugbetaling is
- bevestigen van een non-cumulregel bij de aantrekhulpmiddelen voor wat betreft de prefab liner
- de hernieuwingstermijn vanaf 18 jaar geldt niet enkel voor de basisprothese, maar ook voor het kokergedeelte
- de centra die mogen voorschrijven worden uitgebreid met alle centra die een 7.71 type-overeenkomst hebben met het RIZIV, ongeacht welke doelgroep
- de motivatie “kokervernieuwing” wordt aangepast om duidelijk te maken dat het om een voortijdige vernieuwing gaat
- de motivatie “maatwerkliner” wordt aangepast om duidelijk te maken dat het om de eerste aflevering gaat (bij een hernieuwing van een maatwerkliner is geen motivatie meer nodig).

Ook het formulier waarbij de vergoeding van een myo-elektrische prothese of koker wordt aangevraagd wijzigt dienovereenkomstig per 1 april 2015.

ORTHOPEDISCHE ZOLEN/SCHOENEN

Een interpretatieregel verduidelijkt dat de verstrekkingen voor orthopedische zolen en orthopedische schoenen onderling niet cumuleerbaar zijn.¹⁵ Een uitzondering wordt gemaakt voor de patiënten die gebruik maken van orthopedische zolen en nood hebben aan orthopedische schoenen, zolang het een 1^{ste} verstrekking van orthopedische schoenen betreft.

12. Verordening van 16.03.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 30.03.2015.

13. I.B. 2014/3-4, p. 380.

14. K.B. van 17.07.2015 tot wijziging van art. 29 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30.07.2015 (Ed. 2), p. 48651 en de Verordening van 12.01.2015 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11^o, van de wet GVU, B.S. van 28.01.2015 (Ed. 2), p. 7529.

15. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 30.03.2015, p. 19734.

d. Implantaten en vergoedbare invasieve hulpmiddelen

LIJST VAN VERSTREKKINGEN VAN VERGOEDBARE IMPLANTATEN EN INVASIEVE MEDISCHE HULPMIDDELEN

De volgende aanpassingen werden aangebracht in de Lijst:

- toevoegen centra B1/B2 voor coronaire dilataties¹⁶
- wijziging indicaties cochleair implantaat bij asymmetrisch gehoorverlies, heupprothesen (cupula's voor reconstructie) en anti-adhesieven¹⁷
- realisatie van bezuinigingsmaatregelen ten belope van 25 miljoen EUR in de domeinen neurochirurgie, heelkunde op de thorax en cardiologie, bloedvatenheelkunde, gynaecologie, orthopedie en traumatologie¹⁸.

FORMULIEREN MET BETREKKING TOT DE AANVRAAGPROCEDURES

Naar aanleiding van de opname van de diepe hersenstimulatie-DBS in geval van refractaire epilepsie in de nomenclatuur, werden ook de formulieren aangepast met ingang van 1 januari 2015.

Het gaat enerzijds over de toevoeging van nieuwe formulieren die betrekking hebben op de nieuwe verstrekking, en anderzijds over de aanpassing van bestaande formulieren.¹⁹

De formulieren met betrekking tot de nieuwe verstrekkingen neurostimulatie van de nervus vagus en neurostimulatie in geval van ischemie worden toegevoegd.²⁰ Zij gelden vanaf 1 december 2014.

INTERPRETATIEREGELS

De structuur van de interpretatieregels implantaten wordt aangepast vanaf 2 maart 2015.²¹

Vanaf 1 juli 2014 gelden er 2 nieuwe interpretatieregels²²:

- verduidelijken van het begrip “peer-reviewed journal”
- verduidelijken van de vergoedingsvoorwaarde voor de vervanging van de spraakprocessor van de cochleaire implantaten.

Eén interpretatieregels wordt gewijzigd om een vergissing in het verstrekkingnummer recht te zetten.

16. M.B. van 19.03.2015 tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het K.B. van 25.06.2014 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, B.S. van 26.03.2015, p. 19047.

17. M.B. van 19.03.2015 tot wijziging van de lijst en van de nominatieve lijst, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het K.B. van 25.06.2014 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, B.S. van 27.03.2015, p. 19363.

18. M.B. van 20.03.2015 tot wijziging van de lijst en van de nominatieve lijst, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het K.B. van 25.06.2014 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, B.S. van 31.03.2015, p. 19835.

19. Verordening van 08.12.2014 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 05.02.2015 (Ed. 2), p. 10611.

20. Verordening van 17.11.2014 tot wijziging van de verordening van 16.06.2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, B.S. van 05.02.2015 (Ed. 2), p. 10573.

21. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 20.02.2015 (Ed. 2), p. 13947.

22. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 20.02.2015 (Ed. 2), p. 13947.

e. Farmaceutische specialiteiten

Vanaf 1 april 2015 is de tarifiering per eenheid voor de aflevering van geneesmiddelen aan rustoordbewoners gewijzigd.²³ De overeenkomstencommissie apothekers-ziekenfondsen zijn overeengekomen om daar volgende wijzigingen aan te brengen²⁴:

- invoeren van het begrip “tarifieringsschema” dat door de apotheker opgesteld moet worden in het kader van de nieuwe tarifiering in plaats van het “toedieningsschema”
- definitie van de “occasionele aflevering”: aflevering van een of meerdere vergoedbare farmaceutische specialiteiten door een apotheker aan een rechthebbende, die in een rust- en verzorgingstehuis of in een rusthuis verblijft, dat niet gewoonlijk bevoorrad wordt door die apotheker, en wanneer de rechthebbende of diens gemachtigde met het voorschrift in de apotheek 1 of meerdere vergoedbare specialiteit(en) komt afhalen
- invoeren van een mogelijke “derogatie op de tarifiering per eenheid”. Een afwijking is toegestaan in bepaalde gevallen. Het gebruik van deze mogelijkheid zal worden gemonitord
- het bedrag van de remgelden per eenheid wordt geplafonneerd op het niveau van de prijs per eenheid
- het honorarium dat per kalenderweek wordt verleend voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten aan rustoordbewoners, wijzigt. Het bedrag belooft 3 EUR, terwijl er initieel 2,65 EUR was voorzien. Er is een correctiefactor voor patiënten die geen enkele tablet verbruiken en een correctiefactor voor onderbrekingen van de behandeling per tablet.

III. Uitkeringen

1. Inkomensgarantie-uitkering voor de vrijwillig deeltijdse werknemer

Aangezien de inkomensgarantie-uitkering voor een vrijwillig deeltijds werknemer op dezelfde wijze wordt berekend als de inkomensgarantie-uitkering voor een deeltijds werknemer met behoud van rechten, kan de berekening van de uitkering voor een vrijwillig deeltijds werknemer die recht heeft op een inkomensgarantie-uitkering, op een gelijkaardige wijze gebeuren.²⁵

De component tewerkstelling en de component werkloosheid dienen te worden opgeteld om het totale gederfde loon vast te stellen.

23. Zie I.B. 2014/3-4, p. 384 en de 5 K.B.'s van 19.04.2014, gepubliceerd in het B.S. van 12.05.2014.

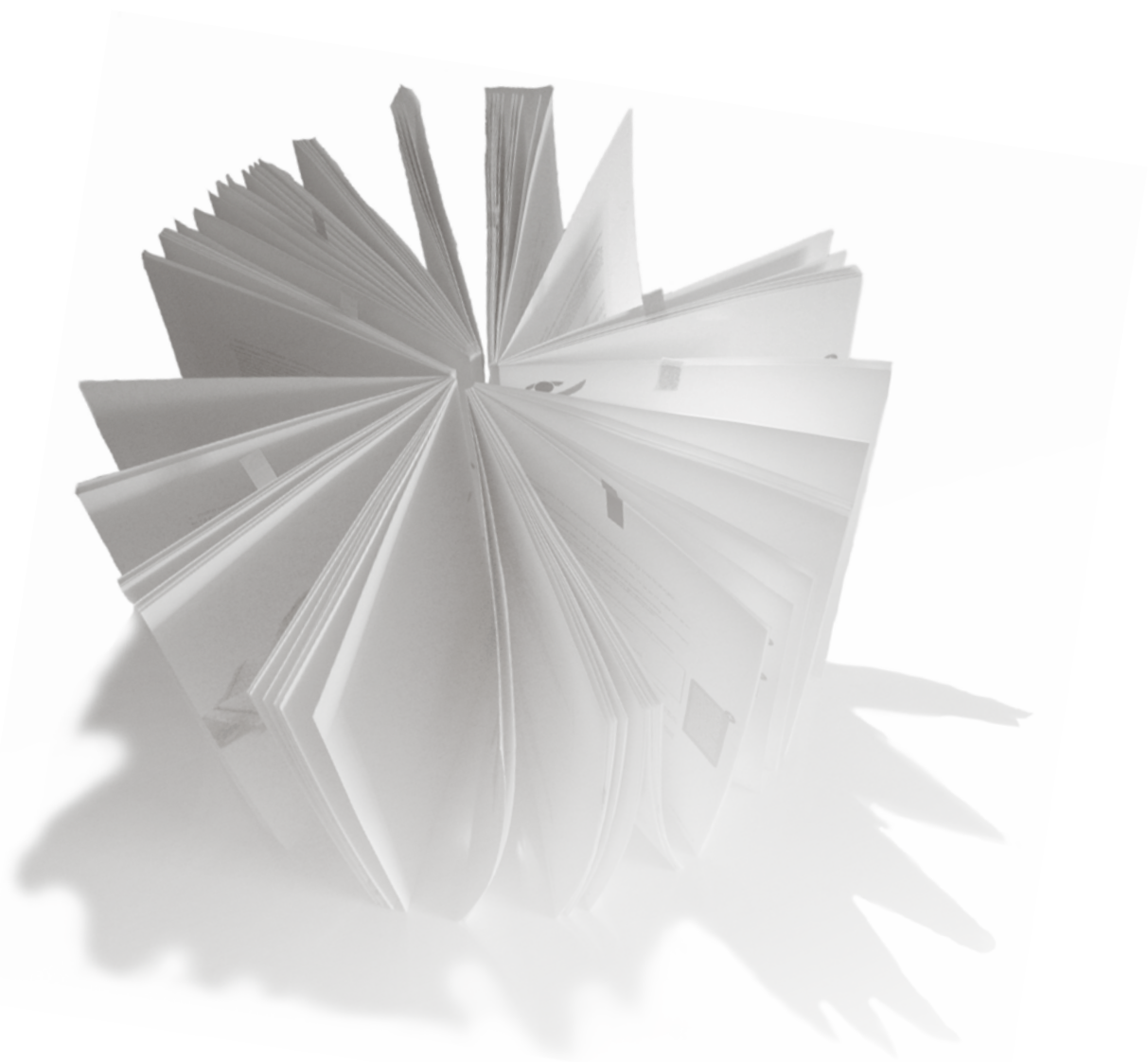
De inwerkingtreding is gewijzigd met het K.B. van 18.03.2015 tot wijziging van de datum van inwerkingtreding van verschillende K.B.'s betreffende farmaceutische specialiteiten, B.S. van 31.03.2015, p. 19829.

24. K.B. van 27.03.2015 tot wijziging van K.B. van 21.12.2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, B.S. van 31.03.2015, p. 19832, K.B. van 27.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 15.06.2001 tot vaststelling van de gegevens inzake de tarifieringsinstellingen die de tarifieringsdiensten aan de verzekeringsinstellingen moeten overmaken, B.S. van 31.03.2015, p. 19834, K.B. van 27.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 07.05.1991 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, B.S. van 31.03.2015, p. 19835 en K.B. van 27.03.2015 tot wijziging van het K.B. van 22.01.2004 tot vaststelling van de gegevens inzake de tarifieringsinstellingen die de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV moeten overmaken, B.S. van 31.03.2015, p. 19831.

25. Verordening van 30.04.2014 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^e van de Wet GVU, B.S. van 30.03.2015, p. 19611.

Principieel is vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid de garantie-maatregel van toepassing die inhoudt dat als het op grond van de component tewerkstelling en op grond van de component werkloosheid berekende gederfde loon minder is dan het gederfde loon waarop de gerechtigde aanspraak kan maken, de uitkering op dit laatste gederfde loon wordt berekend.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 19 februari 2015

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikelen 100 en 101

Met de artikelen 100 en 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zou tussen werknemers die het werk deeltijds hervatten en zij die het werk voltijds hervatten, een discriminatie worden gecreëerd wat betreft de terugvordering van de ten onrechte ontvangen uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid. Terwijl in het geval van een deeltijdse werkhervatting die terugvordering beperkt zou zijn tot de dagen of de periode van niet-toegelaten arbeid, zou in het geval van een voltijdse werkhervatting geen sprake zijn van een dergelijke beperking.

In de regel is het aan de rechter a quo om de bepalingen die hij toepast, te interpreteren, onder voorbehoud van een duidelijk foutieve lezing van de in het geding zijnde bepalingen.

Met betrekking tot de als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een arbeidsactiviteit heeft uitgevoerd zonder de voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer, wordt in artikel 101 van de gecoördineerde wet geen enkel onderscheid gemaakt al naargelang die werknemer het werk voltijds of deeltijds heeft hervat.

Aangezien de prejudiciële vraag op een duidelijk foutieve lezing van de in het geding zijnde bepalingen berust, behoeft ze geen antwoord.

Arrest nr. 21/2015

...

I. OBJET DE LA QUESTION PRÉJUDICIELLE ET PROCÉDURE

Par jugement du 16 janvier 2014 en cause de l'O.A. contre L.L., dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 23 janvier 2014, le Tribunal du travail d'Audenarde a posé la question préjudicielle suivante :

“Les articles 100 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, violent-ils les articles 10 et 11 de la Constitution dans la mesure où, après l'expiration du délai ouvert pour déposer une (nouvelle) déclaration d'incapacité de travail, la récupération des indemnités d'incapacité de travail, en cas de reprise partielle du travail, est limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, tandis qu'une telle limitation n'existe pas en cas de reprise complète du travail ?”

Le Conseil des ministres, assisté et représenté par Me B. Fonteyn et Me P. Slegers, avocats au barreau de Bruxelles, a introduit un mémoire.

Par ordonnance du 16 décembre 2014, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs T. Merckx-Van Goey et F. Daoût, a décidé que l'affaire était en état, qu'aucune audience ne serait tenue, à moins qu'une partie n'ait demandé, dans le délai de sept jours suivant la réception de la notification de cette ordonnance, à être entendue, et qu'en l'absence d'une telle demande, les débats seraient clos le 14 janvier 2015 et l'affaire mise en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, l'affaire a été mise en délibéré le 14 janvier 2015.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

...

B.1. La Cour est interrogée au sujet des articles 100 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI), qui, dans leur version applicable au litige soumis au juge *a quo*, disposent :

“Article 100. § 1^{er}. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

[...]

Wanneer de werknemer in een verpleeginrichting wordt opgenomen die erkend is door de minister voor Volksgezondheid of in een militair hospitaal, dan wordt aangenomen dat hij de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid heeft bereikt.

De Koning kan, op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen, de voorwaarden verruimen waaronder wordt aangenomen dat een werknemer de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

De Koning kan, op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen en in afwijking van de vorige bepalingen, bijzondere voorwaarden en specifieke evaluatiecriteria opstellen voor de categorieën van werknemers die hij bepaalt.

§ 2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend, de werknemer die, onder de voorwaarden bepaald in de in artikel 80, 5^o bedoelde verordening, een vooraf toegestane arbeid hervat op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 pct. behoudt.

[...].”

“Article 101. § 1^{er}. Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'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. Le Roi détermine le délai dans lequel cet examen doit être effectué, à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci.

En cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire dans le délai déterminé par le Roi.

§ 2. Le titulaire visé au paragraphe 1^{er} 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.

Le Comité de gestion du Service des indemnités peut toutefois renoncer, en tout ou en partie, à la récupération des indemnités visées à l'alinéa 1^{er} dans les cas dignes d'intérêt, dépourvus d'intention frauduleuse.

Cette décision tient compte de la proportionnalité à observer entre l'importance de la récupération, d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations, d'autre part.

À cet égard, le Comité prend notamment en considération les éléments suivants :

- 1^o la situation du titulaire sur le plan social et financier, ainsi que tout autre élément personnel pertinent*
- 2^o l'assujettissement ou non des activités non autorisées à la sécurité sociale*
- 3^o le volume desdites activités ainsi que l'importance des revenus s'y rapportant.*

§ 3. Les jours ou la période pour lesquels les indemnités sont récupérées, sont assimilés à des jours indemnisés pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire, ainsi que des personnes à charge de celui-ci”.

B.2. Le juge *a quo* demande à la Cour si les articles 100 et 101 de la loi AMI sont compatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination en ce que "la récupération des indemnités d'incapacité de travail, en cas de reprise partielle du travail, est limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, tandis qu'une telle limitation n'existe pas en cas de reprise complète du travail".

B.3. Le litige soumis au juge *a quo* porte sur le remboursement, par application de l'article 101 de la loi AMI, d'indemnités d'incapacité de travail indûment payées.

Il concerne un travailleur qui était occupé à mi-temps mais qui avait été déclaré en incapacité de travail totale. Au cours de son incapacité de travail, il a perçu des indemnités d'incapacité de travail puis a repris le travail, à temps plein, sans l'autorisation du médecin-conseil.

B.4. L'article 100 de la loi AMI trouve son origine dans la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Il ressort des travaux préparatoires de cette loi que le législateur a entendu indemniser l'incapacité de travail parce qu'elle réduit la capacité de gain du travailleur. Par ailleurs, il fut souligné, à propos de la faculté de reprise d'une activité professionnelle :

"Lorsque le travailleur est autorisé à se procurer un revenu professionnel en cours d'indemnisation, il est équitable de ne plus remplacer, dans l'entière mesure déterminée par les articles 46, 50 et 53, la rémunération qu'il gagnait avant son incapacité de travail puisque cette rémunération est alors partiellement remplacée par le revenu professionnel envisagé" (Doc. parl., Chambre, 1962-1963, n° 527/1, p. 23).

Le législateur s'est également soucié de protéger la santé du travailleur et d'éviter qu'il prenne le risque d'aggraver son état de santé, ce qui justifie que la reprise du travail soit subordonnée à l'obtention de l'accord préalable du médecin-conseil.

B.5.1. L'indemnité visée par l'article 100 de la loi AMI est destinée à compenser la perte de capacité économique du travailleur en incapacité de travail.

À cet effet, l'article 100, § 1^{er}, de la loi AMI fixe trois conditions afin de bénéficier de pareille indemnité. Il convient que le travailleur ait cessé toute activité, que cette cessation soit la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions et de troubles fonctionnels et que ces derniers entraînent une réduction de capacité de gain d'au moins deux tiers.

La réduction de la capacité de gain ne peut s'assimiler à la perte concrète de salaire que subit l'intéressé à la suite de la cessation de son activité. En effet, cette réduction doit être établie en examinant la situation de l'intéressé au regard d'un métier de référence, compte tenu notamment de sa "condition" et de sa "formation" ainsi que de sa profession ou des différentes professions qu'il aurait pu exercer en fonction de sa formation professionnelle.

B.5.2. L'article 100, § 2, de la loi AMI tempère l'interdiction, déduite du paragraphe 1^{er} de cet article, de cumuler une activité professionnelle et une indemnité pour incapacité de travail. En effet, le travailleur peut reprendre une activité professionnelle, après y avoir complètement mis un terme, tout en conservant le bénéfice de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour autant que le médecin-conseil y ait donné son accord préalable et que le travailleur demeure affecté d'une incapacité de travail d'au moins 50 % sur le plan médical.

B.6. L'article 101, § 1^{er}, de la loi AMI prévoit que celui qui, après avoir été déclaré en incapacité de travail, reprend le travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de cette autorisation est soumis à un examen médical qui vise à vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont remplies à la date de l'examen.

En vertu de l'article 101, § 2, de la loi AMI, le titulaire doit rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues "pour les jours ou la période au cours desquels il a accompli le travail non autorisé".

B.7. Selon le juge *a quo*, les dispositions en cause créeraient une discrimination entre les travailleurs qui reprennent le travail à temps partiel et ceux qui reprennent le travail à temps plein, en ce qui concerne la récupération des indemnités d'incapacité de travail indûment perçues. En effet, tandis qu'en cas de reprise partielle du travail, cette récupération serait limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, une telle limitation serait inexistante en cas de reprise complète du travail.

B.8. Il appartient en règle au juge *a quo* d'interpréter les dispositions qu'il applique, sous réserve d'une lecture manifestement erronée des dispositions en cause.

