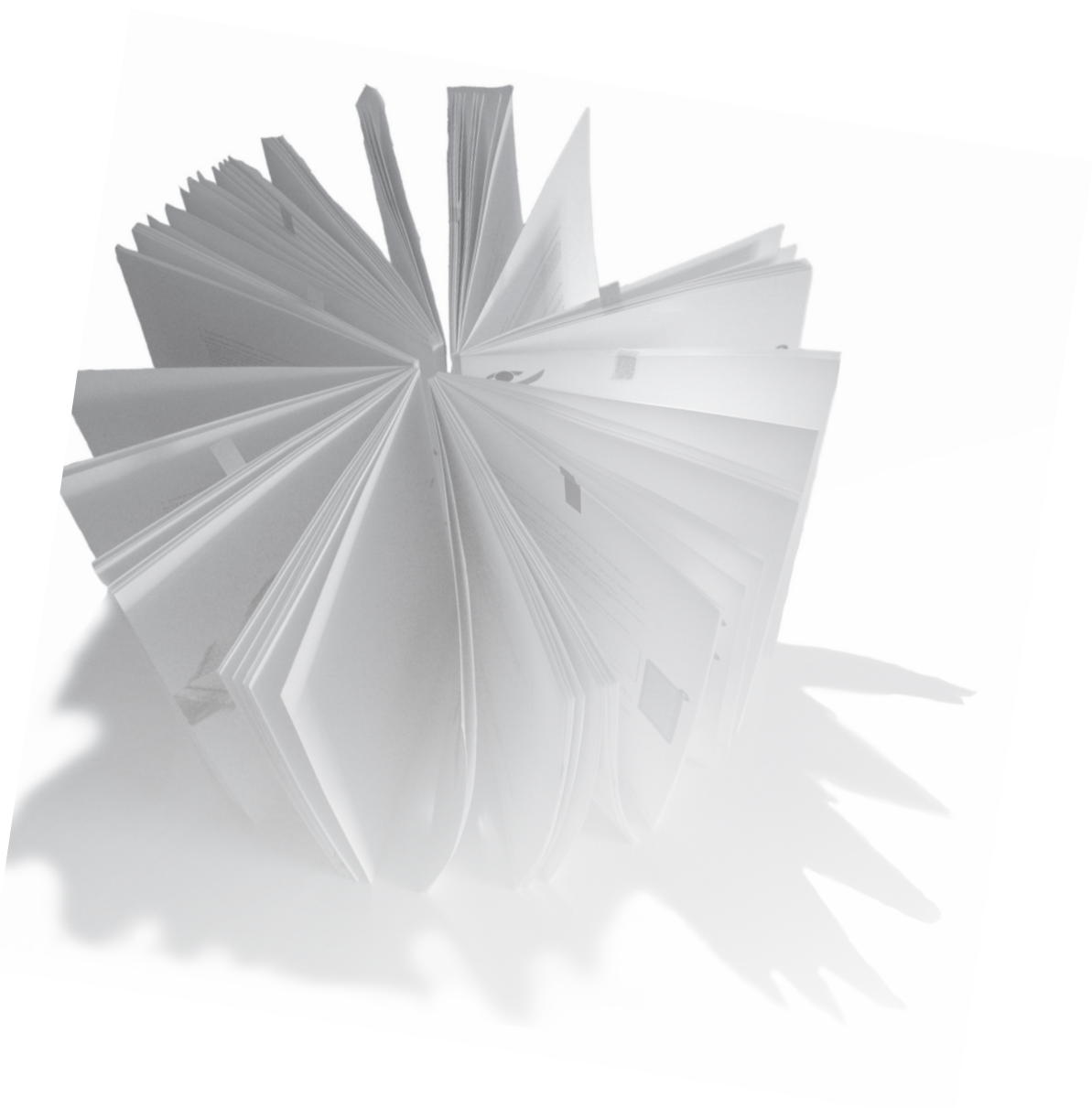


1^e Deel Studies



De elektronische (of numerieke) handtekening

Door Guy LOMBAERTS, Adviseur-generaal

1. Definities

Wat is de elektronische handtekening ?

De “elektronische handtekening” is een elektronisch mechanisme, gebaseerd op het gebruik van cryptografische functies, met als doel dezelfde functionaliteiten en garanties dan de handgeschreven handtekening te verschaffen. Dit concept wordt ook aangeduid door de term “digitale handtekening”¹ en/of “numerieke handtekening”.

In de Amerikaanse federale wet (de *Federal ESIGN Act*) worden (de) elektronische handtekeningen als volgt gedefinieerd: *“Een elektronisch geluid, symbool of proces dat verbonden is met of logisch gekoppeld is aan een contract of ander document, dat gebruikt wordt door een persoon met de intentie dat document te ondertekenen.”*

Volgens de tekst van de Belgische wet van 9 juli 2001 houdende vaststelling van bepaalde regels in verband met het juridisch kader voor elektronische handtekeningen en certificatie diensten (art. 2, 1^o), is een elektronische handtekening *“een gegeven in elektronische vorm, vastgehecht aan of logisch geassocieerd met andere elektronische gegevens, die worden gebruikt als middel voor authenticatie”*.

Die definitie die al van 2001 dateert, leunt nochtans zeer dicht aan bij de definitie die vermeld is in de *Verordening (EU) nr. 910/2014 van 23 juli 2014 over de elektronische identificatie en de vertrouwensdiensten*, namelijk een elektronische handtekening² stemt overeen met *“gegevens in elektronische vorm die gehecht zijn aan of logisch verbonden zijn met andere gegevens in elektronische vorm en die door de ondertekenaar worden gebruikt om te ondertekenen”*.

Die verschillende definities omvatten alle types van elektronische handtekening, zoals handgeschreven gescande handtekeningen, biometrische handtekeningen (stemherkenning, irisherkenning of herkenning van vingerafdrukken), digitale handtekeningen of nog de eenvoudige codes van elektronische bankkaarten of identiteitskaarten (PINcode).

Er bestaat inderdaad een grote verscheidenheid aan elektronische handtekeningen die zich van elkaar onderscheiden door de gebruikte technologie, hun veiligheidsniveau en hun juridische waarde.

Net als een handgeschreven handtekening voor een papieren document creëert het elektronisch ondertekenen van een elektronisch document dus in een eerste fase een verbintenis tussen het document en de ondertekenaar. Deze (zo) vastgestelde link kan verschillende doelen hebben, bepaald door het document zelf of door de context waarin de handtekening zich voordoet, bijvoorbeeld:

- identificeren van de auteur van een document
- aantonen dat de ondertekenaar instemt met de voorwaarden van het document
- aangeven dat het document is gelezen door de ondertekenaar
- enz.

1. Het begrip “digitale handtekening” is een anglicisme, het adjectief “digitaal” verwijst niet naar de vingers of de tenen, maar naar de getallen (“digit” in het Engels).

2. Gewoonlijk “Verordening eIDAS” genoemd.

Welke types van handtekening zijn juridisch bindend?

Afhankelijk van de aard van het document dat ondertekend wordt, wordt een elektronische handtekening in de vorm van een numeriek beeld van de handgeschreven handtekening van de ondertekenaar in de meeste landen als juridisch bindend beschouwd, ondanks de verschillen van land tot land en van rechtssysteem tot rechtssysteem.

Voor talrijke internationale reglementeringen (bv. de Europese eIDAS-verordening) en reglementeringen van intern recht³ (in België, gewoonlijk Digital Act genoemd⁴ waarin de Europese verordening wordt omgezet) worden voortaan eerder numerieke dan elektronische handtekeningen gebruikt, want een numerieke handtekening die de authenticiteit en de integriteit bevestigt⁵, kan door de rechtbanken worden aanvaard. Ze heeft inderdaad een grotere bewijskracht dan de gewone gescande reproductie van de handgeschreven handtekening.

De keuze van het type van handtekening dat moet worden aangebracht, zal afhangen van het type document dat moet worden ondertekend en van het vereiste authenticiteitsniveau van het document. We komen hierop later terug.

2. Algemene context – het bewijsrecht (in de zin van het Burgerlijk Wetboek)

Het Belgisch bewijssysteem is strikt gereguleerd: onder invloed van de Franse “Code civil” van 1804, de code Napoléon genoemd, was het geschrift op papieren drager waarop een handgeschreven handtekening werd aangebracht, gedurende bijna twee eeuwen de norm. Het is immers slechts op het einde van de 20^e eeuw dat de wetgever dat bijna feitelijke monopolie heeft opgeheven, dat ontstaan was uit de voorrang van het geschrift (op papier) op bewijsvlak. Tot dan waren alleen de bewijsmiddelen die vermeld zijn in de artikelen 1341 en volgende van het Burgerlijk Wetboek toegelaten, meer bepaald zodra het voorwerp van de transactie een bepaald bedrag overschreed (375 EUR).

Het bestaan en de inhoud van de juridische akte moesten worden bewezen met een onderhandse akte, namelijk een origineel geschrift dat dient als onderhandse akte op voorwaarde dat de handtekening is erkend.

Omdat er noch voor het geschrift, noch voor de handtekening een wettelijke definitie bestond, was het moeilijk om een elektronisch document, een elektronische fax of brief als een correct geschrift te beschouwen in de zin van artikel 1341 van het Burgerlijk Wetboek.

3. In Luxemburg werd de wet van 14.08.2000 goedgekeurd “relative au commerce électronique modifiant le code civil, le nouveau code de procédure civile, le code de commerce, le code pénal et transposant la directive 1999/93 relative à un cadre communautaire pour les signatures électroniques”; in Frankrijk gaat het om de wet van 13.03.2000 “portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l’information et relative à la signature électronique qui règle la matière”.
4. De benaming ‘Digital Act’ verwijst in feite naar de wet van 21.07.2016 waarvan de volledige titel luidt als volgt: ‘Wet tot uitvoering en aanvulling van de verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23.07.2014 betreffende de elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van Richtlijn 1999/93/EG, houdende invoeging van titel 2 in boek XII ‘Recht van de elektronische economie’ van het Wetboek van economisch recht, en houdende invoeging van de definities eigen aan titel 2 van boek XII en van de rechtshandhabingsbepalingen eigen aan titel 2 van boek XII, in de boeken I, XV en XVII van het Wetboek van economisch recht’.
5. We merken in dit verband op dat de numerieke handtekening eigenschappen heeft die de klassieke handgeschreven handtekening niet bezit, omdat die laatste de integriteit van het ondertekende geenszins verzekert.

Naar een eengemaakte Europese regelgeving

Omdat België niet de enige Europese staat was die zich in die situatie bevond, heeft de Europese Commissie eind 1999 een Richtlijn 1999/93/EG aangenomen over de elektronische handtekening, die in verschillende fasen in het Belgisch recht is omgezet.

De eerste fase bestond uit een wijziging van het begrip “handtekening” dat is opgenomen in artikel 1322 van het Burgerlijk Wetboek en uit de invoering in ons bewijsrecht van een “functionele” definitie van de handtekening, dat wil zeggen een definitie met betrekking tot de functies die de handtekening moet vervullen, ongeacht de drager ervan (cf. wet van 20.10.2000⁶).

Vanaf toen werd een handtekening ook “een geheel van elektronische gegevens dat aan een bepaalde persoon kan worden toegerekend en het behoud van de integriteit van de inhoud van de akte aantoonst”.

Wat de toelaatbaarheid in het bewijsrecht betreft, kon de rechter een elektronische handtekening vanaf dan niet meer verwerpen louter op grond van het feit dat de handtekening elektronisch was, maar hij was nog niet verplicht om daaraan “bewijskracht” te verlenen. Het is echter zo dat de rechter een elektronisch document slechts in aanmerking kan nemen als het “bewijskracht” heeft.

