

1<sup>ste</sup> Deel

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



# I. Wettelijke en reglementaire wijzigingen

## 1. Wet

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.07.2016	22.06.2016	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid

### Samenvatting van de wijzigingen

In Titel I van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid die aan het RIZIV is gewijd, worden op basis van de artikelen 2 tot 30 de volgende wijzigingen ingevoerd:

- met het oog op de vereenvoudiging en harmonisering van de vergoedingsprocedures van de farmaceutische verstrekkingen, worden de inschrijvings- en wijzigingsprocedures betreffende de vergoeding van de magistrale bereidingen, de diagnostische middelen, de vergoedbare verstrekkingen voor moedermelk, de dieetvoeding voor medisch gebruik en de parenterale voeding, de vergoedbare medische hulpmiddelen en de vergoedbare haarprothesen aangepast
- de Koning heeft eveneens de mogelijkheid om een specifieke procedure vast te stellen op basis waarvan de vergoeding van geneesmiddelen die al in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten zijn opgenomen en die bestemd zijn voor gebruik door rechthebbenden jonger dan 18 jaar, eenvoudig en snel kan worden uitgebreid
- artikel 35*bis* wordt gewijzigd zodat de inwerkingtreding van de vergoeding van de farmaceutische specialiteiten kan plaatsvinden op de dag die volgt op de kennisgeving van de ministeriële beslissing aan de betrokken aanvrager voor bepaalde types van procedures die in overleg met de farmaceutische industrie worden vastgelegd. In die bepaling wordt ook een plicht tot vertrouwelijkheid opgenomen met betrekking tot de informatie die wordt uitgewisseld tussen de aanvrager en het RIZIV en die door de aanvrager als vertrouwelijk werd beschouwd. Die informatie-uitwisseling ligt in de lijn van de sluiting van overeenkomsten inzake compensatieregels bij de inschrijving op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten  
er worden maatregelen genomen om te voorkomen dat de (radio-)farmaceutische specialiteiten na een jaar van onbeschikbaarheid automatisch uit de vergoedbaarheid worden geschrapt. De verantwoordelijke onderneming mag daartoe een uitzondering aanvragen om die termijn tot vijf jaar te verlengen
- de referentie voor de clusterberekening van de “goedkoopste geneesmiddelen” wordt de farmaceutische specialiteit met de laagste vergoedingsbasis per gebruikseenheid die daadwerkelijk beschikbaar is
- in het kader van de invoering van een mondzorgtraject is voor sommige verstrekkingen een verhoging van het persoonlijk aandeel vastgelegd, wanneer het traject van een jaarlijks bezoek aan de tandarts niet wordt gevolgd
- het financieringssysteem van de centra voor forensische psychiatrie wordt verduidelijkt. De financiering omvat de vergoeding van alle kosten die verband houden met de verzorging
- een vergoedingsgroep V.8.7 (analoog van menselijke insuline met verlengde werkingsduur) wordt uitzonderlijk toegevoegd aan de prijsverlaging van 7,5 % van de biologische geneesmiddelen
- een aantal louter technische aanpassingen van de wetgeving.

27.12.2016	18.12.2016	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

Een 1<sup>e</sup> wijziging in artikel 2 van de GVVU-wet beoogt de gelijkstelling van de nieuwe academische graden uit de Bologna-hervorming met de oude academische graden, in de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Die gelijkstelling zal met terugwerkende kracht ingaan op de datum waarop de nieuwe graden de eerste maal worden verkregen.

De overige bepalingen van Titel 2 van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid hebben betrekking op:

- de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen waarvan de voorzitter een deskundige moet zijn op het vlak van geneesmiddelen, die in een universitaire instelling werkt (de voorzitter zal ook stemrecht hebben om het aantal stemmen waarover de vertegenwoordigers van de universitaire instellingen beschikken in overeenstemming te brengen met het aantal stemmen dat aan de verzekeringsinstellingen wordt toegekend)
- met betrekking tot de referentierugbetaling hebben bijkomende leden die worden toegevoegd aan artikel 35<sup>ter</sup>, § 1, tot doel een situatie die voor de patiënt en de ziekteverzekering nadelig is, te corrigeren, door ook een daling van rechtswege van de vergoedingsbasis van de combinatiepreparaten in te voeren wanneer het referentierugbetalingssysteem wordt toegepast voor minstens een van de werkzame bestanddelen. In het huidige systeem wordt het referentierugbetalingssysteem immers toegepast op de originele specialiteiten als er een vergoedbare generische specialiteit met hetzelfde of dezelfde werkza(a)m(e) bestandde(e)(en), twee maanden vóór de toepassingsdatum beschikbaar is

het is mogelijk dat er naast de monopreparaten, op de markt combinatiepreparaten bestaan (geneesmiddelen met 2 of meer werkzame bestanddelen). Wanneer het referentierugbetalingssysteem wordt toegepast voor een van de monopreparaten of zelfs voor beide apart omdat een generische specialiteit beschikbaar is, wordt die daling niet automatisch toegepast voor de combinatiepreparaten waarin die werkzame bestanddelen worden gecombineerd. In het huidige systeem behielden deze combinatiepreparaten bijgevolg hun hogere vergoedingsbasis, wat nadelig is voor de patiënt en de ziekteverzekering

- in het nieuwe artikel 36<sup>septies</sup> krijgt de Koning de bevoegdheid toegekend om de regels en criteria te bepalen volgens welke de verplichte verzekering aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier. Door die toevoeging zal het honorarium enkel verschuldigd zijn als de huisarts een elektronisch medisch dossier gebruikt. Dat elektronisch medisch dossier moet worden beheerd via een software die op het eHealth-platform is geregistreerd. De huisartsen die vanaf 1 januari 2017 zullen worden erkend, zullen aan de voorwaarden moeten voldoen (voor de huisartsen die al erkend waren, is er een overgangperiode vastgelegd tot en met 31.12.2020)
- in het kader van de “Maximumfactuur” is in artikel 37<sup>duodecies</sup>, § 3 van de wet momenteel bepaald dat de rechthebbenden die zich in bepaalde behartigenswaardige situaties bevinden (bijv. stopzetting van de beroepsactiviteit, volledig werkloos sinds minstens zes maanden), aan hun verzekeringsinstelling mogen vragen om het huidige bedrag van het gezinsinkomen te bepalen

om die procedure van behartigenswaardige situaties toegankelijker te maken, worden in de wetwijziging bepaalde situaties geschrapt en wordt die procedure mogelijk gemaakt in alle gevallen waarin het gezinsinkomen is gedaald onder een van de bedragen die de Koning heeft bepaald

- een wijziging van artikel 54 van de wet maakt het mogelijk om een regeling van sociale voordelen voor de thuisverpleegkundigen in te stellen. Net als voor de andere zorgverleners die deze regeling al genieten, zullen de toekenningsvoorwaarden en de criteria van die regeling worden opgenomen in een Koninklijk besluit
- in navolging van andere OISZ's zoals de RJV, de RSZ of de RVP maakt een wijziging van artikel 167 het voor het RIZIV mogelijk om dadingen aan te gaan en compromissen te sluiten. De administrateur-generaal zal voortaan kunnen beslissen om dadingen aan te gaan in alle gevallen waarin de belangen van het RIZIV of van de ZIV-regeling op het spel staan, onder voorbehoud van de goedkeuring door het beheerscomité van de bevoegde dienst (in de veronderstelling dat het om aanzienlijke bedragen gaat)
- in artikel 174 wordt de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid geboden een verjaring te stuiten door een elektronisch bericht via het netwerk Carenet - My Carenet
- vanaf het jaar 2017 wordt een compenserende heffing op de omzet ingesteld, voor zover er voor het jaar t een overschrijding van het globale vastgestelde budget wordt vastgesteld door de Algemene Raad. Het systeem tot terugvordering van de begrotingsoverschrijding dat nu is ingevoerd via die compenserende heffing zorgt ervoor dat er gedurende twee bijkomende maanden gegevens over de uitgaven kunnen worden verkregen om de raming van de begrotingsoverschrijding van het lopende jaar (jaar t) te consolideren
- in artikel 73*bis* wordt een nieuw lid ingevoegd om het begrip “reglementaire documenten” dat daarin wordt gebruikt, te verduidelijken. Die verduidelijking is nodig voor zover geleidelijk wordt afgezien van de papieren documenten, ten gunste van een proces van elektronische facturering. De uitbreiding van de toepassing van artikel 73*bis* vereist eveneens een aanpassing van artikel 142. In dat artikel wordt immers de sanctieschaal verduidelijkt voor de administratieve inbreuken die in artikel 73*bis* zijn beschreven
- met betrekking tot onderzoeksmethoden wordt in de wet een bepaling opgenomen waarin de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle wordt toegestaan een beroep te doen op het bewijs via extrapolatie
- artikel 33 van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid beoogt de draagwijdte van artikel 16 van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg te verduidelijken door te preciseren dat, met ingang van 1 september 2012, de toegang tot het patiëntendossier wel degelijk betrekking heeft op het recht om een kopie van het patiëntendossier te raadplegen en te verkrijgen.

29.12.2016 - Editie 2

25.12.2016

Programmawet (1)

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van die programmawet worden de volgende maatregelen aangenomen:

- het facturatieniveau van de biologische geneesmiddelen die zijn opgenomen in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die in het ziekenhuis worden afgeleverd vanaf 1 januari 2017 en waarvoor een biosimilaire geneesmiddel beschikbaar is, is met 10 % gedaald.
- in artikel 73 van de wet die in een wettelijke basis van het “goedkoop” voorschrijven voorziet, worden twee wijzigingen aangebracht vanaf 1 januari 2017:
  - enerzijds wordt het minimumpercentage van het “goedkoop voorschrijven” voor de huisartsen verhoogd van 50 % naar 60 %

- anderzijds wordt de definitie van een “goedkoop” geneesmiddel aangepast: de groep van de “goedkoopste” geneesmiddelen is de cluster waarin specialiteiten worden gegroepeerd per molecule, sterkte en verpakkingsgrootte. Deze cluster bestaat uit de specialiteit met de laagste vergoedingsbasis per gebruikseenheid die effectief beschikbaar is en de beschikbare specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis per gebruikseenheid niet meer dan 5 % hoger is dan de laagste. Indien de groep van de goedkoopste specialiteiten niet minstens 3 verschillende specialiteiten bevat, worden eveneens de beschikbare specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis per gebruikseenheid de laagste of de op 1 of 2 na laagste is, in aanmerking genomen

als 3 specialiteiten zich niet in de marge van 5 % bevinden, worden de goedkoopste, de op 1 en 2 na goedkoopste geneesmiddelen, als goedkoop beschouwd. Er blijken belangrijke prijsverschillen te zitten tussen het goedkoopste en het op 2 na goedkoopste geneesmiddel. Daarom wordt er naast de “5 %-marge” een bijkomende marge van 20 % ingevoerd tussen het goedkoopste en het op 2 na goedkoopste geneesmiddel

- de bijdrage op de marketing, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 31° van de wet, die werd ingesteld om de weerslag van de promotie op de stijging van het voorschrijfvolume van de vergoedbare geneesmiddelen in evenwicht te houden, blijft behouden voor het jaar 2017
- de heffingen op de omzet, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15°*novies* (standaardbijdrage), 15°*duodecies* (bijdrageheffing) en 15°*terdecies* (“weesheffing”) van de wet worden verlengd in 2017
- een correcte budgettaire evaluatie van de sector van de farmaceutische specialiteiten kan alleen plaatsvinden als de inkomsten van de overeenkomsten – artikel 81 – eveneens in aanmerking mogen worden genomen tijdens het volledige budgettaire en financiële proces. Om die doelstelling te realiseren, worden enkele artikelen van de wet aangepast
- artikel 16 van de programmawet bevat de besparingsmaatregelen op de indexeringsmassa van de sectoren die met honoraria werken
- de bepalingen met betrekking tot de maximumfactuur worden aangepast zodat de grensbedragen van remgelden die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2017 worden geïndexeerd
- artikel 53 van de wet wordt aangepast om, in geval er een beroep wordt gedaan op de elektronische getuigschriften voor verstrekte hulp, de wettelijke basis te verstrekken die nodig is voor de overdracht van informatie door het RIZIV aan de FOD Financiën. Die overdracht is bedoeld om het informatieverlies dat voor de belastingadministratie voortvloeit uit de afschaffing van de papieren facturatie, te compenseren, aangezien de informatie die verband houdt met de bestellingen van formulieren voor ontvangstbewijzen van de getuigschriften voor verstrekte hulp niet meer bestaat
- de officina-apothekers krijgen een specifiek honorarium toegekend voor de uitvoering van een voorschrift voor een in hoofdstuk IV opgenomen vergoedbare farmaceutische specialiteit.
- ten slotte bevat die programmawet in haar hoofdstuk 4 (art. 31 tot en met 34) een aantal reglementaire wijzigingen in het kader van de maatregel betreffende de verlenging van de vereiste wachttijd om recht te hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de regeling van de uitkeringsverzekering voor werknemers (waarin er voortaan een wachttijd van twaalf maanden geldt in plaats van zes maanden). Die wijzigingen hebben betrekking op:
  - de wet van 20 juli 1991 houdende sociale en diverse bepalingen (namelijk een aanpassing aan het hoofdstuk waarin een regeling van specifieke bijdragen voor de (statutaire) ambtenaren waarvan de arbeidsrelatie is beëindigd, wordt vastgelegd)
  - de wet van 6 februari 2003 houdende sociale bepalingen voor militairen die terugkeren naar het burgerleven.

Bovendien wordt hier eveneens een bijzondere overgangsmaatregel ingevoegd.

De hieronder vermelde wetsbepalingen preciseren daartoe dat de werkgever, in geval van stopzetting van de arbeidsrelatie na 31 december 2016 en onder bepaalde voorwaarden, vanaf 1 januari 2017 de bijdragen moet storten die de werkgever en de werknemer verschuldigd zijn en die op basis van een periode van twaalf maanden worden berekend (in plaats van op basis van zes maanden), aan de instelling die de socialezekerheidsbijdrage ontvangt. Die periode van twaalf maanden stemt immers overeen met het wettelijke minimum dat vroeger werd opgelegd voor de wachttijd die moest worden volbracht om arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van de sector van de uitkeringen te kunnen genieten.

De datum van inwerkingtreding van de maatregel tot verlenging van de wachttijd voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt uitgesteld tot 1 april 2017 (in plaats van 01.01.2017 zoals oorspronkelijk was gepland).

## 2. Koninklijke besluiten tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.11.2016 - Editie 1	28.10.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Dat Koninklijk besluit vervolledigt artikel 205, § 1 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 met een 7°. Het heeft uitwerking vanaf 21 mei 2015 en is van toepassing op de risico's die zich vanaf die datum voordoen.

Het gaat met name om een vrijstelling van wachttijd voor een statutaire ambtenaar die verlof zonder wedde om persoonlijke redenen neemt om met een contractuele betrekking te beginnen en die dus onderworpen is aan de uitkerings- en moederschapsverzekering voor werknemers (die wijziging in de reglementering vloeit voort uit het "arrest ROSSELLE", gewezen door het Europees Hof van Justitie op 21.05.2015).

24.11.2016 - Editie 2	08.11.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de socioprofessionele re-integratie betreft
-----------------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

Dat Koninklijk Besluit, op basis waarvan de nieuwe bepalingen (art. 215<sup>octies</sup> & art. 215<sup>sexies-decies</sup>) worden ingevoegd bij het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996, heeft betrekking op de nieuwe trajecten voor socioprofessionele re-integratie.

Het doel bestaat erin de gerechtigde zo snel mogelijk te re-integreren via:

- een centrale toegangspoort: de adviserend arts

- een samenwerking tussen verschillende artsen: de adviserend arts (AdvA), de preventieadviseur-arbeidsarts (PA-ArbA) en de behandelende arts.

Er wordt ingezet op twee circuits om de socioprofessionele integratie van de gerechtigde te bevorderen:

- hij is gebonden aan een arbeidsovereenkomst: re-integratietraject door de preventieadviseur-arbeidsarts
- hij is niet gebonden aan een arbeidsovereenkomst: re-integratietraject door de adviserend arts van de verzekeringsinstelling.

12.12.2016 - Editie 2	21.11.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de tegemoetkoming in de revalidatiekosten betreft
-----------------------	------------	--

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dat Koninklijk besluit wijzigt de artikelen 138 en 294 en heft artikel 142, § 4 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 op.

Eind 2013 werd artikel 294 van hetzelfde besluit gewijzigd wegens de omzetting naar het Belgische recht, van de Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Naar aanleiding daarvan werd de behandeling van de aanvragen om een tegemoetkoming in de revalidatiekosten in het buitenland geleidelijk gecentraliseerd in het College van Artsen-directeurs (CAD). De huidige wijzigingen hebben tot doel de criteria voor die behandeling duidelijk in de reglementering op te nemen.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.09.2016 - Editie 2	11.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 2, B van de nomenclatuur worden de verstrekking 103095 en de volgende toepassingsregel ingevoegd:

“ 103095 - supplement voor een ongewone raadpleging (101032, 101076) of een ongewoon bezoek (103132, 103412, 103434) van de huisarts ..... N 7

Het ongewoon bezoek of de ongewone raadpleging van de huisarts verwijst naar de eerste raadpleging of het eerste bezoek door de GMD-beheerder, waarbij de arts de situatie uitlegt en de opvolging van de patiënt plant als:

- a) een patiënt voor de eerste keer naar een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis gaat;
- b) een patiënt van 75 jaar of ouder terugkeert naar huis na een ziekenhuisopname van meer dan 14 dagen”.

27.09.2016	11.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 12 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

#### Samenvatting van de wijzigingen

Die nomenclatuurwijzigingen worden verantwoord door het verzoek van de minister van Sociale Zaken om te besparen op de tenlasteneming van chronische pijn, en in het bijzonder rugpijn; die maatregelen worden omgezet in:

- de schrapping van de verstrekking 202812-202823: epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op lumbaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zes maal per jaar
- de beperking van de vergoeding van de verstrekking 202790-202801: radiculare of transforaminale infiltratie, met gebruik van medische beeldvorming, maximum een zenuwwortel per zitting, aanrekenbaar maximaal zes maal per jaar, tot 3 infiltraties per jaar
- enkele bijkomende wijzigingen:
  - artikel 12 § 4 a): Schrapping van de verstrekking 202812 – 202823 van de lijst
  - artikel 12 § 5: Schrapping van de verstrekking 202812 – 202823 van de lijst
  - artikel 12 § 7: Schrapping van de verstrekking 202812 – 202823 van de lijst.

27.09.2016	11.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 21, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

#### Samenvatting van de wijzigingen

Door de stijging van de kosten voor het materiaal en het personeel, het steeds frequentere gebruik van de hechting in twee lagen na excisie van een letsel om een esthetisch resultaat te verkrijgen en ten slotte, door de huidige onmogelijkheid om een plastie na excisie buiten het ziekenhuis uit te voeren, wordt artikel 21, § 1 van de nomenclatuur als volgt gewijzigd:

- verhoging van de K-waarde voor de excisies van gezwellen van de huid
- creatie van een verstrekking voor de excisie van gezwellen van de huid gevolgd door een hechting in twee lagen
- creatie van een verstrekking voor de excisie van gezwellen van de huid gevolgd door een plastie.