B.9. Comme le relève le Conseil des ministres dans son mémoire, en visant le titulaire reconnu incapable de travailler et qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable du médecin conseil, l'article 101 n'opère aucune distinction selon que le travailleur a repris le travail à temps plein ou à temps partiel.

B.10. Dès lors que la question préjudicielle repose sur une lecture manifestement erronée des dispositions en cause, elle n'appelle pas de réponse.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

dit pour droit :

La question préjudicielle n'appelle pas de réponse.

...

II. Hof van Cassatie, 18 mei 2015

“(vertaling) Het Hof van Cassatie heeft het arrest van het Arbeidshof vernietigd, waarin het Arbeidshof had beslist dat het resterende vermogen tot verdienen van een verzekerde voltijds werknemer krachtens artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 moet worden beoordeeld ten aanzien van de voltijdse activiteiten, en dat een voltijdse werknemer arbeidsongeschikt blijft als hij slechts enkele uren per dag kan werken, eventueel zelfs zonder onderbreking.

Het Hof van Cassatie heeft geoordeeld dat de interpretatie van het Arbeidshof strijdig is met de bepaling van artikel 100, § 1, want het arbeidsvolume op zich is geen wettelijk criterium van artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet (maar kan slechts een van de beoordelingselementen daarvan zijn). Het vermogen tot verdienen van een persoon die slechts enkele uren per dag zonder onderbreking kan werken, is niet noodzakelijk beperkt tot een derde of tot minder dan een derde van de referentiewerknemer.

Het doet er niet toe of de verzekerde altijd voltijds heeft gewerkt voordat hij arbeidsongeschikt werd; om de restcapaciteit te beoordelen moet ook rekening worden gehouden met de beroepsactiviteiten die de werknemer deeltijds zou kunnen uitoefenen en niet enkel met de voltijdse activiteiten.

De overweging dat werknemers voor wie een wederinschakeling slechts halftijds mogelijk is, in de regeling van de uitkeringsverzekering hun rechten op de uitkeringsverzekering behouden, aangezien overeenkomstig artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, degene die deeltijds een activiteit hervat met de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds, zijn rechten op de verzekering behoudt, is een inbreuk op artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet. Artikel 100, § 2 heeft immers niet tot doel te bepalen hoe de in paragraaf 1 beoogde arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld. Artikel 100, § 2 is alleen van toepassing als de werknemer als arbeidsongeschikt wordt erkend overeenkomstig artikel 100, § 1 en hij later een toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij een verdienvermogen van ten minste 50 % behoudt”

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

...

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche :

En vertu de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 cette 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.

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.

Elle n'autorise pas à négliger, pour apprécier la capacité de gain restante du travailleur, celle qu'il a de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée à temps partiel.

L'article 100, § 2, dispose qu'est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Cette disposition déroge à la condition de capacité de gain fixée par le paragraphe 1^{er} au profit du travailleur devenu incapable de travailler comme prévu audit paragraphe 1^{er} qui reprend ultérieurement un travail conformément au paragraphe 2.

L'arrêt constate que la défenderesse travaillait à temps plein, qu'elle a été reconnue incapable de travailler sur la base de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée et que, depuis la date litigieuse, elle est selon l'expert judiciaire capable d'exercer une activité professionnelle à mi-temps seulement.

Il considère que, pour l'application de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, "on ne doit pas tenir compte des activités que [le travailleur] ne pourrait exercer qu'à temps partiel" et que "le fait de maintenir dans le régime de l'assurance indemnités les travailleurs dont le reclassement n'est possible qu'à mi-temps est conforme à l'économie générale de la loi" dès lors que "son article 100, § 2, [prévoit] le maintien du bénéficiaire de l'assurance en faveur de celui qui, tout en conservant une réduction de [...] capacité d'au moins 50 %, reprend une activité à temps partiel avec l'autorisation du médecin conseil de son organisme assureur".

En décidant pour ces motifs que, "faute de capacité de travail à temps plein", la défenderesse est depuis la date litigieuse incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, précité, l'arrêt viole cette disposition.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Sur les autres griefs :

Il n'y a pas lieu d'examiner la première branche du moyen, qui ne saurait entraîner une cassation plus étendue.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué, sauf en tant qu'il dit l'appel recevable ;

...

III. Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, 17 februari 2015

Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen

Op formele en procedurele verplichtingen, zoals de motiveringsplicht, voor instellingen die belast zijn met de toekenning van uitkeringen, is geen effectieve sanctie van toepassing aangezien de vaststelling van de niet-naleving ervan zonder gevolgen blijft voor de betrokken sociaal verzekerde. Geschillen inzake sociale zekerheid, met uitzondering van die welke betrekking hebben op administratieve sancties of die welke door beslissingen van discretionaire aard worden geopend, hebben betrekking op een subjectief recht, meer bepaald het recht op de betwiste sociale uitkering voor een welbepaalde periode.

A.R. nr. 2014/AN/13
P.C. t./RIZIV

...

I. Les antécédents de la procédure

1. La décision qui ouvre le litige a été prise le 23 décembre 2009 par la Commission régionale du Conseil médical de l'INAMI. Elle a notifié à Madame C., qu'elle considérait cette dernière comme n'étant plus incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du 4 janvier 2010.

2. Par une requête du 22 mars 2010, Madame C. a contesté cette décision et demandé qu'il soit dit pour droit qu'elle était toujours en incapacité de travail au sens de l'article 20 précité, depuis le 4 janvier 2010. Elle demandait également les intérêts sur les sommes lui revenant à titre d'indemnités, le bénéfice de l'exécution provisoire et les dépens.

3. Par un jugement du 13 juillet 2011, le Tribunal du travail de Namur a dit la demande recevable. Il a désigné un expert judiciaire et réservé à statuer pour le surplus.

Par le jugement attaqué du 20 décembre 2013, le tribunal, entérinant les conclusions de l'expert, a dit la demande non fondée. Il a condamné l'INAMI aux frais de l'expertise et à une indemnité de procédure liquidée à 120,25 EUR

4. Par son appel, Madame C. sollicite la réformation du jugement .et qu'Il soit fait droit à sa demande originaire. Elle évalue à 1 EUR provisionnel les indemnités qu'elle postule. Elle demande toujours les intérêts, l'exécution provisoire et les dépens.

5. L'INAMI demande la confirmation pure et simple du jugement et qu'il soit statué comme de droit quant aux dépens.

2. Discussion

a. Le rapport de l'expert

6. Les conclusions du rapport de l'expert sont les suivantes :

Les lésions et troubles fonctionnels dont Madame C. est atteinte entraînent un taux d'incapacité de travail estimé globalement à 50 %.

À la date du 4 janvier 2010 et encore actuellement, Madame C. n'est pas incapable, en raison de lésions et de troubles fonctionnels, d'exercer une quelconque activité professionnelle dont elle pourrait être équitablement chargée, eu égard à sa condition, son état de santé et sa formation professionnelle.

b. La position de Madame C.

7. Madame C. rappelle l'évolution de sa situation médicale, récemment aggravée, ainsi que ses conséquences, notamment sur l'activité de son époux.

Elle fait valoir en premier lieu que la décision attaquée ne satisferait pas aux obligations de motivation formelle découlant de la loi du 29 juillet 1991 et de la "charte" de l'assuré social. Cette décision doit donc être annulée. Le jugement qui n'aurait pas examiné ce moyen doit également être réformé pour absence de motivation suffisante.

Madame C. indique ne pouvoir souscrire au rapport de l'expert en ce qui concerne l'appréciation de sa capacité de travail. Elle conteste l'impartialité de l'expert dans la mesure où, à son arrivée à la première séance d'expertise, il était déjà en conversation avec le médecin-conseil de l'INAMI. Il en est résulté un défaut de contradiction et une apparence de partialité.

Madame C. souligne également que l'expert avait réalisé une première évaluation, à 82 %, de son incapacité de travail, avant même d'investiguer ses pathologies neuro-psychiatriques. Dès lors que ces dernières, selon son médecin-conseil justifient à elles seules une incapacité de 50 %, il faut en déduire une incapacité de 100 % comme requis par la réglementation.

Par ailleurs, 'l'évaluation de l'expert ne tiendrait pas suffisamment compte de son parcours et de sa formation puisqu'elle est très faiblement qualifiée et n'a jamais travaillé que dans un restaurant ou à la fabrication de galettes. Elle souligne encore avoir subi une nouvelle intervention en décembre 2013, justifiée par des lésions abdominales.

Madame C. demande en conséquences un complément d'expertise ou la désignation d'un nouvel expert.

c. La position de l'INAMI

8. L'INAMI conteste l'ensemble des moyens invoqués par Madame C.

Il fait valoir en premier lieu que sa décision contestée est suffisamment motivée. Madame C. n'ignorait d'ailleurs rien des motifs qui fondent cette décision, même s'ils étaient exprimés en termes synthétiques.

Il conteste de même la partialité de l'expert alléguée par Madame C. Il rappelle que l'expert a prêté serment. Il indique que la seule présence du médecin de l'INAMI dans son cabinet au moment où Madame C. y est entrée est insuffisante pour en tirer de telles conclusions.

L'INAMI souligne que le rôle de l'expert est de donner un avis lorsqu'existe une contestation médicale. Le seul fait que l'expert ne se soit pas rangé au point de vue de Madame C. et de son médecin ne permet pas de remettre son rapport en cause.

Enfin, le dernier rapport médical déposé par Madame C. ne peut remettre en cause une décision qui concerne une situation antérieure de plus de quatre ans.

d. L'avis du ministère public

9. Madame le substitut général estime l'appel recevable mais non fondé.

Elle considère qu'il n'existe pas de motif suffisant pour remettre en cause l'avis émis par l'expert. La procédure d'expertise s'est déroulée normalement, l'expert a fait appel à un spécialiste et il a énuméré un certain nombre de professions restant accessibles à Madame C.

e. La position de la Cour

LA MOTIVATION FORMELLE DE LA DÉCISION OUVRANT LE LITIGE

10. Selon l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article 1^{er} de la loi doivent faire l'objet d'une motivation formelle. L'acte administratif est quant à lui défini au même article 1^{er} comme 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 autre autorité administrative.

En vertu de l'article 3 de la même loi, la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate, c'est-à-dire claire et précise¹.

On entend par motivation adéquate toute motivation qui fonde raisonnablement l'acte administratif². La motivation peut s'entendre de manière plus restreinte pour les actes qui procèdent d'une compétence liée, pour lesquels l'administration peut se borner à indiquer les éléments de fait et les articles de loi sur la base desquels elle était tenue de prendre une décision³, que lorsqu'elle exerce une compétence discrétionnaire et donc un pouvoir entier d'appréciation⁴.

L'obligation de motivation formelle des actes administratifs n'impose pas à l'auteur de l'acte de répondre aux arguments développés par l'administré contre la décision à laquelle il s'oppose⁵.

La motivation doit en principe se trouver dans l'acte administratif lui-même, mais peut aussi ressortir d'autres documents auxquels il est fait référence dans l'acte et dont l'intéressé a été préalablement informé⁶.

L'article 4 énonce par ailleurs une série d'exceptions à l'obligation de motivation (liées à la sécurité extérieure de l'Etat, à l'ordre public, au respect de la vie privée ou du secret professionnel). Il n'est pas contesté qu'elles ne peuvent pas s'appliquer en l'espèce.

1. P. Lewalle et L. Donnay, *Contentieux administratif*, 3e éd., Éd. de la faculté de droit de Liège n° 182.

2. Cass., 03.02.2000, Bull., n° 89 ; Cass., 11.09.2003, C.01.0114.N, Juridat ; Cass., 10.01.2013, F.12.0060.F, Juridat.

3. Cass., 14.04.2003, Pas., n° 251.

4. P. Lewalle et L. Donnay, *op. cit.*, n° 182 et les références citées ; M. Leroy, *Contentieux administratif*, Anthemis, 2011, 5e éd., p. 412.

5. Cass., 13.10.2010, P.10.1514.F, Juridat.

6. Cass., 29.05.2008, C.07.0193.N, Juridat.

11. L'article 13 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social comporte une exigence comparable de motivation des décisions d'octroi d'un droit, d'un droit complémentaire, de régularisation d'un droit, ou de refus de prestations sociales. Les articles 14 et 15 de la même loi énoncent par ailleurs un certain nombre de mentions obligatoires pour les décisions d'octroi ou de refus des prestations ou encore de répétition d'indu.

12. Les litiges en matière de sécurité sociale, hormis ceux portant sur des sanctions administratives ou qui s'ouvrent par des décisions de nature discrétionnaire, ont pour objet un droit subjectif, de nature politique⁷, c'est-à-dire le droit à la prestation sociale en cause, pour une période donnée⁸.

Il s'agit donc d'un contentieux subjectif, portant sur un droit, et non objectif, c'est-à-dire dirigé contre un acte⁹.

13. Il en découle que l'appréciation des juridictions du travail dans ce cadre n'est pas limitée à la validité de la décision administrative attaquée.

Les juridictions ont en effet l'obligation, en cas de constat d'illégalité de cette décision, de substituer leur appréciation du droit subjectif en cause à celle de l'administration¹⁰, faisant ainsi ce que cette dernière eût dû faire, en examinant toutes les conditions d'octroi de ce droit, en ce compris celles non abordées par la décision¹¹, sous la seule réserve des droits de la défense et du principe dispositif.

14. Par conséquent, les obligations formelles ou procédurales, telle que celle de motivation, imposées aux institutions chargées de l'octroi des prestations sont dépourvues de sanction effective puisque le constat de leur violation reste sans conséquence pour l'assuré social concerné, à tout le moins sous l'angle du droit subjectif en cause et de son examen par les juridictions du travail¹².

15. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, les contestations soulevées par Madame C. quant à la régularité formelle de la décision attaquée restent sans conséquence sur l'octroi éventuel du droit aux indemnités d'incapacité de travail qu'elle postule.

Ces contestations sont donc sans pertinence et peuvent ne pas être examinées.

LA RÉGULARITÉ DE L'EXPERTISE

16. L'expert judiciaire est tenu à une obligation d'impartialité similaire à celle des juges, ce qui ressort tant de la formule de son serment prescrite par l'article 986 du Code judiciaire que des dispositions du même code concernant la récusation des experts.

Ces textes énoncent notamment que les experts peuvent être récusés par les motifs pour lesquels la récusation est permise à l'égard des juges, qui comprennent, entre autres, la suspicion légitime et l'inimitié capitale à l'égard d'une des parties.

7. Cass. 21.12.1956, Pas., 1957, I, p. 430 ; W. Ganshof van der Meersch, "Existe-t-il des droits administratifs et sociaux distincts des droits politiques et dépourvus de garanties constitutionnelles ?" conclusions avant Cass., 21.12.1956, J.T., 1957 ; P. Wigny, "Droits administratifs subjectifs - À propos de l'arrêt de la Cour de cassation du 21.12.1956", J.T., 1957, p. 361.

8. J.F. Neven et H. Mormont, "Les pouvoirs du juge dans le contentieux de la sécurité sociale" in M. Westrade et S. Gilson (dir.), *Le contentieux du droit de la sécurité sociale*, Anthémis, 2012, p. 418 et les références citées.

9. P. Gosseries, "Contentieux de la sécurité sociale : compétence d'attribution et saisine des juridictions du travail", J.T.T., 1981, p. 291.

10. Cass., 26.02.1975, Pas., p. 665 ; Cass., 18.06.1984, Pas., p. 1271 ; Cass., 13.03.2000, Pas., p. 562.

11. J.F. Neven et H. Mormont, op. cit., n° 14.

12. J.F. Neven et H. Mormont, op. cit., n° 16.

17. En l'espèce, le fait allégué par Madame C., à savoir que le médecin conseil de l'INAMI aurait déjà été présent dans le cabinet de l'expert lorsqu'elle y est arrivée pour la première réunion d'expertise, n'est pas, à le supposer démontré, de nature à faire peser sur l'expert une apparence de partialité de nature à invalider son rapport. Madame C. n'indique par ailleurs pas que les deux médecins auraient été en train d'échanger au sujet du litige médical, ce qui pourrait éventuellement se comprendre comme une atteinte aux principes du contradictoire et de l'égalité des armes.

18. Par ailleurs, Madame C. s'est abstenue de recourir à la procédure de récusation de l'expert que lui ouvraient les articles 966 et suivants du Code judiciaire.

19. Pour ce double motif, la Cour du travail décide de ne pas écarter le rapport de l'expert en raison de la partialité, ou de l'apparence de partialité, qui lui est imputée.

LE DROIT AUX INDEMNITÉS

20. L'assurance indemnités de travailleurs indépendants et des conjoints aidants est régie par l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

21. Aux termes de l'article 19 de l'arrêté royal, au cours des périodes d'incapacité primaire, soit au cours des douze premiers mois d'incapacité, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité. Lorsque, au moment ou débute l'état d'incapacité de travail, le titulaire n'exerçait plus d'activité professionnelle, l'état d'incapacité est apprécié en fonction de l'activité de travailleur indépendant qu'il a exercée en dernier lieu.

Selon l'article 20 du même arrêté, au cours de la période d'invalidité, soit au-delà des douze premiers mois, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail lorsqu'il est satisfait à l'article 19 et, qu'en outre, il est reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

22. En l'espèce, l'expert conclut à l'absence, pour toute la période litigieuse, une incapacité de travail de Madame C. 'au sens de l'article 20 précité.

L'expert arrive à cette conclusion après avoir :

- rappelé les antécédents professionnels et scolaires de Madame C., à savoir des études arrêtées en 3^e professionnelle, un travail d'apprentie vendeuse, de vendeuse indépendante, de serveuse puis de conjoint-aidant de son mari, fabricant de galettes
- énumérés ses antécédents médicaux et ses plaintes, à savoir des douleurs inguinales, aux talons et aux poignets, des migraines et un fond dépressif chronique
- énoncé les médications prises et sa situation diagnostique : arthrose cervicale et lombaire, gonarthrose, canal carpien bilatéral, hernie inguinale, tendinite, migraines et fond dépressif chronique
- procédé à un examen clinique puis à l'examen d'un grand nombre de documents médicaux
- sollicité une évaluation psychiatrique par un spécialiste ayant conclu que l'état dépressif chronique d'intensité relativement modérée justifiait d'une certaine incapacité mais n'apparaissait certainement pas à lui seul susceptible de remplir le critère de l'incapacité totale

- donné un avis provisoire défavorable à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale mais l'évaluant à 50 % en l'absence de répercussions fonctionnelles majeures et compte tenu de la possibilité d'exercer encore des activités légères comme celles, déjà accomplies, de vente ou de livraison de matériel léger
- répondu point par point à la note de faits directrices du médecin conseil de Madame C. et confirmé ainsi son évaluation provisoire.

23. Le rapport de l'expert est par conséquent, complet, détaillé et motivé. Les constats posés par l'expert sont de nature à justifier ses conclusions et il a fait une correcte application des principes qui se déduisent de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité.

La Cour considère que les éléments avancés par Madame C. ne sont pas de nature à remettre en cause le caractère convaincant de l'appréciation faite par l'expert.

Celui-ci a notamment pris en considération la qualification et l'expérience de Madame C., estimant encore possible l'exercice de professions concrètes et qu'elle avait déjà exercées par le passé (vendeuse, notamment de galettes et de cuisines équipées, par exemple).

De même, il n'apparaît pas que l'expert aurait indiqué à Madame C. qu'elle avait une perte de capacité de 82 %, laquelle ne suffirait en toute hypothèse pas à remplir le critère de l'article 20 précité. Rien ne permet non plus d'accréditer la thèse selon laquelle l'expert ou le sapsiteur psychiatre aurait évoqué un taux de 50 % pour les seules pathologies psychiatriques. Au contraire, l'évaluation à 50 % faite par l'expert, tant en termes d'avis provisoire que de conclusions, englobe l'ensemble des pathologies, physiques comme psychologiques. De même, l'évaluation psychiatrique faite par le sapsiteur Godefroid, reprise par l'expert, exclut certainement que l'état dépressif puisse justifier une incapacité de travail totale.

Par ailleurs, les pièces médicales récentes déposées par Madame C. sont, pour l'essentiel, des protocoles d'examens d'imagerie de l'abdomen qui paraissent mettre en évidence une situation globalement normale, hormis l'hernie inguinale déjà connue de l'expert et dont rien n'indique l'aggravation.

Enfin, aussi regrettable soit-elle, la situation professionnelle ou médicale de l'époux de Madame C. reste sans pertinence pour l'appréciation de la capacité de travail de celle-ci.

24. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, la Cour décide que Madame C. n'est pas, depuis le 4 janvier 2010, en état d'incapacité de travail au sens de la section 2 du chapitre III du titre 1^{er} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, sans qu'aucune nouvelle mesure d'Instruction ne soit nécessaire à cet égard.