De tweede fase was dus bedoeld om aan bepaalde elektronische handtekeningen bewijskracht te geven. Dat gebeurde door de goedkeuring van de wet van 9 juli 2001 houdende vaststelling van bepaalde regels in verband met het juridisch kader voor elektronische handtekeningen en certificatie-diensten (B.S. 29.09.2001).

Die wet kende een duidelijk juridisch statuut toe aan twee types van elektronische handtekening:

- de “gewone” elektronische handtekening die gedefinieerd wordt als “een gegeven in elektronische vorm, vastgehecht aan of logisch geassocieerd met andere elektronische gegevens en die wordt gebruikt als middel voor authenticatie”. Dat type van handtekening treft men dagelijks aan in allerlei technologieën (geheime codes, symmetrische of asymmetrische cryptografie, biometrische handtekening, ...)
- de “geavanceerde” elektronische handtekening die gedefinieerd wordt als een elektronische handtekening die voldoet aan de volgende eisen:
 - zij is op unieke wijze aan de ondertekenaar verbonden
 - zij maakt het mogelijk de ondertekenaar te identificeren
 - zij wordt aangemaakt met middelen die de ondertekenaar onder zijn uitsluitende controle kan houden
 - zij is op zodanige wijze aan de gegevens waarop zij betrekking heeft, verbonden dat elke latere wijziging van de gegevens kan worden opgespoord.

Die laatste methode had een groot voordeel: mits enkele voorwaarden worden nageleefd, verwerft ze bewijskracht en kan ze zonder meer helemaal worden gelijkgesteld met een handgeschreven handtekening. Wat waren die voorwaarden? De geavanceerde elektronische handtekening moet gebaseerd zijn op een gekwalificeerd certificaat en moet worden aangemaakt met een veilig middel voor het aanmaken van elektronische handtekeningen, zoals beschreven wordt in bijlage III van de wet van 9 juli 2001.

Wat “e-government” betreft, zijn de wet van 20 oktober 2000 tot invoering van het gebruik van telecommunicatiemiddelen en van de elektronische handtekening in de gerechtelijke en de buitengerechtelijke procedure en de wet van 9 juli 2001 houdende vaststelling van bepaalde regels in verband met het juridisch kader voor elektronische handtekeningen en certificatie-diensten hoofdzakelijk van toepassing op de relaties tussen de burgers en de overheid, via Internet, en in het bijzonder op de elektronische handtekening aangebracht met behulp van de elektronische identiteitskaart.

6. Wet tot invoering van het gebruik van telecommunicatiemiddelen en van de elektronische handtekening in de gerechtelijke en de buitengerechtelijke procedure (B.S. 22.12.2000).

Vervolgens werd bij wet van 24 februari 2003 betreffende de modernisering van het beheer van de sociale zekerheid (BS 02.04.2003) het gebruik van de elektronische handtekening uitgebreid tot de elektronische communicatie tussen ondernemingen en de federale overheid; in artikel 4/1 van deze wet wordt gepreciseerd: *“Een handtekening aangebracht met behulp van een elektronische identiteitskaart (e-ID) wordt gelijkgesteld met een handgeschreven handtekening”*.

De Digital Act van 2016 heeft bij ons voor een beslissende ommekeer gezorgd.

Zo komt men bij de nieuwe Verordening (EU) nr. 910/2014 van 23 juli 2014 over de elektronische identificatie en de vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt (en tot intrekking van Richtlijn 1999/93/EG) die in werking is getreden op 1 juli 2016. Artikel 25 van de verordening stelt: *“Het rechtsgevolg van een elektronische handtekening en de toelaatbaarheid ervan als bewijsmiddel in gerechtelijke procedures mogen niet worden ontkend louter op grond van het feit dat de handtekening elektronisch is of niet aan de eisen voor gekwalificeerde elektronische handtekeningen voldoet.”*

Een gekwalificeerde elektronische handtekening heeft hetzelfde rechtsgevolg als een handgeschreven handtekening”.

Zoals hierboven is gezegd, werd die Europese verordening omgezet in Belgisch intern recht bij de wet van 21 juli 2016, de zogenaamde ‘Digital Act’ (BS 28.09.2016) die een reglementair kader schept voor de digitale economie die in volle ontwikkeling is, en voor de digitalisering van de contacten tussen burgers en ondernemingen aan de ene kant en de overheid aan de andere kant.

Bij de wet van 21 juli 2016 wordt een titel 2 “Bepaalde regels in verband met het juridisch kader voor vertrouwensdiensten” ingevoegd in het boek XII “Recht van de elektronische economie” van het Wetboek van economisch recht⁷. Hoewel een Europese verordening technisch gezien geen omzetting in nationaal recht vereist, wat wel het geval is bij een richtlijn, is het toch zo dat hoofdstuk III van de eIDAS-verordening over de “vertrouwensdiensten” een wetgevende tussenkomst op nationaal niveau noodzakelijk maakt om te zorgen voor de uitvoering ervan. Zo bepaalt de wetgever op precieze wijze de toepasselijke sancties in geval van niet-naleving van de bepalingen van de verordening en van de Belgische wet in verband met de hiervoor genoemde vertrouwensdiensten.

De Belgische wetgever heeft ook een volledig en samenhangend geheel van regels vastgelegd die als doel hebben het aanbod en het gebruik van elektronische archiveringsdiensten juridisch te omkaderen. Als men voor het sluiten, het overdragen en het bewaren van een juridische akte een elektronische procedure overweegt, lijkt het inderdaad belangrijk om voor al deze procedurefasen in een juridisch kader te voorzien, ook voor de laatste fase, die bestaat uit de archivering van de akte, en niet alleen de handtekening, datering en verzending ervan.

De Belgische regels sluiten aan bij de doelstellingen en de gedachtegang van de eIDAS-verordening. Ze nemen dezelfde principes over als vastgesteld door deze verordening voor de andere vertrouwensdiensten (elektronische handtekening, zegel, datumstempel, aangetekende zending). Zij beogen om zowel de elektronische archivering van origineel elektronische documenten als de elektronische archivering van documenten op papier (in het kader van het digitaliseren/inscannen) te omvatten.

7. Zie de Europese verordening nr. 910/2014 van 23.07.2014 over de elektronische identificatie en de vertrouwensdiensten, FOD Economie December 2016.

Naast het oorspronkelijke stelsel in verband met de elektronische archivering legt de Belgische wet ook bepalingen vast over hybride aangetekende zendingen, de intrekking, schorsing en het verval van gekwalificeerde certificaten van elektronische handtekening en van elektronisch zegel, de vertrouwende partij van een gekwalificeerde elektronische handtekening of een gekwalificeerd elektronisch zegel, de stopzetting van de activiteiten van een gekwalificeerde vertrouwensdienstverlener die een of meer gekwalificeerde vertrouwensdiensten verleent, alsook de mogelijkheid een natuurlijke persoon te identificeren die zich schuilhoudt achter een pseudoniem of een elektronisch zegel.

De beoogde bepalingen streven duidelijk naar een evenwicht tussen soepelheid en veiligheid. Naar het voorbeeld van het stelsel dat al van toepassing is op de andere vertrouwensdiensten in het kader van de verordening 910/2014, wordt het juridisch kader over elektronische archivering gezien als een “juridische gereedschapskist” die de gebruikers toelaat om een beroep te doen op deze dienst om hun risico’s te beheren, voornamelijk voor gegevens of documenten die juridische waarde bezitten. Met het oog hierop wordt in een aantal vermoedens voorzien ten voordele van de diensten van elektronische archivering die in de zin van de wet als “gekwalificeerd” worden beschouwd, alsook voor andere gekwalificeerde vertrouwensdiensten in de zin van de verordening.

Bij de wet van 21 juli 2016 worden ook de voornoemde wet van 9 juli 2001 houdende vaststelling van bepaalde regels in verband met het juridisch kader voor elektronische handtekeningen en certificatediensten en het Koninklijk Besluit van 6 december 2002 houdende organisatie van de controle en de accreditatie van de certificatedienstverleners die gekwalificeerde certificaten afleveren, opgeheven.

Tot slot is de laatste evolutie in het domein van de elektronische akten de uitbreiding van de elektronische handtekening tot de authentieke akten, dat wil zeggen de akten die opgesteld worden door openbare ambtenaren (zoals notarissen, ambtenaren van de burgerlijke stand, magistraten of gerechtsdeurwaarders) die in de hoogste rang staan wat het schriftelijke bewijs betreft.

Artikel 1317 van het Burgerlijk Wetboek stelt⁸ dat voor de authentieke akten die door een openbaar ambtenaar in gedematerialiseerde vorm zijn opgemaakt, verleden of betekend, enkel een gekwalificeerde elektronische handtekening, bedoeld in artikel 3.12. van de verordening (eIDAS) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt, voldoet aan de voorwaarden van een handtekening.

3. De elektronische of numerieke handtekening zet in op betrouwbaarheid in de dematerialisatieprojecten

De elektronische handtekening is vandaag het sleutelement van de lopende dematerialisatiefase. Voor een welgeslaagd dematerialiseringsproces mogen de overheidsinstellingen zich niet afzijdig houden op het vlak van de numerieke handtekening. Arbeidsovereenkomsten en andere, actieve huurcontracten, medische dossiers... Voor talrijke gedematerialiseerde documenten met een grote juridische waarde is een betrouwbare handtekening vereist.

Vergeleken met de papieren versie is de tijdswinst niet onbelangrijk: de verwerking van een document, vanaf de aanmaak tot de ondertekening ervan, neemt in plaats van verscheidene dagen minder dan één dag in beslag. Men heeft dat tijdens het proefproject dat het RIZIV in 2017 heeft gestart voor de numerieke handtekening van de nieuwe telewerkcontracten vastgesteld.

8. Zie art. 315, 1^o van de wet van 06.07.2017 houdende vereenvoudiging, harmonisering, informatisering en modernisering van bepalingen van burgerlijkrecht en van burgerlijk procesrecht alsook van het notariaat, en houdende diverse bepalingen inzake justitie (B.S. 24.07.2017).

De elektronische handtekening zorgt bovendien voor een reëel vertrouwen in de numerieke uitwisselingen tussen het RIZIV en zijn externe partners (bv. de zorgverleners die tegemoetkomingsaanvragen kunnen indienen met behulp van intelligente formulieren of de gegevens kunnen wijzigen in hun persoonlijk dossier), de andere instellingen of nog de leveranciers (geïnformateerde procedures voor overheidsopdrachten).

Handgeschreven handtekening versus numerieke handtekening

Sinds vele jaren wordt de elektronische handtekening beschouwd als een equivalent van de handgeschreven handtekening. Ze hebben namelijk juist dezelfde wettelijke waarde.

De numerieke handtekening die vandaag wordt gedefinieerd als een numeriek mechanisme dat gebaseerd is op cryptografietechnieken, is bedoeld om aan een derde te bewijzen dat een elektronisch document goedgekeurd werd door een geïdentificeerde persoon.

Zoals dat het geval is voor de handgeschreven handtekening, kan aan de hand van de numerieke handtekening de auteur van het document zeer gemakkelijk worden geïdentificeerd. Bovendien wordt hier ook de integriteit van het document verzekerd. Door het aanbrengen van een numerieke handtekening garandeert de instelling dat het document niet gewijzigd werd na de handtekening.

Daarom wordt de numerieke handtekening vandaag beschouwd als betrouwbaarder dan een handgeschreven handtekening, omdat ze niet alleen de identiteit van de ondertekenaar verzekert, maar ook de integriteit van het document.

De numerieke handtekening bij het RIZIV

Het dematerialiseringsproces dat bij het RIZIV aan de gang is, verloopt via een steeds meer doorgedreven gebruik van de elektronische en/of numerieke handtekening. In de numerieke wereld moeten, zoals dat het geval is in de niet-gedematerialiseerde bedrijfsprocessen, niet alle originele documenten ondertekend worden, verre van.