27.09.2016 - Editie 2	11.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, § 1, A, II, 24, § 1, 32, § 2, en 33bis van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
-----------------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

De nomenclatuur inzake klinische biologie met betrekking tot de hematologie moet worden geactualiseerd en gemoderniseerd omdat ze niet meer noodzakelijk overeenstemt met de realiteit van de verrichte handelingen, met name rekening houdende met de technologische evolutie in dat domein, maar ook gelet op de evolutie van de indicatie van sommige tests. De herziening heeft een weerslag op artikel 3, 24, 32 en 33bis van de nomenclatuur en betreft 57 verstrekkingen.

Sommige verstrekkingen zijn voorbijgestreefd, sommige omschrijvingen stemmen niet meer overeen met de technische realiteit. Bovendien beschikken sommige technische handelingen die momenteel worden uitgevoerd, niet over een geschikte nomenclatuur. Bijvoorbeeld:

- hematologie: schrapping van het cytologisch onderzoek op concentraat van witte bloedcellen (553011-553022) aangezien momenteel de apparaten betrouwbare formules kunnen realiseren op basis van een gering aantal witte bloedcellen
- hemostase: aanpassing van de verstrekkingen (554072-554083, 554433-554444, 553291-553302) met betrekking tot systemische lupus erythematosus en het antifosfolipidesyndroom (verhoging van het maximum, van de coëfficiënt, beperking van de indicaties)
- transfusie: Creatie van verstrekkingen (587790-587801, 587812-587823) met betrekking tot D variant en zwakke D, voor een beter beheer van de stock van resusnegatief bloed
- immunologie: creatie van een verstrekking (553394-553405) voor het opsporen van antistoffen tegen glomerulaire basale membraan in het kader van het syndroom van Goodpasture
- immunodeficiëntie: creatie van verstrekkingen (553475-553486, 553490-553501, 553512-553523, 553534-553545) voor de identificatie van een receptor of antigeen in het kader van een aangeboren immunodeficiëntie
- hemato-oncologie: creatie van een verstrekking (587856-587860) voor de follow-up van chimerismestatus van geselecteerde T-cellen na een allogene stamceltransplantatie, creatie van een verstrekking (587871-587882) voor het opsporen van submicroscopische genafwijkingen door middel van een complexe genoomwijde moleculair biologische methode in de diagnostische investigatiefase van een chronische lymfatische leukemie of een multiple myeloom.

10.10.2016	27.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

De nomenclatuurregel (art. 5) die de terugbetaling voor de vervanging van de basis van een uitneembare prothese beperkt tot 30 % van het honorarium van de prothese waarop de bewerking wordt verricht, wordt geschrapt. Aan de verstrekkingen voor de vervanging van de basis wordt een nomenclatuurwaarde L90 toegekend onafhankelijk van het aantal tanden op de uitneembare prothese.

Door die aanpassing zal de vergoedingsbasis voor elke vervanging van de basis worden gelijkgesteld met het huidige maximum voor een volledige uitneembare prothese.

In artikel 6, § 5 wordt verduidelijkt dat het nieuwe afwijkingscriterium, dat in de mogelijkheid voorziet om een uitneembare prothese te vergoeden voor een patiënt jonger dan 50 jaar met tandverlies na een epileptische aanval, tot de bevoegdheid van de adviserend arts behoort.

Tot slot wordt in de omschrijving van het codenummer 307252-307263 verduidelijkt dat de terugbetaling wordt beperkt tot personen vanaf de 70<sup>e</sup> verjaardag.

De laatste twee aanpassingen zijn van technische aard en hebben uitsluitend tot doel de nomenclatuur te verduidelijken.

20.10.2016	25.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 11, §§ 1, 2 en 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1, c), en 2, A en C, en 25, § 4, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 20, § 1 van de nomenclatuur werd gewijzigd op vraag van de gastro-enterologen. Zij wens-ten:

- nieuwe verstrekkingen in te voeren, die mogelijk werden door de evolutie van de endoscopische technieken, enerzijds
- de verstrekkingen wegens de toenemende complexiteit van de endoscopische behandelingen gemakkelijker te kunnen combineren, anderzijds.

Alleen al in artikel 20 werden zeven nieuwe verstrekkingen gecreëerd en negen verstrekkingen geschrapt; en tot slot werden nog achttien verstrekkingen gewijzigd (fibroduodenoscopie 2e en 3e duodenum, Jejunoscopie uitgevoerd met een enteroscoop, enz.).

In § 2 van artikel 20 worden alle regels die beginnen met “uit de rubriek c):” in punten A en B, alsook de verstrekkingen betrokken bij de herziening van de nomenclatuur van de gastro-enterologie in punt C, geschrapt.

In artikel 11, § 1 worden de rangnummers 473756–473760 geschrapt van de niet-cumul toepassingsregel met de rectoscopie en in paragraaf 2 worden de rangnummers 473653-473664 geschrapt van de lijst van de verstrekkingen van het bijkomend honorarium dat mag worden aangerekend door de arts-specialist die een verstrekking verricht volgens de YAG-lasermethode (355036 – 355040). In § 4 wordt de omschrijving van de verstrekking 355950–355961 (percutane gastrostomie onder endoscopische controle) in gastrostomie of percutane enterostomie gewijzigd.

In artikel 14, a) worden deze nummers ten gevolge de schrapping van de verstrekking 472010–472021 eveneens geschrapt in het tweede lid van de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 221196–221200.

In artikel 16, § 5 wordt geen enkele verstrekking verleend voor een operatieve hulp gedurende de handelingen van gastro-enterologie (art. 20, § 1, c)).

Tot slot worden in artikel 25, § 4 de nomenclatuurcodenummers 472356–472360, 473056–473060, 472452–472463 en 472415-472426 geschrapt van de lijst van de verstrekkingen die mogen worden aangerekend door elke arts-specialist of kandidaat-arts-specialist met wachtdienst die beantwoordt aan de bepalingen van § 3, wanneer de verstrekkingen worden verricht onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 26, § 5.

De interpretatieregel 20c/01 is verouderd en heeft betrekking op een verstrekking die meer dan 10 jaar geleden werd geschrapd (plaatsen van een sonde van Miller-Abbott onder scopie met televisie).

17.10.2016	03.10.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

De aanpassingen aan artikel 28 van de nomenclatuur maken het mogelijk om de interpretatieregels te integreren en er een nieuwe tarificatieregel aan toe te voegen die een einde maakt aan discriminatie op grond van het geslacht van de rechthebbende.

In § 18 van dat artikel 28 dat betrekking heeft op de “drukkledij” :

- in punt “D. Aanvraagprocedure en documenten voor de verzekeringstegemoetkoming, 1. Voorschrijvers” wordt verduidelijkt welke arts-specialisten drukkledij kunnen voorschrijven in geval van latere correctieve chirurgie voor indicaties voorzien in § 18, C., 1., d) (invoering van de interpretatieregel 28)
- in punt “E. Maximum aantal terugbetaalbare verstrekkingen, 1. Algemeen” wordt verduidelijkt dat voor het bepalen van het maximum aantal vergoedbare stukken, de leeftijd op het moment van de eerste verstrekking geldt (invoering van de interpretatieregel 31)
- in de punten “E. Maximum aantal terugbetaalbare verstrekkingen, 2. Maximum aantal vergoedbare verstrekkingen - Algemene regel” en “3. Maximum aantal vergoedbare verstrekkingen - Uitzonderingen”, wordt het woord “brandwonden” vervangen door “letsels” om alle indicaties voorzien in § 18, C., 1, te dekken. (invoering van IR 29)
- in punt “E. Maximum aantal terugbetaalbare verstrekkingen, 2. Maximum aantal vergoedbare verstrekkingen - Algemene regel”, wordt verduidelijkt welke verstrekkingen worden bedoeld onder “bijkomende silicone verstrekkingen”. De verstrekkingen inzake bijkomende centimeters voor een basispelotte worden niet bedoeld onder deze woorden (invoering van de interpretatieregel 30)
- in punt “F. Cumuls en bijzondere tarifiering” wordt een nieuwe tarificatieregel ingevoegd die bepaalt dat als een vest en een beha-segment samen worden afgeleverd, slechts één verstrekking wordt geteld in het maximum aantal basisverstrekkingen per 24 maanden.

30.11.2016 - Editie 2	17.10.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
-----------------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7 van de nomenclatuur voor de kinesitherapeutische verstrekkingen wordt de zin “Bovendien mogen de verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 en 639634 niet gecumuleerd worden op dezelfde dag met de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.” opnieuw ingevoegd in artikel 7, § 11, vijfde lid van de nomenclatuur om de cumulatie van de specifieke verstrekkingen voor lymfedrainage en de tweede zitting op dezelfde dag te verbieden.

07.12.2016	17.10.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (+ corrigendum bekendgemaakt in het B.S. van 15.12.2016)
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

De wijzigingen in de nomenclatuur van de kinesiotherapieverstrekkingen met betrekking tot de patiënten die aan het chronischevermoeidheidssyndroom lijden, zijn het gevolg van de verdwijning van de referentiecentra voor het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS) en zijn bedoeld om preciezer in te spelen op de specifieke behoeften van die patiënten.

De wijzigingen met betrekking tot de patiënten die aan fibromyalgie lijden, hebben hetzelfde doel en worden bovendien uitgevoerd om coherent te zijn met de wijzigingen voor de patiënten die aan het chronischevermoeidheidssyndroom lijden.

De verstrekkingen voor de patiënten die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom en aan fibromyalgie zijn verwijderd uit de "Fb"-lijst (§ 14, 5°, B.) om in twee nieuwe specifieke rubrieken in artikel 7, § 1 te worden opgenomen.

De modaliteiten en toepassingsregels van die twee nieuwe rubrieken zijn beschreven in de §§ 14 *quater* en *quinquies*. De patiënten die aan het chronisch vermoeidheidssyndroom of aan fibromyalgie lijden hebben recht op een maximum van 18 zittingen met een gemiddelde duur van 45 minuten in plaats van een hernieuwbare behandeling van 60 zittingen in de "Fb"-lijst zoals tot nu toe het geval was. Die behandeling is voortaan slechts eenmaal in het leven van de patiënt mogelijk.

Die aanpassing van de nomenclatuur treedt in werking op 1 januari 2017.

30.11.2016	09.11.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 2, B, en 25, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van een herwaardering van de raadpleging neurologie en neuropediatrie worden de verstrekkingen die tot nu toe zowel door de neurologen als de neuropediateren worden gebruikt, gewijzigd en zijn voortaan voorbehouden aan de neurologen (art. 2, B). Ze worden eveneens geherwaardeerd (N20 tot N21).

Er worden eveneens twee nieuwe verstrekkingen gecreëerd voor de raadpleging van een neuropediater (al dan niet geaccrediteerd). Die verstrekkingen worden geherwaardeerd (N20 tot N25).

Artikel 25 wordt gewijzigd zodat de neuropediateren, die als pediaters zijn opgeleid, op verzoek van een pediaters in een dienst Pediatrie adviezen kunnen factureren.

## 4. Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37*bis* van de wet gecoördineerd op 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2016 - Editie 2	25.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Die aanpassing van het Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37*bis* van de GVU-wet houdt verband met de nieuwe verstrekkingen endoscopie die werden gecreëerd via het Koninklijk besluit van 25 september 2016 tot wijziging van de artikelen 11, §§ 1, 2 en 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1, c), en 2, A en C, en 25, § 4, van de nomenclatuur (zie hoger).

Er wordt geen enkel persoonlijk aandeel voorgesteld voor de negen nieuwe verstrekkingen (art. 37, § 5, GVU-wet). Voor de niet in een ziekenhuis opgenomen niet-voorkeursgerechtigde rechthebbenden wordt ook voorzien in:

- de toevoeging van een persoonlijk aandeel van 15 % met een maximum van 5,62 EUR per verstrekking voor de verstrekking 473174
- het schrappen van een persoonlijk aandeel voor de verstrekking 473955.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.07.2016	28.06.2016	Koninklijk besluit tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk Besluit van 28 juni 2016 wordt het bedrag van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden zonder voorkeurregeling vastgesteld voor tandheelkundige verstrekkingen; met dit besluit wordt het Koninklijk Besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor bepaalde tandheelkundige verstrekkingen opgeheven en vervangen.

In het Koninklijk besluit wordt in het kader van de mondzorgtrajecten het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden vastgesteld in de honoraria voor de verstrekkingen beoogd in artikel 5 van de nomenclatuur. Naast het basisremgeld wordt bijkomend remgeld vastgelegd dat ten laste valt van de patiënt, indien het jaar daarvoor geen terugbetaalde zorg werd geregistreerd.

22.09.2016 - Editie 2	11.09.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen
-----------------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

Die aanpassing bestaat uit een invoeging in het Koninklijk Besluit van 23 maart 1982 van een artikel 1bis, dat luidt als volgt: "Art. 1bis. Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbenden voor de verstrekkingen aangeduid met het rangnummer 103095."

Die verstrekking voorziet in een supplement voor de raadpleging of een bezoek bij de huisarts die het GMD beheert; voor die verstrekking is er geen persoonlijk aandeel van de patiënt.

14.11.2016 - Editie 2	20.10.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen
-----------------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

Nog steeds in het kader van de mondzorgtrajecten wordt in het Koninklijk besluit van 20 oktober 2016 het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden **met een voorkeurregeling** vastgesteld in de honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 5 van de nomenclatuur.

30.11.2016 - Editie 2	09.11.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen
-----------------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

Naar aanleiding van de creatie van een verstrekking voor het uitvoeren van een dermatologische raadpleging bij een patiënt lijdend aan een chronische ziekte die systemisch met een antitumoraal geneesmiddel of immunosuppressivum wordt behandeld, wordt in het Koninklijk besluit van 9 november 2016 het bedrag van het persoonlijk aandeel voor de raadpleging van een arts-specialist vastgesteld.

07.12.2016	25.11.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen
------------	------------	---

#### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 7 van het Koninklijk besluit van 23 maart 1982 werd aangepast om er § 1, 9° en 10° van artikel 7 van de nomenclatuur aan toe te voegen (zie K.B. 17.10.2016 hierboven) die werden gecreëerd in het kader van de aanpassing van de nomenclatuur voor patiënten die lijden aan fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS).

## 6. Andere Koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.09.2016 - Editie 2	16.08.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit Koninklijk besluit wordt het Koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen gewijzigd en wordt een activiteitsdrempel ingevoerd die is vastgesteld op 25.000 EUR voor de huisartsen (de artsen die volledig zijn geconventioneerd, maar slechts de helft van de drempel bereiken, hebben recht op een beperkt bedrag van de sociale voordelen). Artsen die een opleiding volgen en artsen die in het referentiejaar sinds minder dan 5 jaar zijn erkend, worden niet onderworpen aan de voorwaarde inzake de activiteitsdrempel.

De bedragen van de sociale voordelen zijn eveneens aangepast op basis van de besparingen die zijn opgeleverd door de invoering van de activiteitsdrempel.

24.10.2016	08.10.2016	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg in 2016
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

In toepassing van artikel 269, eerste lid, 3°, van de Programmawet (I) van 24 december 2002, wordt het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg, voor het jaar 2016 vastgesteld op 12,8 miljoen EUR.

02.12.2016	27.11.2016	Koninklijk besluit tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige logopedisten
------------	------------	--

### Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk besluit van 27 november 2016 wordt een regeling van sociale voordelen ingesteld tot contractuele vestiging van hetzij een rente, een pensioen of een kapitaal in geval van invaliditeit, rust of overlijden, voor de logopedist die individueel toetreedt tot de nationale overeenkomst tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen.

In het Koninklijk besluit worden twee activiteitsdrempels vastgesteld waaraan twee verschillende bijdragen zijn gekoppeld. Geen enkele bijdrage mag worden toegekend aan een logopedist die een te hoge activiteitsdrempel bereikt en die als een "outlier" wordt beschouwd, dit wil zeggen een buitensporige gebruiker van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De maatregel is van toepassing vanaf de bijdrage 2016 (betaling van de bijdragen begin januari 2018).

21.12.2016	07.12.2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In de wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid wordt voorzien in een overdracht van bepaalde opdrachten die momenteel door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle worden uitgevoerd inzake arbeidsongeschiktheid naar de organen van de Dienst voor Uitkeringen. Die overdracht moet de organisatie van de opdrachten van de verschillende diensten van het RIZIV inzake arbeidsongeschiktheid coherenter maken door de bevoegdheden die verband houden met de arbeidsongeschiktheid te verzamelen binnen één zelfde dienst (de Dienst voor Uitkeringen).

Om die overdracht van bevoegdheden ten gunste van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen te integreren, zijn er wijzigingen aangebracht in artikel 41 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 om er de nieuwe opdrachten van het Beheerscomité in op te nemen met betrekking tot de vaststelling van de richtlijnen voor de organisatie van de controle van de arbeidsongeschiktheid, door punt 8° van dat artikel 41 opnieuw in te voeren.

Een andere wijziging van dat artikel voorziet bij punt 6° van datzelfde artikel 41 in de overdracht door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit naar het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen (voor onderzoek) van de verslagen die voortaan door die Geneeskundige Raad voor Invaliditeit worden opgesteld in het domein van de arbeidsongeschiktheid.

## 7. Ministeriële besluiten

Ministerieel besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Met tientallen ministeriële besluiten werden in de loop van het tweede semester 2016 wijzigingen aangebracht aan de lijst bijgevoegd aan het Koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. We kunnen hier onmogelijk alle farmaceutische specialiteiten vermelden die werden ingevoerd, gewijzigd of geschrapt van de lijst (de M.B.'s in kwestie kunnen worden geraadpleegd op de [site](#) van de bekendmakingen in het B.S.).

16.12.2016 - Editie 1	01.12.2016	Ministerieel besluit tot wijziging van het Ministerieel besluit van 5 juni 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland
-----------------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 1, § 2 van het Ministerieel besluit van 5 juni 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland, wordt aangevuld als volgt: “Voor het tijdvak van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 496,09 EUR.”.



## 8. Verordeningen tot wijziging van de verordening van de geneeskundige verzorging van 28 juli 2003

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.07.2016	20.06.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Het model van de patiëntenfactuur in de ziekenhuizen is als volgt gewijzigd:

- oan de rubriek "1.4. Revalidatie" wordt "Omschrijving" toegevoegd. Het ziekenhuis kan op die plaats de forfaits die gefactureerd worden in toepassing van revalidatieovereenkomsten concreet benoemen
- oanpassing van de definitie van "supplement" in de bijlage 37
- o schrapping van de mededeling "Alle medische (of paramedische) prestaties worden gefactureerd door het ziekenhuis; de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis" in de bijlage 37bis
- o die aanpassing laat toe om de nieuwe verordening inzake BTW op esthetische ingrepen correct toe te passen.

02.08.2016	25.07.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

Die verordening vervangt bijlage 12 (getuigschrift van aflevering - audiciens): naar aanleiding van de eerste limitatieve lijst van hoortoestellen werd op de lijst een extra kolom toegevoegd met de identificatiecode van het hoortoestel.

03.11.2016	03.10.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	---

### Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 28 juli 2003 wordt een hoofdstuk XV/1 ingevoegd waarin de voorwaarden worden vastgesteld voor de elektronische lezing van het identiteitsdocument door de zorgverleners die overeenkomstig artikel 53 van de wet verplicht zijn om voor de toepassing van de derdebetalersregeling de identiteit van de patiënt op elektronische wijze te verifiëren.