25. La demande et l'appel qui reposent sur le point de vue inverse, sont non fondés.

LES DÉPENS

26. En application de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, les dépens doivent être mis à charge de l'INAMI.

Il y a lieu de confirmer la condamnation aux dépens de première instance que contient le jugement attaqué.

Il y a également lieu de mettre à charge de l'INAMI les dépens d'appel de Madame C., liquidés au dispositif du présent arrêt conformément à ce qui est prévu aux articles 1018 du Code judiciaire et 4 de l'arrêté royal du 26 octobre 2007 fixant le tarif des indemnités de procédure visées à l'article 1022 du Code judiciaire et fixant la date d'entrée en vigueur des articles 1^{er} à 13 de la loi du 21 avril 2007 relative à la répétabilité des honoraires et des frais d'avocat.

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

Statuant après un débat contradictoire et faisant application de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, spécialement de son article 24 ;

1.

Dit l'appel recevable mais non fondé ;

Confirme le jugement attaqué dans toutes ses dispositions ;

...

IV. Arbeidshof van Brussel, 18 maart 2015

Koninklijk besluit van 3 juli 1996 - Artikelen 326 en 327

Vaststelling van het onverschuldigd bedrag en beginpunt van de termijn van twee jaar

Het staat vast dat het bestaan van een onverschuldigd bedrag veronderstelt dat er een betaling is geweest en dat die betaling onverschuldigd is. Het feit dat men weet voor wie ten onrechte een betaling is uitgevoerd, is geen voorwaarde voor het bestaan van dat onverschuldigde bedrag. De termijn van twee jaar begint te lopen vanaf het ogenblik van de vaststelling van het onverschuldigde bedrag door de verzekeringsinstelling.

Opschorten van de termijn van twee jaar

Een betaling die na het overlijden is uitgevoerd en die betrekking heeft op een periode na het overlijden, werd niet verricht ten gunste van de sociaal verzekerde of zijn erfgenamen. De opschorting van de termijn van twee jaar ingeval de schuldenaar overlijdt, is bijgevolg niet van toepassing.

Verbod op vervanging van de motivering

Als bij de arbeidsrechtbank een geschil, zoals bedoeld in artikel 580, 4^o, van het Gerechtelijk Wetboek, aanhangig wordt gemaakt, controleert zij niet alleen de wettelijkheid ervan, maar moet zij ook toezien op de correcte toepassing van de wetsbepalingen. De arbeidsrechtbank moet een uitspraak doen en zich bij het onderzoek niet beperken tot de motieven die in de administratieve beslissing worden vermeld. Bijgevolg kunnen de in beroep geformuleerde tenlasteleggingen niet terzijde worden geschoven.

Zie ook: Arbeidshof Brussel, 13 mei 2015, R.G. 2013/AB/927

A.R. nr. 2013/AB/773
RIZIV t./V.I.

...

1. Faits et antécédents

1. Monsieur M.D. a bénéficié à charge de l'O.A., d'indemnités d'incapacité de travail.

Monsieur M.D. est décédé le 9 août 2005.

Les indemnités ont été versées pour l'entièreté du mois d'août 2005. La mutualité a ainsi versé indûment des Indemnités, pour la période du 10 août 2005 au 31 août 2005, soit une somme de 733,78 EUR.

2. Le 6 septembre 2005, l'O.A. a écrit à l'administration communale de ... afin de connaître les héritiers éventuels de Monsieur M.D. ainsi qu'à son organisme bancaire, afin de récupérer les sommes versées indûment.

La banque a refusé de faire droit à cette demande de remboursement, par courrier du 12 septembre 2005.

3. Par lettre du 28 septembre 2005) l'O.A. a demandé à la veuve de Monsieur M.D., le remboursement du paiement indu ; celle-ci a cependant renoncé à la succession de son époux, le 4 octobre 2005.

À la requête de l'O.A., le Tribunal de première instance de Tournai a, par ordonnance du 22 novembre 2006, désigné un curateur à succession vacante.

Le curateur à succession vacante a tenté de récupérer des fonds via une éventuelle assurance-vie, ce dont il a informé l'O.A. le 7 août 2007.

Par un courrier du 19 décembre 2008, le curateur à succession vacante a signalé à l'O.A. que la banque ne lui avait pas encore répondu quant à l'existence d'une éventuelle assurance-vie.

4. Par lettre du 6 janvier 2009, l'O.A. a sollicité du service du contrôle administratif de l'INAMI d'être dispensée d'inscrire l'indu non récupéré de 733,78 EUR en frais d'administration.

Par la décision litigieuse du 31 mars 2009, l'INAMI a refusé la dispense d'inscription en frais d'administration de cette somme non récupérée.

5. L'O.A. a cité l'INAMI et demandé au Tribunal du travail de Bruxelles :

- d'annuler la décision du 31 mars 2009
- de dire pour droit qu'elle est dispensée d'inscrire la somme de 733,78 EUR en frais d'administration.

Par jugement du 7 juin 2013, le Tribunal du travail a déclaré la demande recevable et fondée.

Le tribunal a mis à néant la décision du 31 mars 2009 refusant à l'O.A. la dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 733,78 EUR non récupérée à charge de Monsieur M.D. et a dit pour droit que l'O.A. est dispensée d'inscrire cette somme en frais d'administration.

Le tribunal a condamné l'INAMI aux dépens de l'instance.

6. L'INAMI a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du travail, le 23 juillet 2013.

2. Objet de l'appel

7. L'INAMI demande à la Cour du travail de réformer le jugement et de confirmer la décision administrative du 30 mars 2009.

3. Discussion

a. Le cadre légal et l'objet de la discussion

8. En cas de prestations payées indûment, l'O.A. doit entreprendre des démarches en vue d'en obtenir le remboursement, endéans un délai de maximum deux ans.

Selon l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

"l'O.A. inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial :

a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'O.A. a lui-même constaté le paiement indu ; (...)"

Selon l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

"§ 1^{er}. La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'O.A. dans un délai de deux ans à partir de la date :

a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a) ;

(...)"

L'article 326 énumère ensuite différentes causes de suspension du délai de deux ans,

Il est notamment prévu par l'article 326, § 3, c ; que le délai est suspendu à partir de :

"la date du décès du débiteur jusqu'à la date de la déclaration de la succession ou de la désignation du curateur à succession vacante".

9. À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement prolongé ou suspendu, l'O.A. doit, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prendre en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration, il peut toutefois obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'arrêté royal.

L'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise à ce sujet que :

"§ 1^{er}. À l'exception des cas prévus au § 2, les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.

§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'O.A. d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :

a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'O.A. ;

b) l'O.A. en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire. Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer ;

c) la demande porte sur un montant d'au moins 300 EUR ou sur un montant de moins de 300 EUR qui serait le solde d'un montant indûment payé d'au moins 300 EUR.

L'O.A. doit introduire la demande, par lettre recommandée à la poste, avant la fin du délai fixé au § 1^{er}.

La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'O.A. par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le premier jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste. Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".

Il apparaît ainsi,

- que la demande de dispense doit être introduite dans les 3 mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai de 3 mois étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F ; Cour trav. Bruxelles, 21.09.2005, R.G. n° 45.286)

- que la dispense ne peut être accordée que si les conditions cumulativement énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1^{er}, a) à c) sont remplies.

10. En l'espèce, l'indu a justifié plusieurs démarches dès le 6 septembre 2005 et a fait l'objet d'une demande de remboursement adressée à la veuve de Monsieur M.D., le 28 septembre 2005.

Le service de contrôle administratif a donc considéré que l'indu a été constaté le 30 septembre 2005 et que le délai de deux ans prévu par l'article 326, § 1^{er}, a pris cours à cette date.

La demande de dispense d'inscription en frais d'administration a été introduite, le 6 janvier 2009, soit plus 3 mois après l'échéance du délai de deux ans ayant pris cours le 30 septembre 2005.

Sauf cause de suspension du délai de deux ans, la demande devrait donc être considérée comme tardive.

L'O.A. invoque la cause de suspension prévue par l'article 326, § 3, c., de l'arrêté royal (entre "la date du décès du débiteur" et la "désignation du curateur à succession vacante").

Se référant à la jurisprudence récente de la Cour du travail, l'INAMI soutient que cette cause de suspension est inapplicable en cas de paiement fait indument après le décès.

L'O.A. répond, tout d'abord, que l'INAMI ne peut se référer à la jurisprudence de la Cour du travail, dans la mesure où la motivation de la décision litigieuse ne fait nullement référence à cette jurisprudence. L'O.A. estime que la Cour du travail ne peut ainsi procéder à une substitution de motifs.

L'O.A. fait aussi valoir qu'en réalité, le délai de deux ans n'a pas pu prendre cours le 30 septembre 2005 : tant que la mutualité ignorait l'identité de la personne ayant encaissé l'indu, le délai de deux ans n'aurait pas commencé à courir et l'indu n'aurait pas dû être inscrit en compte spécial.

b. Examen des arguments des parties

SUR LA CONSTATATION DE L'INDU ET LE POINT DE DÉPART DU DÉLAI DE DEUX ANS

11. Comme l'indique l'O.A., il résulte des articles 325 et 326 de l'arrêté royal qu'en-dehors de l'hypothèse d'une notification du service de contrôle administratif, ou d'un jugement, le délai de deux ans prend cours lors de la "constatation de l'indu par l'organisme assureur".

L'O.A. soutient qu'à défaut de connaître l'identité du bénéficiaire du paiement, l'indu n'a pu être constaté de sorte que le délai de deux ans n'a pas pu prendre cours.

12. Il est constant que l'existence d'un indu, suppose un paiement et la circonstance que ce paiement est indu, et rien d'autre (voir VAN OMMESLAGHE, Droit des Obligations, T. II, n° 759, p. 1087).

Le fait de savoir à qui le paiement a été fait indument, n'est pas une condition d'existence de l'indu.

En l'espèce, l'indu résulte de ce que des indemnités d'incapacité de travail ont été versées (sur le compte en banque dont Monsieur M.D. était titulaire), pour une période postérieure au décès, soit pour une période pour laquelle les indemnités n'étaient pas légalement dues.

S'il est exact, comme le rappelle l'O.A., que la banque ne peut être considérée comme ayant reçu le paiement et comme devant restituer l'indu (voir Cass., 19.12.2002, Pas. 2002, I, p. 2244), ce paiement était indu dès l'origine, sans qu'il soit nécessaire de savoir, en outre, qui a effectivement encaissé la somme ainsi versée indument.

13. Contrairement à ce qu'affirme l'O.A., les différentes démarches effectuées par la mutualité, dès le 6 septembre 2005, auprès de l'administration communale et de la banque, témoignent de ce que l'indu pouvait déjà être constaté.

C'est donc à juste titre qu'ayant plus particulièrement égard à la notification de l'indu du 28 septembre 2005, le Service de contrôle administratif a fixé le point de départ du délai de deux ans, à la date du 30 septembre 2005.

SUR LA SUSPENSION DU DÉLAI DE 2 ANS

14. L'INAMI relève, à juste titre, que le paiement litigieux qui est intervenu après le décès de Monsieur M.D. et qui se rapporte à une période postérieure au décès, n'a pas été fait à l'assuré social, ni à la succession : en effet, la succession est clichée à la date du décès de sorte que le paiement postérieur à cette date, est intervenu, soit au profit d'un héritier qui l'a perçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.

Le débiteur de l'indu n'est donc pas la succession mais cet héritier ou ce tiers indélicat (dans le même sens, Cour trav. Bruxelles, 30.06.2010, R.G. n° 2009/AB/S1786 ; Cour trav. Bruxelles, 29.04.2013, R.G. n° 2011/AB/953).

15. Dans ces conditions, la suspension du délai de deux ans prévue en cas de décès du débiteur, n'est pas d'application.

Cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge de la succession, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession.

Le délai pour récupérer l'indu n'a donc pas été suspendu dans l'attente de la désignation d'un curateur à succession vacante.

16. Vu la constatation de l'indu fixée à la date du 30 septembre 2005 et l'absence de cause légale de suspension, il y a lieu de confirmer que la demande de dispense d'inscription en frais d'administration aurait dû être introduite au plus tard le 30 décembre 2007.

Introduite le 6 janvier 2009, la demande de dispense est manifestement tardive.

SUR LA PRÉTENDUE INTERDICTION DE SUBSTITUTION DE MOTIFS

17. Les conditions de la dispense d'inscription en frais d'administration, sont objectives et ne laissent pas place à un pouvoir d'appréciation discrétionnaire dans le chef de l'INAMI. Ainsi, lorsqu'une union nationale de mutualités conteste une décision refusant la dispense d'inscription en frais d'administration, il se noue entre cette union nationale et l'INAMI un litige portant sur le droit de l'union nationale à être dispensée de prendre à sa charge l'indu dont la récupération n'a pu être obtenue.

Ce litige relève de la compétence du Tribunal du travail, dès lors qu'en vertu de l'article 580, 4°, du Code judiciaire, celui-ci connaît des contestations entre les organismes chargés de l'application des lois et règlements [en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités] relativement aux droits et obligations qui en résultent pour eux.

Contrairement à ce que soutient l'O.A., les juridictions du travail saisies de ce litige n'exercent pas sur la décision de l'INAMI un simple contrôle de légalité, sans possibilité de substitution, mais doivent veiller à la correcte application des dispositions légales dont les faits de la cause commandent l'application.

Saisie de la question de savoir si le délai de deux ans prévu par l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, a été suspendu, la Cour du travail doit dès lors se prononcer sur les causes légales de suspension dont les faits pourraient commander l'application, sans être tenue de limiter son examen aux seuls motifs mentionnés dans la décision administrative initialement contestée.

18. En conséquence, c'est à tort que l'O.A. soutient que le nouveau grief formulé par l'INAMI en appel doit être écarté.

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant de manière contradictoire,

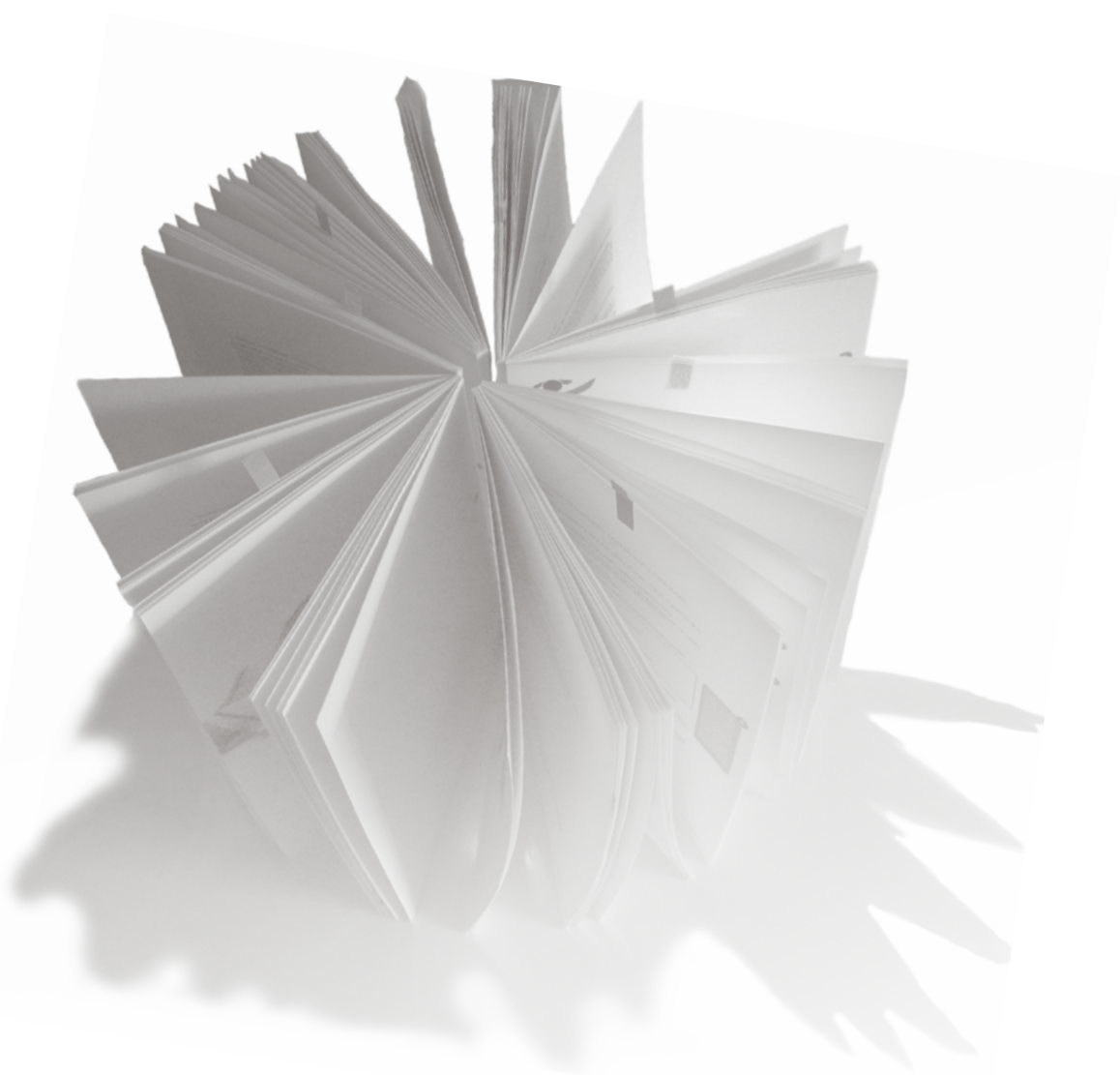
Dit l'appel fondé,

Confirme la décision de l'INAMI du 31 mars 2009 en ce qu'elle refuse la dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 733,78 EUR non récupérée,

Réforme en conséquence le jugement dont appel,

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Ziekenhuisfactuur

Gebrek aan transparantie – Maatregelen ter bevordering van de transparantie – Klachtenprocedure

Vraag nr. 77, gesteld op 16 december 2014 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEDRY, volksvertegenwoordigster¹

Zoals u wellicht weet, bestaat er nog steeds veel onduidelijkheid bij patiënten over de ziekenhuisfactuur. Hoewel ziekenhuizen en artsen transparant moeten zijn over de kostprijs van een opname, blijkt onder andere uit “mysteryshopping”-onderzoek van Test-Aankoop (2011) dat maar 37 % van de patiënten opnamedocumenten krijgt, 73 % mondelinge informatie meegedeeld wordt en 36 % informatie over het statuut van de artsen ontvangt bij een ziekenhuisopname. Dit, in tegenstelling tot 22 % van de gevallen, waar de patiënt geen enkele informatie mee krijgt.

Nochtans staat in het regeerakkoord dat “de patiënt moet beschikken over informatie betreffende de kwaliteit en de prijs van de zorg, die ter beschikking wordt gesteld via één toegankelijk platform”.

1. Hoever staat het precies met dit toegankelijk platform en de nieuwe wet die in de maak is om de factuur voor de patiënt duidelijker te maken?
2. a) Wat gebeurt er precies met de klachten gericht aan de Federale Ombudsdienst voor de Rechten van de Patiënt ?
b) Kan u een gedetailleerd overzicht geven van het aantal klachten en de opvolging hiervan?
3. a) Over welke mogelijkheden beschikken de mutualiteiten om misbruik aan te klagen?
b) Overweegt u ook maatregelen te treffen om hen aan te moedigen hun leden beter te beschermen en te verdedigen?
4. a) Bestaan er andere mogelijkheden voor patiënten om ontransparantie over hun ziekenhuisfactuur aan te klagen?
b) Zo neen, overweegt u hier iets aan te veranderen?

Antwoord

Volgens het regeerakkoord (Parl. St., Kamer, 2014-2015, DOC 54K0020) moet de patiënt beschikken over informatie betreffende de kwaliteit en de prijs van de zorg, die ter beschikking wordt gesteld via één toegankelijk platform. Het betreft een van de punten van het regeerakkoord die in het kader van deze legislatuur dienen te worden uitgevoerd.

Inzake transparantie werd op initiatief van het Riziv een werkgroep opgericht met het oog op de vereenvoudiging van de ziekenhuisfactuur die na afloop van de zorgen aan de patiënt wordt uitgereikt. Het document bevindt zich in de eindfase. Het wordt herzien in het licht van de principes van de wet betreffende de financiële transparantie van de geneeskundige verzorging, waarvan de inwerkingtreding is vastgesteld op 1 juli 2015.

1. Bulletin nr. 017, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 173.

Wanneer de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” een klacht ontvangt in verband met een gebrek aan transparantie/informatie betreffende het financiële aspect van de in het ziekenhuis verstrekte zorg, stuurt hij de klacht in principe door naar de ombudspersoon “rechten van de patiënt” van het ziekenhuis in kwestie.