Alleen wanneer de organisatie of een persoon die tot die organisatie behoort en die een numeriek stuk heeft aangemaakt, (immers) wil bewijzen dat hij/zij wel degelijk de auteur van dat stuk is, dat het representatief is voor zijn /haar wil, dat het stuk wel degelijk door hem/haar gecreëerd is en dat hij/zij sinds de aanmaak ervan daarin niets heeft veranderd, dat heeft hij/zij geen andere keuze dan een numerieke handtekening voor dat stuk te gebruiken.

De numerieke handtekening is dus het middel voor die organisatie of die persoon om te bewijzen dat zij/hij wel degelijk de enige aanmaker is van een numeriek bestand, dat aldus niet kan worden vervalst.

In een eerste fase van de integratie van de numerieke handtekening in onze processen moet dus een globaal ondertekeningbeleid worden vastgelegd (Signature policy).

Een efficiënt numeriek ondertekeningbeleid gaat gepaard met expliciete richtlijnen:

- types van documenten die compatibel zijn met de numerieke handtekening
- best practices
- informatie die in de verschillende types van documenten moet worden opgenomen.

Op het niveau van het RIZIV moeten de belangrijkste criteria aan de hand waarvan de verschillende types van documenten kunnen worden bepaald waarvoor een numerieke handtekening kan worden gebruikt, gelinkt worden aan het “bedrijfsrisico”, dat wil zeggen aan de identificatie van de gevolgen op het vlak van verantwoordelijkheden, financiën, imago, potentiële nadelen voor de beoogde geadresseerden.

Waarom ondertekenen?	Voor wie ondertekenen?	Welke waarde heeft mijn handtekening?
Een handtekening dient om te bewijzen wie aan de oorsprong ligt van een numerieke informatie en die handtekening is slechts verplicht wanneer het een risico inhoudt als men niet over dat bewijs beschikt.	Een handtekening dient hoofdzakelijk de behoeften van de "geadresseerden" die de naam moeten kennen van de persoon die de numerieke handtekening heeft aangebracht of eenvoudigweg van de organisatie die de numerieke informatie heeft verstrekt.	Een handtekening dient om een juridische waarde toe te kennen aan mijn numerieke informatie, in geval van een latere betwisting.

Zoals u in deze tabel kunt vaststellen, dient de handtekening hoofdzakelijk om de behoeften van de geadresseerden te vervullen die met zekerheid de herkomst van het numerieke document moeten kunnen achterhalen en/of om een juridische waarde toe te kennen aan het numeriek document in geval van een latere betwisting.

Welke types van documenten zijn daarbij betrokken?

Het gaat hier voornamelijk om alle documenten die tussen het RIZIV en derden (sociaal verzekerden, V.I., gerechtelijke overheden,...) moeten worden uitgewisseld en die als zodanig de handtekening van de overheid vereisen.



Bijvoorbeeld: krachtens artikel 181 van de GvU-wet vertegenwoordigt de administrateur-generaal het Instituut in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen en treedt hij rechtsgeldig op namens en voor rekening van het Instituut. Ingeval de administrateur-generaal verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door de adjunct-administrateur-generaal en ingeval deze verhinderd is door een door het Algemeen comité aangewezen ambtenaar van het Instituut.

Voor dat type van officiële documenten moet het bewijs worden geleverd dat ze wel degelijk afkomstig zijn van een geïdentificeerde en gemachtigde persoon (de administrateur-generaal van het RIZIV of zijn vervanger als hij verhinderd is) en dat de inhoud ervan ongewijzigd werd overgedragen. In dat geval is een geavanceerde numerieke handtekening vereist.

De overgrote meerderheid van de poststukken die elke dag op papier, met hoofding van het RIZIV, worden verzonden en waarvoor de geadresseerden alleen moeten weten dat ze afkomstig zijn van het RIZIV, zou van een numerieke handtekening (gescande handtekening) of zelfs van een elektronisch zegel kunnen worden voorzien⁹, zoals dat bepaald is in de wet van 21 juli 2016.

Naast het feit dat de gekwalificeerde handtekening slechts van belang is wanneer de post elektronisch wordt verstuurd naar de geadresseerde, mag men niet vergeten dat die geadresseerde de elektronische handtekening moet kunnen 'lezen' (= ontcijferen) (men gaat ervan uit dat hij over software beschikt die deze functie ondersteunt)!

We herinneren er bovendien aan dat behoudens andersluidende wettelijke bepalingen en ook al zijn de openbare overheden geneigd om de voorkeur te geven aan de elektronische uitwisselingen, niemand verplicht kan worden om een juridische akte langs elektronische weg te stellen. Zo ook kan niemand verplicht worden om procedurele handelingen langs elektronische weg te stellen of documenten betreffende die procedurele handelingen langs elektronische weg te ontvangen¹⁰.

9. Opmerking: wat is het verschil tussen een elektronische handtekening en een elektronisch zegel? Het zegel identificeert een rechtspersoon terwijl de handtekening de natuurlijke persoon identificeert.

10. Art. XII., 25, § 1 van het Wetboek van economisch recht en art. 4 van de wet van 10.07.2006 betreffende de elektronische procesvoering.

Vandaag de dag kan dat zeker overwogen worden voor de uitwisselingen tussen de openbare of samenwerkende instellingen (bv. de V.I.'s) en op termijn voor de privépersonen: om technische en juridische redenen die verband houden met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zou het riskant zijn om een beslissing met persoonlijke, zelfs medische gegevens naar een privépersoon te sturen via een niet-beveiligde privémailbox. Er worden momenteel oplossingen bestudeerd (onder meer het gebruik van de eBox of de eHealthbox).

Tot slot is het ook nuttig om mee te delen dat de gebruiksvoorwaarden voor de 'gewone', namelijk de gescande handtekening, al voor de hoven en rechtbanken zijn behandeld. Degenen die daarin geïnteresseerd zijn, kunnen een analyse van de rechtspraak raadplegen¹¹ waarin tot slot de raad die aan onze informatici is gegeven, is opgenomen, namelijk: "(...) (vertaling) erop toezien dat er technische mechanismen worden gehanteerd aan de hand waarvan de ondertekenaar van het document en zijn toetreding tot de inhoud van de akte met zekerheid kunnen worden geïdentificeerd, alsook een middel waarmee het behoud van de integriteit van het ondertekende document kan worden bewezen. Om de rechter te overtuigen zullen die instellingen hem bijvoorbeeld een goede documentering van het digitaliserings-, bewarings- en eventueel elektronisch dateringsproces van de elektronisch aangemaakte documenten moeten voorleggen".

Tot slot hangt de keuze van een bepaald type van handtekening af van het gebruik dat men van die numerieke handtekening wil maken:

- de "gewone" elektronische handtekening volstaat voor een toepassing die geen hoge beveiliging vereist. Zo kan een handgeschreven gescande handtekening zeer goed worden gebruikt voor alle gewone poststukken
- de "geavanceerde" numerieke handtekening zij moet op unieke wijze aan de ondertekenaar verbonden zijn, de identificatie van de ondertekenaar mogelijk maken, worden aangemaakt met middelen die de ondertekenaar onder zijn uitsluitende controle kan houden en op zodanige wijze aan de gegevens waarop zij betrekking hebben, zijn verbonden dat elke latere wijziging van de gegevens kan worden opgespoord
- de "gekwalficeerde" numerieke handtekening: dat is een "geavanceerde" elektronische handtekening die gebaseerd is op een gekwalficeerd certificaat en die moet worden aangemaakt met een veilig middel voor het aanmaken van elektronische handtekeningen, zoals bepaald is in de wet van 21 juli 2016.

De gekwalficeerde numerieke handtekening biedt het hoogste veiligheidsniveau dat momenteel op Europees niveau is vastgelegd¹².

Met E-Signing zal de numerieke handtekening geleidelijk worden geïntegreerd in de processen van het RIZIV in het kader van de nieuwe versie van IOC (In and Outbound Communication) die onze toepassingen voor dossierbeheer ondersteunt.

Op technisch vlak zouden drie types van elektronische handtekening in IOC V2 vanaf 2018 beschikbaar moeten zijn:

1. de gekwalficeerde elektronische handtekening (QES) die als het equivalent van de handgeschreven handtekening wordt beschouwd. De IC-dienst zal een QES-oplossing creëren die zal losstaan van het proces van uitgaande post. Om een document met een handtekening van het type QES te ondertekenen, zal de ondertekenaar voor elk document in het algemeen de volgende acties moeten ondernemen:

- zich connecteren met de toepassing en het te ondertekenen document selecteren
- het proces voor elektronische ondertekening vanuit die toepassing starten

11. Zie "Note d'observations": 'Signature scannée : quand une technologie simple confronte le juriste à des questions complexes, J-B. Hubin, Revue du droit des technologies de l'information n° 56/2014".

12. Ook de Duitse wetgever heeft beslist om die drie concepten van elektronische handtekening te erkennen in de "Signaturgesetz": de gewone elektronische handtekening, de geavanceerde elektronische handtekening en de gekwalficeerde elektronische handtekening.

- de visualiseringsparameters kiezen:
 - image-based handwritten signature
 - full name
 - timestamp
 - eID Photo
 - eID Photo watermarked
 - enz.
- zich aanmelden met zijn eID + pincode
- het ondertekende document ontvangen.

2. het gekwalificeerd elektronisch zegel (eSeal) waarvan het RIZIV dat door de administrateur-generaal, Jo De Cock, wordt vertegenwoordigd, de gerechtigde rechtspersoon zou zijn. Dat type van handtekening zal worden geïntegreerd in het proces van de uitgaande post en zou geschikter zijn voor de ondertekening van grote volumes. Bovendien zal het in de oplossing die voorgesteld wordt in het project IOC V2, mogelijk zijn om de gewone handtekening te combineren met het elektronisch zegel of de gekwalificeerde handtekening (zie de visualiseringsparameters);

3. bij de gewone elektronische handtekening (SES) wordt gebruik gemaakt van het beeld van de handgeschreven handtekening om de uitgaande documenten of post te ondertekenen. Voor dat type van handtekening wordt de identiteit van de ondertekenaar helemaal niet gecontroleerd.

Het type van handtekening dat voor een bepaald document moet worden gebruikt, zal door de business (niet door IOC) moeten worden bepaald. Zoals hierboven is gezegd (zie tabel op p. 7) zal men zich voor elk te ondertekenen document moeten afvragen of de handtekening als individu (QES) of als entiteit (eSeal) wordt aangebracht en hoe groot de te ondertekenen volumes zullen zijn. Afhankelijk van het gekozen type van elektronische handtekening zal de gebruiker via zijn toepassing een beroep doen op de QES-dienst (gekwalificeerde elektronische handtekening) of de eSeal- en SES-oplossingen die geïntegreerd zijn in het systeem IOC message broker.

Bronnen en bibliografie

PUBLICATIES

- Hervé JACQUEMIN, Les services de confiance depuis le règlement eIDAS et la loi du 21 juillet 2016, JTT 2017, p. 197
- Hervé JACQUEMIN, L'identification électronique et les services de confiance depuis le règlement eIDAS, LARCIER - Collection du CRIDS, 2016
- Eric-A. CAPRIOLI, Signature électronique et dématérialisation - Droits et pratiques, LEXIS NEXIS Droit & Professionnels, 2014
- J.-B. HUBIN, Note d'observations : Signature scannée : quand une technologie simple confronte le juriste à des questions complexes, Revue du droit des technologies de l'information, n° 56/2014, p. 122
- Dimitri MOUTON, Sécurité de la dématérialisation - De la signature électronique au coffre-fort numérique, une démarche de mise en œuvre, EYROLLES, 2012.

INTERNETBRONNEN

- De Europese verordening nr. 910/2014 van 23 juli 2014 over de elektronische identificatie en de vertrouwensdiensten, FOD Economie - December 2016
- Murielle CAHEN, La signature électronique et le droit européen, Article juridique posté le 17 avril 2015 sur Legavox.fr
- Eric A. CAPRIOLI & Anne CANTERO, Aspects légaux et réglementaires de la signature électronique, www.caprioli-avocats.com
- Arnaud HULSTAERT, Signature et archivage des documents sortants, posté le 8 novembre 2011 sur SMALS RESEARCH.