09.12.2016	01.12.2016	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
------------	------------	---

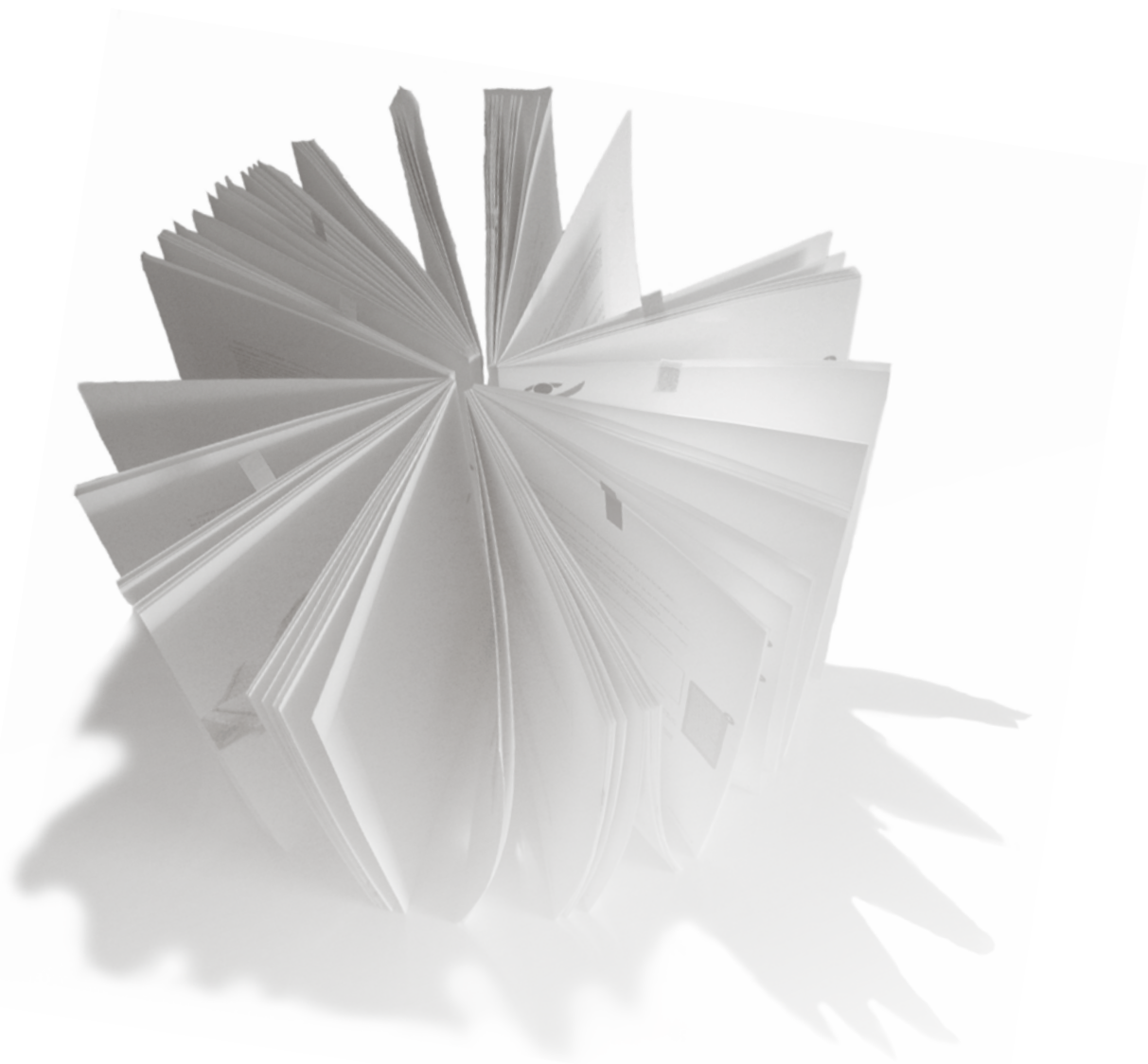
#### **Samenvatting van de wijzigingen**

In bijlage 5b van de verordening worden de punten e) en f) van het kennisgevingsformulier voor een aandoening "Fb" geschrapt.

Vanaf 1 januari 2017 worden de verstrekkingen voor de patiënten die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom en aan fibromyalgie uit de "Fb"-lijst verwijderd (§ 14, 5<sup>o</sup>, B.) om in twee nieuwe specifieke rubrieken in § 1 van artikel 7 van de nomenclatuur te worden opgenomen (zie hierboven het K.B. van 17.10.2016 tot wijziging van art. 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

Vanaf die datum moeten ze niet meer worden vermeld in het kennisgevingsformulier "Fb".

2<sup>de</sup> Deel  
Rechtspraak



# I. Arrest van het hof (vierde kamer), 21 mei 2015

*In de zaak C-65/4 van 21 mei 2015 heeft het HvJ-EU (4<sup>e</sup> kamer) naar aanleiding van een prejudiciële vraag betreffende de richtlijn 92/85/EEG van de Raad, van 19 oktober 1992, inzake de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid op het werk van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie, voor recht gezegd dat krachtens artikel 11, punt 4, van diezelfde richtlijn niet wordt toegestaan dat een lidstaat weigert een werkneemster een moederschapsuitkering toe te kennen op grond van het feit dat zij als vastbenoemde ambtenaar die een indisponibiliteitstelling wegens persoonlijke aangelegenheden heeft verkregen om in loondienst te gaan werken, in het kader van die betrekking in loondienst niet de naar nationaal recht vereiste wachttijd heeft vervuld om die moederschapsuitkering te genieten, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.*

## Arrest C-65/14

...

In zaak C-65/14,

betreffende een verzoek om een prejudiciële beslissing krachtens artikel 267 VWEU, ingediend door het tribunal du travail de Nivelles (België) bij beslissing van 20 december 2013, ingekomen bij het Hof op 10 februari 2014, in de procedure

...

Het Hof (vierde kamer),

...

## Arrest

1. Het verzoek om een prejudiciële beslissing betreft de uitlegging van de richtlijnen 92/85/EEG van de Raad van 19 oktober 1992 inzake de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid op het werk van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie (10<sup>de</sup> bijzondere richtlijn in de zin van art. 16, lid 1, van richtlijn 89/391/EEG) (PB L 348, blz. 1), en 2006/54/EG van het Europees Parlement en de Raad van 5 juli 2006 betreffende de toepassing van het beginsel van gelijke kansen en gelijke behandeling van mannen en vrouwen in arbeid en beroep (PB L 204, blz. 23).

2. Dit verzoek is ingediend in het kader van een geding tussen R. en het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ) over de weigering om haar een zwangerschapsuitkering toe te kennen op grond dat zij de naar nationaal recht vereiste wachttijd niet heeft vervuld.

## Toepasselijke bepalingen

### UNIERECHT

#### Richtlijn 89/391/EEG

3. Artikel 2, lid 1, van richtlijn 89/391/EEG van de Raad van 12 juni 1989 betreffende de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk (PB L 183, blz. 1) bepaalt:

“Deze richtlijn is van toepassing op alle particuliere of openbare sectoren (industriële, landbouw-, handels-, administratieve, dienstverlenende, educatieve, culturele, vrijetijdsactiviteiten, enz.)”

4. Artikel 3, onder a), van richtlijn 89/391 luidt:

“Voor de toepassing van deze richtlijn wordt verstaan onder:

a) werknemer: iedere persoon die door een werkgever wordt tewerkgesteld, alsmede stagiairs en leerlingen, met uitzondering van huispersoneel”.

5. Artikel 16, lid 1, van richtlijn 89/391 bepaalt:

“De Raad stelt, op voorstel van de Commissie, op basis van artikel 118 A van het Verdrag, bijzondere richtlijnen vast betreffende onder meer de gebieden bedoeld in de bijlage.”

#### Richtlijn 92/85

6. De negende en de zeventiende overweging van richtlijn 92/85 luiden:

“overwegende dat de bescherming van de veiligheid en de gezondheid van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie geen afbreuk mag doen aan de plaats van de vrouw op de arbeidsmarkt en evenmin afbreuk mag doen aan de richtlijnen van de Raad op het gebied van gelijke behandeling van mannen en vrouwen;

[...]

Overwegende dat voorts de bepalingen met betrekking tot het zwangerschapsverlof eveneens geen nuttige werking zouden hebben indien zij niet gepaard gaan met de handhaving van de rechten verbonden aan de arbeidsovereenkomst en met het behoud van een bezoldiging en/of met het genot van een bepaalde uitkering”.

7. In artikel 1, leden 1 en 2, van richtlijn 92/85 is bepaald:

“1. Deze richtlijn, die de tiende bijzondere richtlijn in de zin van artikel 16, lid 1, van richtlijn 89/391 is, heeft ten doel maatregelen ten uitvoer te leggen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid op het werk van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie.

2. Richtlijn 89/391, met uitzondering van artikel 2, lid 2, geldt ten volle voor het gehele in lid 1 bedoelde terrein, onverminderd meer dwingende en/of specifieke bepalingen die in de onderhavige richtlijn zijn opgenomen.”

8. Artikel 2 van richtlijn 92/85 bevat de volgende definities:

“In deze richtlijn wordt verstaan onder:

- a) zwangere werkneemster of werkneemster tijdens de zwangerschap: elke zwangere werkneemster die de werkgever in kennis stelt van haar toestand, overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken;
- b) werkneemster na de bevalling: elke werkneemster die is bevallen in de zin van de nationale wetten en/of praktijken, en die de werkgever in kennis stelt van haar toestand, overeenkomstig deze wetten en/of praktijken;
- c) werkneemster tijdens de lactatie: elke werkneemster tijdens de lactatie in de zin van de nationale wetten en/of praktijken die de werkgever in kennis stelt van haar toestand, overeenkomstig deze wetten en/of praktijken.”

9. Artikel 8 van richtlijn 92/85, met als opschrift “Zwangerschapsverlof”, bepaalt:

“1. De lidstaten nemen de nodige maatregelen opdat de werkneemsters in de zin van artikel 2 recht hebben op een overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken vóór en/of na de bevalling te nemen zwangerschapsverlof van ten minste veertien aaneengesloten weken.

2. Het in lid 1 bedoelde zwangerschapsverlof moet een overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken vóór en/of na de bevalling te nemen verplicht zwangerschapsverlof van ten minste twee weken omvatten.”

10. In artikel 11 van richtlijn 92/85, met als opschrift “Rechten verbonden aan de arbeidsovereenkomst”, is bepaald:

“Ten einde de werkneemsters in de zin van artikel 2 te waarborgen dat zij de in dit artikel erkende rechten inzake de bescherming van hun veiligheid en gezondheid kunnen doen gelden, wordt het volgende bepaald:

[...]

2) in het in artikel 8 bedoelde geval moeten worden gewaarborgd:

- a) de andere dan de in onderstaand punt b bedoelde rechten verbonden aan de arbeidsovereenkomst van de werkneemsters in de zin van artikel 2;
- b) het behoud van een bezoldiging en/of het genot van een adequate uitkering van de werkneemsters in de zin van artikel 2;

3) de in punt 2, onder b), bedoelde uitkering wordt als adequaat beschouwd, wanneer zij een inkomen waarborgt dat gelijk is aan het inkomen dat de betrokken werkneemster zou ontvangen in geval van een onderbreking van haar werkzaamheden om gezondheidsredenen, binnen de grenzen van een eventueel, door de nationale wetten bepaald maximum;

4) de lidstaten hebben de mogelijkheid om aan het in de punten 1 en 2, onder b), bedoelde recht op bezoldiging of uitkering de voorwaarde te verbinden dat de betrokken werkneemster voldoet aan de door de nationale wetgevingen gestelde voorwaarden voor de opening van het recht op deze inkomsten.

In deze voorwaarden mag in geen geval worden bepaald dat meer dan twaalf maanden, onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke datum van de bevalling, moet zijn gewerkt.”

## BELGISCH RECHT

11. Artikel 86, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 27.08.1994, blz. 21524), in de op het hoofdgeding toepasselijke versie (hierna: “wet van 14.07.1994”), bepaalt:

“Rechthebbenden op de in titel IV, hoofdstuk III, van deze gecoördineerde wet omschreven uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn, als gerechtigden:

1° a) de werknemers die vallen onder de verplichte uitkeringsverzekering, krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, met inbegrip van de werknemers die een vergoeding genieten (welke verschuldigd is naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden of de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord) tijdens het tijdvak dat gedekt is door die vergoedingen;

b) de hierboven bedoelde werknemers gedurende de in artikel 32, eerste lid, 4 bedoelde rustperiode;

c) de werknemers die zich in één van de in artikel 32, eerste lid, 3° en 5°, bedoelde toestanden bevinden;

[...]

2° de werknemers die, tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid, (of van moederschapsbescherming), zoals bij deze gecoördineerde wet bepaald, de bij 1°, a), bedoelde hoedanigheid van gerechtigde verliezen;

3° bij het aflopen van het in artikel 32, eerste lid, 6°, bedoelde tijdvak van voortgezette verzekering, de werknemers, die de in 1° bedoelde hoedanigheid hebben gehad op voorwaarde dat zij arbeidsongeschikt zijn geworden (of zich in een tijdvak van moederschapsbescherming bevinden uiterlijk de eerste werkdag na afloop van het tijdvak van voortgezette verzekering).”

12. Artikel 112 van de wet van 14 juli 1994 bepaalt:

“Zijn gerechtigd op de moederschapsuitkering, zoals deze is bepaald in titel V, hoofdstuk III, van deze gecoördineerde wet, onder de hierin gestelde voorwaarden, de gerechtigden bedoeld in artikel 86, § 1.”

13. Artikel 116 van die wet luidt:

“Voor het verkrijgen van het recht op de uitkeringen waarin is voorzien in titel V, moeten de in artikel 112 bedoelde gerechtigden voldoen aan de voorwaarden bepaald in de artikelen 128 tot 132.

De Koning kan, na advies van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, voor de categorieën van gerechtigden die Hij bepaalt, hetzij vrijstelling verlenen van de voorwaarden van wachttijd bepaald in artikel 128, hetzij deze voorwaarden aanpassen.”

14. In artikel 128 van de wet van 14 juli 1994 is bepaald:

“1. Om het recht op de in titel IV bedoelde prestaties te verkrijgen moeten de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigden in de volgende voorwaarden een wachttijd volbrengen:

1° over een periode van 6 maanden die de datum van het verkrijgen van het recht voorafgaat, een door de Koning vastgesteld aantal werkdagen totaliseren. De dagen van inactiviteit welke kunnen gelijkgesteld worden met werkdagen worden door de Koning omschreven. Hij stelt eveneens vast wat dient te worden verstaan onder “werkdag”;

2° onder de door de Koning bepaalde voorwaarden het bewijs leveren dat met betrekking tot diezelfde periode de bijdragen voor de sector uitkeringen werkelijk betaald werden; deze bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of moeten, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, met persoonlijke bijdragen worden aangevuld.

2. De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de wachttijd wordt afgeschaft of verminderd.

[...]"

15. Het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S. van 31.07.1996, blz. 20285), in de op het hoofdgeding toepasselijke versie (hierna: "K.B. van 03.07.1996"), bepaald in artikel 203:

"Voor de toepassing van artikel 128, § 1, van de [...] wet [van 14 juli 1994] moeten de gerechtigden in een tijdvak van zes maanden minimum honderdtwintig arbeidsdagen aantonen [...]"

16. Artikel 205, § 1, 6°, van dat Koninklijk besluit luidt:

"Zijn van de wachttijd vrijgesteld wat het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen betreft:

[...]

6° de persoon die, binnen het tijdvak van dertig dagen volgend op de datum waarop zijn vrijwillig ontslag als vastbenoemd ambtenaar ingaat, de hoedanigheid van gerechtigde verkrijgt als bedoeld in artikel 86, § 1, 1°, a) of c) van de [...] wet [van 14 juli 1994], voor zover hij voor een ononderbroken periode van minstens zes maanden tewerkgesteld is geweest als vastbenoemd ambtenaar. Indien hij voor een periode van minder dan zes maanden tewerkgesteld is geweest in die hoedanigheid, wordt dat tijdvak gelijkgesteld met een tijdvak dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de in artikel 128 van de [...] wet [van 14 juli 1994] bedoelde wachttijd".

17. De artikelen 203 en 205 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 zijn opgenomen in titel III, hoofdstuk III, afdelingen 1 en 2, van dat Koninklijk besluit.

18. De wet van 20 juli 1991 houdende sociale en diverse bepalingen (B.S. van 01.08.1991, blz. 16951), in de op het hoofdgeding toepasselijke versie, bepaalt in artikel 7, § 1:

"Dit hoofdstuk is van toepassing op elke persoon:

- wiens arbeidsverhouding in een overheidsdienst of in elke andere publiekrechtelijke instelling een einde neemt omdat zij eenzijdig wordt verbroken door de overheid of omdat de benoemingsakte wordt vernietigd, ingetrokken, opgeheven of niet hernieuwd
- en die uit hoofde van die arbeidsverhouding niet onderworpen is aan de bepalingen van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, die betrekking hebben op de regeling inzake arbeidsvoorziening en werkloosheid en op de sector uitkeringen van de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit."

19. Artikel 10, § 1, van die wet luidt:

"De werkgever stort bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid of aan de Rijksdienst voor sociale zekerheid van de provinciale en lokale besturen ten behoeve van de personen die voor de toepassing van dit hoofdstuk in aanmerking komen:

1° de door de werkgever en de werknemer verschuldigde bijdragen voor de periode die overeenstemt met het aantal werkdagen dat de ontslagen persoon, gelet op de leeftijdsgroep waartoe hij behoort, moet bewijzen om gerechtigd te zijn op de werkloosheidsuitkeringen krachtens de ter zake geldende reglementering;



2° de door de werkgever en de werknemer verschuldigde bijdragen, berekend over een periode van zes maanden, om de belanghebbende recht te geven op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, sector uitkeringen, en op de moederschapsverzekering.”

### Hoofdgeding en prejudiciële vraag

20. In september 2003 is R. in dienst genomen voor een betrekking als leerkracht te T. (België) en in september 2008 is zij door de Vlaamse Gemeenschap aangesteld als ambtenaar in vaste dienst.

21. R. heeft om persoonlijke redenen onbetaald verlof genomen om vanaf 1 september 2009 in het kader van immersieprojecten in loondienst les te geven bij de Franse Gemeenschap.

22. R. heeft die betrekking uitgeoefend tot en met 11 januari 2010, datum waarop zij met zwangerschapsverlof is gegaan. Zij is op 2 februari 2010 bevallen.

23. R. heeft het orgaan waarbij zij was aangesloten, verzocht om een zwangerschapsuitkering vanaf 11 januari 2010.

24. Bij besluit van 23 februari 2010 heeft het orgaan dat verzoek afgewezen op grond dat R. op 1 september 2009 van statuut was veranderd doordat zij, na als vastbenoemde ambtenaar te hebben gewerkt, in loondienst was gaan werken. De Belgische wettelijke regeling vereist dat, om een zwangerschapsuitkering te genieten, een wachttijd van zes maanden wordt vervuld. Als werkneemster in loondienst voldeed R. niet aan die voorwaarde.

25. R. is bij het tribunal de travail te Nijvel tegen dat besluit opgekomen en heeft zich met name op richtlijn 92/85 beroepen.