De ombudspersonen “rechten van de patiënt” van de ziekenhuizen behandelen in de eerste plaats de klachten in verband met de individuele zorgrelatie beroepsbeoefenaar-patiënt, door de communicatie tussen beide te herstellen en door een oplossing te zoeken met de partijen zelf (een oplossing die kan bestaan uit een eventuele financiële geste die wordt toegekend door de beroepsbeoefenaar, een toelichting die wordt verschaft, een engagement om het in de toekomst beter te doen, enzovoort).

Bij het behandelen van klachten aangaande het financiële aspect van de zorg, richt de ombudspersoon zich in principe ook tot de beroepsbeoefenaar die de patiënt verzorgd heeft, gezien de verplichting van de beroepsbeoefenaar zelf om de patiënt voorafgaandelijk te informeren over de financiële gevolgen van de behandeling, zoals voorzien in artikel 8, § 2, van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

De klachten in verband met de onleesbaarheid van de opnameverklaring zelf/het gebrek aan uitleg die de patiënt kreeg bij de dienst onthaal/het gebrek aan duidelijkheid van de ziekenhuisfactuur behoren niet rechtstreeks tot de wettelijke bevoegdheid van de ombudsdiensten “rechten van de patiënt” van de ziekenhuizen, aangezien ze eerder de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betreffen, en niet die van een gezondheidsbeoefenaar zelf.

Wat deze klachten betreft, kan de ombudspersoon “rechten van de patiënt” de patiënt doorverwijzen naar andere diensten van het ziekenhuis die desgevallend voor verduidelijking/toelichting kunnen zorgen (dienst directie, dienst boekhouding, dienst geschillen, onthaal, en zo meer) of naar derde diensten die de genoemde klachten kunnen behandelen, voornamelijk de diensten “ledenverdediging” van het ziekenfonds van de patiënt.

Het ziekenhuis is op grond van artikel 30/2 van de ziekenhuiswet verplicht om te vermelden bij welke persoon of dienst binnen het ziekenhuis geïndividualiseerde informatie en uitleg kan bekomen worden.

Wat betreft de cijfers van de klachten die werden opgetekend door de ombudsdiensten “rechten van de patiënt” van de ziekenhuizen, dient men te weten dat, volgens de wetgeving “rechten van de patiënt” enkel de klachten in verband met een relatie “patiënt-beroepsbeoefenaar” geregistreerd worden in de officiële rapporten die worden meegedeeld aan de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”



(zie de globale analyses van de rapporten van de ombudspersonen in de ziekenhuizen op de website van de FOD Volksgezondheid via de link www.patientrights.be).

In principe worden klachten over de (on)transparantie van de voorgelegde opnameverklaring of de onleesbaarheid van de factuur dus niet geregistreerd in de genoemde rapporten.

In de extramurale sector heeft de federale ombudsdienst “rechten van de patiënt” voor het jaar 2013, 32 klachten (op 284 klachten uit de extramurale sector) geteld in verband met een gebrek aan voorafgaandelijke informatie over de financiële gevolgen van de behandeling (wetende dat de beoefenaar in kwestie een arts kan zijn, maar ook een tandarts, een kinesitherapeut, en zo meer).

De bemiddelingsprocedure die wordt opgestart bij de ombudspersoon “rechten van de patiënt” van het betrokken ziekenhuis, na contact met de facturatedienst om meer uitleg te verkrijgen, blijft de te bevoorrechten weg.

Bij afwezigheid van een dergelijke procedure of bij afwezigheid van een oplossing na afloop van deze procedure, staat het de patiënt uiteraard vrij om zich tot justitie te wenden met het oog op een regeling van zijn klacht, in voorkomend geval met de hulp van zijn ziekenfonds.

II. Geneeskundige verzorging

Dubbele verzekering – Gepensioneerden – Coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels (Verord. EG 883/2004 en 987/2009)

Vraag nr. 118, gesteld op 3 februari 2015 aan mevrouw de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, door de heer PENRIS, volksvertegenwoordiger¹

Gepensioneerde werknemers die een deel of hun volledige beroeps carrière in Duitsland hebben uitgeoefend ontvangen van de Duitse overheid een Duits pensioen. Van dit pensioen wordt ambtshalve een bepaald bedrag afgehouden in het kader van de sociale zekerheid.

Wanneer deze mensen zich echter nadien terug in België vestigen, laten zij zich uiteraard ook bij een Belgische sociale verzekeringsmaatschappij (ziekenkas) inschrijven. Deze kassen melden mij dat de betrokkenen 100 % door hen verzekerd worden.

Derhalve kan de Duitse bijdrage beschouwd worden als een vorm van dubbele verzekering .

1. Bent u hiervan op de hoogte?
2. Welke maatregelen kunnen genomen worden om Belgische dubbel verzekerden van verplichte bijdragen in Duitsland vrij te stellen?

Antwoord

Gepensioneerden die in België wonen en uitsluitend een Duits wettelijk pensioen ontvangen, en op grond van dit Duits pensioen een recht op geneeskundige verzorging hebben ten laste van de Duitse wettelijke ziektekostenverzekering, hebben krachtens artikel 24 van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels recht op geneeskundige zorg in België voor rekening van Duitsland.

Om dit recht op geneeskundige zorg in België voor rekening van Duitsland uit te oefenen, dienen deze gepensioneerden zich bij een Belgische verzekeringsinstelling in te schrijven op basis van een document S1 (oud-formulier E.121) dat wordt uitgereikt door het bevoegde Duitse ziekenfonds (Krankenkasse). In dit geval is er geen sprake van een “dubbele” verzekering.

Het document S1 levert het bewijs dat deze gepensioneerde recht heeft op geneeskundige verstrekkingen volgens de regels en tarieven van de Belgische verplichte ziekteverzekering voor rekening van Duitsland. De tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verzorging die door de Belgische verzekeringsinstelling aan deze gepensioneerden worden betaald, worden achteraf van Duitsland teruggevorderd volgens de geëigende procedures zoals vastgelegd in Verordening (EG) 987/2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

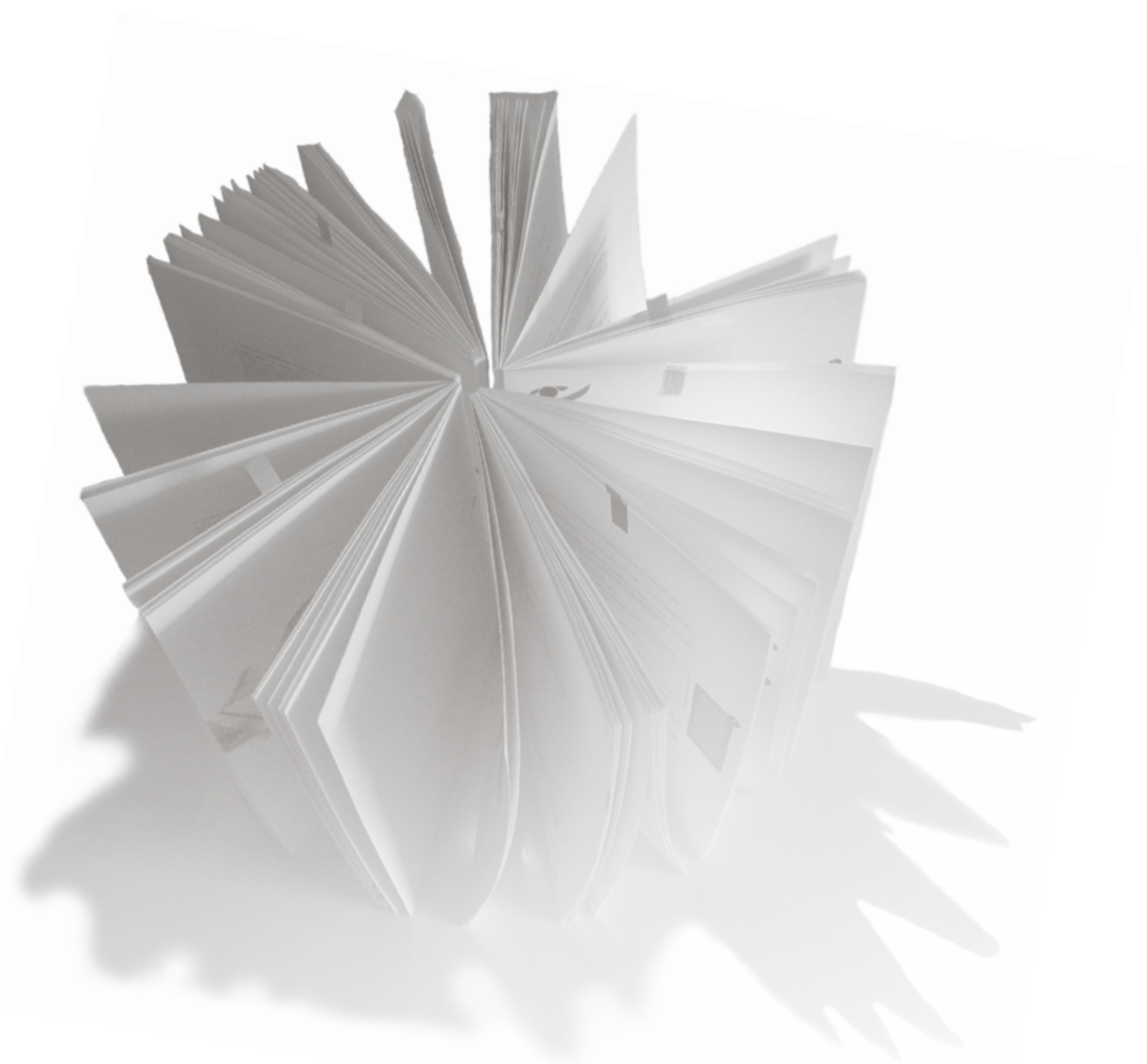
Aangezien Duitsland de medische kosten van deze gepensioneerden in België ten laste moet nemen op grond van de vigerende Europese reglementering, is de Duitse overheid, in toepassing van artikel 30 van Verordening (EG) 883/2004 in samenhang met artikel 30 van Verordening (EG) 987/2009 gemachtigd om de bijdragen voor de Duitse wettelijke ziekteverzekering te innen.

1. Bulletin nr. 016, Kamer, gewone zitting 2014-2015, p. 164.

De situatie van een “dubbele” verzekering voor de ziektekosten, kan zich onder meer voordoen wanneer in België wonende gepensioneerden naast een Duits wettelijk pensioen ook een Belgisch wettelijk pensioen ontvangen. Deze gepensioneerden zijn krachtens artikel 23 van Verordening (EG) 883/2004 voor ziektekosten verzekerd ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering. In dit geval mag Duitsland, overeenkomstig de Europese reglementering, de bijdragen voor de Duitse wettelijke ziekteverzekering niet innen.

Indien Duitsland deze bijdragen toch zou inhouden op het Duitse pensioen, dan kunnen deze “dubbel-gepensioneerden” een aanvraag tot vrijstelling van de Duitse bijdragen indienen bij het bevoegde Duitse ziekenfonds. Het is aangewezen dat de betrokkenen in dit geval het bewijs meesturen dat zij op grond van hun Belgische pensioen recht hebben op geneeskundige verzorging ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering. Verder kunnen de betrokkenen aan het bevoegde Duitse ziekenfonds ook vragen om de eventueel onterecht ingehouden bijdragen (vanaf de datum dat zij recht hebben op geneeskundige zorg ten laste van België op grond van de samenloop met hun Belgische pensioen) terug te storten.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verordening van 16 juni 2014 tot wijziging van de verordening van 22 mei 2006 van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde

Verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging

Procedure en bewijsstukken

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2012/428 van 30 oktober 2012.¹

1. Gevallen van verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag inzake geneeskundige verzorging: algemeen

In het kader van bovenvermelde verordening kan, wanneer de verzekerde te goeder trouw is, worden afgezien van de terugvordering van het onverschuldigd bedrag in de volgende gevallen:

1) Over het algemeen op het vlak van de geneeskundige verzorging, als de verzekerde zich in een behartigenswaardige toestand bevindt (art. 2 van de verordening).

Voor het bepalen van een behartigenswaardige toestand wordt er rekening gehouden met het gezinsinkomen op het ogenblik waarop de sociaal verzekerde het verzoek tot verzaking aan de terugvordering van een onverschuldigd bedrag indient (art. 4 van de verordening).

Het gezin en de inkomens waarmee rekening wordt gehouden, zijn dezelfde als die voor de verhoogde tegemoetkoming (vermeld in de art. 25 tot 27 van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2012/3, p. 391.

Als het inkomen lager is dan het bedrag dat is vastgesteld in artikel 21 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 wordt in ieder geval afgezien van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag. Als dat inkomen lager is dan 150 % van datzelfde bedrag, wordt de verzaking in ieder geval toegekend voor het gedeelte van het onverschuldigde bedrag dat de helft van het bedrag van het gezinsinkomen overschrijdt dat hoger is dan het voormelde bedrag.

2) In het kader van de maximumfactuur of de verhoogde tegemoetkoming bestaat, naast de bovenbeschreven algemene procedure, een mogelijkheid om af te zien van de terugvordering van het onverschuldigde bedrag wanneer ten gevolge van een verhoging van het belastbaar bedrag van het gezinsinkomen door een retroactieve aanslag van de Algemene administratie van de fiscaliteit niet meer wordt voldaan aan de inkomensvoorwaarde (art. 6 van de verordening).

De verzakingsprocedures beschreven onder 1) en 2) zijn echter niet van toepassing op de onverschuldigde bedragen die lager zijn dan of gelijk aan 125 EUR².

2. Verzakingen bedoeld in artikel 4 van de verordening

2.1 Algemeen

De verzekerde moet zijn verzoek tot verzaking indienen bij zijn verzekeringsinstelling met het formulier "verzoek tot verzaking". Het model van dit formulier gaat als bijlage 1.

Indien een verzoek door de verzekerde rechtstreeks werd opgestuurd naar de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of een andere dienst van het RIZIV, dan stuurt die dienst dat verzoek onverwijld door naar de betrokken verzekeringsinstelling en verwittigt ze de verzekerde hiervan.

Wanneer het dossier onvolledig is of niet correct werd ingevuld deelt de Dienst voor administratieve controle dit mee aan de verzekeringsinstelling. Deze heeft vervolgens 4 maanden om het dossier te vervolledigen. Indien er geen reactie komt in de loop van deze 4 maanden, wordt het dossier doorgegeven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De verzekeringsinstelling welke een verzoek ontvangt, zendt of overhandigt aan de sociaal verzekerde een ontvangstbevestiging. Een kopie van deze ontvangstbevestiging wordt in het dossier opgenomen.

Als datum van indiening van het verzoek wordt de datum in aanmerking genomen waarop het verzoek is toegekomen bij de verzekeringsinstelling.

2.2 Samenstelling van het administratief dossier

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot het verzoek om af te zien van de terugvordering.

2. Op basis van art. 326 § 3 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, worden de verzekeringsinstellingen vrijgesteld van het terugvorderen van prestaties kleiner dan 27,34 EUR die ten onrechte betaald werden aan de verzekerde. Deze bijdragen dienen dus niet teruggevorderd te worden. Bedragen onder of gelijk aan 125 EUR kunnen niet het voorwerp uitmaken van een verzakingsprocedure (art. 1 van de verordening), deze bedragen dienen dus wel teruggevorderd te worden. Voor bedragen tussen 27,34 EUR en 125 EUR is er geen verzakingsprocedure noch vrijstelling tot terugvorderen en speelt de terugvordering dus wel. Geïndexeerde bedragen van toepassing op 01.01.2015.

Het administratief dossier moet bevatten:

1. Verzoek tot verzaking (bijlage 1)

Een kopie van het formulier moet worden bewaard in het ziekenfondsdossier.

2. Een synthesesnota (bijlage 2)

Deze synthesesnota moet steeds worden ingevuld door de verzekeringsinstelling.

3. Bij te voegen stukken.

Alle bewijsstukken die aan de verzekeringsinstelling werden bezorgd met betrekking tot het gezinsinkomen (dus ook het recentste aanslagbiljet van de personenbelasting).

Een kopie van de schuldbekentenis (waarin duidelijk erkend wordt een bepaalde schuld te hebben en waarin zo precies mogelijk omschreven wordt om welke onverschuldigde prestaties het gaat; de schuldbekentenis wordt ondertekend en gedateerd) of, bij ontstentenis hiervan, de beslissing tot terugvordering die niet werd betwist of een kopie van het vonnis of het arrest (het schuldbedrag moet definitief zijn) (zie art. 8 van de verordening).

Een kopie van de ontvangstbevestiging die naar de verzekerde werd gestuurd.

Alvorens het verzoek door te sturen naar de Dienst voor administratieve controle, moet de juistheid en de volledigheid van de bewijsstukken worden gecontroleerd door de verzekeringsinstelling.

De bewijsstukken die de betrokkene bij zijn verzoek heeft gevoegd en die hierboven niet specifiek zijn vermeld, worden in principe niet bezorgd aan de Dienst voor administratieve controle, tenzij ze relevant zijn.

2.3 Indiening van het dossier bij de Dienst voor administratieve controle

Het administratief dossier, samengesteld door de verzekeringsinstelling, moet worden gericht aan de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens van de Dienst voor administratieve controle, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

De verzekeringsinstelling doet dit zo snel mogelijk na de indiening van het verzoek tot verzaking door de rechthebbende, en ten laatste twee maand na de indiening ervan.

De Dienst voor administratieve controle meldt per gewone brief aan de betrokkene de ontvangst van zijn dossier, en dit ten laatste 14 dagen na ontvangst.

Kopie van deze brief wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

2.4 Dossierbehandeling en beslissing

De Dienst voor administratieve controle stelt een nota op waarop de opmerkingen en de redenen voor de weigering van de verzaking of voor de toekenning van een (gedeeltelijke) verzaking (waaronder de goede of kwade trouw van de rechthebbende) genoteerd worden.

De dossiers (bijlage 1 en bijlage 2, samen met de nota van de Dienst voor administratieve controle) en de bij te voegen stukken worden doorgestuurd naar de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze dienst legt de verzoeken voor aan de Werkgroep Verzekerbareid.

De Werkgroep Verzekerbareid formuleert een advies. De dossiers worden samen met het advies van de Werkgroep Verzekerbareid voorgelegd aan de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging:

Indien er niet of niet volledig kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering: Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag volledig of gedeeltelijk te verwerpen, zal dit per aangetekend schrijven worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

Indien er kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering: Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag te aanvaarden, zal dit per gewone brief worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14, 5^o en 6^o van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

3. Verzaking bedoeld in artikel 6 van de verordening (bijlage 3)

3.1. Algemeen

In afwijking op artikel 4 wordt er altijd afgezien van de terugvordering wanneer de prestaties betaald zijn in het kader van de verhoogde tegemoetkoming en/of de maximumfactuur, op voorwaarde evenwel dat het bedrag onverschuldigd is geworden doordat de Algemene administratie van de fiscaliteit het gezinsinkomen voor het betrokken jaar (d.i. het referentiejaar) in die mate retroactief heeft gewijzigd dat het gezinsinkomen het toegelaten grensbedrag overschrijdt.

De goede trouw van de rechthebbende moet vaststaan (art. 2 van de verordening).

De artikelen 1 eerste lid, 4, 5 en 8 van de Verordening zijn niet van toepassing op deze procedure.

Het verzoek wordt ingediend door de verzekeringsinstelling. De verzekeringsinstelling verwittigt de verzekerde van het indienen van een verzoek.

3.2. Samenstelling van het administratief dossier

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot het verzoek om af te zien van de terugvordering.

Dit dossier moet bevatten:

1. Verzoek tot verzaking (bijlage 3)

3.3. Indiening van het dossier bij de Dienst voor administratieve controle

Het dossier, bestaande uit het verzoek dat werd ingevuld door de verzekeringsinstelling moet worden ingediend bij de Dienst voor administratieve controle.

Het dossier moet worden gericht aan de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens van de Dienst voor administratieve controle, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

Als datum van indiening van het verzoek wordt de datum in aanmerking genomen waarop het verzoek is toegekomen bij de Dienst voor administratieve controle.

Het verzoek moet worden ingediend binnen de 3 maanden nadat de verzekeringsinstelling op de hoogte gebracht werd van de retroactieve belastingsaanslag.

De Dienst voor administratieve controle zendt een ontvangstmelding naar de betrokken verzekeringsinstelling, en dit ten laatste 14 dagen na ontvangst van het dossier.