2^e Deel

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



4^{de} trimester 2017

1. Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2017	30.08.2017	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken
13.12.2017	30.09.2017	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- afschaffing van het Beheerscomité voor de mijnwerkers. De bevoegdheden worden toevertrouwd aan het “Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen” (vanaf 01.01.2018)
- naamsverandering van de Technische Geneeskundige Raad en uitbreiding van de bevoegdheden (vanaf 01.01.2018). Het gaat om een fusie tussen het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid en de Technische Geneeskundige Raad. Voortaan zal “Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid” de nieuwe benaming zijn
- overdracht van de gegevens door de adviserend arts; specifiek voorzien in de overdracht van gegevens met betrekking tot de pathologieën die de oorzaak zijn van arbeidsongeschiktheid (van kracht sinds 26.10.2017)
- professionele re-integratie – delegatie verleend aan de Koning (van kracht sinds 26.10.2017) heeft tot doel de Koning toe te laten om, zonder beperking in de tijd, bij een in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit, de voorwaarden en de modaliteiten vast te leggen voor de tenlasteneming van de programma’s voor beroepsherscholing door de uitkeringsverzekering
- formele aanpassingen aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (in werking getreden op de 10^e dag na de bekendmaking in het B.S.: 26.10.2017)
- wijziging van het Koninklijk besluit van 10 juni 2001 waarin, met toepassing van artikel 39 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, het uniform begrip “gemiddeld dagloon” wordt vastgesteld en sommige wettelijke bepalingen in overeenstemming worden gebracht (met uitwerking op 01.01.2017).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.12.2017 - Editie 1	25.12.2015	Programmawet

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- hervorming van de financiering van de geneeskundige verzorging voor geplaatste geïnterneerden. Om een uniforme financiering van de geneeskundige verzorging voor alle geïnterneerden en een gelijke behandeling van alle verzekerden te verzekeren, neemt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vanaf 1 januari 2018 de geneeskundige verzorging voor geplaatste geïnterneerden ten laste volgens de gebruikelijke regels. De gebruikelijke regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn zowel van toepassing op de geplaatste geïnterneerden als de geïnterneerden die op proef vrij zijn. De hervorming raakt niet aan de financiering van de geneeskundige verzorging van geïnterneerden in forensische psychiatrische centra, noch van geïnterneerden die verblijven in instellingen die tot de bevoegdheid van de FOD Justitie behoren
- de inning regelen van de heffingen op het omzetcijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor 2018
- het facturatie-niveau van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die in het ziekenhuis zijn afgeleverd en waarvoor een referentietrugbetalingssysteem van toepassing is, is vanaf 1 januari 2018 met 10 % gedaald
- de terugbetaling van de geneesmiddelen waarvoor generische alternatieven bestaan, beperken tot die geneesmiddelen waarvan de vergoedingsbasis beantwoordt aan de definitie van het goedkoopste voorschrift
- goedkoop voorschrift
- de maatregel “biologische geneesmiddelen” wordt driemaandelijks toegepast (januari, april, juli en oktober). In 2018 wordt het verminderingpercentage opgetrokken tot 15 %, tegenover de huidige 10 %. Er wordt ook een regularisatie doorgevoerd
- wijzigingen in de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid
- aanpassing van de begrotingsdoelstelling.

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
12.10.2017	19.09.2017	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

Met het Koninklijk besluit worden in het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 de artikelen 122*octies*/1 tot 122*octies*/8 ingevoegd tot regeling van de voorwaarden en procedures voor de individuele accreditering van de arts.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.10.2017	15.10.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 12 februari 2009 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

Met dit Koninklijk besluit wordt het Interprofessioneel Akkoord 2017-2018 uitgevoerd, waarin wordt voorzien in een verlenging in 2017 en 2018 van de schorsing van de herwaarderingsmaatregel van 2 % betreffende het bedrag van de invaliditeitsuitkering van een gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid uiterlijk op 31 augustus van het betrokken jaar de duur van 15 jaar bereikt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.10.2017	18.10.2017	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

Met dit koninklijk besluit wordt het interprofessioneel akkoord 2017-2018 uitgevoerd met betrekking tot de verhoging van de inhaalpremie voor de invalide gerechtigden die op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar gedurende minstens 2 jaar arbeidsongeschikt zijn (verhoging op basis van de eventuele gezinslast).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2017 – Editie 2	23.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 326, § 2, h, 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

Artikel 326, § 2, h, wordt als volgt aangevuld:

“De betalingen waarvan het onverschuldigd karakter het gevolg is van het overlijden van de sociaal verzekerde, worden door de financiële instellingen, die de begunstigen zijn van de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, terugbetaald aan de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de modaliteiten te bepalen in een overeenkomst.

Deze overeenkomst wordt gesloten tussen de verzekeringsinstellingen en de kredietinstellingen waarvan de activiteit in België erkend is met toepassing van de wet van 25 april 2014 op het statuut van en het toezicht op kredietinstellingen en beursvennootschappen.

De sociaal verzekerde laat de gekozen financiële instelling toe alle onverschuldigde uitbetaalde bedragen aan de verzekeringsinstelling terug te betalen, door debitering van zijn bankrekening en binnen de grenzen vastgelegd in de conventie bedoeld in paragraaf 2.

Deze machtiging blijft van kracht na het overlijden van de sociaal verzekerde.”

3. Koninklijke besluiten tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.10.2017	18.09.2017	Koninklijk besluit houdende wijziging van het Koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden en regels vastgesteld betreffende de derdebetalersregeling voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen en wordt de aandacht gevestigd op de drie categorieën van derdebetalersregeling: de verplichte derdebetalersregeling, de facultatieve derdebetalersregeling en de verboden derdebetalersregeling.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.10.2017	19.09.2017	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

Artikel 37*bis*, § 1, C van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de 1^o wordt aangevuld met het rangnummer "103250".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2017	24.10.2017	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica

Samenvatting van de wijzigingen

Met het Koninklijk besluit worden de voorwaarden vastgesteld waaronder de zorgverleners die niet of gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden, honorariasupplementen kunnen toepassen voor de verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en genetica.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2017	21.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3 ^o , en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 is gewijzigd: de regel met het codenummer 1494442 is vervangen door een regel met het codenummer 3412459.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2017	21.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 2 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In hoofdstuk 3, afdeling 1, B, van deel 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 worden de middelen met de codenummers 2512812-7105463, 2513174-7108368 en 2739324-7108343 geschrapt.

In hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 3 van deel 1 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 worden de middelen met de codenummers 3513389-7113376 en 3586906-7113384 toegevoegd en de middelen met de codenummers 2583045-7109531, 2998151-7111701, 2998144-7111693, 2278901-7110919 en 2998169-7111685 geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.10.2017	28.09.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van het percentage van het saldo van de subsidiaire heffing voorzien door artikel 191, eerste lid, 15 ^e <i>undecies</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Jaar 2016

Samenvatting van de wijzigingen

Het percentage van het saldo van de subsidiaire heffing 2016 wordt vastgesteld op 3,24 %, toe te passen op het omzetcijfer van 2016.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.12.2017	03.12.2017	Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 191, eerste lid, 15 ^e , vierde lid, 1 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Dit Koninklijk besluit laat de vergunninghouders van vervallen weesgeneesmiddelen toe om bij het RIZIV een verlenging van de uitsluiting van de heffing op het omzetcijfer te verkrijgen. Dat besluit bevat onder meer de voorwaarden en procedure die moet worden gevolgd om die verlenging en de daaropvolgende jaarlijkse monitoring te verkrijgen. Deze verlenging is afhankelijk van de afwezigheid van een vergoedbaar farmaceutisch alternatief en is beperkt tot een maximum van 5 jaar.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2017	15.10.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 33 <i>bis</i> van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Sinds 1 juli 2017 hebben alle zwangere vrouwen die dat wensen, recht op de terugbetaling van de niet-invasieve prenatale test. Het gaat om een opsporing in een bloedstaal van de moeder vanaf de 12^e zwangerschapsweek. Die nieuwe verstrekking (565611-565622) alsook de cumulatierregels en de bijhorende diagnoseregels, zijn ingevoegd in artikel 33*bis*, § 1 van de nomenclatuur.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.12.2017	29.11.2017	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 volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 5:
 - in § 1 wordt de rubriek “extracties” vervangen
 - in § 2 wordt de rubriek “extracties” vervangen
- in artikel 6:
 - in § 3*bis* worden de woorden “301173-301184 en 301210-301221” ingevoegd tussen de woorden “304916-304920, “ en de woorden “is enkel”
 - § 3*bis* wordt aangevuld met volgende toepassingsregel
 - § 3*quater* wordt vervangen
 - In § 4*quater* worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - a) de codenummers “374953-374964” en “304953-304964” worden geschrapt;
 - b) de woorden “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221” worden ingevoegd tussen de woorden “304931-304942” en de woorden “voor zorgverlening”
 - in § 18 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - a) de codenummers “374953-374964” en “304953-304964” worden geschrapt;
 - b) de woorden “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221” worden ingevoegd tussen de woorden “301136-301140” en de woorden “371254-371265”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.12.2017	29.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3 <i>bis</i> , 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 25, § 3*bis*, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden in de omschrijving van de verstrekking 590833,

1° de woorden “590590, 590612” tussen de rangnummers “590575” en “590634” ingevoegd;

2° de woorden “590715, 590730” tussen de rangnummers “590693” en “590752” ingevoegd.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.12.2017	29.11.2017	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

Ter uitvoering van het Interprofessioneel Akkoord 2017-2018 wordt met dit Koninklijk besluit voorzien in een verhoging van het bedrag van de volgende prestaties in de regeling voor zelfstandigen:

- de verhoging van de forfaits inzake primaire ongeschiktheid en invaliditeit (zonder stopzetting van het bedrijf) met 1,7 % (met ingang van 01.09.2017)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 5 % (met ingang van 01.10.2017)
- de verhoging van het forfait voor elke week moederschapsrust met 1,7 % (met ingang van 01.09.2017).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2017	17.12.2017	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

De carenttijd wordt vanaf 1 januari 2018 beperkt tot de eerste twee weken van primaire arbeidsongeschiktheid. De zelfstandige gerechtigde zal dus vanaf de vijftiende dag van arbeidsongeschiktheid aanspraak kunnen maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

6. Andere koninklijke besluiten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.10.2017	18.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen 1 en 2 bij het Koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten
18.10.2017	18.09.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen 1 en 2 bij het Koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met de koninklijke besluiten worden de bijlagen 1 en 2 bijgewerkt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.10.2017	08.10.2017	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 2017

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, wordt voor het jaar 2017 vastgesteld op 12,812065 miljoen EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.11.2017	12.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 2015 tot en met 2018 wordt het basisbedrag vastgesteld op 111.283,00 EUR en het aanvullend bedrag op 51,45 EUR per geldige uitgebrachte stem.

Vanaf 2016 worden de bedragen, bedoeld in § 2, aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2017	15.11.2017	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het Koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis

Samenvatting van de wijzigingen

Dit Koninklijk besluit vervangt bijlage 1 van het Koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis, en past punt D van de bijlage II aan in het Nederlands. Het Koninklijk besluit treedt in werking op 1 november 2017

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017 - Editie 1	12.11.2017	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017	12.11.2017	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens artikel 51, § 10 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen haar huishoudelijk reglement opgesteld dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Koning en in het Belgisch staatsblad werd bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017 - Editie 2	26.11.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2017 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
11.12.2017	26.11.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2017 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen beloopt 4.053,775 miljoen EUR voor het jaar 2017.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.12.2017	15.11.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie

Samenvatting van de wijzigingen

Er kunnen overeenkomsten worden gesloten tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de Centra voor radiotherapie die aan de in artikel 3 vermelde criteria beantwoorden, en gespecialiseerde hadrontherapiecentra met het oog op de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de behandeling met hadrontherapie.