26. De verwijzende rechter wijst erop dat de Belgische wettelijke regeling met betrekking tot een aantal sociale uitkeringen voorziet in een vrijstelling van de wachttijd, wanneer een vastbenoemde ambtenaar ontslag neemt of wordt ontslagen. Voor vastbenoemde ambtenaren die om persoonlijke redenen onbetaald verlof nemen, bestaat echter geen dergelijke vrijstelling, met name wat de zwangerschapsuitkering betreft.

27. Daarop heeft het tribunal de travail de Nivelles de behandeling van de zaak geschorst en het Hof verzocht om een prejudiciële beslissing over de volgende vraag:

“Schenkt het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, in titel III, hoofdstuk III, afdelingen 1 en 2, richtlijn 92/85 en richtlijn 2006/54, door niet te voorzien in een vrijstelling van wachttijd voor de vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen ter beschikking is gesteld en met zwangerschapsverlof is, terwijl de vastbenoemde ambtenaar die ontslag heeft genomen of is ontslagen daar wel recht op heeft?”

### Beantwoording van de prejudiciële vraag

28. Met zijn vraag wenst de verwijzende rechter in wezen te vernemen of de richtlijnen 92/85 en 2006/54 aldus moeten worden uitgelegd dat zij zich ertegen verzetten dat een lidstaat een werkneemster een zwangerschapsuitkering weigert op grond dat zij, als vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, in het kader van die betrekking in loondienst niet de naar nationaal recht vereiste wachttijd heeft vervuld om die zwangerschapsuitkering te genieten, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

## RICHTLIJN 92/85

29. Volgens artikel 8, lid 1, van richtlijn 92/85 nemen de lidstaten de nodige maatregelen opdat de werknemers recht hebben op een overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken vóór en/of na de bevalling te nemen zwangerschapsverlof van ten minste veertien aaneengesloten weken.

30. Volgens vaste rechtspraak van het Hof moet het recht op zwangerschaps- en bevallingsverlof dat aan zwangere werknemers wordt toegekend, worden opgevat als een middel om een bijzonder belangrijk sociaal recht te beschermen. De wetgever van de Europese Unie was aldus van oordeel dat de wezenlijke veranderingen in de leefomstandigheden van de belanghebbenden gedurende het tijdvak van veertien weken rond de bevalling een gegronde reden vormden om de uitoefening van hun beroepsactiviteit te onderbreken, zonder dat aan de gegrondheid van deze reden op enigerlei wijze kan worden getornd door de overheid of de werkgevers (arresten Kii-ski, C-116/06, EU:C:2007:536, punt 49; Betriu Montull, C-5/12, EU:C:2013:571, punt 48, en D., C-167/12, EU:C:2014:169, punt 32).

31. Uit artikel 11, punt 2, onder b), van richtlijn 92/85 volgt dat, teneinde de werknemers te waarborgen dat zij de in dit artikel erkende rechten inzake de bescherming van hun veiligheid en gezondheid kunnen doen gelden, is bepaald dat in het geval van zwangerschapsverlof het behoud van een bezoldiging en/of het genot van een adequate uitkering van de werknemers moeten worden gewaarborgd.

32. In dat verband bepaalt artikel 11, punt 4, van richtlijn 92/85 dat de lidstaten de mogelijkheid hebben om aan het recht op bezoldiging of op de in punt 2, onder b), van dat artikel bedoelde zwangerschapsuitkering de voorwaarde te verbinden dat de betrokken werknemer voldoet aan de door de nationale wetgevingen gestelde voorwaarden voor de opening van het recht op die inkomsten, met dien verstande dat in die voorwaarden in geen geval mag worden bepaald dat meer dan twaalf maanden, onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke datum van de bevalling, moet zijn gewerkt.

33. In de onderhavige zaak volgt uit de verwijzingsbeslissing dat krachtens de in het hoofdgeding aan de orde zijnde nationale wettelijke regeling de betrokken werknemer pas recht heeft op een zwangerschapsuitkering nadat zij een wachttijd heeft vervuld. Met name is vereist dat zij gedurende de zes maanden voorafgaand aan de datum waarop zij recht verkrijgt op zwangerschapsuitkering, ten minste 120 dagen heeft gewerkt.

34. Die wettelijke regeling voorziet echter niet in een vrijstelling van de wachttijd die moet worden vervuld om die zwangerschapsuitkering te verkrijgen in het geval, zoals dat welk in het hoofdgeding aan de orde is, van een vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, terwijl dit wel het geval is voor de vastbenoemde ambtenaar die ontslag neemt of is ontslagen.

35. In het hoofdgeding had R. tussen de datum waarop zij, na als vastbenoemde ambtenaar te hebben gewerkt, in loondienst is beginnen te werken en de vermoedelijke bevallingsdatum, als werknemer niet de naar Belgisch recht vereiste wachttijd van zes maanden vervuld. Ondanks het feit dat R., alvorens met zwangerschapsverlof te gaan, gedurende meerdere jaren ononderbroken als leerkracht heeft gewerkt, heeft zij dan ook geen zwangerschapsuitkering ontvangen.

36. Nagegaan moet dus worden of artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 zich ertegen verzet dat een lidstaat een nieuwe wachttijd van zes maanden oplegt wanneer een vastbenoemde ambtenaar, zoals R., onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

37. Om te beginnen moet in herinnering worden gebracht dat richtlijn 92/85 volgens artikel 1, leden 1 en 2, ervan de tiende bijzondere richtlijn in de zin van artikel 16, lid 1, van richtlijn 89/391 is en dat laatstgenoemde richtlijn, met uitzondering van artikel 2, lid 2, ten volle voor het gehele in artikel 1, lid 1, van richtlijn 92/85 bedoelde terrein geldt. Volgens artikel 2, lid 1, van richtlijn 89/391 is die richtlijn van toepassing op alle particuliere of openbare sectoren. Volgens artikel 3, onder a), van die richtlijn is een “werknemer” iedere persoon die door een werkgever wordt tewerkgesteld, alsmede stagiairs en leerlingen, met uitzondering van huispersoneel.

38. Wat de bewoordingen van artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 betreft, moet worden vastgesteld dat, om uit te drukken “dat [...] voorafgaand [...] moet zijn gewerkt”, in meerdere taalversies van die bepaling het meervoud wordt gebruikt. Dat is met name het geval van de versie in het Spaans (“períodos de trabajo previo”), het Engels (“periods of previous employment”), het Frans (“périodes de travail préalable”), het Italiaans (“periodi di lavoro preliminare”) of het Portugees (“períodos de trabalho”).

39. Andere taalversies, met name de Deense, de Duitse of de Nederlandse, sluiten niet uit dat het om meerdere tijdvakken van voorafgaande arbeid gaat.

40. Bovendien worden noch in artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85, noch in een andere bepaling van die richtlijn voorwaarden gesteld inzake de aard van die tijdvakken van arbeid.

41. In die omstandigheden kan de bepaling in artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 “dat [...] voorafgaand [...] moet zijn gewerkt” niet worden beperkt tot de betrekking die vóór de vermoedelijke bevallingsdatum werd uitgeoefend. De voorwaarde dat voorafgaand moet zijn gewerkt, moet aldus worden opgevat dat zij betrekking kan hebben op de verschillende opeenvolgende betrekkingen die de betrokken werkneemster vóór die datum heeft uitgeoefend, ook wanneer die betrekkingen voor meerdere werkgevers en op basis van verschillende statuten zijn uitgeoefend. De enige voorwaarde die in die bepaling is gesteld, is dat de betrokken persoon een of meerdere betrekkingen heeft uitgeoefend gedurende het naar nationaal recht bepaalde tijdvak om voor een zwangerschapsuitkering in aanmerking te komen, in overeenstemming met genoemde richtlijn.

42. Uit de bewoordingen van artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 volgt dus dat een lidstaat niet mag vereisen dat de betrokken werkneemster, om voor een zwangerschapsuitkering in aanmerking te komen, eerst een nieuwe wachttijd van zes maanden vervult, om de enkele reden dat zij van status of van betrekking is veranderd.

43. Volgens vaste rechtspraak van het Hof moet bij de uitlegging van een Unierechtelijke bepaling niet enkel rekening worden gehouden met de bewoordingen ervan, maar ook met de context en de doelstellingen van de regeling waarvan zij deel uitmaakt (arresten Merck, 292/82, EU:C:1983:335, punt 12; TNT Express Nederland, C-533/08, EU:C:2010:243, punt 44, en Utopia, C-40/14, EU:C:2014:2389, punt 27).

44. In dat verband dient in herinnering te worden gebracht dat het doel van richtlijn 92/85, die is vastgesteld op basis van artikel 118 A van het EEG-Verdrag, waarmee artikel 153 VWEU overeenkomt, erin bestaat de verbetering van de veiligheid en de gezondheid op het werk van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie, te bevorderen (arresten Paquay, C-460/06, EU:C:2007:601, punt 27; Danosa, C-232/09, EU:C:2010:674, punt 58, en D., C-167/12, EU:C:2014:169, punt 29).

45. In dat verband, en zoals volgt uit de zeventiende overweging van richtlijn 92/85, heeft de Uniewetgever, om te vermijden dat de bepalingen betreffende zwangerschapsverlof geen nuttige werking zouden hebben indien zij niet gepaard gaan met de handhaving van de rechten verbonden aan de arbeidsovereenkomst, in artikel 11, punt 2, onder b), van richtlijn 92/85, bepaald dat “het behoud van een bezoldiging en/of het genot van een adequate uitkering” van de werkneemsters op wie de richtlijn van toepassing is, moet zijn verzekerd in geval van zwangerschapsverlof als bedoeld in artikel 8 van die richtlijn (zie in die zin arrest Boyle e.a., C-411/96, EU:C:1998:506, punt 30).

46. Indien een werkneemster bij iedere verandering van status of van betrekking een afzonderlijke wachttijd moet vervullen, wordt afbreuk gedaan aan de minimumbescherming waarin artikel 11, punt 2, van richtlijn 92/85 voorziet, wanneer de betrokken werkneemster de wachttijd van zes maanden in haar nieuwe betrekking niet heeft vervuld, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

47. Ten slotte voert de Belgische regering aan dat de in het hoofdgeding aan de orde zijnde nationale wettelijke regeling niet vereist dat de betrokken werkneemster gedurende de zes maanden voorafgaand aan een bevalling dezelfde betrekking vervult, maar enkel dat zij gedurende ten minste zes maanden een of meerdere betrekkingen heeft vervuld op grond waarvan zij recht heeft op sociale zekerheid voor werknemers. In het kader van een betrekking in openbare dienst worden echter geen bijdragen aan de sociale zekerheid voor werknemers betaald.

48. In dat verband volstaat het in herinnering te brengen dat, in geval dat de betrokken werkneemster van betrekking is veranderd en zij, na gedurende het in artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 bedoelde tijdvak vastbenoemd ambtenaar te zijn geweest, in loondienst is gaan werken, iedere lidstaat moet zorgen voor de coördinatie van de verschillende instanties die een rol kunnen spelen bij de uitkering van de zwangerschapsuitkering.

49. In die omstandigheden moet worden vastgesteld dat overeenkomstig artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 een lidstaat niet mag weigeren een werkneemster een zwangerschapsuitkering toe te kennen op grond dat zij, als vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, in het kader van die betrekking in loondienst niet de naar nationaal recht vereiste wachttijd heeft vervuld om die zwangerschapsuitkering te genieten, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

### Richtlijn 2006/54

50. Gelet op het antwoord op de vraag in het licht van richtlijn 92/85, hoeft de vraag niet te worden beantwoord in het licht van richtlijn 2006/54.

51. Gelet op een en ander moet op de gestelde vraag worden geantwoord dat artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85 aldus moet worden uitgelegd dat het zich ertegen verzet dat een lidstaat weigert een werkneemster een zwangerschapsuitkering toe te kennen op grond dat zij, als vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, in het kader van die betrekking in loondienst niet de naar nationaal recht vereiste wachttijd heeft vervuld om die zwangerschapsuitkering te genieten, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

...

Het Hof (vierde kamer) verklaart voor recht:

Artikel 11, punt 4, tweede alinea, van richtlijn 92/85/EEG van de Raad van 19 oktober 1992 inzake de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid op het werk van werkneemsters tijdens de zwangerschap, na de bevalling en tijdens de lactatie (tiende bijzondere richtlijn in de zin van art. 16, lid 1, van richtlijn 89/391/EEG) moet aldus worden uitgelegd dat het zich ertegen verzet dat een lidstaat weigert een werkneemster een zwangerschapsuitkering toe te kennen op grond dat zij, als vastbenoemde ambtenaar die om persoonlijke redenen onbetaald verlof heeft genomen om in loondienst te gaan werken, in het kader van die betrekking in loondienst niet de naar nationaal recht vereiste wachttijd heeft vervuld om die zwangerschapsuitkering te genieten, ook al heeft zij onmiddellijk voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum meer dan twaalf maanden gewerkt.

## II. Arbeidshof Antwerpen, *de dato* 23 juni 2015

*De functionele stoornissen van verzekerde bestonden reeds voor haar intrede op de arbeidsmarkt zodat er sprake is van een voorafbestaande toestand. Ten gevolge van deze aandoening heeft betrokkene nooit een voldoende verdienvermogen van meer dan 1/3 kunnen uitbouwen op de arbeidsmarkt.*

*Het gegeven dat betrokkene gedurende jaren eerst arbeidsongeschikt is erkend geweest in de uitkeringsverzekering voor werknemers, om vervolgens te worden uitgesloten wegens een voorafbestaande toestand, houdt geen schending in van het rechtszekerheids-, vertrouwens- en redelijkheidsbeginsel. De reglementering inzake de uitkeringsverzekering voor werknemers is immers van openbare orde. De Sociaal verzekerde kan geen verworven rechten putten uit een tijdelijke onterechte erkenning van haar arbeidsongeschiktheid.*

*Er kan evenmin sprake zijn van een schending van de rechten van verdediging aangezien betrokkene de mogelijkheid heeft gehad om niet alleen tijdens de expertisезitting maar ook tijdens de behandeling van haar vordering voor het arbeidsgerecht, nuttig tegenbewijs aan te voeren tegen de bestreden administratieve beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit.*

A.R. 2014/AA/448

...

### 4. Ten gronde

#### 4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Het geschil tussen partijen betreft de vraag of de verzekerde op 29 mei 2010 en sedertdien arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Overeenkomstig artikel 100, § 1 eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt, dat ze zijn vermogen tot, verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Een geneesheer-inspecteur van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) heeft de verzekerde op 21 mei 2010 bij haar thuis onderzocht en besliste vervolgens dat betrokkene vanaf 29 mei 2010 niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vermits de stopzetting van de werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen; het betreft een voorafbestaande toestand.

Gelet op de medische betwisting heeft de arbeidsrechtbank van Antwerpen dokter B. L. aangesteld als gerechtsdeskundige.

In zijn deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank van Antwerpen op 12 september 2012, kwam dokter B.L. tot volgende bespreking (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: expertiseverslag dokter B.L. d.d. 11.09.2012, pag. 6-7):

“Deze 33-jarige vrouw is van Marokkaanse origine. Zij ontwikkelde een angststoornis, reeds in de kindertijd, waarvoor op 12-jarige leeftijd reeds hulp werd gezocht. Blijkbaar is er een familiale belasting voor angsten en obsessief-compulsieve problematiek, onder andere bij haar tweede oudste zus. De extreme angsttoestand betreft een comorbiditeit van verschillende angststoornissen, met name claustrofobie, paniekaanvallen en hyperventilatie, een sociale fobie, een gegeneraliseerde angststoornis met hartkloppingen, een obsessief-compulsieve problematiek.

Alleszins is er een extreme vorm van vermijding, dewelke in zeer belangrijke mate interfereert met sociale contacten en alleszins is het een belangrijk obstakel voor arbeidstrajectrehabilitatiepogingen.

De situatie is zo ernstig dat ze zich in feite voornamelijk binnenskamers beweegt, het is te zeggen de slaapkamer. Het betreden van andere ruimtes gaat gepaard met angst en vermijdingsgedrag. Desondanks tracht ze zich goed in het huishouden te integreren en slaagt ze erin om samen met haar man 3 kinderen groot te brengen. Haar man is permanent thuis en doet afstandsonderwijs om dicht bij zijn gezin te zijn. Opvallend is dat haar vermijdingsgedrag een dwingend karakter heeft.

Ze is erg bepalend wie haar wel en niet mag opzoeken, wat zich ook geuit heeft tijdens de expertiseverrichting. Zij veranderde van locatie en vroeg aan de experten om haar te volgen, nadien bepaalde ze andermaal dat de expertiseverrichtingen opnieuw zonder haar verder zouden verlopen.

Vanuit een psychiatrisch standpunt spreken we van een uitgesproken angststoornis of een cluster van comorbide angststoornis met een uitgesproken vermijdingsgedrag, geënt op een persoonlijkheidsproblematiek.

Op therapeutisch vlak zijn er pogingen ondernomen in de kindertijd en later bij de huisarts, Dr. S., Dr. M., Dr. A. en Dr. V.D.M.

Ze volgde een korte tijd daghospitalisatie in het Stuivenbergziekenhuis, een korte in observatiestelling onder andere in Zoersel. Sinds 2005 zijn er nog weinig doorgedreven acties ondernomen waardoor deze situatie dreigt te chronificeren.

Ook de huidige discussie, over de voorafbestaande toestand of niet, interfereert in belangrijke mate met pogingen tot herstel.

Mijn inziens is deze vrouw reeds getroffen door verschillende angststoornissen, in combinatie met een opvallende tic (een snuffend, snurkend geluid dat geïntensifieerd wordt bij de geringste stress). Deze situatie bestaat van in de kindertijd, heeft een lichte verbetering gekend tussen haar 18 en haar 23 jaar om nadien in volle hevigheid terug op te flakkeren, tot ongeveer 2007, om nadien weer lichtjes beter te worden.

Het huidige klinisch psychiatrisch toestandsbeeld is van die aard dat er zich nog veranderingen kunnen voordoen, doch niet in die mate dat er sprake zou kunnen zijn van arbeidsintegratie. Moest zij toch opnieuw de arbeidsmarkt kunnen betreden kan dit altijd gebeuren vanuit het statuut van FOD. Haar zelfredzaamheid kan nog steeds begroot worden op een categorie II.”

Na verzending van het deskundig verslag in voorlezing heeft de raadsman van de verzekerde volgende bemerkings geformuleerd (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B.L. d.d. 12.09.2012 - reactie van Mr. T.B., pag. 5):

“...Cliënte is het absoluut oneens met uw bevindingen en conclusie als zouden haar letsels of functionele stoornissen en de daaraan verbonden arbeidsongeschiktheid reeds bestaan hebben voor haar intrede op de arbeidsmarkt en zij nooit een verdienvermogen zou gehad hebben van meer dan één derde in vergelijking met een referentiepersoon. U concludeert ten onrechte dat er sprake is van een voorafbestaande toestand...”

Samengevat meent Mr. T.B.: “dat cliënte inderdaad beperkte angstaanvallen en hyperventilatie heeft gehad omstreeks haar 12 jaar. Zoals u aangeeft is zij hiervoor behandeld geweest. Omstreeks haar 17-jarige leeftijd hebben deze problemen zich opnieuw beperkt gemanifesteerd evenwel zonder dat ze invloed hadden op haar dagelijks leven...”