Wanneer het dossier onvolledig is of niet correct werd ingevuld deelt de Dienst voor administratieve controle dit mee aan de verzekeringsinstelling. Deze heeft vervolgens 4 maanden om het dossier te vervolledigen. Indien er geen reactie komt in de loop van deze 4 maanden, wordt het dossier doorgegeven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

3.4. Dossierbehandeling en beslissing

De Dienst voor administratieve controle stelt een nota op waarop de opmerkingen en de redenen voor de weigering van de verzaking of voor de toekenning van een verzaking (waaronder de goede of kwade trouw van de rechthebbende) genoteerd worden.

De dossiers worden doorgestuurd naar de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze dienst legt de verzoeken voor aan de Werkgroep Verzekerbareid.

De Werkgroep Verzekerbareid formuleert een advies. De verzoeken worden samen met het advies van de Werkgroep Verzekerbareid voorgelegd aan de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Indien er niet kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering: Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag te verwerpen, zal dit per aangetekend schrijven worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

Indien er kan worden ingegaan op het verzoek om af te zien van de terugvordering: Wanneer de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, op basis van het advies gegeven door de Werkgroep Verzekerbareid beslist de aanvraag te aanvaarden, zal dit per gewone brief worden meegedeeld aan de betrokkene, met vermelding van de redenen. De vermeldingen beschreven in artikel 14, 5^o en 6^o van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde zullen opgenomen worden in de beslissing.

Een kopie van die beslissing wordt tevens naar de betrokken verzekeringsinstelling gestuurd.

4. Schorsing van de terugvordering

Overeenkomstig artikel 326, § 2, g) van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt de termijn waarin het onverschuldigd bedrag door de verzekeringsinstelling moet worden teruggevorderd, geschorst vanaf de datum waarop het verzoek om af te zien van de terugvordering werd ingediend tot aan de datum van de beslissing van de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Van toepassing vanaf 13 maart 2015.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/133 – 3999/4 van 11 mei 2015.

II. Reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Van toepassing vanaf 24 maart 2015.

Inhoudstafel

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



In de omzendbrief:

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

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

1. Inleiding

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

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

- 1^o automatisch, op basis van een voordeel dat de verzekerde geniet (bijvoorbeeld het leefloon), of op basis van een situatie waarin hij zich bevindt (bv. een kind met een ernstige handicap); de voorwaarden zijn vastgelegd in hoofdstuk 3 van het besluit
- 2^o na een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds. De voorwaarden zijn vastgelegd in hoofdstuk 4 van het besluit.

De eerste manier van opening heeft voorrang op de tweede¹. Die voorrangsregel betreft enkel de opening van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: zodra dat recht is geopend en het voordeel/de situatie wordt verloren of daarentegen een van de in aanmerking komende voordelen/situaties wordt genoten, luidt de enige belangrijke vraag of er al dan niet recht is op de verhoogde tegemoetkoming, ofwel op basis van het voordeel/de situatie, ofwel op basis van de inkomensvoorwaarde waaraan is voldaan.

Indien een gezin automatisch recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, moet er geen inkomensonderzoek worden uitgevoerd om het recht toe te kennen, en bijgevolg worden de inkomsten van dat gezin, zolang een van haar leden het voordeel/de situatie geniet, niet onderworpen aan de systematische controle².

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

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

2. Gemeenschappelijke bepalingen

2.1. Beherend ziekenfonds: verantwoordelijkheid³

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

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

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

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

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

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

2.2. Gegevensuitwisselingen tussen verzekeringsinstellingen⁴

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

Het gaat meer bepaald om de volgende gegevens:

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

3. Art. 4.

4. Art. 5.

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

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

2.3. Vaststelling van het genot van het voordeel of van de specifieke situatie⁵

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

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

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

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

3. Automatisch toegekend recht op de verhoogde tegemoetkoming⁶

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

3.1. Beoogde voordelen en situaties⁷

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

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

5. Art. 6.

6. Hfdst. 3.

7. Art. 8.

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

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

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

3.2. Precisering

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

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

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

De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % wordt vastgesteld door een geneesheer van het Directoraat-generaal Personen met een handicap van de FOD Sociale zekerheid. Deze vaststelling steunt op de volgende regels⁸:

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

8. Art. 8, tweede en derde lid.

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

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



DE INSCHRIJVING IN DE HOEDANIGHEID VAN GERECHTIGDE WEES

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

3.3. Beherend ziekenfonds en automatische toekenning van het recht⁹

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

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



Voorbeeld:

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

3.4. Opening van het recht op verhoogde tegemoetkoming

HET LEEFLOON INGESTELD BIJ DE WET VAN 26 MEI 2002 BETREFFENDE HET RECHT OP MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN DE STEUN VERLEEND DOOR EEN OCMW EN GEDEELTELIJK OF GEHEEL TEN LASTE GENOMEN DOOR DE FEDERALE OVERHEID¹⁰

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



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

9. Art. 9.

10. Art. 10.



Voorbeelden:

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



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

DE ANDERE VOORDELEN¹¹

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

DE LICHAAMELIJKE OF GEESTELIJKE ONGESCHIKTHEID VAN TEN MINSTE 66 % VAN EEN KIND¹²

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

HOEDANIGHEID VAN NBMV OF WEES¹³

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

3.5. Verlenging van het recht op de verhoogde tegemoetkoming¹⁴



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

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

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

11. Art. 11.

12. Art. 12.

13. Art. 13.

14. Art. 15.

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



Voorbeelden:

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



Opmerking: indien de NMBV 18 jaar wordt op 1 januari X, nemen we aan dat hij nog de hoedanigheid heeft gedurende het jaar X en verlengen we de hoedanigheid voor de laatste maal in het jaar X+1.

3.6. Toekenning en intrekking van het recht voor de andere gezinsleden¹⁵

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

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

15. Art. 14.

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

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

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

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



Voorbeelden:

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

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

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

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

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

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

TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE ECHTGENOOT

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



Voorbeeld:

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

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

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



Voorbeeld:

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

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



Voorbeeld:

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

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

TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE SAMENWONENDE

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

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

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

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

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

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

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



Voorbeeld:

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

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

Wanneer het voordeel waarop het recht op de verhoogde tegemoetkoming rust met terugwerkende kracht toegekend is, met als gevolg dat de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming zelf ook terugwerkende kracht heeft, wordt het recht aan de samenwonende met terugwerkende kracht toegekend ten vroegste op de datum van de opening van het recht voor de hoofdrechthebbende en ten vroegste op de datum van de samenwoning, als de verklaring op erewoord binnen de drie maanden vanaf de kennisgeving van de beslissing tot toekenning van het voordeel bij het ziekenfonds wordt ingediend.

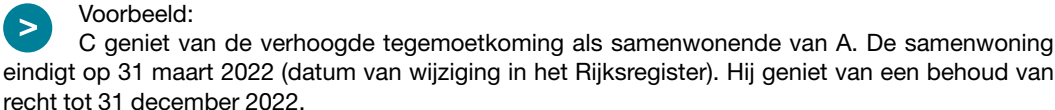


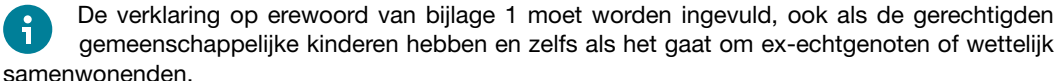
Voorbeeld:

A geniet van de integratietegemoetkoming vanaf 1 september 2020; de beslissing wordt meegedeeld op 14 februari 2021. A geniet dus van het recht op de verhoogde tegemoetkoming vanaf 1 september 2020.

- Hij woont samen met C sinds 15 april 2020. C zal van het recht op de verhoogde tegemoetkoming genieten op dezelfde datum als A, namelijk 1 september 2020, als de verklaring “samenwonende” voor 14 mei 2021 bij het ziekenfonds wordt ingediend.
- Hij woont samen met C sinds 1 november 2020. C zal van het recht op de verhoogde tegemoetkoming genieten op de datum van de samenwoning, namelijk 1 november 2020, als de verklaring “samenwonende” voor 14 mei 2021 bij het ziekenfonds wordt ingediend.

- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2^e trimester dat volgt op dat waarin de samenwoning werd beëindigd. Het behoud van recht begint te lopen op de dag volgend op de dag waarin de samenwoning beëindigd werd.**

 Voorbeeld:
C geniet van de verhoogde tegemoetkoming als samenwonende van A. De samenwoning eindigt op 31 maart 2022 (datum van wijziging in het Rijksregister). Hij geniet van een behoud van recht tot 31 december 2022.

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


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

TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE WETTELIJK SAMENWONENDE

- **De wettelijk samenwonende wordt altijd als een samenwonende beschouwd, behalve als de samenwoning wordt beëindigd.**
- **Het recht wordt hem ten vroegste toegekend op de datum waarop de verklaring van de wettelijke samenwoning in de bevolkingsregisters wordt genoteerd.**
- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2^e trimester dat volgt op dat waarin de wettelijke samenwoning werd beëindigd of in de loop waarvan de samenwoning werd beëindigd volgens de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen. Het behoud van recht begint te lopen vanaf de dag volgend op de dag waarin de wettelijke samenwoning beëindigd wordt of volgend op de dag waarin de samenwoning beëindigd wordt volgens de gegevens van het Rijksregister.**

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

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

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

TOEKENNING VAN HET RECHT AAN DE PERSONEN TEN LASTE

- **Het recht wordt eveneens toegekend aan de persoon ten laste van de rechthebbende of van zijn echtgenoot of samenwonende ten vroegste op de datum van inwerkingtreding van de inschrijving als persoon ten laste (maar, zie hierboven, nooit vóór de opening van het recht voor de rechthebbende van het voordeel zelf).**
- **Het recht wordt ingetrokken uiterlijk op de laatste dag van het 2^e trimester dat volgt op dat waarin de hoedanigheid van persoon ten laste wordt verloren. Het behoud van recht begint te lopen vanaf de dag volgend op de dag waarop de hoedanigheid verloren werd.**



Voorbeeld:

A en zijn kind ten laste B genieten van de verhoogde tegemoetkoming. B wordt 25 jaar op 31 maart 2020 en kan niet meer worden ingeschreven als persoon ten laste. Hij geniet van een behoud van recht tot 31 december 2020.

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

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



Voorbeeld:

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

4. Recht op de verhoogde tegemoetkoming dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend¹⁶

4.1. Enkele belangrijke wijzigingen



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

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

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

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

16. Hfdst. 4.

4.2. Beherende verzekeringsinstelling

Het ziekenfonds van de aanvrager, namelijk de persoon die de aanvraag van de verhoogde tegemoetkoming indient¹⁷ (zie hieronder punt 4.8), beheert het dossier van het gezin (zie hierboven, punt 2.1).

4.3. Referentieperiode en indicatoren

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

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

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

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

GEEN REFERENTIEPERIODE¹⁹

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

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

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

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

17. Art. 29.

18. Art. 17.

19. Art. 18.



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

Wat de zelfstandigen betreft, worden beoogd:

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



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



Voorbeelden:

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



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




Voorbeeld:

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

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

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

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

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

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

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

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

Wanneer de gerechtigde en zijn personen ten laste in een gemeenschap²⁰ verblijven, kan gesteld worden dat ze een eenoudergezin vormen, op voorwaarde dat geen echtgenoot of samenwonende op hetzelfde adres is ingeschreven.

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

Wanneer de gerechtigde:

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

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

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

4.4. Organisatie van een stroom waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden kunnen identificeren²¹

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

WELKE GEZINNEN MOETEN WORDEN MEEGEDEELD?

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

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

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

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

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

UITSLUITINGEN

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

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

1. een gezinslid heeft in de loop van één van de vorige 4 jaren geen gevolg gegeven aan een verzoek van het ziekenfonds om een aanvraag in te dienen, teneinde de verhoogde tegemoetkoming te genieten
2. het gezin heeft het recht op de verhoogde tegemoetkoming verloren als gevolg van een systematische controle in de loop van één van de vorige 4 jaren

21. Art. 19-20.

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

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



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

De verzekeringsinstellingen moeten de informatie uiterlijk op 31 maart 2017 meedelen.²²

4.5. Gezinsnotie²³

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

Het in aanmerking te nemen gezin is samengesteld uit:

- de gerechtigde-aanvrager,
- zijn niet feitelijk of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot,
- of zijn samenwonende²⁴,
- en hun personen ten laste.

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

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

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

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

22. Art. 47.

23. Artikel 25 en 26.

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

 Voorbeelden :

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

Opmerkingen met betrekking tot de samenwonende

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

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

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

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

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

 Voorbeelden:

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

Deze bijzondere bepaling inzake gezinssamenstelling heeft dus betrekking op de kinderen die zijn ingeschreven als gerechtigde persoon met een handicap en als gerechtigde resident (zonder een bijdrage te betalen), want de reglementering laat hen toe ten laste te blijven, terwijl zij een hoedanigheid van gerechtigde hebben waarmee ze aanspraak kunnen maken op de verstrekkingen zonder een persoonlijke bijdrage te betalen²⁵.

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

25. Cf. art. 124, § 1, 2^o, 2e lid van het K..B. van 03.07.1996.

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

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

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



Voorbeelden:

A is jonger dan 25 jaar en woont bij zijn ouder B en zijn samenwonende C. Hij is ingeschreven als gerechtigde resident.

A dient een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in: het gezin bestaat uit A en zijn samenwonende C (ongeacht of deze laatste gerechtigde of persoon ten laste van A is).

B dient de aanvraag in: het gezin bestaat uit B.

C dient de aanvraag in: het gezin bestaat uit A en C.

- o Voor echtgenoten die in een rusthuis verblijven, geldt er geen bijzondere bepaling meer en wordt die situatie niet meer met een feitelijke scheiding gelijkgesteld. Het gezin is dus samengesteld volgens de algemene regel: ongeacht of beiden gerechtigden zijn, dan wel of de ene ten laste van de andere is ingeschreven en ongeacht wie de verhoogde tegemoetkoming aanvraagt, zij vormen één gezin.**

Dit betekent niet dat er in die situatie nooit sprake kan zijn van feitelijke scheiding.



Voorbeeld:

B, gerechtigde, echtgenoot van A, gerechtigde, verblijft in een rustoord. A verklaart een samenwonende C te hebben: hij drukt aldus zijn bedoeling uit te worden beschouwd als feitelijk gescheiden van B en men heeft twee gezinnen: AC en B.

Als B daarentegen blijft ingeschreven ten laste van A, is er slechts één gezin (zie hierboven).

4.6. In aanmerking genomen grensbedrag (Periode)

Referentieperiode	Grensbedrag
Geen referentieperiode	Grensbedrag van de maand waarvan de inkomsten in aanmerking worden genomen.
1 jaar	Rekenkundig gemiddelde van de 12 maandelijkse grensbedragen van dat jaar.

4.7. In aanmerking genomen inkomsten (Periode)²⁶

De referentieperiode en de in aanmerking genomen inkomsten worden bepaald op het moment waarop de aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming (zie hieronder, punt 4.8) wordt ingediend:

- o als er geen referentieperiode is, worden de inkomsten van de maand die voorafgaat aan die van de indiening van de aanvraag in aanmerking genomen**

26. Art. 28.

- als de aanvraag echter wordt ingediend in de loop van de maand waarin de situatie is ontstaan, waardoor de referentieperiode (de “indicator”) niet moet worden toegepast, worden de inkomsten van die maand in aanmerking genomen (bijvoorbeeld, een gepensioneerde vraagt het genot van de verhoogde tegemoetkoming zodra hij met pensioen gaat)
- als de referentieperiode het vorige kalenderjaar is, worden de inkomsten van dat jaar in aanmerking genomen.

Referentieperiode	Aangegeven inkomsten
Geen referentieperiode	Inkomsten van de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend. Inkomsten van de lopende maand als de aanvraag wordt ingediend in de loop van de maand waarin de indicator is ontstaan.
1 jaar	Inkomsten van dat jaar.

4.8. Verklaring op erewoord²⁷

AANVRAAG EN ONDERTEKENING

De referentiedatum is de datum waarop de verhoogde tegemoetkoming wordt aangevraagd, met andere woorden het ogenblik waarop de verzekerde het formulier voor de verklaring op erewoord komt vragen. Het beherend ziekenfonds is het ziekenfonds dat die aanvraag ontvangt.

Die datum wordt vermeld op de verklaring op erewoord en moet door de aanvrager worden ondertekend. De aanvrager moet dus zijn handtekening zetten bij de datum van de aanvraag en onder zijn verklaring op erewoord.

Die datum is de datum die in aanmerking wordt genomen:

- voor de gezinssamenstelling
- voor de bepaling van de referentieperiode en de in aanmerking genomen inkomsten.

Vanaf de datum van de aanvraag beschikken de gezinsleden over een termijn van twee maanden (van datum tot de dag voor datum; als dat geen werkdag is, wordt de eerste werkdag die daarop volgt in aanmerking genomen²⁸) om de verklaring op erewoord met betrekking tot de inkomsten in te vullen, te dateren, te ondertekenen en terug te bezorgen aan het ziekenfonds, samen met alle bewijsdocumenten. Als die termijn is verstreken (de verklaring op erewoord werd niet binnen die termijn ondertekend of niet alle bewijsdocumenten waren bijgevoegd), vervalt de aanvraag. Het ziekenfonds wordt dus verondersteld om dat gegeven te registreren.

VERKLARING OP EREWOORD

In de verklaring op erewoord vermeldt elk gezinslid (of zijn vertegenwoordiger), per type van inkomsten, of hij daarover tijdens de referentieperiode beschikt of heeft beschikt. Hij vermeldt dus niet het bedrag van die inkomsten. Het beherend ziekenfonds bepaalt welke inkomsten in aanmerking moeten worden genomen en bepaalt het bedrag daarvan.

Als het gezin minderjarige kinderen omvat, is één handtekening van de vertegenwoordiger voor alle kinderen voldoende en als de vertegenwoordiger zelf lid is van het gezin, volstaat zijn handtekening voor hem en voor de kinderen.

De ondertekening van de verklaring op erewoord wordt beschouwd als een substantiële formaliteit: als er een handtekening ontbreekt, is de verklaring op erewoord ongeldig en kan het recht op de verhoogde tegemoetkoming niet worden toegekend.

27. Art. 29 tot 32.

28. Bijvoorbeeld: aanvraag op 30.01, verklaring op erewoord uiterlijk op 29.03 (als dat een zondag is, 30.03).

BIJ TE VOEGEN DOCUMENTEN

De volgende documenten worden voor elk gezinslid bij de verklaring op erewoord met betrekking tot de inkomsten gevoegd:

- het meest recente aanslagbiljet; dit document laat het ziekenfonds toe na te gaan of alle inkomsten wel werden aangegeven. Het is ook mogelijk dat bepaalde inkomsten niet meer bestaan (bijvoorbeeld de verkoop van een onroerend goed)
- alle bewijsdocumenten die betrekking hebben op de in aanmerking genomen inkomsten (naargelang van de referentieperiode). Aangezien de sociaal verzekerde niet altijd op de hoogte is van de in aanmerking genomen inkomsten, moet hij daarover correct door het ziekenfonds worden geïnformeerd.

Een brochure met meer uitleg over de inkomsten en de bewijsdocumenten is opgenomen in een andere omzendbrief van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

VERKLARING MET BETREKKING TOT DE HUIDIGE INKOMSTEN²⁹

Bij de ondertekening van de verklaring op erewoord moeten de leden ook verklaren dat hun in aanmerking genomen inkomsten, op het moment van die ondertekening, niet zijn gestegen (tenzij als gevolg van een indexering of een baremieke aanpassing), en dat in alle gevallen³⁰.

4.9. Controles die het beherend ziekenfonds moet uitvoeren

Het beherend ziekenfonds bepaalt welke inkomsten in aanmerking moeten worden genomen op basis van de documenten die het gezin heeft bezorgd en andere gegevens waarover het beschikt, en legt er het totaalbedrag van vast.

Bij het onderzoek van de aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming houdt het ziekenfonds rekening met alle nuttige informatie waarover het beschikt.

Het controleert minstens de volgende punten:

1. Controle van het bestaan van een "indicator" waardoor de referentieperiode kan worden geschrapt.
2. Controle van de gezinssamenstelling.
3. Vaststelling van het grensbedrag van de inkomsten.
4. Controle van de verklaring op erewoord: die moet door alle gezinsleden worden ingevuld, gedateerd en ondertekend (onder voorbehoud van wat hierboven werd vermeld voor de minderjarige kinderen).
5. Controle van de aangegeven inkomsten:
 - wat het statuut van de sociaal verzekerde betreft: is hij bediende of arbeider? Als hij bijvoorbeeld arbeider is, wordt het vakantiegeld dat niet door de werkgever werd gestort, opgenomen in een apart document.
 - als alle gezinsleden geen of een zeer laag inkomen hebben, moet het ziekenfonds de bronnen van inkomsten van het gezin controleren.
 - de aangegeven inkomsten vergelijken met de bewijsdocumenten: op de bewijsdocumenten die de sociaal verzekerde heeft ingediend, kunnen inkomsten zijn vermeld die niet in de verklaring op erewoord werden opgenomen.