Enkel de erkende radiotherapiecentra die een overeenkomst hebben gesloten, kunnen patiënten die aan de vooraf vastgestelde criteria voldoen, doorverwijzen naar een gespecialiseerd centrum voor hadrontherapie.

Dit Koninklijk besluit is op 1 oktober 2017 in werking getreden en houdt op uitwerking te hebben op 30 september 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.12.2017	29.11.2017	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

In het koninklijk besluit:

- wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de tandheelkundige verstrekkingen vastgesteld
- worden de codenummers “371151-371162, 371195-371206” ingevoegd tussen de codenummers “371136-371140” en “371254-371265”
- wordt het codenummer “374953-374964” geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2017	29.11.2017	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Logopedisten - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Logopedisten - Verzekeringsinstellingen werd goedgekeurd en is op 14 december 2017 in werking getreden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2017	03.12.2017	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers in 2017

Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk besluit worden de voorwaarden en de nadere regels vastgesteld volgens welke de tandheelkundige een tegemoetkoming van het RIZIV kan genieten in de kosten voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers voor het jaar 2017.

De tegemoetkoming voor de premie 2017 bedraagt 800 EUR.

7. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.10.2017 - Editie 1	27.09.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij 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
20.10.2017 – Editie 2	17.10.2017	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij 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
20.11.2017 – Editie 2	10.11.2017	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het Koninklijk besluit van 21 november 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
20.11.2017 – Editie 2	14.11.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij 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
21.12.2017	18.12.2017	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen 1, 2 en 4.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.11.2017	02.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt het opschrift G.9.1 aangevuld en worden de vergoedingsvoorwaarden gedefinieerd. De vergoedingsvoorwaarden G- § 08 worden eveneens gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.11.2017	03.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "C. Oto-rinolaryngologie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht in C.4.1 Materiaal voor (para)thyroïdectomie:

- de omschrijving en de terugbetalingsmodaliteiten van de verstrekkingen 154210-154221, 154136-154140, 154151-154162, 154173-154184, 154195-154206, 154114, 154125 en 165454-165465 worden vervangen
- de verstrekkingen 153996-154000, 154011-154022, 154033-154044, 154055-154066, 154070-154081 en 154092-154103 worden geschrapt.

In de vergoedingsvoorwaarde C- § 08 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het eerste lid wordt vervangen als volgt: "Teneinde een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te kunnen genieten voor de verstrekkingen betreffende het geheel van gebruiksmateriaal gebruikt tijdens een thyroïdectomie of parathyroïdectomie verricht met een ultrasoon dissector en/of bipolaire weefselfusie, moet aan volgende voorwaarden worden voldaan:"
- In "5.1. Cumul- en non-cumulregels" wordt het eerste lid geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2017 - Editie 1	19.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst en de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "H.5 Allerlei" wordt met de volgende verstrekking en zijn terugbetalingsmodaliteiten aangevuld: "182114-182125 Geheel van gebruiksmateriaal, met of zonder katheter, inclusief de bestanddelen noodzakelijk voor het creëren van het schuim, gebruikt tijdens een hysterosalpingo-foam-sonografie. Vergoedingsvoorwaarde: H- § 05"
- de vergoedingsvoorwaarde H- § 05 die bij de verstrekking hoort, wordt ingevoegd.

Aan de nominatieve lijsten die als bijlage 2 gaan, wordt een nieuwe nominatieve lijst 36501 toegevoegd, die hoort bij de bij dit besluit gevoegde verstrekking 182114-182125.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2017 - Editie 1	30.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst, die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het opschrift "I. Algemene bepalingen" wordt de zin "Het voorschrift, al dan niet elektronisch, moet in het medisch dossier van de rechthebbende worden bewaard", opgeheven
- in het hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel", in de vergoedingsvoorwaarde E- § 08, in de titel "Gelinkte verstrekking(en)", worden de verstrekkingen 157275-157286 en 157290-157301 toegevoegd
- in het hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie", in de vergoedingsvoorwaarde F- § 22, in het punt "2. Criteria betreffende de verplegingsinrichting", eerste lid, worden de woorden "en 172896-172900" vervangen door de woorden "172896-172900, 172911 en 172933"
- in het hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde", in de vergoedingsmodaliteiten van de verstrekking 172690-172701, worden de nominatieve lijsten 32704 en 32705 toegevoegd.

Aan de nominatieve lijsten, die als bijlage 2 gaan, worden de nominatieve lijsten 32704 en 32705 toegevoegd die horen bij de verstrekking 172690-172701 en die als bijlage bij dit besluit zijn gevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2017	19.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, die als bijlage 1 gaat bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "G.2. Sonde van het type Fogarty voor trombectomie of embolectomie" wordt vervangen als volgt: "G.2. Materiaal voor trombectomie of embolectomie"
- het opschrift "G.2. Materiaal voor trombectomie of embolectomie" wordt aangevuld met de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten:
 - 182136-182140 Eén of meerdere trombus retrievers gebruikt bij een endovasculaire intracraniale mechanische trombectomieprocedure bij een ischemisch cerebrovasculair accident

- 182151-182162 Geheel van katheterisatiemateriaal nodig voor een endovasculaire verwijdering van een intracranieële trombus via aspiratie, of nodig voor het gebruik van een trombus retriever bij een endovasculaire intracranieële mechanische trombectomieprocedure, bij een ischemisch cerebrovasculair accident
- 182173-182184 Geheel van dilatatiemateriaal en eventuele stent gebruikt bij een endovasculaire behandeling van een proximaal gelegen arteriële vernauwing, om toegang te bekomen voor een endovasculaire verwijdering van een intracranieële trombus bij een ischemisch cerebrovasculair accident.
- de volgende vergoedingsvoorwaarde G- § 10 die bij de voornoemde verstrekkingen hoort, wordt ingevoegd en de voorwaarden waaraan moet worden voldaan, worden gedefinieerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2017	19.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst die als bijlage 1 gaat, wordt de volgende wijziging aangebracht in het opschrift "H.3. Baarmoederadnexen":

- de omschrijving van de verstrekking 162234-162245 wordt vervangen door "Geheel van de sterilisatieclips".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017 - Editie 1	25.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst die als bijlage 1 gaat, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "L.1.4. staaf" wordt met de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten aangevuld:
 - 182210-182221 magnetisch verlengbare staaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem
 - 182232-182243 magnetisch verlengbare vervangingsstaaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem

- 182254-182265 magnetisch verlengbare vervangingsstaaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem, in geval van voortijdige vervanging
- 182276-182280 bijkomende magnetisch verlengbare staaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem
- 182291-182302 bijkomende magnetisch verlengbare vervangingsstaaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem
- 182313-182324 bijkomende magnetisch verlengbare vervangingsstaaf voor verankering aan de wervelkolom door middel van schroeven, haken en/of reduceerbare clamp/klem, in geval van voortijdige vervanging
- de vergoedingsvoorwaarde L- § 30 die bij de voornoemde verstrekkingen hoort, wordt ingevoegd en de voorwaarden waaraan moet worden voldaan, worden gedefinieerd.

Aan de nominatieve lijsten, die als bijlage 2 gaan, worden nieuwe nominatieve lijsten 36601 en 36602, die bij de verstrekkingen 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 en 182313-182324 horen, toegevoegd; ze gaan als bijlage bij dit besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017 - Editie 1	03.10.2017	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Er werden wijzigingen aangebracht in het eerste lid van de vergoedingsvoorwaarde B- § 02 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, de criteria voor de rechthebbende, de aanvraagprocedure en formulieren en de resultaten en statistieken

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2017	21.12.2017	Ministerieel besluit tot vaststelling van het percentage van het voorschot van de compenserende heffing voorzien door artikel 191, eerste lid, 15 ^e <i>quaterdecies</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Jaar 2017

Samenvatting van de wijzigingen

Het percentage van het voorschot van de compenserende heffing voor het jaar 2017 wordt op 3,29 % vastgesteld, toe te passen op het omzetcijfer van 2016.

8. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.10.2017	25.09.2017	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 32/1 worden de woorden “via een elektronisch netwerk” ingevoegd na het woord “der-debetalersregeling”
- in artikel 32/4, derde lid, eerste streepje, worden de woorden “of QR-code” ingevoegd tussen de woorden “streepjescode” en de woorden “indien mogelijk”
- artikel 32/4/1 en 32/4/2 worden ingevoegd
- in artikel 32/6 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - het tweede streepje wordt aangevuld met de woorden “of lezing van QR-code”
 - tussen het derde en het vierde streepje, dat het vijfde streepje wordt, wordt een streepje ingevoegd, luidende: “- in geval van manuele invoering, de reden hiervan”
- in artikel 32/8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in het eerste lid worden de woorden “, 32/4/1” ingevoegd tussen de woorden “32/4” en de woorden “en 32/5”
 - het tweede lid wordt als volgt vervangen: “Behoudens de manuele invoering bedoeld in de artikelen 32/4/1 en 32/5 en de manuele invoering wegens gebrek aan interconnectiviteit tussen de software, wordt de datum en het uur van de manuele invoering door de zorgverlener van de gegevens, bedoeld in de huidige onderafdeling, geregistreerd.”
 - het derde lid wordt aangevuld met twee streepjes, luidende: “- uitgestelde verificatie zonder panne;” en “- geen interconnectiviteit tussen de software.”
- in artikel 32/10 worden de woorden “op elektronische wijze” ingevoegd tussen het woord “dient” en de woorden “in verband te worden gebracht”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.10.2017	24.07.2017	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 31 wordt aangevuld met de paragrafen 2 en 3
- artikel 31/1, zesde lid wordt opgeheven
- artikel 31/2, vierde lid wordt opgeheven
- in het hoofdstuk XIV van dezelfde verordening wordt een afdeling 4 ingevoegd, luidende “Afdeling 4. - Wat het bewijsstuk betreft dat door de artsen moet worden meegedeeld”
- er wordt een artikel 31/3 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2017 – Editie 2	24.07.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage 11 wordt het formulier L-Form-II-02 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2017 - Editie 1	23.10.2017	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage 1 wordt het formulier B-Form-I-16 met betrekking tot de aanvraag voor een tegemoetkoming toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2017	23.10.2017	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

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- in artikel 2 wordt de eerste zin die begint met de woorden “Mogen in geen geval” en eindigt met de woorden “welke door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist” aangevuld met de woorden “, met uitzondering van de geneeskundige verzorging aan geïnterneerden die overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering worden geplaatst in een verzorgingsinstelling die geen inrichting is zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a), b) en c) van dezelfde wet.”

- in artikel 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in het tweede lid worden de woorden “zoals respectievelijk bedoeld in de artikelen 6 en 22 van de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten” opgeheven
 - het tweede lid wordt aangevuld met een zin, luidende: “Hetzelfde geldt voor geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende welke de rechthebbende ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid overeenkomstig artikel 19 van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering geplaatst is in een verzorgingsinstelling die geen inrichting is zoals bedoeld in artikel 3, 4^o, a), b) en c) van dezelfde wet.”

9. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

20.10.2017 – Editie 2

Interpretatieregel 15 betreffende het type nagels bedoeld onder de verstrekkingen 167952 – 167963 en 167974 – 167985 wordt geschrapt met ingang van 1 augustus 2017.

Belgisch Staatsblad

27.11.2017

In de interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten op basis van vemurafenib wordt gepreciseerd dat indien een patiënt een terugbetaling geniet voor een behandeling met een farmaceutische specialiteit op basis van cobimetinib (CotellicR), meer bepaald voor de behandeling van een volwassen patiënt met een gevorderd (niet reseceerbaar of gemetastaseerd) melanoom dat positief is voor de BRAFV600-mutatie zoals aangetoond door middel van een gevalideerde test uitgevoerd in een laboratorium met ervaring, dat de validiteit van de analyse kan garanderen, farmaceutische specialiteiten op basis van vemurafenib terugbetaald mogen worden in combinatie met deze farmaceutische specialiteit op basis van cobimetinib.