...uitstekende punten afgestudeerd in de richting economie-moderne talen en heeft ze haar diploma ASO behaald, hetgeen impliceert dat zij dagdagelijks naar school ging, de lessen bijwoonde en daarenboven uitstekende punten haalde. Dit is niet te rijmen met de belemmeringen die zij thans ondervindt...

... TEW... zich in te schrijven bij de VDAB per 20 oktober 2000...

Op dat moment begaf cliënte zich op de arbeidsmarkt. Zij had regelmatige afspraken met haar trajectbegeleider en heeft meerdere sollicitaties gedaan in de periode 20 oktober 2000 tot 12 februari 2003.

Tevens heeft zij in die periode bij de VDAB een omscholing tot informaticus gevolgd...

Het bovenstaande geeft aan dat zij in deze periode, waar zij zich op de arbeidsmarkt bevond, perfect normaal functioneerde, zich buitenshuis verplaatste, in contact trad met het publiek en dergelijke meer en dus perfect in staat was te werken,...

Het is inderdaad pas einde 2002 dat cliënte in haar dagdagelijkse leven ernstig gehinderd werd door angstaanvallen, hartkloppingen, hyperventilatie en agorafobie, problemen waar zij voordien geenszins in deze mate mee te maken had. Deze problemen... zorgden er deze keer wel voor dat zij arbeidsongeschikt werd en zich niet meer buitenshuis kon begeven en dergelijke meer, dit in tegenstelling tot voordien...

... doch dat het ziektebeeld zich nadien in de regel nadrukkelijker manifesteert, zoals bij cliënte het geval was einde 2002...

Besluit: In de periode 20 oktober 2000 tot einde 2002 had cliënte wel degelijk een verdienvermogen van meer dan een derde in vergelijking met een referentiepersoon...

Minstens dient - in alle eerlijkheid - besloten te worden dat op heden het niet meer vast te stellen is of cliënte in die periode al dan niet een verdienvermogen had in de bewuste periode...”

De geneesheer-deskundige heeft kennis genomen van deze reactie en deze als volgt besproken in zijn definitief deskundig verslag van 12 September 2012 (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B.L. d.d. 12.09.2012, pag. 5-6):

“dat Mr. T.B. toch wel erg voorbijgaat aan de premorbide ziektegeschiedenis, met name de situatie voor ze haar studie TEW heeft gestopt om zich in te schrijven bij de VDAB op 20 oktober 2000.

Mijns inziens kan men pas spreken over de volwaardige arbeidsmarkt als men een zeker traject volgt dat dan ook effectief aanleiding geeft tot een doelgerichtheid waardoor inschakeling op de arbeidsmarkt gerealiseerd wordt.

Bij deze vrouw kan er geen sprake zijn van arbeid in strikte zin wat gezien de ernstige psychiatrische problematiek niet onlogisch is. Premorbied waren er reeds angststoornissen op 12-jarige leeftijd, met een herhaling op 17 jaar, om dan progressief, sluimerend, opnieuw tot een exacerbatie te komen in 2002. Het verloop van angststoornissen is bij deze vrouw wel erg typisch. Als kind kan er heel wat psychopathologie gecompenseerd worden doch de meeste psychiatrische stoornissen komen tot uiting rond de 18 à 21 jaar, zo ook angststoornissen.

Als we dan ook moeten vaststellen dat het niet alleen gaat over 1 stoornis, doch een comorbiditeit van veralgemeende angststoornissen, fobische klachten zoals claustrofobie, paniekaanvallen, hyperventilatie, een sociale fobie, een obsessief-compulsieve problematiek, extreem vermijdingsgedrag, in combinatie met lichamelijke pre-occupaties, dan kunnen we toch wel spreken van een voorafbestaande toestand.

Ik ben het helemaal oneens met Mr. T.B. en blijf bij de besluiten van mijn voorverslag.

Bij deze vrouw gaat het effectief om een voorafbestaande toestand.”

Op basis van voormelde medische bevindingen besluit dokter B.L. dat de verzekerde nooit arbeidsgeschiedt is geweest in de zin van artikel 100, § 1 van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; het gaat om een voorafbestaande toestand (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B.L. d.d. 11.09.2012, pag. 7).

De arbeidsrechtbank heeft zich aangesloten bij het advies van de geneesheer-deskundige en de vordering van de verzekerde ongegrond verklaard.

De verzekerde acht zich gegriefd door het bestreden vonnis en poneert dat er ten onrechte werd geoordeeld dat zij nooit over een verdienvermogen heeft beschikt en het zou gaan om een voorafbestaande toestand.

Tevens roept zij een schending in van het rechtszekerheids-, vertrouwens- en redelijkheidsbeginsel alsmede een schending van het recht op een eerlijk proces daar zij, na ettelijke jaren arbeidsgeschiedt te zijn erkend, praktisch in de onmogelijkheid wordt gesteld enig nuttig tegenbewijs te kunnen aanvoeren tegen de bestreden administratieve beslissing gelet op het tijdsverloop.

## 4.2. Beoordeling

Overeenkomstig artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt als arbeidsgeschiedt erkend de werknemer die:

- alle werkzaamheid heeft onderbroken
- als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen
- waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsgeschiedt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.



Een erkenning van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is niet mogelijk indien de vermindering van het verdienvermogen het gevolg is van een voorafbestaande toestand; er is sprake van een voorafbestaande toestand indien de sociaal verzekerde, op het ogenblik dat hij zijn intrede doet op de arbeidsmarkt, geen verdienvermogen had van meer dan een derde.

Het oorzakelijk verband tussen het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen enerzijds en de stopzetting van alle werkzaamheden anderzijds, werd in de definitie van arbeidsongeschiktheid ingevoerd bij artikel 8 van het Koninklijk besluit nr. 22 van 23 maart 1982 en beoogde diegenen van wie het verdienvermogen zo ernstig was aangetast dat ze in feite nooit arbeidsgeschikt zijn geweest, uit te sluiten uit het stelsel van de ziekteverzekering (Arbh., 13.01.2004, Soc. Kron. 2004, 336; Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 15.02.2007, I.B. 2007/2, 225 - 227).

De verzekerde, heeft school gelopen in het humaniora tot de leeftijd van 19 jaar met als studierichting ASO en behaalde hiervoor een diploma. Zij vatte de universitaire opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan tijdens het academiejaar 1999-2000 maar deze studie heeft zij na 3 maanden stopgezet.

De verzekerde heeft zich vervolgens op 20 oktober 2000 ingeschreven als werkzoekende bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding; op 19 juli 2001 werd zij uitkeringsgerechtigd volledig werkloze.

Zowel tijdens haar wachttijd als in de jaren dat zij uitkeringsgerechtigde werkloze was op basis van haar middelbare studie werd zij geregeld bij de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening uitgeschreven omwille van ziekte.

De verzekerde bevestigde op de expertisезitting dat zij geen enkele werkervaring heeft. Ook een door de VDAB aangeboden opleiding als informaticus, met een gemiddelde wekelijkse uurregeling in de periode van de opleiding van 38 uren per week (met een maximumduur van 14 maanden) werd na een tweetal maanden gestopt.

De door de arbeidsrechtbank aangestelde geneesheer-deskundige heeft de psychiatrische voorgeschiedenis van de verzekerde als volgt samengevat (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen: expertiseverslag dokter B.L. d.d. 11.09.2012, pag. 2-3):

“De psychiatrische voorgeschiedenis is gekenmerkt door enkele consultaties bij een kinderpsychiater, gedurende 1 jaar, reeds op 12-jarige leeftijd.

Op 17 jaar consulteerde ze Dr. F.V., psychiater, wegens hyperventilatie-aanvallen. Vanaf 1999 tot 2003 waren volgens de echtgenoot van betrokkene in feite minder klachten.

Het is ook in die periode dat ze getrouwd zijn en zich geïnstalleerd hebben.

In 2002 bezocht de verzekerde regelmatig Dr. M.S., neuropsychiater, wegens angststoornissen, daghospitalisatie werd voorgesteld. Betrokkene ging hier op in en kon gedurende twee maanden naar een dagcentrum gaan in het dagziekenhuis van S. te A..

In 2004 werd ze opgenomen in S.-A. te M. waar ze gedurende 8 dagen, met overnachting, verbleef maar de symptomen namen eerder toe.

Dr. F.A., psychiater, werd verzocht om betrokkene thuis op te zoeken en deze stelde een in-observatiestelling voor. In februari 2005 werd ze opgenomen in Z. doch na de vastgezette periode van 40 dagen werd de “in-observatieprocedure” stopgezet (Dr. R.D.).

Later werd nog het advies gevraagd aan een psychologe die eveneens een in-observatiestelling aanvraagde maar ook hier werd geen gevolg aan gegeven.

Ondertussen is N. thuis tot op heden, zonder diagnosestelling of behandeling.

Uit het definitief besluit van de geneesheer-deskundige blijkt dat de verzekerde reeds in de kindertijd een angststoornis ontwikkelde waarvoor op 12-jarige leeftijd reeds psychiatrische hulp werd gezocht.

De extreme angsttoestand betreft een comorbiditeit van verschillende angststoornissen, met name claustrofobie, paniekaanvallen en hyperventilatie, een sociale fobie, een gegeneraliseerde angststoornis met hartkloppingen, een obsessief-compulsieve problematiek.

Vanuit een psychiatrisch standpunt spreekt de gerechtsdeskundige van een uitgesproken angststoornis of een cluster van comorbide angststoornis met een uitgesproken vermijdingsgedrag, geënt op een persoonlijkheidsproblematiek.

De gerechtsdeskundige besluit dat de verzekerde wegens een psychiatrische pathologie nooit een verdienvermogen heeft gehad en dat de angststoornissen reeds bestonden voor haar intrede op de arbeidsmarkt zodat er wel degelijk sprake is van een voorafbestaande toestand.

De medische appreciatie van de geneesheer-deskundige, die zijn deskundigenverslag op verantwoorde en grondige wijze heeft opgesteld en die tevens de bemerkingen op zijn verslag in voorlezing op gemotiveerde en uitvoerige wijze heeft beantwoord, kan volgens het arbeidshof worden onderschreven.

Het gegeven dat de verzekerde weliswaar ten onrechte - gedurende meer dan zeven jaar arbeidsongeschikt is erkend geweest in de uitkeringsverzekering voor werknemers alvorens een beslissing tot einde van de staat van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is genomen, verhindert geenszins dat deze erkenning van de arbeidsongeschiktheid steeds kan worden beëindigd.

De reglementering inzake de uitkeringsverzekering voor werknemers is immers van openbare orde. De verzekerde kan geen "verworven rechten" putten uit een tijdelijke onterechte erkenning van haar arbeidsongeschiktheid (Arbh. Antwerpen, afdeling Hasselt, 22.02.2005, 1.B. 2005/S, pag. 334-339)

Er is derhalve geen schending van de door de verzekerde ingeroepen beginselen van behoorlijk bestuur.

Evenmin kan er een schending van haar rechten van verdediging worden vastgesteld aangezien de verzekerde de mogelijkheid heeft gehad om niet alleen tijdens de expertiseczitting maar ook tijdens de behandeling van haar vordering voor de arbeidsrechtbank en thans voor het arbeidshof, nuttig tegenbewijs aan te voeren tegen de bestreden administratieve beslissing van de Gewestelijke Commissie van Geneeskundige Raad voor Invaliditeit *de dato* 21 mei 2010.

De geneesheer-deskundige is zeer formeel in zijn advies dat de verzekerde, op het ogenblik dat zij haar intrede deed op de arbeidsmarkt, geen verdienvermogen had van meer dan één derde gelet op haar ernstige psychiatrische problematiek; bij de verzekerde gaat het immers niet om een stoornis doch om het gelijktijdig vóórkomen van veralgemeende angststoornissen, fobische klachten zoals claustrofobie, paniekaanvallen, hyperventilatie, een sociale fobie, een obsessief-compulsieve problematiek, extreem vermijdingsgedrag, in combinatie met lichamelijke pre-occupaties.

Samenvattend besluit het arbeidshof dat de verzekerde, gelet op de voorafbestaande toestand, niet in aanmerking komt om vanaf 29 mei 2010 als arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het hoger beroep is ongegrond.

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.

## III. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 12 juni 2015

*Het hoger beroep ingesteld door de sociaal verzekerde dient op straffe van nietigheid een uiteenzetting te bevatten van zijn/haar grieven. Voor de nakoming van die verplichting is het noodzakelijk dat de sociaal verzekerde als eisende partij zijn bezwaren tegen de bestreden beslissing vermeld op een klare en duidelijke manier. De vermelding van de bezwaren moet zodanig klaar, duidelijk en nauwkeurig zijn dat het de verweerder, met name het RIZIV in staat stelt zijn conclusie voor te bereiden en de draagwijdte ervan te beoordelen teneinde een contradictoir debat mogelijk te maken, alsook de rechter in hoger beroep in staat stelt om de draagwijdte van de bezwaren na te gaan (Cass. 08.04.2011).*

A.R. 2014/AH/250

...

### 1. Niet-ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna: het RIZIV) laat gelden dat het hoger beroep niet ontvankelijk is wegens schending van artikel 1057, 7° Gerechtelijk Wetboek.

#### 1.1 Uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° V Ger. W.) - algemene principes

De akte van hoger beroep bevat, op straffe van nietigheid, de uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° Ger. W.).

Voor de nakoming van die verplichting is het noodzakelijk maar voldoende dat de eiser in hoger beroep zijn bezwaren tegen de bestreden beslissing vermeldt. Die vermelding moet klaar en duidelijk genoeg zijn om de verweerder in hoger beroep in staat te stellen zijn conclusie voor te bereiden en om de rechter in hoger beroep in staat te stellen de draagwijdte ervan na te gaan. (Cass. 08.04.2011, [www.cass.be](http://www.cass.be)).

Alhoewel de wetgever verder niet bepaalt op welke manier de grieven moeten geformuleerd worden, dient te worden aangenomen dat de aangevoerde grieven voldoende duidelijk en nauwkeurig moeten aangeven welke bezwaren de eiser in hoger beroep oppert tegen het vonnis *a quo*. De grieven moeten zodanig omschreven zijn dat de verweerder in hoger beroep weet hoe hij zijn verweer moet voorbereiden en dat de appelrechter in staat wordt gesteld de draagwijdte ervan te beoordelen, zodat zo snel mogelijk een contradictoir debat kan worden aangevat. (J. LAENENS en K. BROECKX, Het gerechtelijk recht in een stroomversnelling, R.W, 1992-93, 927)

#### 1.2. Uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° Ger. W.) – toetsing *in concreto*

In het verzoekschrift tot hoger beroep van de heer P. wordt gesteld dat hij niet akkoord gaat met het vonnis *a quo* om volgende redenen:

- niet op hoogte van zitting
- advocaat heeft me niet verwittigd
- ik ga andere advocaat nemen
- niet akkoord vonnis + had gevraagd gerechtsdeskundige mij te onderzoeken, is niet gebeurd.

Hieruit kan wel afgeleid worden dat de heer van mening is dat zijn vroegere advocaat zijn werk niet heeft gedaan, maar enige grief tegen het bestreden vonnis wordt niet gegeven. Er wordt immers niet vermeld waarom de heer P. niet akkoord is met het vonnis *a quo* en er wordt ook geen enkele reden opgegeven waarom de eerste rechters op foutieve basis zouden geoordeeld hebben om geen deskundige aan te stellen en om de vordering van de heer P. ongegrond te verklaren.

De door de heer P. opgesomde redenen voldoen niet aan de hierboven vermelde vereisten daar hieruit niet kan afgeleid worden elke grieven tegen het vonnis *a quo* ontwikkeld worden, waardoor de verweerders in hoger beroep niet in staat zijn om hun conclusie voor te bereiden en om het arbeidshof in staat te stellen de juiste draagwijdte ervan na te gaan.

De akte van hoger beroep bevat bijgevolg niet de uiteenzetting van de grieven, zoals bedoeld in artikel 1057, 7° Ger. W., en dient nietig verklaard te worden.

### 1.3. Verweer van de heer P.

De heer P. laat gelden dat de akte van hoger beroep slechts nietig kan verklaard worden wanneer de belangen van de gedaagden in hoger beroep worden geschaad (zie art. 861 Ger. W.) en is van oordeel dat er *in casu* geen sprake is van een belangenschade aangezien de verweerders in hoger beroep zich nog hebben kunnen verdedigen op het in graad van beroep bijgebrachte medisch attest.

Het RIZIV stelt uitdrukkelijk dat bij gebrek aan grieven geen verdediging kon opgebouwd worden, waardoor het goede verloop van de rechtspleging wordt belet.

Inderdaad, het ontbreken van motivering in de akte van hoger beroep belet het goede verloop van de rechtspleging en leidt bijgevolg tot nietigheid van die akte aangezien de belangen van de gedaagden in hoger beroep worden geschaad doordat de oplossing van het geschil aanzienlijk wordt vertraagd. (Cass. 14.12.2000, Arr. Cass. 2000, 692)

Het loutere feit dat het RIZIV en de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (hierna: de LCM) over alle informatie beschikten en een conclusie hebben neergelegd die ook inhoudelijke argumenten bevat, wijzigt dit niet. Uiteraard kenden het RIZIV en de LCM de zaak en konden ze een conclusie in hoger beroep neerleggen, maar hierin kon enkel het standpunt van het RIZIV en de LCM herhaald worden dat in eerste aanleg werd ingenomen.

Door de vereiste te voorzien dat de akte van hoger beroep grieven moet bevatten, wilde de wetgever voorkomen dat er onnodig tijd werd verloren en dat er conclusies moesten neergelegd worden die enkel het standpunt in eerste aanleg herhaalden.

De belangen van de verweerders in hoger beroep werden dan ook geschaad door het ontbreken van de grieven tegen het bestreden vonnis in de akte van hoger beroep.

Nu deze nietigheid door het RIZIV voor ieder ander middel is opgeworpen, is deze niet gedekt in toepassing van artikel 864 Ger. W.

Het hoger beroep is niet ontvankelijk.

### Beslissing

Het arbeidshof.

Recht doende op tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep onontvankelijk.

...

## IV. Arbeidshof van Antwerpen, 28 april 2015

### Hervorming vonnis – tegenstrijdigheid tussen motivering en beschikkend gedeelte van vonnis

*Een vonnis dient te worden hervormd wanneer wordt vastgesteld dat er een tegenstrijdigheid bestaat tussen enerzijds het overwegend gedeelte van het vonnis en anderzijds het beschikkend gedeelte. In casu had de Arbeidsrechtbank in haar overwegend gedeelte de conclusies van de gerechtsdeskundige die de erkenning van arbeidsongeschiktheid beperkte in de tijd bevestigd terwijl ze die beperking niet had doorgevoerd in haar beschikkend gedeelte. Het Arbeidshof oordeelde aldus dat het vonnis van de Arbeidsrechtbank diende te worden hervormd, in die zin dat de beperking van de erkenning van arbeidsongeschiktheid in het beschikkend gedeelte diende te worden overgenomen.*

A.R. 2014/AA/532

### 3. Eisen in hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering vordert:

- het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren
- het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout te vernietigen in zoverre het de arbeidsongeschiktheid niet beperkt tot en met 31 maart 2013
- opnieuw recht doende: te zeggen voor recht dat de verzekerde, op en vanaf 13 september 2012 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en dat die arbeidsongeschiktheid eindigde op 31 maart 2013.