29. Art. 32.

30. Zie hieronder punt 4.9..

- mogelijke inkomsten opsporen aan de hand van het aanslagbiljet of andere mogelijke bronnen voor het ziekenfonds als zij betrekking hebben op een vorige periode. In dat geval moet de sociaal verzekerde worden gevraagd of hij het opgespoorde inkomen nog steeds ontvangt. Het antwoord van de sociaal verzekerde moet in het dossier worden opgenomen.
 - bestaande inkomsten opsporen aan de hand van de beschikbare bronnen als de inkomsten betrekking hebben op de huidige periode (bijvoorbeeld: arbeidsongeschiktheidsuitkeringen).
 - berekening van de inkomsten: bepaalde inkomsten moeten worden herberekend en het dossier moet een spoor van die berekening bevatten. Dat is het geval voor:
 - het kadastraal inkomen van de woning die men zelf betreft (toepassing van de vrijstelling)
 - de beroepsinkomsten die voortvloeien uit een zelfstandige activiteit (vermenigvuldigd met 100/80)
 - de beroepsinkomsten van kinderen worden vrijgesteld: het effectieve genot van de kinderbijslag moet worden aangetoond.
6. Wat de bewijsstukken betreft, moet de datum worden gecontroleerd.

Het beherend ziekenfonds stelt na afloop van dit onderzoek vast of de inkomsten van de referentieperiode lager zijn dan het toepasbare grensbedrag.

Controle van de inkomsten op het ogenblik van de ondertekening van de verklaring op erewoord

Op het ogenblik van de ondertekening van de verklaring op erewoord moet elk gezinslid verklaren of zijn inkomsten al dan niet zijn gestegen sinds de periode waarin de inkomsten werden aangegeven (toepasselijke referentieperiode)³¹.

Het ziekenfonds moet deze verklaring vergelijken met alle informatie waarover het beschikt die kunnen aantonen of de jaarlijkse inkomsten gestegen zijn sinds de referentieperiode³².



Voorbeelden:

Het ziekenfonds beschikt over een bijdragebon die een hogere waarde heeft dan de gemiddelde aangegeven waarde voor de referentieperiode; tussen het begin van de referentieperiode en de ondertekening van de verklaring op erewoord heeft een gezinslid de hoedanigheid van gerechtigde verkregen in plaats van persoon ten laste, is begonnen met werken, ...

Wanneer een gezinslid verklaart dat zijn inkomsten zijn gestegen, of wanneer het ziekenfonds over informatie beschikt die aantoont dat de inkomsten van een gezinslid zijn gestegen, onderzoekt het of de gezinsinkomsten op de datum waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, onder het grensbedrag blijven; het kent het recht alleen toe als dat effectief het geval is³³. Het gaat niet om een nieuwe aanvraag met een nieuwe datum van toekenning.

Het gezinslid is in dat geval gehouden om de noodzakelijke aanvullende bewijsstukken mee te delen en deze worden bij het dossier gevoegd. Indien hij de noodzakelijke documenten niet meedeelt, kan er geen gevolg gegeven worden aan de aanvraag om verhoogde tegemoetkoming en het recht zal niet kunnen toegekend worden aan het gezin. De ondertekening van een nieuwe verklaring op erewoord wordt niettemin niet opgelegd door de reglementering.

31. Art. 32.

32. Art. 30, § 5.

33. Art. 32.

> Voorbeelden:

- Op 10 februari dient het gezin AB een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in. Aangezien A over de indicator “werkloze” beschikt, moeten A en B (in principe) de inkomsten aangeven van de maand die voorafgaat aan die waarin de aanvraag werd ingediend. Op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, namelijk 5 maart, is A opnieuw beginnen werken: het ziekenfonds moet de inkomsten van A herberekenen (het houdt bijvoorbeeld rekening met de nieuwe beroepsinkomsten en trekt de werkloosheidsuitkeringen af die worden stopgezet). Als dat bedrag (van maart), samen met de andere inkomsten (van januari) die A en B hebben aangegeven, het grensbedrag dat op dat moment (maart, moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend) van toepassing is, bereikt of overschrijdt, kan het recht niet worden toegekend.
- Op 10 februari dient het gezin ABC een aanvraag van een verhoogde tegemoetkoming in en wordt er een referentieperiode van een jaar toegepast. C is op het moment van de aanvraag persoon ten laste van A. Tussen de aanvraag en de verklaring op erewoord (5 maart) begint C te werken. Het ziekenfonds gaat na of de huidige inkomsten (maart) van C, samen met de inkomsten die A en B hebben aangegeven – inkomsten van het vorige kalenderjaar – op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend (maart) nog steeds lager zijn dan het grensbedrag; als dat niet het geval is, kan het recht niet worden toegekend (voor de gevolgen van de wijziging van de gezinssamenstelling, zie hieronder, punt 4.11.7).
- Tussen de indiening van de aanvraag en de verklaring op erewoord erft A een onroerend goed. Dit (huidig) inkomen wordt toegevoegd aan de aangegeven inkomsten (ongeacht of het gaat om de inkomsten van de maand die voorafgaat aan de indiening van de aanvraag, dan wel van het vorige jaar); als het totaal lager is dan het grensbedrag dat van toepassing is op het moment waarop de verklaring op erewoord werd ondertekend, wordt het recht toegekend.

In geval van blijvende onenigheid tussen het ziekenfonds en de verzekerde wat betreft de controle van de inkomsten op het ogenblik van de ondertekening van de verklaring op erewoord, kan het dossier voor advies voorgelegd worden door de verzekeringsinstelling aan het RIZIV.

De berekeningswijze en het bedrag van de inkomsten moeten aan de aanvrager worden meegegeed zodra de beslissing is genomen.

De in aanmerking genomen inkomsten zijn het onderwerp van een andere omzendbrief van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

4.10. Opening van het recht

Als aan de voorwaarden is voldaan, wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming toegekend aan alle leden van het in punt 4.5 gedefinieerde gezin³⁴.

Het recht wordt geopend naargelang van de referentieperiode³⁵:


Referentieperiode	Opening van het recht
1 maand	Volgens de in aanmerking genomen inkomsten: op de eerste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarin de aanvraag werd ingediend OF op de eerste dag van de maand waarin de aanvraag werd ingediend OF op de eerste dag van de maand waarin de indicator is ontstaan, als de aanvraag werd ingediend binnen de drie maanden nadat die indicator is ontstaan ³⁶
1 jaar	op de eerste dag van het trimester waarin de aanvraag werd ingediend

34. Art. 33.

35. Art. 34.

Voorbeelden:

1. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 maart (< 3 maanden sinds het ontstaan van de indicator). Zijn inkomsten van de maand april worden vergeleken met het grensbedrag dat in april van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 maart worden geopend.
2. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 mei. Zijn inkomsten van de maand mei worden vergeleken met het grensbedrag dat in mei van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 mei worden geopend.
3. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij is met pensioen sinds 1 januari (> 3 maanden sinds het ontstaan van de indicator). Zijn inkomsten van de maand april worden vergeleken met het grensbedrag dat in april van toepassing is. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 april worden geopend.
4. Een verzekerde dient een aanvraag in op 2 mei. Hij heeft geen indicator. Zijn inkomsten van het vorige jaar worden vergeleken met het gemiddelde van de grensbedragen die tijdens dat vorige jaar van toepassing waren. Als hij aan de voorwaarden voldoet, zal zijn recht op 1 april worden geopend.

 In tegenstelling tot de bepalingen van het Koninklijk besluit van 1 april 2007, wordt de duur van de opening niet meer vastgelegd. Zodra het recht is geopend, blijft het behouden tot er iets gebeurt dat daaraan een eind maakt: wijziging van de gezinssamenstelling, tussentijdse controle, systematische controle. Het recht wordt dus niet meer geopend tot 31 december van het derde jaar dat volgt.

PRECISERING

Gepensioneerde: de aanvraag kan pas worden ingediend vanaf het ogenblik waarop de gepensioneerde kennis neemt van de beslissing tot toekenning van een pensioen (zelfs als de daadwerkelijke betaling van het pensioen pas later gebeurt).

4.11. Einde van het recht in geval van wijziging van de gezinssamenstelling³⁷

4.11.1. Er wordt op elk moment rekening gehouden met de wijziging van de gezinssamenstelling. Indien de gezinssamenstelling wordt gewijzigd, wordt het recht beëindigd, uiterlijk op de laatste dag van het tweede trimester dat volgt op het trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden.

Het behoud van recht begint te lopen op de dag volgend op de dag waarin deze wijziging heeft plaatsgevonden.

Er wordt een uitzondering gemaakt: als de wijziging het gevolg is van de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd, wordt het recht niet beëindigd en wordt het eveneens aan het kind toegekend.

Om het recht te blijven genieten, zal het nieuwe gezin of zullen de nieuwe gezinnen een nieuwe aanvraag moeten indienen met toepassing van de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht.

36. Wanneer een derde het bestaan van een indicator heeft meegedeeld, kan de termijn van drie maanden voor het indienen van een aanvraag vanaf die mededeling beginnen lopen. Dat belet echter niet dat het recht voor die mededeling kan worden toegekend, als de indicator op een andere manier met zekerheid wordt vastgesteld.

37. Art. 35.

4.11.2. De hier bedoelde termijn is enkel van toepassing als het recht nog niet om andere redenen werd beëindigd (bijvoorbeeld naar aanleiding van de systematische controle). Als er dus meerdere periodes van behoud van recht van toepassing zijn, wordt de kortste periode toegepast.³⁸

4.11.3. Wanneer uit de gegevens van het Rijksregister blijkt dat het gezin “verhoogde tegemoetkoming” is uitgebreid met een persoon die mogelijk een samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming is (een meerderjarige persoon die geen bloed- of aanverwant tot en met de derde graad is), contacteert het ziekenfonds het betrokken gezin om na te gaan of deze persoon al dan niet een samenwonende is in de zin van de verhoogde tegemoetkoming. Kinderen jonger dan 18 jaar worden niet geacht een samenwonende te hebben. Een persoon die met de gerechtigde samenwoont in het kader van een georganiseerde gezinsplaatsing is voor de verhoogde tegemoetkoming evenmin een samenwonende.

Ofwel is de betrokken persoon geen samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming: de rechthebbende duidt dat aan in het daartoe bestemde vakje in de verklaring op erewoord.

Ofwel is de betrokken persoon een samenwonende in de zin van de verhoogde tegemoetkoming en betreft het een wijziging van de gezinssamenstelling: het recht wordt beëindigd (met periode van behoud van recht vanaf de datum waarop de gegevens van het Rijksregister werden gewijzigd).

In dat kader kan het ziekenfonds de verklaring op erewoord betreffende de inkomsten gebruiken (bijlage 2 van het besluit). Indien de betrokken persoon geen samenwonende is in de zin van de verhoogde tegemoetkoming, kan het vakje “Ik heb geen echtgenoot/samenwonende” aangekruist worden en het document moet dan enkel ondertekend zijn. Dit is ook het geval wanneer er meerdere mogelijke samenwonenden zijn.

Indien de betrokken persoon een samenwonende is, kan de aanvraag tot verhoogde tegemoetkoming rechtstreeks ingediend worden door het nieuwe gezin.

Ofwel antwoordt het gezin niet binnen de drie maanden (vanaf de datum waarop het ziekenfonds het gezin heeft gecontacteerd) en meent men dat het een wijziging van de gezinssamenstelling betreft: het recht wordt beëindigd (met periode van behoud van recht vanaf de datum waarop de gegevens van het Rijksregister werden gewijzigd).

4.11.4. Het verlies van de hoedanigheid van persoon ten laste wordt als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd. Dit wil zeggen dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming van de andere gezinsleden opnieuw moet worden onderzocht, ook al is de situatie van de andere gezinsleden onveranderd (het toepasbare grensbedrag wordt uiteraard verminderd indien de ex-persoon ten laste geen deel meer uitmaakt van het betreffende gezin).



Voorbeeld:

Een gezin bestaat uit X, zijn vrouw en hun twee kinderen ten laste. Ze genieten de verhoogde tegemoetkoming. Een van de kinderen begint in november 2015 te werken en schrijft zich in als gerechtigde werknemer, met uitwerking op 1 oktober 2015. Hij maakt geen deel meer uit van het gezin “verhoogde tegemoetkoming”. Het recht wordt voor elk gezinslid beëindigd op de laatste dag van het tweede trimester dat volgt op het trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaatsgevonden, namelijk op 30 juni 2016.

Het gezin dat bestaat uit de ouders en het kind ten laste zal een nieuwe aanvraag moeten indienen (nieuwe verklaring op erewoord, bewijsdocumenten) en als er aan de voorwaarden is voldaan, zal het een nieuwe opening van het recht betreffen. Dit zal ook het geval zijn voor het gezin van de nieuwe gerechtigde.

38. Art. 40.


Het verlies van de hoedanigheid van persoon ten laste wordt niet als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd indien de personen waaruit het gezin is samengesteld dezelfde blijven: een echtgenoot die de hoedanigheid van persoon ten laste verliest om gerechtigde te worden, maakt nog altijd deel uit van het gezin, zelfs in een andere hoedanigheid. Het recht wordt dus niet beëindigd.

4.11.5. Wanneer de gerechtigde echtgenoot of samenwonende persoon ten laste wordt binnen hetzelfde gezin, meent men eveneens dat er geen wijziging van de gezinssamenstelling is en wordt het recht niet beëindigd.

De opname in het gezin van een kind ten laste wordt als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd, behalve als het gaat om de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd.

Indien een kind dat ten laste van een ouder is ingeschreven echter persoon ten laste van zijn andere ouder wordt en indien zijn twee ouders deel uitmaken van hetzelfde gezin, wordt dat niet als een wijziging van de gezinssamenstelling beschouwd.

Het overlijden van een kind van minder dan 16 jaar wordt niet beschouwd als een wijziging in de gezinssamenstelling; het recht wordt voortgezet voor het gezin waarvan hij deel uitmaakte en het zal eventueel ingetrokken worden als gevolg van de systematische controle. Deze controle dient zo vlug mogelijk te gebeuren op basis van het gezin zonder het kind bij te rekenen.

 4.11.6. Een feitelijke scheiding is een wijziging van de gezinssamenstelling die onmiddellijk in aanmerking wordt genomen (de periode van 6 maanden gedurende welke de echtgenoten nog steeds geacht werden één gezin te vormen volgens de bepalingen van het K.B. van 01.04.2007, werd geschrapt).

4.11.7. Wijziging van de gezinssamenstelling tussen de datum van de aanvraag en deze van de verklaring op erewoord.

Voor het onderzoek van de aanvraag wordt de gezinssamenstelling bevroren op het ogenblik van de aanvraag.

 Voorbeelden:

Op het ogenblik van de aanvraag op 5 mei 2015 is het gezin samengesteld uit een gerechtigde en zijn samenwonende. De twee personen scheiden op 2 juli 2015 (tijdens de termijn van twee maanden om het dossier te vervolledigen). Als ze de verklaring op erewoord en de bewijsdocumenten indienen binnen de termijn en de voorwaarden zijn vervuld, wordt het recht geopend. Op 2 juli is er een wijziging van de gezinssamenstelling, het recht neemt dus een einde op 31 maart 2016. De twee gezinnen moeten een nieuwe verklaring op erewoord indienen met toepassing van de gewone regels van opening van het recht.

4.11.8. Wanneer kunnen de nieuwe gezinnen een nieuwe verklaring op erewoord indienen?

 Voorbeeld:

Het gezin AB geniet de verhoogde tegemoetkoming; C wordt in het gezin opgenomen op 14.11.X -> het recht voor AB wordt beëindigd op 30.6.X+1.

Het nieuwe gezin ABC kan tot op die datum een nieuwe aanvraag indienen opdat AB het recht ononderbroken kan genieten.

Het gezin dient de nieuwe aanvraag in op 15.12.X:

- referentieperiode van 1 jaar: inkomsten van X -1, opening van het recht voor C op 1.10.X
- referentieperiode van 1 maand: inkomsten van 11.X, opening van het recht voor C op 1.11.X
- referentieperiode van 1 maand en indiening van de aanvraag binnen de 3 maanden vanaf het ontstaan van de indicator op 14.10.X: inkomsten van 11.X, opening van het recht voor C op 1.10.X
- referentieperiode = lopende maand: inkomsten van 12.X, opening van het recht voor C op 1.12.X.

Het gezin dient de nieuwe aanvraag in op 15.5.X+1:


- referentieperiode van 1 jaar: inkomsten van X, opening van het recht voor C op 1.4.X+1
- referentieperiode van 1 maand: inkomsten van 4.X+1, opening van het recht voor C op 1.4.X+1
- referentieperiode van 1 maand en indiening van de aanvraag binnen de 3 maanden vanaf het ontstaan van de indicator op 14.3.X+1: inkomsten van 4.X+1, opening van het recht voor C op 1.3.X+1
- referentieperiode = lopende maand: inkomsten van 5.X+1, opening van het recht voor C op 1.5.X+1.

Het betreft een nieuw recht waarop de gebruikelijke regels betreffende de tussentijdse en systematische controle worden toegepast.

4.12. Tussentijdse controle³⁹

Deze procedure is van toepassing op de gezinnen voor wie het recht zonder referentieperiode werd geopend.

Het beherend ziekenfonds moet controleren of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog steeds een indicator binnen het gezin bestaat. Het beherend ziekenfonds moet die controle vóór 1 september van datzelfde jaar uitvoeren.

 Voorbeeld:
Op 1 april 2015 werd het recht op de verhoogde tegemoetkoming zonder referentieperiode aan het gezin AB toegekend omdat A langdurig werkloos was.

De tussentijdse controle bestaat erin te controleren of er op 30 juni 2016 nog steeds een indicator in het gezin aanwezig is:

- ofwel is A nog steeds langdurig werkloos -> de tussentijdse controle wordt stopgezet.
- ofwel is A niet meer werkloos -> maar geniet B invaliditeitsuitkeringen, de tussentijdse controle wordt stopgezet.
- ofwel hebben A noch B een indicator -> de tussentijdse controle wordt voortgezet.

Indien op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend geen enkel gezinslid over een indicator beschikt en indien het gezin in de tussentijd geen automatisch recht geniet, contacteert het ziekenfonds het gezin opdat het een verklaring op erewoord ondertekent.

Als uit die verklaring blijkt dat de gezinsinkomsten (op de datum van de verklaring – er is overeengekomen om de inkomsten in aanmerking te nemen vanaf de maand die voorafgaat aan de indiening van de verklaring) niet het grensbedrag overschrijden dat op datzelfde moment van toepassing is, wordt het recht behouden. Die verklaring moet vóór 31 december van hetzelfde jaar worden ingediend.

Als uit die verklaring blijkt dat de inkomensgrens is overschreden of als het gezin geen verklaring indient vóór 31 december, wordt het recht op 31 december van dat jaar ingetrokken.

Een verklaring die daarna wordt ingediend, wordt als een nieuwe aanvraag behandeld, met toepassing van de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht.

PRECISERINGEN

- Als het ziekenfonds vaststelt dat er op 30 juni geen indicator is, maar later blijkt met terugwerkende kracht dat er op die datum wel degelijk een indicator was, kan er van de procedure van de tussentijdse controle worden afgezien.
- Als het ziekenfonds echter vaststelt dat er op 30 juni geen indicator is en er nadien een indicator wordt teruggewonnen, wordt de procedure van de tussentijdse controle voortgezet.
- Zodra de tussentijdse controle is uitgevoerd, wordt ze daarna niet meer opnieuw in vraag gesteld. Het recht wordt behouden en de gebruikelijke regels van de systematische controle zullen worden toegepast. Als uit de systematische controle betreffende de inkomsten van het jaar waarin de tussentijdse controle heeft plaatsgevonden, blijkt dat het grensbedrag werd overschreden, zijn de gevolgen gelijk aan die van de systematische controle: beëindiging van het recht aan het einde van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd (behalve in geval van fraude).

De procedure van de tussentijdse controle is ook van toepassing wanneer het recht werd geopend zonder referentieperiode op basis van de indicator weduwnaar/weduwe.

4.13. Gevolgen van de systematische controle⁴⁰


Voor de organisatie van de systematische controle, zie omzendbrief van de Dienst voor Administratieve Controle.