In de interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten op basis van een aromatase-inhibitor of op basis van fulvestrant wordt gepreciseerd dat indien een patiënt een terugbetaling geniet voor een specialiteit op basis van een CDK4/6-inhibitor voor de behandeling van hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve, lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker, de specialiteit op basis van anastrozol, op basis van letrozol of op basis van fulvestrant vergoedbaar is zonder voorafgaande machtiging, zelfs indien niet aan alle criteria van de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit op basis van anastrozol, op basis van letrozol of op basis van fulvestrant is voldaan, en dit voor een periode gelijk aan de duur van de machtiging voor terugbetaling van de CDK4/6-inhibitor en indien de aflevering van de specialiteit op basis van anastrozol, op basis van letrozol of op basis van fulvestrant wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die de CDK4/6-inhibitor heeft afgeleverd.

Belgisch Staatsblad

30.11.2017

In interpretatieregel 8 betreffende de verstrekkingen van artikel 27, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt gepreciseerd dat de compressiebroek één van de koustypes is die vallen onder de rubriek “therapeutisch elastische beenkousen van subgroep 1 lymfoedeem”.

Bijgevolg dient de compressiebroek meegeteld te worden als één van de 4 verstrekkingen therapeutisch elastische beenkousen die binnen de hernieuwingstermijn per behandeld been vergoedbaar zijn.

Dus als de compressiebroek wordt afgeleverd en beide benen worden behandeld, dan zijn zowel voor links als rechts nog 3 andere therapeutisch elastische beenkousen vergoedbaar, waarbij wel rekening dient te worden gehouden met de non-cumulatieregels tussen de compressiebroek en de groep van panty's.

In interpretatieregel 21 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt gepreciseerd dat een rechthebbende bij wie één van de op de nominatieve lijsten voor de verstrekkingen 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 en 172896-172900 ingeschreven hulpmiddelen werd geplaatst, recht heeft op de maandelijksse vergoedingen voorzien onder de verstrekkingen 172911 en 172933 zolang de rechthebbende met dat hulpmiddel geïmplantatoed blijft.

In interpretatieregel 22 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt gepreciseerd dat de vulling van de borstimplantaten en borstweefselexpanders gevuld met siliconegel bedoeld onder de verstrekkingen 162610-162621 en 162632-162643 uitsluitend uit medische siliconen bestaat.

Belgisch Staatsblad

06.12.2017

In interpretatieregel 01 betreffende de verstrekkingen van artikel 17bis (Echografieën) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt gepreciseerd dat in de verstrekkingen 460132-460143 en 469394-469405 (echografie van één of beide borsten) bij het uitvoeren van het echografisch onderzoek van de borst het eventueel onderzoeken van de axillaire regio is inbegrepen.

De verstrekking 459793-459804 kan daarvoor niet door de radioloog worden aangerekend.

Belgisch Staatsblad

20.12.2017

In de interpretatieregels voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van etanercept voor de indicatie "actieve reumatoïde artritis" (§ 2490000 van hoofdstuk IV) wordt gepreciseerd dat als een patiënt opgenomen werd in de CareRA2020-studie en zich conform het protocol van deze studie daarna in een situatie bevindt waar men, op basis van dit protocol, een behandeling met etanercept dient te starten, deze behandeling dan vergoedbaar is voor zover alle voorwaarden van dat protocol werden nageleefd.

In de interpretatieregels voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit KeytrudaR (pembrolizumab) wordt gepreciseerd dat indien een patiënt een gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) heeft dat PD-L1-expressie vertoont met een tumour proportion score (TPS) > of = 50 % en dat een plaveiselcelcarcinoom is, de afwezigheid van een EGFR-mutatie of een ALK-translocatie niet aangetoond moet zijn met een test om een terugbetaling van Keytruda te genieten, gezien studies aantonen dat die aberraties uiterst zelden voorkomen bij deze histologie. Uitzonderlijke moleculaire testing dient te gebeuren conform de Belgische richtlijnen voor moleculaire testing in NSCLC (Pauwels et al., Belg. J. Med. Oncol. 2016; 10(4): 123-131). Indien het echter om een adenocarcinoom gaat, moet de afwezigheid van een EGFR-mutatie of een ALK-translocatie wel aangetoond zijn met een gevalideerde test om de terugbetaling van Keytruda te genieten, gezien bij deze histologie wel aberraties voorkomen en omdat er andere medicatie kan worden gebruikt bij EGFR-mutatie of ALK-translocatie.

10. Beslissingen

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Audiciens - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de audiciens

De Overeenkomstencommissie Audiciens - Verzekeringsinstellingen, die op 6 juli 2017 heeft vergaderd, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Koninklijk besluit van 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle audiciens.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de bandagisten

De Overeenkomstencommissie Bandagisten - Verzekeringsinstellingen, die op 4 juli 2017 heeft vergaderd, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Koninklijk besluit van 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle bandagisten.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de opticiens
30.11.2017	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de opticiens - Erratum

De Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen, die op 6 juli 2017 heeft vergaderd, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Koninklijk besluit van 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle opticiens.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Beslissing van de Overeenkomstencommissie Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen met betrekking tot de toepassingsmodaliteiten van de derdebetalersregeling voor de orthopedisten

De Overeenkomstencommissie Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen, die op 4 juli 2017 heeft vergaderd, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het Koninklijk besluit van 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle orthopedisten.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen

De Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen, die op 22 augustus 2017 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. A. Ghilain, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid bij het koninklijk besluit van 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle kinesitherapeuten.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Overeenkomstencommissie Logopedisten - Verzekeringsinstellingen

De Overeenkomstencommissie Logopedisten - Verzekeringsinstellingen, die op 13 juli 2017 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. A. Ghilain, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in het artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit bij 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle logopedisten.

Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen

De Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen, die op 12 juli 2017 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. P. Verliefde, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit bij 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle verpleegkundigen.

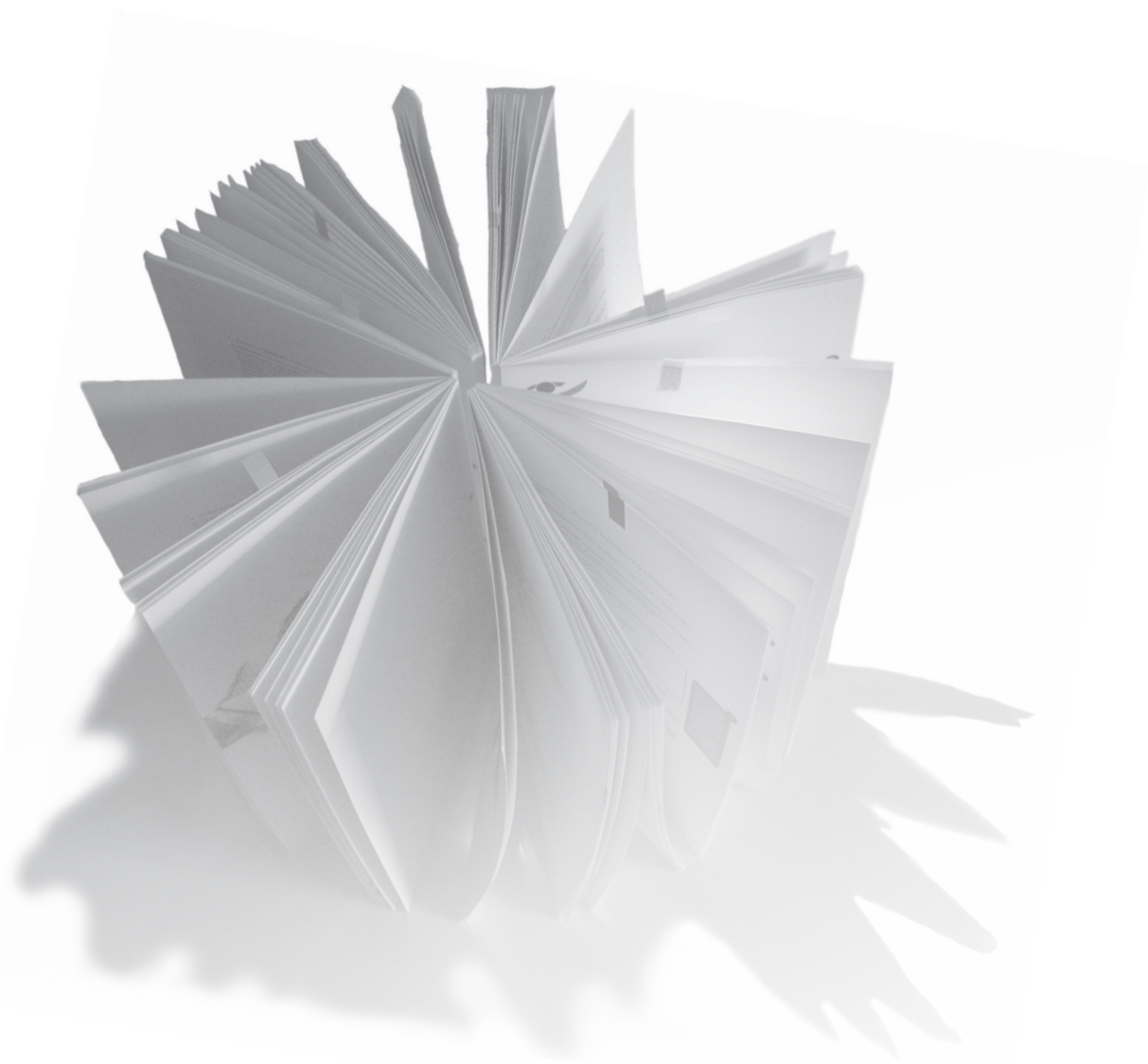
Belgisch Staatsblad	Titel
13.10.2017 – Editie 2	Overeenkomstencommissie Vroedvrouwen - Verzekeringsinstellingen

De Overeenkomstencommissie Vroedvrouwen - Verzekeringsinstellingen, die op 22 augustus 2017 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de h. P. Verliefde, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit bij 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle vroedvrouwen.

Belgisch Staatsblad	Titel
19.12.2017	Nationale Commissie Tandheekundigen - Ziekenfondsen

De Nationale commissie tandheekundigen - ziekenfondsen, die op 26 oktober 2017 heeft vergaderd, heeft de modaliteiten vastgesteld inzake de toepassing van de derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit bij 18 september 2015; ze treden op 15 oktober 2017 in werking voor alle tandheekundigen.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Hof van Cassatie, 12 maart 2018

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 25 – Bedrag tegemoetkoming BSF – Discretionaire bevoegdheid

Artikel 25, derde lid, van de GvU-wet verleent het College van artsen-directeurs geen discretionaire beoordelingsbevoegdheid om te oordelen over het recht op tegemoetkoming in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds; het betreft daarentegen een gebonden bevoegdheid. Het behoort echter wel tot de discretionaire bevoegdheid van het College om het bedrag van de tegemoetkoming vast te stellen, weliswaar binnen de perken van de financiële middelen van het Fonds.

De rechter kan dus bij een beslissing genomen door het College op basis van een discretionaire bevoegdheid enkel nagaan of deze niet kennelijk onredelijk, willekeurig of disproportioneel is. Elke rechterlijke beslissing die anders oordeelt en zelf het bedrag van de tegemoetkoming bepaalt, schendt artikel 25 van de GvU-wet.

Arrest nr. S.17.0077.N
RIZIV t./K.H.

...

III. Beslissing van het hof

Beoordeling

ONTVANKELIJKHEID VAN DE STUKKEN

Het Hof slaat geen acht op de stukken die de verweerster ter griffie liet toekomen op 26 februari en 7 maart 2018 en die niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 1100 Gerechtelijk Wetboek niet voldoen.