De verzekerde vordert:

- in hoofdorde: het vonnis van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout van 10 oktober 2008 [lees 2014] te bevestigen
- in ondergeschikte orde: een gerechtsdeskundige aan te stellen met als opdracht te onderzoeken of zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezit zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering te veroordelen tot de kosten van het geding.

## 4. Ten gronde

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft een beperkt hoger beroep ingesteld tegen het vonnis van 10 oktober 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen (afdeling Turnhout) ten-einde de erkenning van de arbeidsongeschiktheid te beperken in de tijd zoals vermeld in het deskundig verslag.

In haar deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Turnhout op 30 januari 2014 kwam dokter C.V. tot volgende bespreking en besluit (zie stuk 15 dossier rechtspleging Arbeidsrechtbank Turnhout: deskundig verslag d.d. 30.01.2014, pag. 7-8):

De verzekerde, 45 jaar, volgde een opleiding als kapster en werkte vervolgens in de horecazaak van haar ouders, in een hotel en als verantwoordelijke van een kledingzaak.

Sinds 2012 ontvangt betrokkene een uitkering.

Op medisch vlak weerhouden we bij betrokkene op/vanaf 13 september 2012:

- status na microdissectomie lumbaal (2011) waarna voorlopig conservatieve therapie
- verwerking van een echtscheiding metfysiek geweld waarna het echtpaar uit elkaar ging in mei 2012.

Medio september 2012 werd mevrouw een week gehospitaliseerd owv een exacerbatie van lage rugpijn.

Medische beeldvorming toonde toename van een discushernia L5 met mogelijk radiculair conflict

Er was een gunstige reactie op aangepaste medicatie.

Begin 2013 werd nog een succesvolle facetinfiltratie lumbaal toegepast, waarna succesloze facetdenervatie.

Antidepressiva, gestart omwille van de echtscheiding, werden vanaf januari 2013 tijdelijk niet meer ingenomen en herstart vanaf de tweede helft 2013.

Vanaf januari 2013 ontstonden er ook klachten van cervicobrachiaalgie, zonder verklarende afwijking bij uitgebreid onderzoek.

Intussen woont de verzekerde, samen met haar nieuwe partner.

Sedert september 2013 zou de verzekerde naar een psycholoog gaan en recent zou ze onderzocht zijn bij neurochirurg Dr. Kegelaers van wie nog geen verslag beschikbaar is.

Bij klinisch onderzoek weerhouden we antalgisch licht geremde beweeglijkheid dorsolumbaal en gevoeligheid ter hoogte van de linkerheup en rechterschouder.

Omwille van bovenvermelde ziektegeschiedenis, de lagerugpathologie in combinatie met verwerkingsproblematiek van de echtscheiding, lijkt het me billijk om tijdelijk een graad van arbeidsongeschiktheid toe te kennen zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dit tot en met 31 maart 2013.

(...)

=> Ik meen dan ook als definitief besluit te mogen voorstellen:

dat de verzekerde op 13 september 2012 wel nog een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; dat deze graad van arbeidsongeschiktheid aanvaardbaar is tot en met 31 maart 2013.

Uit voormeld definitief besluit blijkt dat de gerechtsdeskundige de periode van arbeidsongeschiktheid in hoofde van de verzekerde beperkt in de tijd, met name van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013; vanaf 1 april 2013 is betrokkene niet langer arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

In het bestreden vonnis van 10 oktober 2014 overwoog de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout, dat partijen geen opmerkingen formuleerden op het deskundig verslag zodat de rechtbank zich aansloot bij de bevindingen en de conclusies van de deskundige.

Echter, in het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis wordt de erkenning van de arbeidsongeschiktheid niet beperkt in de tijd zoals vermeld in het deskundig verslag.

Gelet op de vastgestelde tegenstrijdigheid tussen enerzijds het overwegend gedeelte en anderzijds het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis komt het beperkt hoger beroep gegrond voor; het vonnis van de arbeidsrechtbank dient derhalve hervormd te worden derwijze dat de erkenning van der arbeidsgeschiktheid in hoofde van de verzekerde beperkt blijft van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013.

De verzekerde brengt geen medische verslagen bij waarin melding wordt gemaakt van psychische letsels opgelopen tijdens haar kinderjaren door mishandeling en seksueel misbruik binnen het gezin zodat er geen aanleiding is om een nieuwe geneesheer-deskundige aan te stellen.

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het beperkt hoger beroep van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ontvankelijk en gegrond.

Hervormt dienvolgens het vonnis van 10 oktober 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout waarvoor recht wordt gezegd dat de verzekerde op 13 september 2012 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Opnieuw recht doende.

Zegt voor recht dat de verzekerde van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

...



## V. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, 28 mei 2015

Bewijs van arbeidsongeschiktheid – Medische attesten bijgebracht door de sociaal verzekerde zijn dezelfde als deze neergelegd in eerste aanleg voor de Arbeidsrechtbank

*Indien de sociaal verzekerde in zijn akte hoger beroep dezelfde medische attesten inroept als deze welke reeds ter beoordeling zijn voorgelegd aan de Arbeidsrechtbank in eerste aanleg en waarvan d Arbeidsrechtbank oordeelde dat deze geen nieuwe overtuigende medische elementen bevatten ter ontkrachting van de bestreden beslissing, dan kunnen deze zelfde medische attesten in graad van beroep ook geen overtuigende werking hebben.*

A.R. 2014/AH/225

...

### 1. Postuleringen van partijen

De verzekerde postuleert, in het verzoekschrift tot hoger beroep, in hoofddorde het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren.

Dienvolgens het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, van 23 juni 2014 en de bestreden administratieve beslissing van 7 juni 2012 te vernietigen en te zeggen voor recht dat de verzekerde vanaf 14 juni 2012 arbeidsongeschikt is gebleven als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde ZIV-wet.

Het RIZIV te veroordelen tot de kosten in beide aanleggen.

In ondergeschikte orde de aanstelling van een geneesheer-deskundige te bevelen.

Ter openbare terechtzitting van 23 april 2015 verklaart de verzekerde zich te gedra en naar de wijsheid van het hof.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering postuleert het hoger beroep ontvankelijk te verklaren doch als ongegrond af te wijzen.

Dienvolgens het bestreden vonnis te bevestigen in al zijn beschikkingen.

### 2. Motivering

1. Het bestreden vonnis dient bevestigd te worden en het hof verwijst naar de motieven van de eerste rechter waarbij het hof zich kan aansluiten om de in het aangevochten vonnis ontwikkelde redenen die wij ons eigen maken en zulks zover als nodig en zover deze niet in tegenspraak zijn met onderhavige.

Het geschil tussen partijen beperkt zich tot de vraag of vanaf 14 juni 2012 arbeidsongeschikt is zoals bedoeld in artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verlichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Overeenkomstig artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die:

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

Gedurende de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld ten aanzien van het gewone beroep van de verzekerde, voor zover de oorzakelijke aanleiding voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een redelijk korte tijdspanne.

Na een periode van zes maanden dient de toestand geëvalueerd te worden ten aanzien van de algemene arbeidsmarkt.

Aangezien de verzekerde de beslissing van de geneesheer-inspecteur van het RIZIV betwist, dient aan de hand van medische stukken het tegendeel aangetoond te worden.

2. In de akte van hoger beroep kan de verzekerde zich niet akkoord verklaren met dit vonnis en verwijst naar de verslagen van twee specialisten (Dr. V. en Dr. L.) dewelke betrokkene ook liet gelden in eerste aanleg en waarop de gerechtsdeskundige reeds gereageerd heeft, brengt geen nieuwe overtuigende medische elementen aan ter ontkrachting van de bestreden beslissing, zodat een en ander dient bevestigd te worden.

Het hof is van oordeel dat de deskundige na een degelijk uitgevoerd onderzoek en rekening houdend met de door partijen bijgebrachte (medische) stukken tot een goed gemotiveerd besluit komt.

3. Ten overvloede dient vastgesteld dat *ter* openbare terechtzitting van 23 april 2015 zich naar de wijsheid van het hof wenst te gedragen, aangezien onvoldoende attesten kunnen overlegd worden.

4. De verdere argumenten van partijen, ontwikkeld in conclusies of ter zitting, en voor zover niet beantwoord in huidig arrest, worden verworpen als irrelevant, minstens ongegrond.

Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt - 2014/AH/225 - 28 mei 2015 - p. 6

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.

Bevestigt het vonnis van 23 juni 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren gewezen onder A.R. nr. 12/1234/A.

## VI. Arrest van het Hof van Brussel van 26 januari 2017

### Wet van 14 juli 1994, artikel 100 - Erkenningscriteria

*Hoewel de duur van de verwijdering van de arbeidsmarkt wegens ziekte de re-integratie van een gerechtigde kan bemoeilijken, kan deze niet in aanmerking worden genomen voor de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid in de zin van de bepalingen van openbare orde van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Die situatie valt buiten de wettelijke notie van arbeidsongeschiktheid en moet worden beoordeeld op basis van de impact van de letsels of functionele stoornissen bij het uitvoeren van een beroep.*

*Daartoe mag de expert zich in zijn evaluatie dus niet baseren op dat aspect zonder rekening te houden met de specifieke intrinsieke factoren die een impact zouden hebben op de werkelijke capaciteiten van de betrokkene om zich aan te passen.*

*De moeilijkheden om toe te treden tot de arbeidsmarkt voor personen die langdurig arbeidsongeschiktheid zijn, vormen geen risico voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar wel voor de werkloosheidsverzekering.*

*De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit behoudt overigens de bevoegdheid om de erkenning van de arbeidsongeschiktheid op elk moment te herzien en daaraan een einde te stellen zonder gebonden te zijn aan eerdere, zelfs langdurige, erkenningen van arbeidsongeschiktheid.*

A.R. 2015/AB/623

...

#### **LE FOND**

1.

Pour écarter le rapport d'expertise déposé, le premier juge a fait siens les arguments avancés par l'INAMI; à savoir

- que l'expert a émis son avis en tenant compte de la longue période d'écartement du marché général du travail de Madame ...
- qu'il n'a pas tenu compte de l'avis du psychiatre sapiteur, le Docteur ... qui ne retenait qu'une incapacité de travail de "moins de 20 % en écartant le diagnostic d'un véritable stress post-traumatique, mais parlant" plutôt d'une angoisse posttraumatique
- Que l'expert a retenu à tort comme date litigieuse le 9 décembre 2012 alors qu'il s'agit du 9 décembre 2011.

2.

Madame ... estime qu'il n'y a aucun motif pour écarter le rapport d'expertise du Docteur ... . Celle-ci s'est fondée, sur un dossier médical particulièrement complet, reprenant les avis des spécialistes qui l'avaient suivi médicalement depuis l'accident.

D'après Madame ... le docteur ... a dans son avis à tort minimalisé les conséquences de l'explosion, en écartant sans motivation suffisante un rapport établi par le psychologue ... du 2 février 2012, qui retenait une incapacité de travail de 50 %.

Elle demande par conséquent que la cour entérine le rapport d'expertise et déclare l'action initiale recevable et fondée.

3.

En vertu de l'article 100 de la loi coordonnée de 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est reconnu incapable de travailler au sens de la loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont H 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.

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

4.

L'expert conclut :

“En réponse à la mission confiée par le Tribunal du travail de Nivelles, l'expert estime qu'à la date du 9 décembre 2012, la cession de l'activité de Madame ... est bien la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels reconnus en 2007.

Actuellement, en fonction de la formation Madame ... (graduat en études commerciales et cours de secrétariat), de son expérience professionnelle au poste de secrétaire pendant 10 ans, mais en fonction également des troubles présentés en 2007 (probable déstabilisation) en fonction également de la longue période d'écartement du marché général du travail et en fonction des capacités d'adaptation de Madame ... qui sont faibles, nous estimons qu'elle présente encore actuellement un taux d'incapacité de travail de plus de 66 % au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.”

5.

La notion d'incapacité de travail, au sens de l'article 100 des lois coordonnées, ne permet pas, en règle, de tenir compte de la longueur de la période d'écartement du marché du travail, pour apprécier si oui ou non l'assurée est dans l'impossibilité de reprendre un travail.

Certes l'écartement du marché du travail pendant une certaine période va rendre plus difficile la réintégration de Madame ... au marché du travail. C'est le cas de nombreux assurés sociaux qui ont été malades durant de longues périodes, mais dont la situation a évolué favorablement, de sorte qu'ils ne répondent plus aux critères de l'article 100.

C'est également le cas de nombreux chômeurs de longue durée qui voient leurs possibilités de réintégration également limitées du fait de leur écartement du travail. Il s'agit donc d'un élément qui est lié à la "souplesse" du marché du travail, pour donner une nouvelle chance à des personnes écartées longtemps. Il s'agit donc d'un élément qui est étranger à la notion d'incapacité de travail, mais qui est lié à la faculté d'accès au marché du travail, c'est-à-dire un risque qui ressort de l'assurance chômage.

C'est donc à tort que l'expert désigné tient compte dans son évaluation de cet écartement du travail. L'expert n'indique à cet égard pas non plus quels éléments spécifiques elle retient pour considérer que les capacités d'adaptation de Madame ... sont faibles.

C'est à juste titre que l'INAMI, en se référant à une jurisprudence constante de la Cour de cassation, rappelle que le Conseil médical de l'invalidité a toujours la compétence pour réévaluer une incapacité de travail, reconnue, et d'y mettre fin, sans être lié par les reconnaissances d'incapacité antérieures.

6.

L'INAMI relève également à juste titre que l'expert, qui avait désigné un sapiteur, le psychiatre ..., afin d'évaluer la capacité ou incapacité psychique de Madame ... s'écarte de l'évaluation de cet expert (qui ne retenait sur le plan psychique qu'une incapacité de 20 % ou moins), alors qu'elle ne retient aucune lésion ou trouble fonctionnel physique qui pourrait justifier l'incapacité de travail.

7.

Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que le premier Juge a estimé qu'une nouvelle expertise s'imposait et a désigné en qualité d'expert le Docteur ... . L'appel est donc non fondé. L'affaire doit conformément, à l'article 1068 du Code judiciaire, être renvoyée devant le premier juge.

Il importe toutefois de signaler que la mission d'expertise fixe à tort le début de la période d'évaluation au 9 décembre 2012, alors que, comme retenue dans le corps du jugement, il s'agit de la date du 9 décembre 2011.

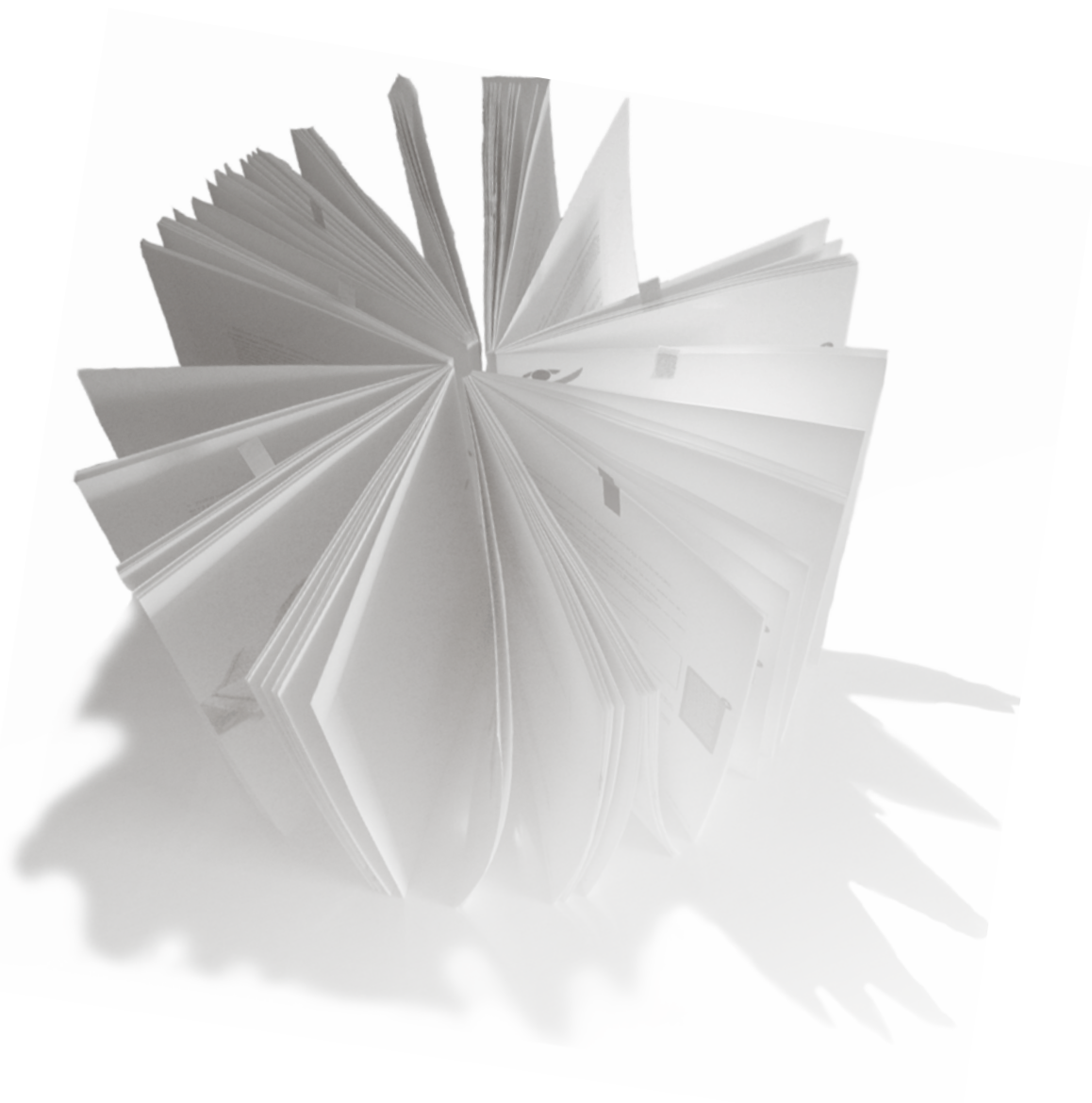
**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL,**

...



3<sup>de</sup> Deel

Parlementaire vragen en  
antwoorden



## I. Verkorte ziekenhuisverblijf voor jonge moeders

Gevolgen van de verminderde forfaitaire terugbetaling aan de ziekenhuizen – Weerslag op het BMF – Organisatie van het vertrek naar huis – Nieuwe modellen van moeder-kindzorg – Proefprojecten – Kwaliteitsindicatoren – Zorgcontinuïteit

Vraag nr. 910, gesteld op 20 mei 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer THIEBAUT, volksvertegenwoordiger <sup>1</sup>

Uw beslissing om de forfaitaire terugbetaling aan ziekenhuizen voor een bevalling terug te brengen van vier tot drie dagen stuit op hevig protest.

Zestien maanden na de invoering van de maatregel voelen niet alleen de kersverse moeders zich benadeeld, maar stellen ook de vroedvrouwen, die nochtans achter het principe van een vroeger ontslag uit het ziekenhuis stonden, de gevaren van deze situatie aan de kaak.

Ziekenhuizen hebben vandaag te maken met een groter patiëntenverloop en een lagere bezettingsgraad, en er is minder personeel, waardoor de vroedvrouwen de terugkeer naar de thuissituatie na de bevalling niet in alle rust kunnen voorbereiden.