Het ziekenfonds onderzoekt, op basis van de gegevens die in het kader van de systematische controle zijn bezorgd en de elementen die het bezit, of het gezin al dan niet recht had op de verhoogde tegemoetkoming gedurende het jaar waarop die gegevens betrekking hebben⁴¹.

Indien, volgens de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd, de inkomensgrens niet is overschreden, moet het ziekenfonds nagaan of het niet over elementen beschikt die dat resultaat kunnen wijzigen, in het bijzonder de inkomsten die in de verklaring op erewoord zijn aangegeven en die niet zijn opgenomen in de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd (bijvoorbeeld: het kadastraal inkomen van de woning, roerende inkomsten).

Indien, volgens de gegevens die de belastingadministratie heeft bezorgd, de inkomensgrens is overschreden, moet het ziekenfonds nagaan of het niet over elementen beschikt die dat resultaat kunnen wijzigen, bijvoorbeeld: immunisatie van het kadastraal inkomen van de woning, beroepsinkomsten van kinderen die kinderbijslag genieten.

Indien het ziekenfonds na dat onderzoek vaststelt dat de inkomensgrens niet is bereikt, wordt het recht voor één kalenderjaar verlengd.

 Indien het ziekenfonds na dat onderzoek vaststelt dat de inkomensgrens is bereikt, wordt het recht ingetrokken op 31 december van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd. Het recht wordt ook ingetrokken op 31 december van het jaar waarin de controle werd uitgevoerd als er voor een gezinslid geen fiscale gegevens zijn bezorgd of als de bezorgde gegevens niet alle gezinsleden betreffen, ongeacht het resultaat van de gegevens die zijn bezorgd (al dan niet overschrijding van de inkomensgrens).

Uitzondering: als er geen gegevens zijn over een kind jonger dan 18 jaar, wordt het recht niet automatisch op 31 december beëindigd, maar onderzoekt het ziekenfonds de gegevens om na te gaan of het recht kan worden verlengd. Een kind beschikt soms immers wel over inkomsten (bijv. alimentatie).

40. Art. 37 tot 39.

41. Art. 37, § 3.

INDIENING VAN EEN NIEUWE VERKLARING OP EREWOORD


Wanneer het recht naar aanleiding van de systematische controle werd ingetrokken, kan het gezin een nieuwe verklaring op erewoord indienen.

Als het gezin die verklaring vóór 1 april indient, wordt het recht toegekend op 1 januari van het jaar dat volgt op het jaar waarin de controle werd uitgevoerd (dus zonder onderbreking), ongeacht de referentieperiode die van toepassing is. Het gezin zal in de systematische controle blijven.

Het gaat wel degelijk om de verklaring op erewoord die vóór 1 april moet worden bezorgd, niet enkel de aanvraag.

Indien de verklaring vanaf 1 april wordt ingediend, zijn de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht van toepassing.

De nieuwe verklaring op erewoord moet na het verlies van het recht worden ingediend: ze moet dus worden ingediend tussen 1 januari en 31 maart van het jaar dat volgt op het jaar waarin de systematische controle heeft plaatsgevonden. Het is de bedoeling om de situatie in aanmerking te nemen op het ogenblik waarop het recht niet meer wordt toegekend.

 Wanneer het recht op verschillende datums moet worden ingetrokken, met toepassing van de bepalingen betreffende de wijziging van de gezinssamenstelling, de tussentijdse controle of de systematische controle, dan is de kortste periode van behoud van recht van toepassing.⁴²

4.14. Overgang van het automatisch toegekende recht op de verhoogde tegemoetkoming naar het recht dat na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt toegekend

De referentieperiode om het automatisch recht te verlengen, is het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar. Het ziekenfonds kan dus pas op 31 december van het vorige kalenderjaar met zekerheid vaststellen dat het recht niet kan worden verlengd.

Als het recht niet in het kader van het automatisch recht kan worden verlengd, beschikt het gezin over een termijn van drie maanden om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen (dus vóór 1 april van het volgende jaar) teneinde het recht te genieten op 1 januari, dus zonder onderbreking, als de inkomensvoorwaarden zijn vervuld.

Na die datum zijn de gebruikelijke regels inzake de opening van het recht van toepassing.

Het gezin wordt opgenomen in de systematische controle volgens de gebruikelijke regels in geval van opening van het recht (zie hierboven, punt 4.13). De tussentijdse controle wordt uitgevoerd volgens de gebruikelijke regels (zie hierboven, punt 4.12).

4.15. Overgangsbepalingen

Er zijn overgangsbepalingen vastgelegd voor de personen die de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari 2014 genieten krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007.

Er zijn meerdere situaties mogelijk:

- verzekerde die het automatisch recht geniet in het kader van het Koninklijk besluit van 1 april 2007: de overgangsmaatregelen zijn noodzakelijk aangezien:
 - de referentieperiode voor de verlenging van het recht is veranderd
 - het genot van het leefloon gedurende 6 onderbroken maanden niet meer in aanmerking wordt genomen.

42. Art. 40.

- verzekerde die het recht geniet na een inkomenscontrole in het kader van de klassieke verhoogde tegemoetkoming: de systematische controle wordt behouden.
- verzekerde die het Omnio-statuut geniet: overgangsbepalingen zijn noodzakelijk om hem in de systematische controle op te nemen, want het Omnio-gezin en het gezin “verhoogde tegemoetkoming” kunnen verschillend zijn.

RECHTHEBBENDEN OP HET AUTOMATISCH RECHT⁴³: VERLENGING VAN HET RECHT IN 2015 EN 2016⁴⁴

Men past de regels toe van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (art. 8 tot art. 9^{ter}) om de rechten in 2014 en 2015 te verlengen.



Voorbeelden:

1. Een verzekerde geniet sinds 1 november 2013 een tegemoetkoming voor personen met een handicap: krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007 geniet hij de verhoogde tegemoetkoming van 1 november 2013 tot 31 december 2014. Om zijn recht in 2015 te verlengen, moet er worden nagegaan of hij een dergelijke tegemoetkoming heeft genoten tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014 (referentieperiode van het K.B. van 01.04.2007).
2. Een verzekerde geniet van juni 2013 tot januari 2014 ononderbroken het leefloon. Zijn recht werd geopend op 1 september 2013 tot 31 december 2014. Om zijn recht in 2015 te verlengen, moet er worden nagegaan of hij gedurende 3 maanden tussen 1 oktober 2013 en 30 september 2014 het leefloon heeft genoten; gedurende die periode werd het leefloon wel degelijk gedurende 3 maanden toegekend (oktober, november en december 2013): het recht wordt dus verlengd in 2015.
3. Een verzekerde geniet het leefloon vanaf 15 oktober 2013: wanneer wordt zijn recht geopend? Op 31 december 2013 voldeed hij aan de voorwaarden opdat het recht zou worden geopend op 1 januari 2014 tot eind 2015.
4. Als hij echter vanaf 15 november 2013 het leefloon geniet, heeft hij krachtens het Koninklijk besluit van 1 april 2007 geen enkel recht op 1 januari 2014. De nieuwe regel wordt toegepast en het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt op 15 februari 2014 geopend.
5. Een verzekerde geniet het leefloon in augustus/september/oktober 2013 en in september/oktober/november 2014:
 - opening van het recht (K.B. van 01.04.2007): 1 november 2013 -> 31 december 2014.
 - verlenging in 2015:
 1. volgens de regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (referentieperiode van 01.10.2013 tot 30.09.2014): neen
 2. volgens de nieuwe regels (referentieperiode: 2014): ja

De toepassing van de nieuwe regels lijkt in dit voorbeeld dus minder gunstig. Op grond van de nieuwe regels kan het recht echter worden toegekend op basis van 3 maanden leefloon in december 2014 en dit tot 31 december 2015. De verzekerde wordt aldus in het nieuwe systeem opgenomen.

BIJZONDER GEVAL: DE RECHTHEBBENDEN OP HET LEEFLOON GEDURENDE 6 ONDERBROKEN MAANDEN

Het automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt hun niet meer toegekend.

In 2014 en 2015 wordt het recht verlengd volgens de regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007.

43. Hfdst. II van het K.B. van 01.04.2007.

44. Art. 44.

Bovendien worden ze op 1 januari 2015 in de systematische controle opgenomen.



Voorbeeld:

Een verzekerde geniet in 2013 het leefloon gedurende 6 onderbroken maanden; de 6e maand is december 2013: wordt het recht voor hem geopend op 1 januari 2014? Op basis van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (art. 6) voldoet de verzekerde aan de voorwaarden om het recht te genieten op 1 januari 2014 (“vanaf de dag die volgt op het einde van de periode van zes maanden”). Zijn recht wordt op die datum geopend tot eind 2015.



Deze bepalingen beletten niet dat de regels in geval van verlies van de hoedanigheid van afgeleide rechthebbende worden toegepast (art. 14, zie hierboven, punt 3.6).

Als het ziekenfonds de betrokken rechthebbenden onmogelijk kan identificeren wordt hun recht stopgezet. In dat geval nodigt het ziekenfonds hen uit om een aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming na een inkomensonderzoek in te dienen.

RECHTHEBBENDEN OP DE KLASSIEKE VERHOOGDE TEGEMOETKOMING⁴⁵: BEHOUD VAN DE SYSTEMATISCHE CONTROLE⁴⁶

Die rechthebbenden worden in de systematische controle behouden, behalve als ze zich, met toepassing van artikel 30 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007, niet meer in de periode van behoud van recht bevinden omdat de gezinssamenstelling werd gewijzigd.

RECHTHEBBENDEN OP HET OMNIO-STATUUT⁴⁷

Het is de bedoeling om die rechthebbenden in de systematische controle op te nemen. Er moet echter worden overgestapt van het gezin “Rijksregister” naar het gezin “verhoogde tegemoetkoming”.

- Ofwel kan men het gezin of de gezinnen “verhoogde tegemoetkoming” meteen al samenstellen en is het aantal leden in totaal identiek OF zijn er extra leden die kinderen ten laste jonger dan 16 jaar zijn: men kan het gezin of de gezinnen in de systematische controle opnemen.



Voorbeelden:

- Gezin RR = A (gerechtigde), echtgenoot B (gerechtigde), kind C (PTL van A), kind D (gerechtigde werkloze) gezin VT 1 = A B C, gezin VT 2: D.
 - Gezin RR = A (gerechtigde), echtgenoot B (gerechtigde) gezin VT = A B + C kind ten laste van B, dat elders woont en jonger is dan 16 jaar; bovendien wordt het recht aan het kind toegekend vanaf 1 januari 2014.
- Ofwel kan men het gezin “verhoogde tegemoetkoming” niet met zekerheid samenstellen aangezien het gezin “Rijksregister” verschillende gerechtigden bevat die noch echtgenoten, noch wettelijk samenwonenden, noch bloed- of aanverwanten tot en met de derde graad zijn: om het gezin te kunnen samenstellen en te bepalen of er zich tussen die gerechtigden samenwonenden bevinden, vraagt men een verklaring op erewoord zoals bedoeld in artikel 14, § 3 = om de hoedanigheid van samenwonende vast te stellen. Als ze nalaten dit te doen vóór 15 maart 2014, wordt het recht op 31 december 2014 beëindigd.
 - Ofwel bevat het gezin “verhoogde tegemoetkoming” een gerechtigde of een persoon ten laste die geen kind ten laste is dat jonger is dan 16 jaar en die de verhoogde tegemoetkoming niet geniet; in dat geval wordt het recht beëindigd op 31 december 2014.

45. Hfdst. III van het K.B. van 01.04.2007.

46. Art. 45.

47. Art. 46.

ECHTGENOTEN DIE IN EEN RUSTHUIS VERBLIJVEN⁴⁸

Er bestaat geen bijzondere bepaling meer voor de echtgenoten die in een rusthuis verblijven: hun gezin wordt samengesteld volgens de algemene regels (ze vormen *a priori* dus één gezin). In de overgangsbepaling wordt voorzien dat als ze twee aparte gezinnen zouden vormen krachtens artikel 22 van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 (waarin de overbrenging van de hoofdverblijfplaats naar een rustoord met een feitelijke scheiding wordt gelijkgesteld⁴⁹), er geen tijdsbepaling op die situatie wordt toegepast, behalve indien zou blijken dat de nieuwe reglementering (één gezin) gunstiger is: bijvoorbeeld, slechts één van beide geniet de verhoogde tegemoetkoming, terwijl die op basis van de nieuwe reglementering door beide kan worden genoten.

De regels van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 blijven van toepassing, zelfs als het gezin van één van hen is gewijzigd (bijvoorbeeld, de ene neemt een tweede persoon ten laste).

FEITELIJK GESCEIDEN ECHTGENOTEN⁵⁰

Er bestaat geen bijzondere bepaling meer voor de echtgenoten die sinds minder dan zes maanden feitelijk gescheiden zijn. De overgangsbepaling voorziet dat de gezinnen die op 1 januari 2014 uit sinds minder dan 6 maanden feitelijk gescheiden echtgenoten bestaan (op die datum en volgens het K.B. van 01.04.2007 vormen zij nog één gezin), overeenkomstig de nieuwe reglementering worden samengesteld (en dus twee gezinnen vormen). De wijziging van de gezinssamenstelling wordt geacht plaats te vinden op 1 januari 2014.



Voorbeelden:

1. A en B genieten de verhoogde tegemoetkoming op basis van een voordeel dat aan A is toegekend; ze scheiden op 1 november 2013: op basis van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 vond het verlies van de hoedanigheid van “afgeleide rechthebbende” 6 maanden later plaats (op 01.05.2014) en begon het behoud van recht op die datum te lopen (dus tot 31.12.2014). Krachtens de overgangsbepaling vindt het verlies van de hoedanigheid van “afgeleide rechthebbende” op 1 januari 2014 plaats en begint het behoud van recht op dat moment te lopen (dus tot 30.09.2014).
2. A en B, die de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van de inkomsten, scheiden op 1 november 2013: men meent dat er een wijziging van de gezinssamenstelling is op 1 januari 2014, dus er is een behoud van recht tot 30 september 2014.
3. A en B, die niet de verhoogde tegemoetkoming genieten, scheiden op 1 november 2013: vanaf 1 januari 2014 vormen ze twee gezinnen voor de verhoogde tegemoetkoming en kunnen ze elk een afzonderlijke aanvraag indienen.



Omzendbrief V.I. nr. 2015/134 – 3991/262 van 11 mei 2015.

48. Art. 49.

49. Meer precies, de echtgenoot die zijn hoofdverblijfplaats heeft overgebracht naar een dienst of een instelling bedoeld in art. 34, eerste lid, 11° of 12° van de GvU-wet.

50. Art. 49.

III. Bepalingen die de cumulatie regelen van in het kader van een programma van beroepsherscholing door de uitkeringsverzekering toegekende voordelen met gelijkaardige voordelen.

Artikel 106 en 109*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

1. Wijziging aan artikel 106 en 109*bis* van de gecoördineerde wet van 14.07.1994: *ratio legis*

1.1. *Ratio legis* van de wijziging

Voor arbeidsongeschikt erkend gerechtigden die een door de HCGRI goedgekeurd programma van beroepsherscholing volgen, voorziet de uitkeringsverzekering in enkele financiële voordelen die aan de gerechtigde rechtstreeks kunnen worden toegekend. Om de socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikt erkend gerechtigden te bevorderen heeft het RIZIV samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met de gewestelijke instellingen en de gemeenschapsinstellingen belast met tewerkstelling en beroepsopleiding.

Volgende samenwerkingsovereenkomsten werden reeds afgesloten:

- Vlaanderen: Samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV, het NIC, VDAB en GTB (zie Omzendbrief V.I. nr. 2012/490, van toepassing vanaf 01.10.2012)
- Wallonië: Samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, AWIPH en Forem (zie Omzendbrief V.I. nr. 2013/180, van toepassing vanaf 15.01.2013)
- Brussel: Samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, Actiris, VDAB, Bruxelles Formation et Phare (zie Omzendbrief V.I. nr. 2014/127, van toepassing vanaf 05.11.2013).

De arbeidsongeschikt erkend gerechtigden kunnen in het kader van een goedgekeurd programma van beroepsherscholing, naast de voordelen toegekend door de uitkeringsverzekering, in sommige situaties aanspraak maken op gelijkaardige voordelen die worden toegekend door de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de beroepsherinschakeling van de arbeidsongeschikte gerechtigden.

Om een (onbepaalde) cumulatie tussen voormelde voordelen te vermijden, werd in het kader van de uitkeringsverzekering een cumulatierегeling uitgewerkt. Hiertoe werden artikel 106 en artikel 109*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 gewijzigd door de wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid (B.S. 06.06.2014).

1.2. Toelichting van de wijziging

De wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid heeft de volgende wijzigingen aangebracht aan artikel 106 en 109*bis*.

Artikel 106 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt aangevuld met volgende leden:

- “De in het eerste lid bedoelde financiële voordelen worden geweigerd als de gerechtigde geniet van gelijkaardige voordelen toegekend krachtens een decreet, een besluit of een ordonnantie, door de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de beroepsherinschakeling van de arbeidsongeschikte gerechtigden. Indien het bedrag van deze voordelen minder is dan het bedrag van de voordelen toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering, kan de betrokkene aanspraak maken op het verschil ten laste van de verzekering.
- De in het vorige lid bedoelde bepaling is niet van toepassing als de voornoemde decreten, besluiten of ordonnanties de cumulatie verbieden of een beperkte cumulatie toestaan van de voordelen die ze toekennen met de gelijkaardige voordelen toegekend krachtens andere wetgevingen.”

Artikel 109*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt als volgt aangevuld:

- “De in het tweede en derde lid bedoelde financiële voordelen worden geweigerd als de gerechtigde geniet van gelijkaardige voordelen toegekend krachtens een decreet, een besluit of een ordonnantie, door de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de beroepsherinschakeling van de arbeidsongeschikte gerechtigden. Indien het bedrag van deze voordelen minder is dan het bedrag van de voordelen toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering, kan de betrokkene aanspraak maken op het verschil ten laste van de verzekering.
- De in het vorige lid bedoelde bepaling is niet van toepassing als de voornoemde decreten, besluiten of ordonnanties de cumulatie verbieden of een beperkte cumulatie toestaan van de voordelen die ze toekennen met de gelijkaardige voordelen toegekend krachtens andere wetgevingen.”

Door deze aanvulling voorziet de uitkeringsverzekering in de mogelijkheid om te bepalen of zij al dan niet de premies en de kosten verbonden aan het programma van beroepsherscholing ten laste neemt indien de diensten voor beroepsherinschakeling voorzien in gelijkaardige voordelen. Daarnaast wordt er voorzien dat de gerechtigden steeds een bedrag zullen ontvangen dat minstens gelijk is aan het bedrag dat wordt toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering.

2. De cumulatieregeling

Opdat de nieuwe bepalingen van artikel 106 en 109*bis* van de gecoördineerde wet van toepassing zijn, dient het vooreerst te gaan om een voordeel dat gelijkaardig is aan de voordelen toegekend door de uitkeringsverzekering.

Er zijn drie verschillende scenario's mogelijk volgens de wetsbepalingen van de diensten en instellingen voor beroepsherinschakeling:

2.1. De diensten voor beroepsherinschakeling voorzien geen cumulatieverbod

De uitkeringsverzekering komt niet tussen, behalve voor het verschil tussen de twee bedragen zodat de gerechtigde een bedrag ontvangt gelijk aan datgene toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering.

Indien de gerechtigde bijvoorbeeld 1 EUR per uur gevolgd opleiding ontvangt, komt de uitkeringsverzekering tussen voor het verschil, namelijk 4 EUR.

2.2. De diensten voor beroepsherinschakeling voorzien een cumulatieverbod

In dat geval kent de uitkeringsverzekering het volledige bedrag van de voordelen toe die worden voorzien door deze uitkeringsverzekering.

Indien de gerechtigde bijvoorbeeld op basis van de reglementaire bepalingen die van toepassing zijn op de dienst voor beroepsherinschakeling geen aanspraak kan maken op een premie per gevolgd uur, ontvangt de gerechtigde 5 EUR ten laste van de uitkeringsverzekering.

2.3. De diensten voor beroepsherinschakeling voorzien een beperkte cumulatie

Indien de diensten voor beroepsherinschakeling zelf voorzien in een cumulatieregel, komt de uitkeringsverzekering steeds tussen voor het volledige bedrag dat deze verzekering voorziet. Er kunnen namelijk geen twee cumulatieregelingen gelijktijdig worden toegepast om het bedrag van de tussenkost ten laste van de andere reglementering te bepalen.