MIDDEL

1. Krachtens artikel 25, tweede lid, ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, beslist het College van geneesheren-directeurs binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Krachtens artikel 25, derde lid, ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, verleent het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen *in concreto*, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds:

1° De persoonlijke aandelen bedoeld in de artikelen 37 en 37*bis* en de supplementen op in toepassing van de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegde prijzen en honoraria;

2° De supplementen bedoeld in artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en de comfortkosten.

2. Wanneer het College van geneesheren-directeurs op grond van die bepaling de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van een geneeskundige verstrekking weigert en de rechthebbende die weigering betwist, ontstaat er tussen die rechthebbende en de eiser een betwisting over het recht op die tegemoetkoming.

3. De berechting van die betwisting valt onder de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank, aangezien dat gerecht krachtens de artikelen 167, eerste lid, ZIV-wet, 580, 2°, en 581, 2°, Gerechtelijk Wetboek, kennis neemt van de geschillen over de rechten van de werknemers en van de zelfstandigen die zijn vastgelegd in de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Artikel 25, derde lid, ZIV-wet verleent het College van geneesheren-directeurs geen discretionaire beoordelingsbevoegdheid om te oordelen over het recht op de tegemoetkoming.

Het behoort evenwel tot de discretionaire bevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs om het bedrag van de tegemoetkoming vast te stellen binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds.

De rechter kan enkel nagaan of de beslissing van het bestuur niet kennelijk onredelijk, willekeurig of disproportioneel is.

4. Het arrest dat anders oordeelt en zelf het bedrag van de tegemoetkoming bepaalt, schendt artikel 25 ZIV-wet.

Het middel is gegrond.

KOSTEN

5. Overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, Gerechtelijk Wetboek dient de eiser te worden veroordeeld tot de kosten.

DICTUM

HET HOF,

Vernietigt het bestreden arrest in zoverre dit het bedrag van de tegemoetkoming vaststelt.

Beveelt dat van dit arrest melding zal worden gemaakt op de kant van het gedeeltelijk vernietigde arrest.

Veroordeelt de eiser tot de kosten.

Verwijst de aldus beperkte zaak naar het arbeidshof te Luik, anders samengesteld.

...

II. Arbeidshof Brussel, 5 januari 2017

Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Evaluatie en criteria arbeidsongeschiktheid – Bewijs arbeidsongeschiktheid – Betwisting deskundig verslag

Op basis van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kan er geen rekening worden gehouden met factoren zoals nationaliteit, geslacht, cultureel peil of leeftijd om te beoordelen of een persoon moeilijker een job kan vinden.

Om een deskundig verslag te betwisten dient een verzekerde een gemotiveerd medisch verslag neer te leggen, uitgaande van een andere arts dan de behandelende arts, waarbij toegelicht wordt waarom de conclusie van de deskundige niet kan gevolgd worden. Hierbij moet er verwezen worden naar de criteria vermeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Rolnummer : 2015/AB/1107

X. t./RIZIV

...

Beoordeling

1.

(...) stelt dat de beoordeling van de deskundige onvoldoende rekening houdt met de sociaal economische criteria. Zij verwijst daarbij naar geslacht, nationaliteit, beroepsopleiding, beroepsverleden, cultureel peil enz. Er moet concreet nagegaan worden, aldus (...), in hoeverre de persoon nog werk kan vinden rekening houdend met zijn ziekte, letsels en functionele stoornissen en zijn achtergrond. Zij stelt dat zij geen enkele beroepsopleiding heeft genoten en bijgevolg niet in aanmerking kan komen voor enig beroep waarbij geen enkele fysieke inspanning nodig is. Gelet op haar klachten is zij in de onmogelijkheid om enige fysieke arbeid te verrichten.

(...) verwijst verder naar een ganse reeks medische documenten, die zouden aantonen dat zij wel degelijk arbeidsongeschikt is.

2.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering stelt dat sociaal economische factoren geen rol mogen spelen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Het niet voorhanden zijn van een geschikte job op de arbeidsmarkt is een sociaal risico dat niet gedragen wordt door de ziekteverzekering, maar door de werkloosheidsverzekering. Het Rijksinstituut onderzoekt verder in haar besluiten de verschillende medische attesten waarnaar (...) verwijst. Volgens haar gaat het om attesten die reeds bekend waren lij en waarmee hij rekening hield, dan wel om attesten die een louter herneming zijn van vroegere attesten of de inhoud weergeven van een ander attest.

3.

Overeenkomstig artikel 100, § 1, alinea 1 van het Koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen 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 de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die uitgeoefend hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Overeenkomstig alinea 2 van dezelfde bepaling wordt de vermindering van het vermogen tot verdienen tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop kan kennen of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

4.

Uit deze bepaling blijkt dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in de periode van invaliditeit rekening dient gehouden (te) worden met de verschillende beroepen die de verzekerde, uit hoofde van zijn uitgeoefende beroepen of van zijn beroepsopleiding, kan uitoefenen. Omdat (...) slechts een zeer beperkte opleiding genoten heeft tot 13 jaar en alleen (of essentieel alleen) manuele arbeid verricht heeft, is zij niet geschikt voor een “bediende job” of een job die een zekere intellectuele opleiding veronderstelt. De deskundige stelt echter ook geen dergelijke functie voor. Zij stelt dat (...) nog in staat is de functies uit te oefenen die zij uitoefende vóór dat zij arbeidsongeschikt werd, zoals poetshulp. Verder komt zij in aanmerking voor bandwerk, met afwisselend zitten en staan of voor het verzorgen van maaltijden in rusthuizen of (in) ziekenhuizen. Of er voor deze beroepen - tenzij zij uit de arbeidsmarkt zouden verdwenen zijn - al dan niet een voldoende vraag is om (...) toe te laten werk te vinden, is echter een criterium dat bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid niet in aanmerking kan genomen worden. Overigens toont (...) geenszins aan dat voor de beroepen die de deskundige aanduidt, en die in overeenstemming zijn met haar opleiding en vroegere werkzaamheden, geen voldoende arbeidsplaatsen aanwezig zouden zijn. Het tegendeel lijkt eerder waar.

Artikel 100 laat niet toe rekening te houden met het feit dat haar nationaliteit, haar geslacht, haar cultureel peil of haar leeftijd, het (...) moeilijker zouden maken om een betrekking te vinden. Bovendien duidt (...) niet aan dat deze elementen in de schonmaak sector, of bij bandwerk of het verzorgen van maaltijden in rusthuizen of in ziekenhuizen enige invloed zouden hebben bij de keuze van het personeel.

5.

Het deskundig verslag, opgesteld op vraag van de eerste rechter, is omstandig gemotiveerd. Het steunt op een grondig onderzoek van de voorgelegde medische verslagen. De deskundige heeft ook voldoende geantwoord op de opmerkingen die naar aanleiding van de redactie van zijn deskundig verslag werden geformuleerd.

De rechtspraak heeft bij herhaling geoordeeld dat het de bedoeling is, door beroep te doen op een deskundige, de betwisting die ontstaan is tussen de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de behandelend geneesheer van een sociaal verzekerde, te beslechten met verwijzing naar het advies van een bijzonder bevoegd persoon die onafhankelijk is van de partijen. Het principe zelf van de expertiseopdracht ondermijnd worden indien het advies, uitgebracht door een door de rechtbank aangestelde deskundige, in twijfel zou getrokken worden enkel en alleen omdat het niet overeenstemt met dit van de behandelend geneesheer van een der partijen (vgl. o.m. Arbh. Brussel, 8^e k., 06.02.1986, A.R. 18.574; Arbh. Brussel, 8^e k., 05.05.1999, A.R. 34.868; Arbh. Brussel, 8^e k. 05.04.2000, A.R. 35.643; Arbh. Brussel, 6^e k., 05.05.2003, A.R. 40.376; Arbh. Brussel, 8^e k. 24.01.2008, A.R. 44.074). In de regel dient er van uit gegaan worden dat, om met succes een deskundig verslag te kunnen betwisten, de sociaal (...) verzekerde een gemotiveerd medisch verslag dient neer te leggen, dat bij voorkeur uitgaat van een geneesheer die niet de behandelend geneesheer is, en dat uiteenzet waarom de bevindingen van de deskundige, die door de rechtbank is aangesteld, niet kunnen gevolgd worden. Dit verslag dient te verwijzen naar de appreciatiecriteria betreffende de arbeidsongeschiktheid, zoals die vastgelegd zijn in artikel 100 van de gecoördineerde wetten van 14 juli 1994 op verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

6.

(...) legt geen gemotiveerd medisch verslag neer waarin, door een onafhankelijk deskundige, of zelfs door de eigen geneesheer, het deskundig verslag grondig geanalyseerd en tegengesproken wordt. Dr. ..., die (...) het meest betrokken is in de zaak, heeft zijn opmerkingen geformuleerd bij de preliminaria via het deskundig verslag. Deze opmerkingen zijn zeer algemeen, en geven vooral het standpunt van (...).

De orthopedische problematiek, waarnaar Dr. ... verwijst, werd in het deskundig verslag zeer grondig behandeld. De deskundige merkt op dat voor de letsels aan de schouders steeds enkel een conservatieve behandeling werd gevolgd en nooit een ingreep gebeurde. Het beeldmateriaal inzake de rugproblematiek toont volgens haar geen radiculair conflict aan dat een belemmering zou zijn voor de tewerkstelling.

De deskundige merkt verder op dat geen enkel psychiatrisch verslag werd voorgelegd. Thans wordt wel een verslag van dokter ... voorgelegd van 8 augustus 2012. Dit is echter bijzonder summier en verwijst enkel naar wat (...) hem vertelde. Het stelt geen enkele behandeling voor. Uit het verslag blijkt dat het vorige psychiatrisch consult terug gaat tot 2008.

De geneeskundige oordeelt verder dat bij (...) de diagnose van fibromyalgie niet kan weerhouden worden, maar wel de diagnose van stress gerelateerde pijn. Er wordt ook geen enkel verslag voorgelegd waarin de diagnose van fibromyalgie wordt gesteld en daarvoor enige behandeling wordt ingesteld.

Al de andere documenten zijn, zoals het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering terecht opmerkt, herhalingen van vroegere documenten waarover de deskundige reeds beschikte of houden geen grondige evaluatie in van de arbeidsongeschiktheid.

7.

Het vonnis van de eerste rechter dient dan ook bevestigd te worden.

OM DEZE REDENEN HET ARBEIDSHOF

Gelet op de Wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken, in het bijzonder op het artikel 24,

Rechtsprekend op tegenspraak,

Gelet op het mondeling advies van mevrouw... , waarnemend advocaat-generaal, waarop geen repliek.

Verklaart het hoger ontvankelijk, doch ongegrond en bevestigt het bestreden vonnis.

Veroordeelt, in overeenstemming met artikel 1017, alinea 2 van het Gerechtelijk Wetboek, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering tot de kosten van het hoger beroep, begroot in hoofde van (...)

...

III. Arbeidshof Gent, afdeling Gent, 3 maart 2017

Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Evaluatie arbeidsongeschiktheid – Voorafbestaande toestand – Beschermd milieu – Nauwelijks gewerkt

Iemand die nooit gewerkt heeft en wiens verdienvermogen reeds voor het intreden op de arbeidsmarkt vermindert was tot minder dan één derde, kan niet arbeidsongeschikt erkend worden in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Een beperkte tewerkstelling op eigen tempo en uitsluitend in een beschermd milieu, in casu in het bedrijf van de ouders, kan niet worden beschouwd als deelnemen aan het normale arbeidsproces en kan daardoor niet gelijkgesteld worden met een normale tewerkstelling.

Rolnummer : 2013/AG/87

X. t./RIZIV

...