De nauwere samenwerking tussen de ziekenhuizen en de vroedvrouwen, die bij de besparingsmaatregel in het vooruitzicht werd gesteld, laat op zich wachten. Ik heb vernomen dat er kraamklinieken zijn die vrouwen vier dagen na de bevalling laten terugkomen voor screenings van de pasgeborene.

Bovendien zouden moeders en hun baby in bepaalde regio's drie dagen na de bevalling te maken hebben met een gebrek aan professionele kraamzorg aan huis.

Zowel voor de ouders als voor de zorgverleners heerst er nog steeds bijzonder veel onduidelijkheid over de organisatie van het vertrek naar huis. De economische aspecten zouden vaak voorrang krijgen op een adequate begeleiding voor een terugkeer naar het thuismilieu in veilige omstandigheden.

1. Wat is hier juist van aan?
2. Worden de vroedvrouwen onder druk gezet om minder tijd aan jonge moeders te besteden, omdat de economische stimulans minder groot is?
3. Worden de gevolgen van de verminderde forfaitaire terugbetaling van bevallingen aan de ziekenhuizen geëvalueerd? Zo ja, welke conclusies trekt u uit de resultaten?
4. Worden er maatregelen genomen om de organisatie van de terugkeer naar huis van jonge moeders en de kraamzorg te verbeteren?

1. Bulletin nr. 096, Kamer, gewone zitting 2016-2017, p. 184.



## Antwoord

### Erratum:

In het Bulletin van Vragen en Antwoorden, nr. 93 van 28 oktober 2016, blz. 219 tot 223, vraag nr. 910 van 20 mei 2016, wordt de tekst van het antwoord van 24 oktober 2016 vervangen door wat volgt:

1. Eerst en vooral zou ik de context willen schetsen van de genomen maatregelen.

In het kader van mijn gezondheidsbeleid wil ik de verblijfsduur in de materniteiten verlagen en België op hetzelfde niveau brengen als andere Europese landen waar die verblijfsduur na bevalling eveneens korter is.

Op basis van de gegevens uit 2011 bleek namelijk dat voor vaginale bevallingen en keizersnede de gemiddelde hospitalisatieduur in België 4 dagen (IZ mineurs) of 5 dagen (IZ modérés) bedroeg, terwijl dat in West-Europese en Noord-Europese landen 2,1 dagen is.

De kostprijs in 2011 voor een “gemiddeld” verblijf bedroeg 2.906 EUR waarvan 1.832 EUR voor de verblijfskosten in het ziekenhuis, 28 EUR als forfait voor geneesmiddelen en 1.041 EUR als gemiddeld bedrag van de erelonen. De federale regering besliste initieel dus om maatregelen te nemen om de gefinancierde verblijfsduur van de gewone bevallingen te verlagen met ½ dag in 2015 en met 1 dag in 2016. Er dient daarbij wel gepreciseerd te worden dat de daadwerkelijke verblijfsduur in de materniteit al een halve dag korter bleek te zijn dan de gefinancierde verblijfsduur.

De weerslag van de maatregel op het BFM (Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen) werd begroot op 18.727.024 EUR. De besparingsmaatregel heeft echter tot heel wat discussies geleid en op vraag van de sector en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, heb ik in 2016 besloten de inspanning te spreiden over de gehele ziekenhuissector. Parallel daarmee heb ik in het kader van het Plan van Aanpak voor hervorming van het ziekenhuislandschap en -financiering beslist om proefprojecten op te starten met zeven initiatieven die nieuwe modellen van moeder-kindzorg gedurende twee jaar zullen uittesten. Bij een positieve evaluatie kan het nieuw zorgtraject over alle ziekenhuizen uitgerold worden, inclusief een aangepast financieringssysteem.

2. Wat betreft uw vraag over de druk die wordt uitgeoefend op de vroedvrouwen, kan ik u zeggen dat er geen enkele regelgeving bestaat die een vroegtijdig ontslag oplegt. Men moet echter wel weten dat de ziekenhuizen hoofdzakelijk gefinancierd worden via de volgende financieringsbronnen: het “Budget van Financiële Middelen” (BFM), afdrachten op de erelonen van de artsen en paramedici, de RIZIV-forfaits en via kamer- en andere supplementen. Het BFM is een budget dat in grote mate forfaitair wordt berekend. Het dekt de kosten voor de behandeling van de gehospitaliseerde patiënten (in klassieke hospitalisatie of in daghospitalisatie). De berekeningsbasis van deze financiering is ingeschreven in het Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het Budget van Financiële Middelen van de Ziekenhuizen.

Dit financieringssysteem is gebaseerd op het principe dat er een nationaal beschikbaar budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen in functie van hun “verantwoorde activiteit” inzake het verzorgend en verplegend personeel en de medische producten. Concreet betekent dit dat een ziekenhuis enkel wordt gefinancierd voor de “dagen” (de verblijven, de opnames) die verantwoord zijn.

Aan die “verantwoorde” dagen zijn ook bepaalde andere financieringen verbonden (zoals de RIZIV-forfaits, enz.). Om de verantwoorde activiteit te berekenen of te meten, bijvoorbeeld voor de verblijven op de materniteit, wordt de verblijfsduur in alle ziekenhuizen beschouwd en vervolgens wordt elke verblijfsduur vergeleken met de nationale gemiddelde verblijfsduur. Het ziekenhuis dat een langere verblijfsduur heeft dan de nationale gemiddelde duur zal niet gefinancierd worden voor de dagen bovenop diegenen die “verantwoord” zijn.

Het financieringssysteem “BFM” zit zo in elkaar dat in principe, wanneer mijn administratie de budgetten zal berekenen in 2018, ze de gegevens van het jaar 2016 van alle ziekenhuizen zal gebruiken om ze te vergelijken met het nationale gemiddelde.

Aangezien de ziekenhuizen weten dat het de bedoeling is van de regering om op termijn te komen tot een verblijfsduur van 2 dagen, probeert elk ziekenhuis al om dat te verwezenlijken. Als er sprake is van een langere duur (bij voorbeeld van 4 dagen) en de nationale gemiddelde duur 2,5 dagen bedraagt, zal het ziekenhuis in kwestie niet gefinancierd worden voor het verschil zijnde 1,5 dag, wat overeenstemt met het verschil tussen zijn duur (4 dagen) en het nationale gemiddelde (2,5 dagen).

Het ziekenhuis is dus niet door regelgeving verplicht om de verblijfsduur te verlagen tot 48 uur, maar er zit wel een financieel gevolg aan vast. Dat mag echter in geen geval een reden zijn om de continuïteit van de vereiste zorg niet te verzekeren.

3. Zoals aangegeven werden zeven proefprojecten opgestart om na te gaan of de financiering kan worden aangepast. Uiteraard staat kwaliteit van zorg centraal. Uit onderzoek blijkt dat het verkorten van de ligduur geen invloed hoeft te hebben op de gezondheid van moeder en kind, op borstvoeding, noch op de tevredenheid van de moeder. Om dit ook te bevestigen in de Belgische context werden aan de proefprojecten kwaliteitsindicatoren verbonden. Na afloop van de projecten zal uit deze indicatoren moeten blijken welke maatregelen die de projecten hebben genomen om de kwaliteit van de postnatale zorg te garanderen gegeneraliseerd kunnen worden.

4. Het is zo dat elk netwerk de winst die wordt gegenereerd uit het verkorten van de ligduur zelf kan investeren in vooraf bepaalde maatregelen die de kwaliteit van de postnatale zorg kunnen verbeteren. Aan deze maatregelen werden een aantal voorwaarden gesteld zoals bijvoorbeeld het op peil houden van de participatiegraad aan neonatale screening, borstvoedingscijfers, enz. Ook minimale veiligheidsmaatregelen werden ingevoerd zoals een vroedvrouw die instaat voor de controle van moeder en kind binnen de 24 uur na ontslag.

De *evidence based* zorgplannen werden opgesteld en moeten nageleefd worden. Er is een oproepnummer voorzien door alle ziekenhuizen dat 24/7 bereikbaar is. Om alle gegevens en de opvolging van de moeder en de pasgeborene te registreren *pre-, peri- en post-partum*, is er ook een elektronisch patiëntendossier voorzien. De behandeling thuis zal ook aangepast zijn aan de specifieke behoeften van de moeder. Een van de voorwaarden voor een vroegtijdig ontslag is dat de zorgcontinuïteit na de bevalling in de thuisomgeving verzekerd is (opvolging voorzien met de pediater, gynaecoloog, vroedvrouw, behandelende arts, kinesitherapeut, enz.).

## II. Onaangepast gebruik van medicatie bij de ouderen

Meer risico om in het ziekenhuis terecht te komen of te overlijden – Maatregelen – PIP-project (Potentially Inappropriate Prescription) – Start-Stop-criteria – Samenwerking tussen huisartsen, CRA's en geriaters – Actieplan e-gezondheid – BelRAI-instrument – Rol van CRA (Coördinerende en Raadgevende arts)

Vraag nr. 1113, gesteld op 24 augustus 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MUYLLE, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Uit een universitair onderzoek blijkt dat hoogbejaarden die thuis blijven vaak te weinig geneesmiddelen krijgen voorgeschreven. Daardoor lopen ze meer risico om in het ziekenhuis terecht te komen of te overlijden.

Medicatie voorschrijven voor hoogbejaarden is een moeilijke evenwichtsoefening. Huisartsen kunnen gaan twijfelen om extra medicijnen voor te schrijven voor patiënten die al veel ziektes hebben en dus heel wat medicatie innemen.

De cijfers liegen er echter niet om. Uit het onderzoek is gebleken dat bijna 70 % van de tachtigplussers de medicijnen niet krijgt voorgeschreven die hij of zij nodig heeft. Bij vier op de tien gaat het om een combinatie van te weinig en verkeerde geneesmiddelen. Het gaat voornamelijk om medicatie die de werking van het hart ondersteunt. De tweede belangrijkste zijn bloedverdunners. 13 % van de senioren krijgt per abuis zelfs twee keer dezelfde medicatie op voorschrift.

Patiënten die te weinig essentiële medicijnen voorgeschreven krijgen hebben een verhoogd risico op sterfte of ziekenhuisopname. Voor elk niet-ingenomen geneesmiddel stijgt de kans op overlijden met 39 %.

1. Bent u op de hoogte van deze problematiek? Indien ja, welke bijkomende maatregelen plant u om tot een correcter gebruik van medicatie te komen?
2. Ziet u een mogelijkheid om de coördinerend en raadgevend arts hierin een rol te laten spelen? Indien ja, dewelke? Indien niet, waarom niet?

1. Bulletin nr. 096, Kamer, gewone zitting 2016-2017, p. 204.

## Antwoord

Het onaangepast gebruik van medicatie bij de ouderen met een kwetsbaar zorgprofiel is gekend en het heeft jaarlijks aanleiding tot een belangrijk aantal ziekenhuisopnames.

Uit de literatuur blijkt dat tot 18 % van de ziekenhuisopnamen bij ouderen medicatie-gerelateerd is. In deze problematiek zijn naast de arts ook de patiënt en alle zorgverstrekkers in de verschillende settings van de eerste lijn betrokken.

### 1. Maatregelen voor een correct gebruik van medicatie:

Het College voor Geriatrie heeft deze problematiek opgemerkt en in 2015 werd, in samenwerking met het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), een samenwerkingsproject opgezet waardoor er in alle Belgische G-diensten een onderzoek werd gevoerd naar tien potentieel onaangepaste medicatie-voorschriften met betrekking tot onder andere de producten waar u naar verwijst, maar eveneens anti-depressiva, benzodiazepines en anti-psychotica, enz. het zogenaamde PIP-project (Potentially Inappropriate Prescription).

De resultaten van deze PIP-studie werden uitgebreid besproken en voorgesteld op alle Lokale medisch-farmaceutische overlegcomités (LOK's) in het land en er werd ruime aandacht aan besteed op verschillende congressen voor gerieters, Coördinerende en Raadgevende artsen (CRA's) en huisartsen.

Het gevolg ervan is dat er nu grotere aandacht aan de medicatie wordt besteed gedurende het ganse ziekte-traject: de medicatie waarmee patiënten worden opgenomen, gedurende hun behandeling in het ziekenhuis en later bij het ontslag en het opmaken van het medicatie-voorschrift voor de thuissituatie, de rustoorden of revalidatiecentra.

In 2016 voorziet het College voor Geriatrie om aanbevelingen te formuleren met betrekking tot START-STOPP-criteria voor potentieel onaangepaste geneesmiddelen voor ouderen op geriatrie-diensten. Deze aanbevelingen zijn uiteraard ook van toepassing in de thuiszorg en in de rustoorden. Nu al merkt men dat de aandacht voor START-STOPP-criteria bij ouderen is toegenomen. Dit is onder meer af te leiden door de lokale initiatieven waarop de resultaten van onder andere de PIP-studie worden besproken, een samenwerking tussen huisartsen, CRA's en gerieters.

De verzorging en behandeling van kwetsbare ouderen wordt gekenmerkt door een multidisciplinaire aanpak en heeft er ons toe aangezet om in de voorbije jaren het BelRAI-instrument verder te ontwikkelen. Hierdoor wordt een nauwkeuriger observatie, rapportering en een beter aangepast, evalueerbaar zorg- en medicatieplan mogelijk. Het instrument heeft een waarschuwingfunctie voor de mogelijke gevolgen van het medicatievoorschrift.

In samenwerking met de Gewesten en Gemeenschappen wordt er momenteel een implementatieplan voor het gebruik van het BelRAI-instrument in de woonzorgcentra, in de thuiszorg en de acute ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen bestudeerd. Dit implementatieplan past in het ruimere "Actieplan e-gezondheid" waarbij er bijzondere aandacht is voor het elektronische geneesmiddelenvoorschrift ([www.plan-egezondheid.be](http://www.plan-egezondheid.be) - actie 3: Medicatieschema) en veralgemeend gebruik van het BelRAI-instrument (actie 8).

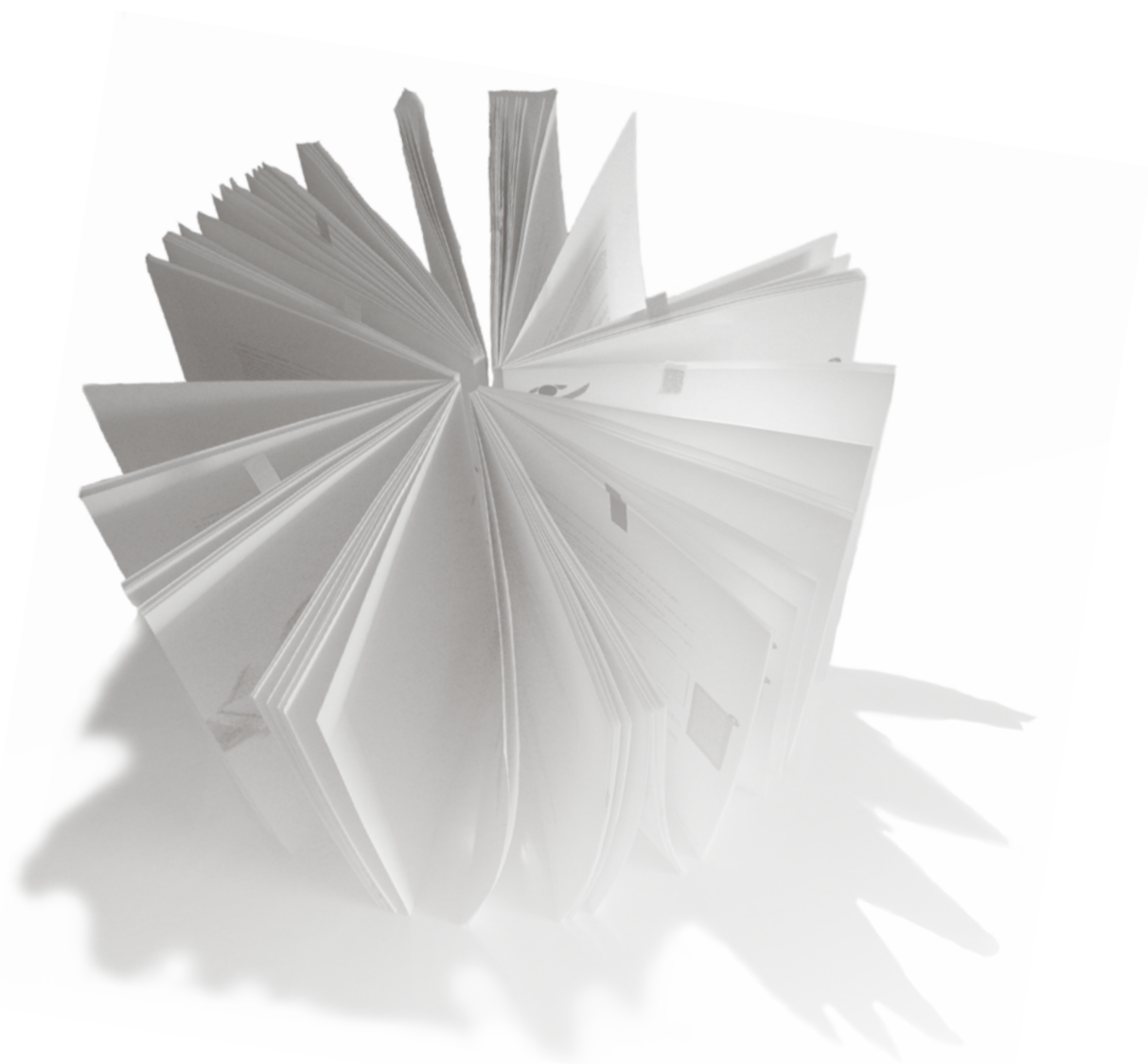
Een georganiseerde, gepersonaliseerde evaluatie en monitoring van het medicatie-(mis-)gebruik, in de ganse eerste lijn, zou zeker bijdragen tot het voorkomen van ongepaste voorschriften en kan veel ziekenhuisopnames voorkomen. Alle betrokken partijen dienen hiervoor aandacht te hebben. De operationele planning van daartoe aangepaste instrumenten is in voorbereiding.

## 2. De rol van de Coördinerende en Raadgevende arts:

Het Koninklijk besluit van 9 maart 2014 met betrekking tot de Coördinerende en raadgevende arts (CRA) voorziet nu reeds in de samenwerking tussen de CRA en zijn collega's-artsen in de rustoorden en met de lokale huisartsenkringen. Ongetwijfeld is deze CRA nu reeds een belangrijk aanspreekfiguur, en dat zou mogelijks kunnen uitgebreid worden. Doch, zoals u weet werd deze materie in het kader van de zesde staatshervorming overgedragen naar de Gewesten en Gemeenschappen.



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



# I. Aanpassing van de regels van facturatie

In haar vergadering van 8 november 2016 heeft de Commissie belast met de toepassing van de reglementering betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen unaniem beslist om de regels voor de facturatie van de ondervermelde honoraria voor de medische huizen te wijzigen.

De instructies voor de facturatie via magnetische drager werden dienovereenkomstig aangepast en vervolgens bekrachtigd door het Verzekeringscomité van 21 november 2016.