De weigeringsregel of de verschilregel die in het kader van de uitkeringsverzekering wordt voorzien, is dus niet van toepassing in deze situatie.

Deze nieuwe anticumulatieregeling is van toepassing op elke betaling uitgevoerd vanaf 16 juni 2014.

3. Voordelen waarop de cumulatieregeling van toepassing is

Het gaat om de voordelen bedoeld in artikel 106 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, namelijk *om de forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR en de premie van 5 EUR per uur van opleiding, begeleiding of scholing.*

Artikel 106, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt namelijk dat de Koning de voorwaarden bepaalt waaronder financiële voordelen toegekend kunnen worden aan de gerechtigde die een programma van beroepsherscholing doorlopen heeft, evenals het bedrag van deze voordelen. Artikel 215^{sexies} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de gerechtigde die een programma van beroepsherscholing volgt, aanspraak kan maken op een premie van 5 EUR per effectief gevolgd uur van opleiding, begeleiding of scholing. De gerechtigde die een programma van beroepsherscholing met succes heeft doorlopen, kan aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR.

De voordelen die worden toegekend krachtens artikel 109^{bis} van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 worden omschreven in artikel 215^{quater} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996: de tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing, bedoeld in artikel 109^{bis}, tweede lid, van de gecoördineerde wet, omvatten alle voorzieningen of diensten, die erop gericht zijn geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid van deze gerechtigde te valoriseren, met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving.

Onder deze tegemoetkomingen worden volgende tussenkomsten verstaan:

- **De verplaatsingskosten**

Indien de gerechtigde een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten ontvangt van de diensten voor beroepsherinschakeling, zal de uitkeringsverzekering enkel tussen komen:

- als de gerechtigde zijn eigen wagen gebruikt om medische redenen
en
- voor het verschil tussen de door de uitkeringsverzekering voorziene tegemoetkoming en de tegemoetkoming die wordt toegekend door de diensten voor arbeidsbemiddeling.

- **De kosten verbonden aan de oriëntering en de opleiding**

Krachtens artikel 109*bis* van de gecoördineerde wet en artikel 215*quinquies* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 moeten de kosten verbonden aan de effectieve integratie van de gerechtigde na een programma van beroepsherscholing rechtstreeks bijdragen tot de integratie van betrokkene. Deze kosten moeten bovendien in verhouding zijn met het te bereiken doel.

De volgende tabel geeft een overzicht van de mogelijke toegekende voordelen in de uitkeringsverzekering waarop de cumulatierегeling van toepassing is. De fase waarin deze voordelen kunnen worden toegekend, wordt telkens aangeduid.

De voordelen	Oriënteringsfase	Opleidingsfase	Re-integratiefase
Premie van 5 EUR per gevolgd uur		X	
Forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR bij succesvolle beëindiging opleiding		X	
Verplaatsingskosten	X	X	X (rechtstreeks bijdragen tot de integratie + in verhouding tot het te bereiken doel)
Kosten verbonden aan de oriëntering	X		
Kosten verbonden aan de opleiding		X	
Kosten verbonden aan de re-integratie			X (rechtstreeks bijdragen tot de integratie + in verhouding tot het te bereiken doel)

4. Voorbeelden van de anticumulatiebepaling

4.1. Premie van 5 EUR per effectief uur van opleiding, begeleiding of scholing

Het volgende overzicht betreft de premie van 5 EUR per effectief gevolgd uur van opleiding, begeleiding of scholing als de gerechtigde door een dienst of instelling belast met de beroepsherinschakeling een gelijkaardig voordeel toegekend krijgt of in principe zou toegekend krijgen als er geen cumulatieverbod zou zijn:

Voordeel uitkeringsverzekering (in euro) Premie per gevolgd uur opleiding	Gelijkaardig voordeel van de dienst voor beroepsherinschakeling	Gelijkaardig voordeel van de dienst voor beroepsherinschakeling (in euro)	Tussenkost van de uitkeringsverzekering (in euro)
5	Geen cumulatieverbod + voordeel van 5 EUR of meer	5	0
		6	0
5	Geen cumulatieverbod + voordeel van minder dan 5 EUR	3	2
5	Cumulatieverbod	0	5
5	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van minder dan of gelijk aan 5 EUR	0	5
5	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van meer dan 5 EUR	1	5

4.2. De forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR

Het volgende schema betreft de forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR als een gelijkaardig voordeel wordt toegekend door de reglementering van de diensten van beroepsherinschakeling:

Voordeel uitkeringsverzekering (in euro) Forfaitaire tegemoetkoming	Gelijkaardig voordeel toegekend door de dienst voor beroepsherinschakeling	Voorbeeld : gelijkaardig voordeel van de dienst voor beroepsherinschakeling (in euro)	Tussenkost van de uitkeringsverzekering (in euro)
500	Geen cumulatieverbod + voordeel van 500 EUR of meer	500	0
		600	0
500	Geen cumulatieverbod + voordeel van minder dan 500 EUR	300	200
500	Cumulatieverbod	0	500
500	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van minder dan of gelijk aan 500 EUR	0	500
500	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van meer dan 500 EUR	100	500

4.3. Kosten verbonden aan de oriëntering, opleiding of re-integratie

Het volgende voorbeeld illustreert de kosten verbonden aan de fase van oriëntering, opleiding of re-integratie:

Een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde heeft 800 EUR inschrijvingsgeld betaald voor het volgen van een opleiding:

Voordeel uitkeringsverzekering (in EUR) Kosten opleiding	Gelijkaardig voordeel van de dienst voor beroepsherinschakeling	Voorbeeld : gelijkaardig voordeel van de dienst voor beroepsherinschakeling (in EUR)	Tussenkost uitkeringsverzekering (in EUR)
800	Geen cumulatieverbod + voordeel van 800 EUR	800	0
800	Geen cumulatieverbod + voordeel van minder dan 800 EUR	250	550
800	Cumulatieverbod	0	800
800	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van minder dan of gelijk aan 800 EUR	0	800
800	Regel voorziet een beperkte cumulatie + voordeel van meer dan 800 EUR	100	800



Omzendbrief V.I. nr. 2015/97 – 407/11 van 3 april 2015.

IV. Het volgen van een praktijkgedeelte (stage) in de loop van de drie fasen (oriëntatie, opleiding of re-integratie) van een programma van professionele heroriëntering/rehabilitatie

Een sociaal verzekerde mag een praktijkgedeelte (stage) volbrengen in de loop van de drie fasen van een programma van professionele heroriëntering/rehabilitatie:

- Tijdens de oriëntatiefase (1)
- Tijdens de opleidingsfase (2)
- Tijdens de re-integratiefase (3)

1. Praktijkgedeelte (stage) tijdens de oriëntatiefase

De oriëntatiefase heeft als doel om de competenties en vaardigheden van de sociaal verzekerde te identificeren, rekening houdende met zijn voorkeuren (zie Omzendbrief V.I. nr. 2014/143⁵¹ - 407/10 van 18.03.2014).

In het kader van die fase kan de adviserend geneesheer, na overleg met de sociaal verzekerde en zonder voorafgaande toestemming van de HCGRI, een beroep doen op een gespecialiseerd centrum of op een psycholoog (in het kader van de klassieke procedure) of op de bevoegde regionale arbeidsbemiddelingsdienst en het opleidingscentrum (in het kader van een samenwerkingsovereenkomst).

Tijdens deze oriëntatiefase, en bijgevolg alvorens een kwalificerende opleiding te volgen, zou de sociaal verzekerde al een zeer kort praktijkgedeelte (meestal één week) kunnen volgen om een beroep uit te testen.

De sociaal verzekerde krijgt dankzij de zogenaamde “test in de onderneming” een concreter beeld van het toekomstig beroep dat hij moet kiezen en van de werkelijke omstandigheden waarin hij dat beroep zou uitoefenen door in contact te komen met een reële professionele situatie.

Dat type van praktijkgedeelte (stage) wordt ondersteund door een driezijdige overeenkomst tussen de sociaal verzekerde, de werkgever en de organisatie van die “essai métier” (dit geldt zowel voor het klassieke traject als voor het traject dat voortvloeit uit een samenwerkingsovereenkomst).

Om dat praktijkgedeelte in het kader van de oriëntatiefase te volgen, is er geen uitdrukkelijke toestemming van de adviserend geneesheer vereist, in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet. In dat geval maakt het gedeelte namelijk integraal deel uit van de oriëntatiefase.

Het dossier van de betrokkene moet een kopie bevatten van de driezijdige overeenkomst die tussen de verschillende partijen is gesloten (sociaal verzekerde, werkgever en organisator van de stage).

51. Gepubliceerd in het I.B. 2014/1, p. 114.

2. Praktijkgedeelte (stage) tijdens de opleidingsfase

Het volgen van een kwalificerende opleiding die goedgekeurd is door de HCGRI in het kader van een professionele rehabilitatie/heroriëntering kan een praktijkgedeelte (stage) inhouden waarvoor de sociaal verzekerde geen toestemming hoeft te bekomen, in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet. In dat geval maakt het volgen van het praktijkgedeelte namelijk integraal deel uit van het programma.

Als het echter niet gepland was om dat praktijkgedeelte (noodzakelijk om de vereiste professionele competenties te verwerven) te volgen, moet een aanvraag tot wijziging van een opleidingsprogramma ter goedkeuring bij de HCGRI worden ingediend. Als de wijziging door de HCGRI wordt goedgekeurd, hoeft de sociaal verzekerde geen toestemming van de adviserend geneesheer te verkrijgen, in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet.

Het dossier van de betrokkene moet een kopie bevatten van de driezijdige overeenkomst die tussen de verschillende partijen is gesloten (sociaal verzekerde, werkgever en organisator van de stage).

Indien het praktijkgedeelte (stage) echter als een middel dient om de reeds door de professionele heroriëntering/rehabilitatie verworven beroepscompetenties te verfijnen, kan het praktijkgedeelte (stage) niet meer beschouwd worden als deel uitmakend van het programma. In dat geval dient wel de toelating te worden gevraagd aan de adviserend geneesheer in het kader van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet.

3. Praktijkgedeelte (stage) tijdens de re-integratiefase

Tijdens de re-integratiefase, eens de kwalificatie verworven is, kan de sociaal verzekerde een praktijkgedeelte (stage) volgen om hem zijn nieuw beroep te laten uitoefenen in de vorm van een test in de onderneming, gedurende maximum zes maanden te rekenen vanaf de maand na afloop waarvan het opleidingsprogramma is voltooid.

Om dat praktijkgedeelte (stage) te volgen, is er geen toestemming vereist, in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet. In dat geval maakt het volgen van het praktijkgedeelte namelijk integraal deel uit van de professionele re-integratiefase.

Het dossier van de betrokkene moet een kopie bevatten van de driezijdige overeenkomst die tussen de verschillende partijen is gesloten (sociaal verzekerde, werkgever en organisator van de stage).

4. Conclusie

Kortom, als het praktijkgedeelte (stage) integraal deel uitmaakt van een van de drie fasen van een programma van professionele heroriëntering/rehabilitatie (oriëntatiefase, opleidingsfase en re-integratiefase) is geen uitdrukkelijke toestemming van de adviserend geneesheer vereist, in toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet.

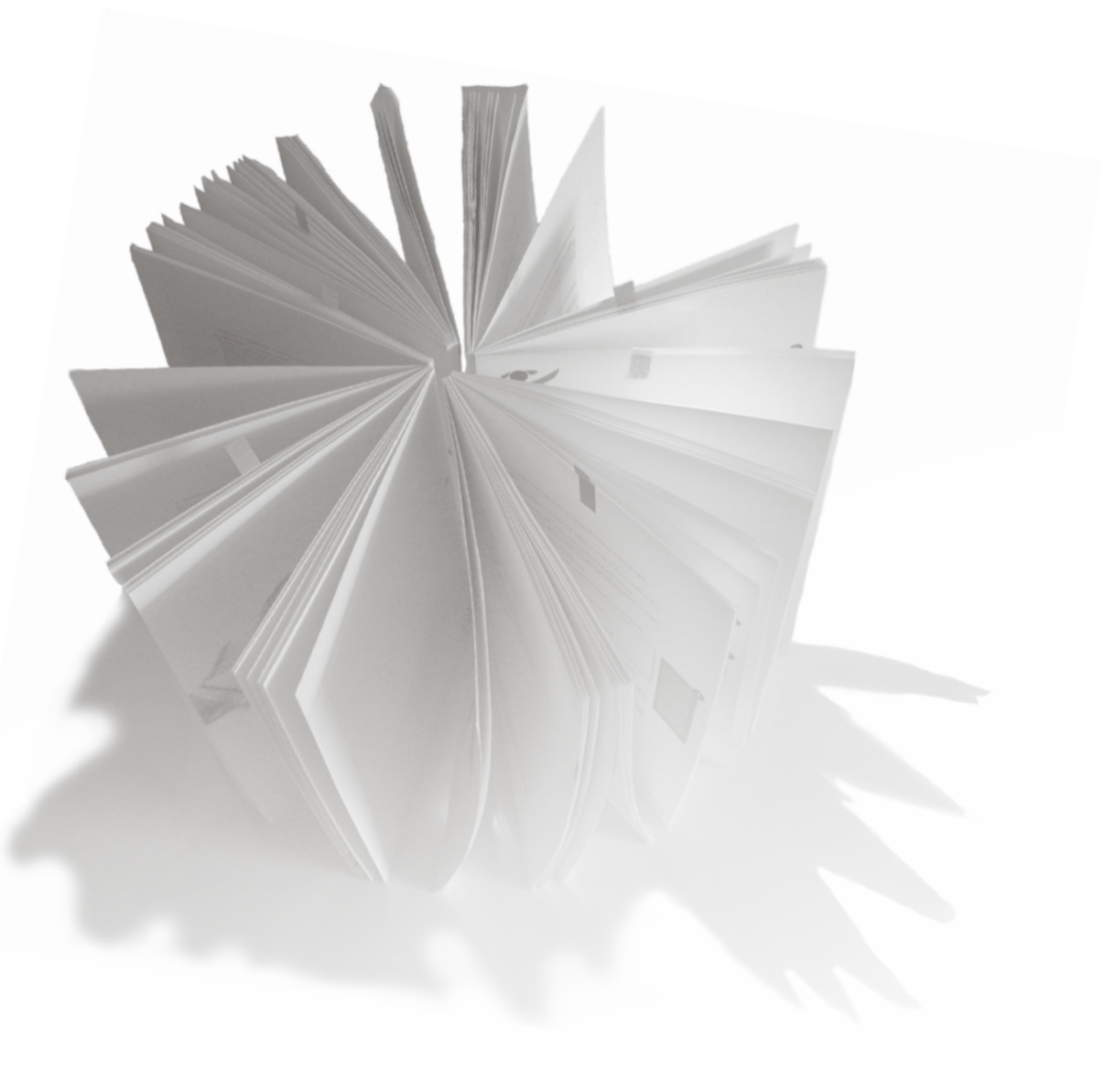
Dezelfde principes zijn bovendien ook van toepassing op zelfstandigen: voor een praktijkgedeelte (stage) dat integraal deel uitmaakt van een van de drie fasen (oriëntatie, opleiding en re-integratie) is bijgevolg geen uitdrukkelijke toelating van de adviserend geneesheer vereist, in toepassing van artikel 23 en 23bis van het Koninklijk Besluit van 20 juli 1971.

Als het praktijkgedeelte (stage) echter niet integraal deel uitmaakt van het programma van professionele heroriëntering/rehabilitatie, is de uitdrukkelijke toestemming van de adviserend geneesheer wél vereist, overeenkomstig artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet (voor werknemers) en artikel 23 en 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (voor zelfstandigen).



Omzendbrief V.I. nr. 2015/135 – 407/12 van 12 mei 2015.

5^e Deel
Basisgegevens



I. Het statuut van persoon met een chronische aandoening. Bedragen referentiejaar 2015

Hierna worden de geïndexeerde bedragen meegedeeld voor het referentiejaar 2015.

Bedrag vermeld in de artikels 4, 5 en 8 van het Koninklijk besluit van 15 december 2013:
305,78 EUR

Bedrag vermeld in artikel 10 van het Koninklijk besluit van 15 december 2013: 1.223,13 EUR



Omzendbrief V.I. 2015/85 – 3995/11 van 23 maart 2015.

II. Algemene regeling - Aanpassing van de ZIV loongrens

Regeling der zelfstandigen - Herwaardering van de forfait “alleenstaande” toegekend aan de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet tengevolge van de verhoging van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen

1. Basiselementen

a. Algemene regeling

AANPASSING VAN DE ZIV LOONGRENS (CONJUNCTURELE MAATREGEL).

Voor die gerechtigden wiens primaire arbeidsongeschiktheid, moederschap of invaliditeit ten vroegste begint op 1 april 2015, wordt de ZIV loongrens met 1,25 % geherveerd. In bijlage geeft de tabel D ook de nieuwe maxima weer, berekend op basis van dit nieuwe plafond, voor de gevallen in primaire arbeidsongeschiktheid, in moederschap of in invaliditeit die ten vroegste beginnen op 1 april 2015.

Het basisbedrag van de nieuwe ZIV loongrens wordt op 100,9832 EUR vastgesteld (basis 103,14). Vanaf 1 april 2015 wordt het, aan de spilindex 119,62 geïndexeerde forfait vastgesteld op 133,2473 EUR.

b. Regeling der zelfstandigen

HERWAARDERING VAN DE FORFAIT “ALLEENSTAANDE” TOEGEKEND AAN DE GERECHTIGDEN IN PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID EN AAN DE INVALIDEN DIE HUN ONDERNEMING NIET HEBBEN STOPGEZET TENGEVOLGE VAN DE VERHOOGING VAN DE BEDRAGEN VAN HET MINIMUMPENSIOEN VOOR ZELFSTANDIGEN (CONJUNCTURELE MAATREGEL).

Het forfait “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet wordt verhoogd op 1 april 2015, tengevolge van de herwaardering, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen toegekend aan alleenstaande gerechtigden verhoogt van 9.648,57 EUR naar 9.739,51 EUR op 1 april 2015 (basis 103,14).

Het forfait toegekend aan de alleenstaanden in primaire ongeschiktheid alsook aan de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, wordt vanaf 1 april 2015 (aangepast aan de spilindex 119,62) als volgt vastgesteld: 41,1900 EUR, afgerond 41,19 EUR.

2. Toepassingsdatum

1 april 2015

De tabel D in bijlage vervangt de tabel D die opgenomen is in de omzendbrief nr. 2014/337 – 45/249 – 482/123 van 26 augustus 2014.



Omzendbrief V.I. 2015/86 – 45/251 van 25 maart 2015.

III. Herwaardering van prestaties op 1 mei 2015.

Algemene regeling

Herwaardering van het bedrag van de inhaalpremie toegekend na twee jaar arbeidsongeschiktheid

1. Basiselementen

a. Algemene regeling

HERWAARDERING VAN HET BEDRAG VAN DE INHAALPREMIE TOEGEKEND NA TWEE JAAR ARBEIDSONGESCHIKTHEID (CONJUNCTURELE MAATREGEL).

Vanaf mei 2015 wordt het bedrag van de inhaalpremie die wordt verleend aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning, gedurende minstens twee jaar arbeidsongeschikt zijn erkend, geherwaardeerd van 233,4901 EUR naar 354,7482 EUR (basis 103,14). Het bedrag toegekend aan de gerechtigden waarvan de arbeidsongeschiktheid minstens één jaar bedraagt maar de termijn van twee jaar niet overschrijdt, blijft onveranderd in vergelijking met mei 2014.

In mei 2015 is het bedrag van de inhaalpremie die verleend wordt aan de gerechtigden waarvan de duur van de ongeschiktheid op 31 december van het voorafgaande jaar minstens 2 jaar heeft bereikt, gelijk aan 468,0902 EUR afgerond op 468,09 EUR (spilindex 119,62).

2. Toepassingsdatum

1 mei 2015

De tabel D in bijlage vervangt de tabel D die opgenomen is in de omzendbrief nr. 2015/86 – 45/251 – 482/124 van 25 maart 2015.

Via volgende link vindt u tabel D:



http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/uitkeringen_tabel_d.pdf



Omzendbrief V.I. nr. 2015/91 - 45/252 - 482/125 van 31 maart 2015.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Isabelle Daumerie
De h. Jan Demey
Mevr. Nancy Demarneffe
Mevr. Christel Heymans
Mevr. Linda Maesen
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
De h. Youssef El boutaibe
Mevr. Kathleen Hove
De h. Cédric Stassin
Mevr. Sylvie Willemsens

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

4 nummers per jaar - 32 EUR
IBAN BE84 6790 26215359
Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponible en français

ISSN 0046-9726