## 1. Boekhoudkundige afrekening van het honorarium voor de follow-up van een patiënt met diabetes type 2 - In het bijzonder voor 2016 - Volgens het zorgprotocol dat is opgemaakt door het Verzekeringscomité

- a. Voor elke follow-up betaalt de verzekeringsinstelling een keer per kalenderjaar het honorarium voor het voortraject diabetes (pseudocodenummer 109594).
- b. Als het medisch huis tijdens een maand (t) meent dat sommige van zijn patiënten voldoen aan de vastgelegde criteria, stelt het op papier een lijst op van alle "geactiveerde" rechthebbenden met diabetes type 2.

Tussen de 30<sup>ste</sup> van de maand (t) en de 5<sup>de</sup> van de maand (t+1) die op die activering volgt, stuurt het medisch huis die lijst naar de verzekeringsinstelling, als bijgevoegde lijst bij de maandelijkse factuur van het forfait van de maand (t+1).

- c. Naast de operatie die wordt vermeld onder b. wordt het honorarium gefactureerd op de magnetische drager waarop de maandelijkse forfaitaire bedragen van de maand (t+1) zijn opgenomen; die drager wordt aan de verzekeringsinstelling bezorgd volgens de daarvoor geldende instructies.
- d. Het bedrag van het honorarium is het tarief dat toepasbaar is op de dag van de activering.
- e. De verzekeringsinstelling vereffent het honorarium samen met de maandelijkse bedragen.
- f. De facturatie voor 2016 zal de eerste maal plaatsvinden tussen 30 december 2016 en 5 januari 2017. Die eerste facturatie zal betrekking hebben op de patiënten in het voortraject diabetes op 1 februari 2016 en op de patiënten die het recht op het voortraject tussen 2 februari 2016 en 30 december 2016 hebben geopend. De volgende facturaties zullen enkel betrekking hebben op de nieuw ingeschreven patiënten en op de eventuele hernieuwingen.

Voor gedetailleerde inlichtingen over de recordtekening, zie onze site :



[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies\\_elektronische\\_facturatiegegevens\\_beschrijving\\_bijwerkingen.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies_elektronische_facturatiegegevens_beschrijving_bijwerkingen.pdf), pagina's 413 en 414



## 2. Boekhoudkundige afrekening van het honorarium voor het supplement GMD chronisch zieken 2016

- a. De betalingen betreffende het supplement GMD chronisch zieken (pseudocodenummer 101430) voor 2016, ten bedrage van 25 EUR, zullen uiterlijk in de loop van het eerste kwartaal van 2017 plaatsvinden voor alle patiënten die aan de criteria van de doelgroep voldoen.
- b. De verzekeringsinstelling zal die patiënten selecteren uit diegenen die op 1 oktober 2016 ingeschreven zijn.
- c. Zij zal de lijst van de geselecteerde personen (naam, voornaam en rijksregisternummer) aan het medisch huis bezorgen.
- d. De verzekeringsinstelling zal de betaling vóór 1 april 2017 rechtstreeks op de rekening van het medisch huis vereffenen, met toevoeging van een gestructureerde mededeling.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/397 – 395/443 van 23 december 2016.

## II. Overbruggingsrecht voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten – Medisch attest om de allergie door de adviserend geneesheer te laten attesteren

### 1. Reglementair kader

In het Belgisch Staatsblad van 6 januari 2017 is de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen gepubliceerd. Het Koninklijk besluit van 8 januari 2017 tot uitvoering van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen, is in het Belgisch Staatsblad van 20 januari 2017 gepubliceerd.

Deze reglementaire teksten versterken vanaf *1 januari 2017* het overbruggingsrecht in het kader van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

### 2. Enkele krachtlijnen van het versterkte overbruggingsrecht

Het overbruggingsrecht omvat **vier pijlers**:

- 1) de pijler faillissement
- 2) de pijler collectieve schuldenregeling
- 3) de pijler gedwongen onderbreking (wegens (i) een natuurramp, (ii) een brand, (iii) een vernieling of (iv) een allergie)
- 4) de pijler economische moeilijkheden.

Een beroep op het overbruggingsrecht is voortaan ook mogelijk voor **de meewerkende echtgenoten en de helpers** (behalve bij de pijler faillissement).

De betrokkene moet zijn verzekeringsplicht in het kader van het sociaal statuut bewijzen en de vereiste bijdragen verschuldigd zijn gedurende de vier kwartalen die onmiddellijk voorafgaan aan de eerste dag van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin het “feit” zich voordoet dat aanleiding kan geven tot de toekenning van het overbruggingsrecht. Bovendien geldt als voorwaarde de effectieve betaling van minstens vier kwartaalbijdragen gedurende het tijdvak van zestien kwartalen dat voorafgaat aan de eerste dag van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin het welbepaalde “feit” zich voordoet.

### De toekenning van het overbruggingsrecht

- o **opent een recht op een financiële uitkering** gedurende (maximaal) twaalf maanden vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin het “feit” zich voordoet dat aanleiding geeft tot de toekenning van het overbruggingsrecht.

Het maandelijkse bedrag van deze financiële uitkering is principieel gelijk aan het bedrag van het minimumrustpensioen voor een alleenstaande zelfstandige met een volledige loopbaan. Indien de betrokkene overeenkomstig de reglementering van de sector uitkeringen echter als een “gerechtigde met gezinslast” kan worden beschouwd, heeft hij recht op het hogere maandelijkse bedrag dat gelijk is aan het minimumgezinsrustpensioen voor een zelfstandige met een volledige loopbaan.

Het ziekenfonds van de betrokkene heeft de bevoegdheid om te attesteren dat de begunstigde op basis van de reglementering van de uitkeringsverzekering als een “gerechtigde met gezinslast” moet worden beschouwd. Indien de betrokkene geen dergelijk attest aan het sociaal verzekeringsfonds bezorgt, ontvangt hij (voorlopig) het laagste bedrag (het “tarief alleenstaande”). Het verkrijgen of ophouden van de hoedanigheid van “gerechtigde met gezinslast” tijdens de toekenningsperiode van het overbruggingsrecht heeft een wijziging van het maandelijkse bedrag tot gevolg vanaf de maand die op deze gebeurtenis volgt.
- o **heeft het behoud van bepaalde sociale rechten** gedurende (maximaal) vier kwartalen tot gevolg vanaf de eerste dag van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin het “feit” zich voordoet dat aanleiding geeft tot de toekenning van het overbruggingsrecht.

Wat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen betreft, geldt er een algemene uitbreiding met de sector uitkeringen (niet langer louter de sector geneeskundige verzorging). De zelfstandige of meewerkende echtgeno(o)t(e) heeft steeds de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering gedurende de kwartalen waarin hij/zij het behoud van sociale rechten in het kader van het overbruggingsrecht geniet.

Ten slotte is het belangrijk om aan te stippen dat het overbruggingsrecht een **subsidiair karakter** heeft. Om aanspraak te maken op dit overbruggingsrecht, mag de betrokkene geen beroepsactiviteit uitoefenen vanaf de eerste dag die volgt op de dag waarop het welbepaalde “feit” zich voordoet. Hij mag evenmin rechten laten gelden op een vervangingsinkomen.

### 3. Bevoegdheid van de adviserend geneesheer om de allergie te erkennen (in het kader van de pijler gedwongen onderbreking)

In het kader van de pijler gedwongen onderbreking heeft de adviserend geneesheer van het ziekenfonds de bevoegdheid om de allergie te erkennen zodat de zelfstandige of meewerkende echtgeno(o)t(e) het overbruggingsrecht kan genieten.

Drie cumulatieve voorwaarden moeten zijn vervuld:

- o de allergie wordt erkend door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds
- o de allergie is veroorzaakt door de uitoefening van de specifieke zelfstandige activiteit van de aanvrager
- o de aanvrager wordt, na het uitputten van zijn rechten op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen gedurende de periode van primaire ongeschiktheid, niet invalide erkend na een beslissing van het bevoegde medische orgaan.

In deze situatie wordt de “onderbreking van de activiteit” geacht aan te vangen op de datum waarop de aanvrager niet erkend wordt tijdens het tijdvak van invaliditeit.

**Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de betrokkene eerst een beroep op de toekenning van de primaire ongeschiktheidsuitkeringen dient te doen alvorens hij aanspraak kan maken op het overbruggingsrecht** (vgl. het subsidiair karakter van het overbruggingsrecht). Vermits de criteria van arbeidsongeschiktheid gedurende de periode van invaliditeit veel strenger zijn<sup>1</sup>, is het plausibel dat de zelfstandige die lijdt aan een allergie waardoor de uitoefening van de zelfstandige activiteit onmogelijk is geworden, wel degelijk primair arbeidsongeschikt kan worden erkend, maar niet de invaliditeit kan intreden.

**Bij de aanvraag** ten aanzien van het sociaal verzekeringsfonds **moet de betrokkene de nodige documenten toevoegen** die toelaten om vast te stellen dat:

- de allergie van de aanvrager veroorzaakt is door de uitoefening van zijn specifieke zelfstandige activiteit en deze allergie onverenigbaar is met het voortzetten van die specifieke zelfstandige activiteit
- de aanvrager – na het uitputten van zijn rechten op uitkeringen gedurende de primaire ongeschiktheid – niet als invalide wordt erkend.

In dit kader heeft de FOD Sociale Zekerheid in samenwerking met de Dienst voor uitkeringen **een modeldocument** ontwikkeld dat de adviserend geneesheer van het ziekenfonds moet invullen en de noodzakelijke gegevens voor de aanvraag bevat. Dit document is als bijlage<sup>2</sup> bij deze omzendbrief toegevoegd.

## 4. Datum van inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt op 1 januari 2017 in werking.

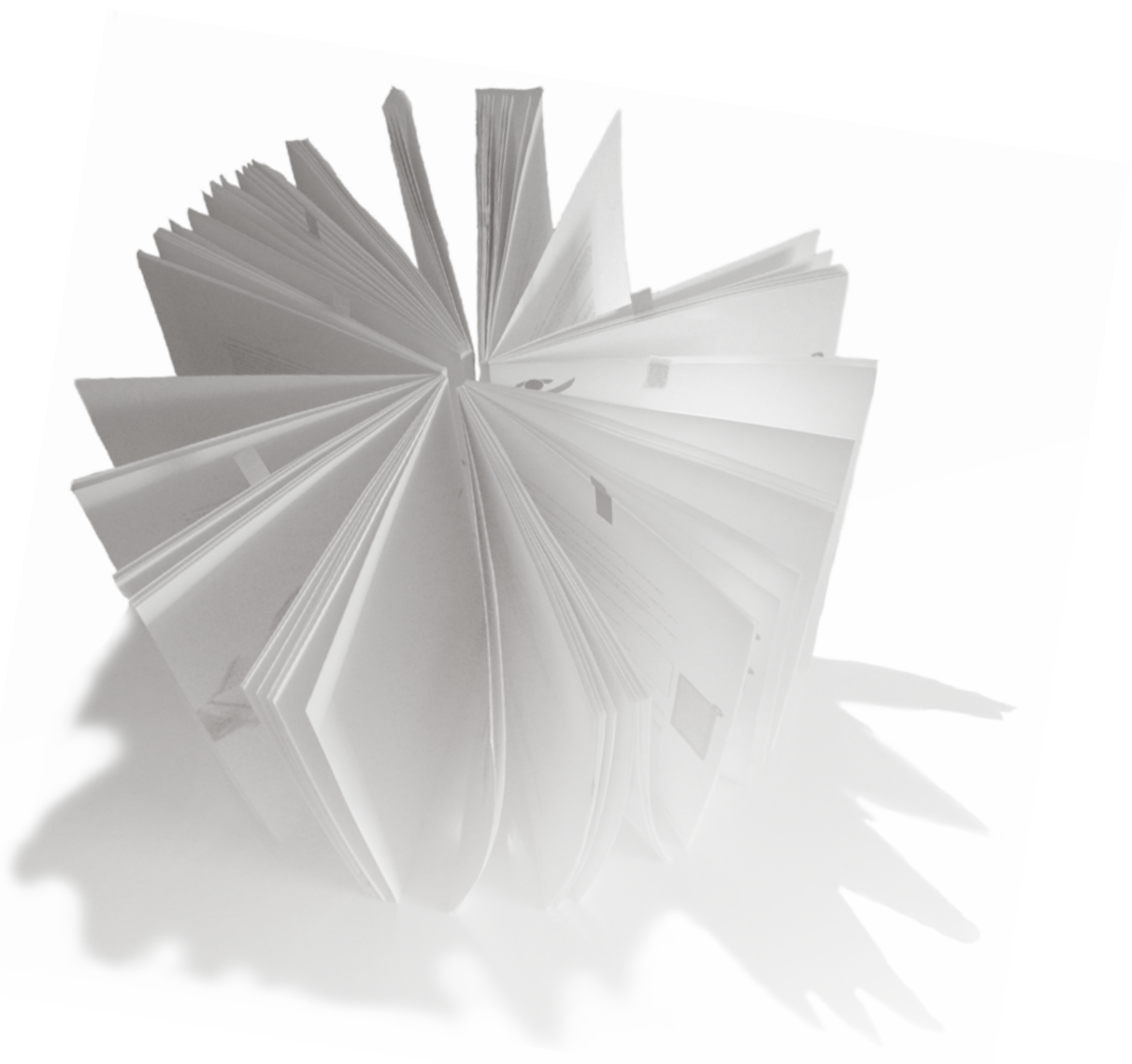


Omzendbrief V.I. nr. 2017/32 – 480/10 van 30 januari 2017.

1. Om invalide te kunnen worden erkend, volstaat het niet dat de betrokkene wegens letsels of functionele stoornissen een einde heeft moeten stellen aan het volbrengen van taken die verband houden met de beroepsbezigheid als zelfstandige verricht voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. De betrokkene moet ook ongeschikt erkend zijn om eender welke beroepsbezigheid uit te oefenen die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd, inzonderheid rekening houdend met zijn stand, gezondheidstoestand en beroepsopleiding (art. 20, K.B. van 20.07.1971).

2. Hier niet gepubliceerd.

5<sup>de</sup> Deel  
Basisgegevens



# I. Persoonlijk aandeel van de patiënt in de ligdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis: bedragen vanaf 1 januari 2017

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het Koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2017**.

## 1. De dag van opname

De dag van opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met **5,55 EUR**
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met **32,82 EUR**
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat o.m. samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste : met **32,82 EUR**
- d) de andere rechthebbenden: met **42,89 EUR**.

## 2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met **5,55 EUR**
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met **5,55 EUR**
- c) de andere rechthebbenden: met **15,62 EUR**.

### 3. Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum)

Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met **5,55 EUR**
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met **5,55 EUR**
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met **5,55 EUR**
- d) de andere rechthebbenden: met **15,62 EUR**.

### 4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met **5,55 EUR**
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met **15,62 EUR**
- c) de andere rechthebbenden: met **26,03 EUR**.



Omzendbrief V.I. nr. 2016/393 – 362/46 van 23 december 2016.

## II. Maximumfactuur - Dienstjaar 2017

1. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2017

a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2016 :	102,89	
-----	=	----- = 1,0197
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2015 :	100,90	

b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2017

Van	0,00	tot	18.231,97
Van	18.231,98	tot	28.028,25
Van	28.028,26	tot	37.824,56
Van	37.824,57	tot	47.212,66
Vanaf	47.212,67		

2. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2017

Algemeen

Dienstjaar 2016	450,00	650,00	1.000,00	1.400,00	1.800,00
Dienstjaar 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2016	100,00
Dienstjaar 2017	102,00

3. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2017

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht :

Dienstjaar 2016	450,00
Dienstjaar 2015	450,00





## III. Herwaardering van prestaties op 1 januari 2017

Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden  
loonschaal I, vastgesteld door het Aanvullend paritair  
comité voor bedienden (APCB)

### 1. Basiselementen

[Aanpassing van de tabel III: Minimumloon voor bedienden loonschaal I,  
vastgesteld door het Aanvullend paritair comité voor bedienden \(APCB\)](#)

Tabel III in bijlage, vervangt de tabel III die opgegeven werd in omzendbrief V.I. nr 2016/29 – 45/256 van 26 januari 2016<sup>1</sup> en is van toepassing vanaf 1 januari 2017 voor de gerechtigden die vanaf deze datum arbeidsongeschikt werden.

### 2. Toepassingsdatum

1 januari 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/9 – 45/261 van 12 januari 2017.

1. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2016/1.

Tabel III		Periode vanaf 1 januari 2017				
Primaire ongeschiktheid	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	60 % van het loon	150 % van de uitkering op 60 %	125 % van de uitkering op 60 %	170 % van de uitkering op 60 %	145 % van de uitkering op 60 %
Categorie van gerechtigde						
<u>0 jaar ervaring:</u>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering ontvangt</li> <li>○ Werkloze die een stage- of opleidingsuitkering ontvangt</li> <li>○ Werkloze die een vestigingsuitkering geniet</li> <li>○ Verzekerde die over geen enkel referentieloon beschikt bij de aanvang van het risico en die net voor de toepassing van de “dertig dagen-regel” of de voortgezette verzekering een inschakelingsuitkering, een stage-uitkering, opleidingsuitkering of een vestigingsuitkering heeft genoten</li> <li>○ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt</li> </ul>	64,2388	38,5433	57,8150	48,1791	65,5236	55,8878
<u>9 jaar ervaring:</u>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzekerde - andere dan de bij de rubriek “0 jaar ervaring” vermelde verzekerden - die over geen enkel referentieloon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerd werkloze heeft (na bijvoorbeeld de toepassing van de voortgezette verzekering).</li> </ul>	66,3296	39,7978	59,6967	49,7473	67,6563	57,7068

Invaliditeit Categorie van gerechtigde	Loon in aanmerking te nemen voor berekening uitkering	65 % van het loon	55 % van het loon	40 % van het loon	150 % van de uitkering op 65 %	125 % van de uitkering op 65 %	170 % van de uitkering op 65 %	145 % van de uitkering op 65 %
<u>0 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Jonge werkloze die een inschakelingsuitkering ontvangt</li> <li>◦ Werkloze die een stage- of opleidingsuitkering ontvangt</li> <li>◦ Werkloze die een vestigingsuitkering geniet</li> <li>◦ Verzekerde die over geen enkel referentie-loon beschikt bij de aanvang van het risico en die net voor de toepassing van de “dertig dagen-regel” of de voortgezette verzekering een inschakelingsuitkering, een stage-uitkering, opleidingsuitkering of een vestigingsuitkering heeft genoten</li> <li>◦ Gerechtigde voor wie het ziekenfonds nog niet over de gegevens van het inlichtingsblad beschikt</li> </ul>	64,2388	41,7552	35,3313	25,6955	62,6328	52,1940	70,9838	60,5450
<u>9 jaar ervaring:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Verzekerde - andere dan de bij de rubriek “0 jaar ervaring” vermelde verzekerden - die over geen enkel referentie-loon beschikt bij aanvang van het risico en die niet de hoedanigheid van gecontroleerd werkloze heeft (na bijvoorbeeld de toepassing van de voortgezette verzekering).</li> </ul>	66,3296	43,1142	36,4813	26,5318	64,6713	53,8928	73,2941	62,5156

Deze bedragen houden geen rekening met de toepassing van de minima's.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts  
De h. Luc Maroy  
De h. Frank Nassen  
Mevr. Isabelle Daumerie  
De h. Jan Demey  
Mevr. Nancy Demarneffe  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Natalia Golovneva  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Françoise Garet  
Mevr. Caroline Schellis  
Mevr. Marie Lejeune

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726