3. Procedurele voorgeschiedenis

3.1. De procedure in eerste aanleg

3.1.1. (...) kon zich niet neerleggen bij de hierboven genoemde beslissing van de GRI Oost-Vlaanderen en tekende tegen deze beslissing beroep aan met een verzoekschrift dat hij op 10 januari 2011 neerlegde op de griffie van de arbeidsrechtbank te Gent.

3.1.2. In een vonnis van 17 november 2011 verklaarde de arbeidsrechtbank te Gent, zevende kamer, de vordering van (...) toelaatbaar, maar alvorens te beslissen over de grond van de zaak, stelde de arbeidsrechtbank dokter ... aan als deskundige, met als opdracht:

- *“(...) de rechtbank van advies te dienen nopens de vraag of (...) vanaf 19 oktober 2010 (periode van invaliditeit) een graad van arbeidsongeschiktheid bezat, en nadien is blijven bezitten, welke bij artikel 100 van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt bepaald*
- *Te dien einde alle nodige navorsingen door te voeren, o.m. het onderzoek van de medische stukken die de partijen hem zouden verschaffen, (...) aan een medisch onderzoek te onderwerpen, ten einde uit te maken of (...) vanaf 19 oktober 2011 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat, en nadien is blijven bezitten, welke recht geeft op uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en welke toegekend wordt aan de werknemer die alle werkzaamheden heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het vergeren van de letsels of functionele stoornissen, waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot één derde of minder dan één 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 de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen, uit hoofde van zijn beroepsopleiding*

- Indien (...) bovendien een beroepsopleiding heeft verworven tijdens een tijdvak van herscholing, wordt met die nieuwe opleiding rekening gehouden ter waardering van de vermindering van zijn vermogen tot verdienen
- Daarenboven, (...) te ondervragen nopens zijn beroepsverleden, meer bepaald nopens de juiste aard van de verrichte arbeid in elk der door hem uitgeoefende beroepen, alsmede de juiste duur gedurende dewelke hij zijn arbeid heeft uitgeoefend
- Machtigt de deskundige (...) te doen onderzoeken door een dokter-specialist van zijn keuze, mocht hij aanvullende onderzoeken noodzakelijk achten.”.

3.1.3. De deskundige legde zijn eindverslag op 15 mei 2012 neer op de griffie. Hij kwam tot het volgende besluit:

*“er kan besloten worden dat (...) **vanaf 19 oktober 2010 (periode van invaliditeit), geen graad van arbeidsongeschiktheid bezat en nadien is blijven bezitten**, welke bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt bepaald.”*

3.1.4. In het aangevochten eindvonnis van 7 februari 2013 verklaarde de arbeidsrechtbank Gent de reeds ontvankelijk verklaarde vordering ongegrond en bevestigde de bestreden beslissing van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering van 12 oktober 2010.

De arbeidsrechtbank oordeelde dat de deskundige op een zeer uitvoerige wijze alle door (...) geformuleerde opmerkingen had weerlegd en dat (...) geen enkel medisch attest voorlegde waaruit zou kunnen blijken dat de conclusie van de deskundige verkeerd zou zijn.

Ten slotte veroordeelde de arbeidsrechtbank het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering tot het betalen van de gerechtskosten.

3.1.5. De griffier bij de arbeidsrechtbank Gent bracht het vonnis met een gerechtsbrief van 14 februari 2013 aan de partijen ter kennis.

3.2. De procedure in hoger beroep

3.2.1. Met een verzoekschrift dat hij op 13 maart 2013 neerlegde op de griffie van het arbeidshof te Gent, afdeling Gent, tekende (...) hoger beroep aan tegen het hiervoor genoemde vonnis van de arbeidsrechtbank Gent van 7 februari 2013.

3.2.2. In het tussenarrest van 7 februari 2014 oordeelde het arbeidshof dat het verslag van de door de eerste rechter aangestelde deskundige niet kon overtuigen en achtte het opportuun een nieuwe geneesheer-deskundige aan te stellen, gespecialiseerd in de problematiek van het chronisch vermoeidheidssyndroom.

Het arbeidshof verklaarde het hoger beroep van (...) tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, zevende kamer, van 7 februari 2013 (A.R. nr. 11/57/A) ontvankelijk, en stelde alvorens over de grond van de zaak te oordelen, prof. dr. ... als deskundige aan met de opdracht het arbeidshof advies te verlenen over de volgende vragen:

- “hoe kan de lichamelijke en psychische toestand van (...) vanaf 19 oktober 2010 beschreven worden?
- kan (...) vanaf 19 oktober 2010 als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen beschouwd worden, m.a.w. in welke mate hebben de letsels of functionele stoornissen die hij vertoont, zijn verdienvermogen aangetast in zijn gewone beroep enerzijds en in alle beroepen die hij rekening houdend met zijn beroepsopleiding en zijn stand zou kunnen uitoefenen anderzijds?

- *kan (...) m.a.w. nog in staat worden geacht om bepaalde beroepsactiviteiten uit te oefenen, rekening houdend met zijn lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, zijn leeftijd, zijn beroepsopleiding en zijn stand?*
- *kan het zijn dat het chronisch vermoeidheidssyndroom waarmee (...) te kampen heeft, zich pas heeft gemanifesteerd nadat hij in de loop van het jaar 1995 een heelkundige ingreep onderging aan zijn sinussen (waarbij tevens een neusbeencorrectie werd uitgevoerd)?”.*

3.2.3. Omdat de deskundige op 28 oktober 2015 nog steeds geen verslag had neergelegd, riep het arbeidshof de partijen en de deskundige in overeenstemming met artikel 973, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek op om te verschijnen in de raadkamer op 6 november 2015. Zowel het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering als (...) drongen aan op een vervanging van de deskundige.

Bij tussenarrest van 17 november 2015 ontlastte het arbeidshof prof. dr. ... van de hem bij tussenarrest van 7 februari 2014 toevertrouwde deskundigenopdracht, en verving hem als deskundige door dr.

3.2.4. Met een brief van 6 februari 2016 deelde dr. ... evenwel aan het arbeidshof mee dat hij om gezondheidsredenen de expertise niet kon verderzetten en verzocht hij om vervangen te worden.

Bij tussenarrest van 11 maart 2016 ontlastte het arbeidshof dr. ... van de hem bij tussenarrest van 17 november 2015 toevertrouwde deskundigenopdracht, en verving hem als deskundige door dr. ...

4. Het verslag van dokter ...

Dr. ... legde zijn eindverslag op 20 september 2016 op de griffie neer. In dit eindverslag formuleerde hij het volgende advies voor het arbeidshof:

“Rekening houdende met beide bemerkingen kan ik niet anders dan besluiten dat:

1. *Hoe kan de lichamelijke en psychische toestand van (...) vanaf 19 oktober 2010 beschreven worden? Patiënt vertoont een duidelijke ziekte toestand waarbij het beeld gelijkt op een chronisch vermoeidheidssyndroom met alle aanwezige criteria. Het is duidelijk dat de lichamelijke klachten hem niet toelaten op een normale manier te functioneren wat zeker een psychische weerslag heeft daar patiënt niet op een normale manier in de maatschappij kan functioneren.*
2. *Kan (...) vanaf 19 oktober 2010 als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen beschouwd worden in welke mate hebben letsels of functionele stoornissen die hij vertoont, zijn verdienvermogen aangetast in zijn gewone beroep enerzijds en in alle beroepen die rekening houden met zijn beroepsopleiding en zijn stand zou kunnen uitoefenen anderzijds?*

Het is duidelijk dat patiënt in die mate ziek is en dit reeds gedurende een dermate lange periode dat het onmogelijk lijkt om hem nog als arbeidsgeschikt te kunnen zien.

We volgen dr. ... evenwel om te zeggen dat (...) nooit werkbekwaam geweest is en reeds ziek was op het einde van zijn studies. Tijdens het onderzoek werd door de eiser en zijn moeder formeel erkend dat de geleverde arbeid thuis minimaal was en alleen kon gebeuren binnen een familiaal bedrijf met veel aanvaardingsvermogen.

Betrokkene is bij het intreden op de arbeidsmarkt nooit arbeidsgeschikt geweest voor minstens een derde van een voltijdse job.

3. Kan (...) met andere woorden nog in staat geacht worden om bepaalde beroepsactiviteiten uit te oefenen, rekening houdende met zijn lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, zijn leeftijd, zijn beroepsopleiding en zijn stand?

Ik ben zeker van niet.

4. Kan het zijn dat het chronisch vermoeidheidssyndroom waarmee (...) te kampen heeft, zich pas heeft gemanifesteerd nadat hij in de loop van het jaar 1995 een heelkundige ingreep onderging aan zijn sinussen (waarbij tevens een neusbeencorrectie werd uitgevoerd)?

Dit kan maar dit is ook verre van zeker. In het verslag van dokter Lambrecht wordt vermeld dat hij zocht voor een halothaan (door de algemene anesthesie) geïnduceerde toxische leverontsteking.

Er wordt duidelijk vermeld dat de transaminasen (leverenzymen) reeds voor de ingreep pathologisch waren. Het is dus totaal onzeker of de operatie de oorzaak was van zijn ziekte ; ik denk persoonlijk dat de operatie eerder een scharniermoment was waarbij de spreekwoordelijke emmer overliep.”.

5. Beoordeling na het advies van de deskundige

5.1. Algemeen

5.1.1. Volgens artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (Gecoördineerde ziekwet) wordt als arbeidsongeschikt erkend: de werknemer die elke 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 uitgeoefend of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Verder bepaalt artikel 100, § 1, 4^{de} alinea van de Gecoördineerde ziekwet dat de vermindering van het verdienvermogen over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd dient te worden ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening een gunstig verloop kan kennen of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid wordt het verdienvermogen van de betrokkene dus gewaardeerd aan de hand van het gewone beroep van de werknemer (op voorwaarde dat de aandoening van die aard is om binnen korte tijd te genezen). Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid dient dus nagegaan te worden in welke mate de betrokkene nog in staat is iets te verdienen in zijn eigen beroep.

Na die zes maanden worden alle beroepen die een persoon van dezelfde opleiding en stand zou kunnen uitoefenen in aanmerking genomen om het verdienvermogen te bepalen.

5.1.2. Het begrip “arbeidsongeschiktheid” is in de ziekte- en invaliditeitsverzekering in essentie van economische aard. Niet de fysiologische invaliditeit of de mate waarin de psychische en fysieke integriteit werd aangetast is determinerend, maar wel de mate waarin het verdienvermogen werd verloren of is verminderd ingevolge de intrede of verergering van letsels en functionele stoornissen (Arbh. Gent, 25.11.2002, Inf. RIZIV, 2003, afl. 1, 34).

Het verdienvermogen moet geëvalueerd worden op grond van een gepersonaliseerde analyse aan de hand van medische, persoonlijke en socio-economische factoren (Arbh. Luik, 09.09.1994, Soc. Kron., 1997, 178; Arbh. Luik, 04.11.1994, Soc. Kron., 1997, 181).

Factoren, zoals de economische toestand, die geen invloed hebben op de geschiktheid om arbeid te verrichten maar wel op de mogelijkheden om een dienstbetrekking te vinden waardoor men de geschiktheid bezit, mogen niet in aanmerking worden genomen bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid. Het gebrek aan geschikt werk is een sociaal risico dat niet door de ziekteverzekering wordt gedekt maar door de werkloosheidsverzekering (Arbh. Gent, 25.11.2002, Inf. RIZIV, 2003, afl. 1, 34; Arbh. Bergen, 07.04.1989, J.T.T., 1989, 472).

5.2. Concreet

5.2.1. In haar zitting van 12 oktober 2010 besliste de gewestelijke commissie Oost-Vlaanderen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd. De GRI motiveerde haar beslissing als volgt :

“de stopzetting van uw werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.”.

De GRI was m.a.w. van oordeel dat er sprake was van een vooraf bestaande toestand en dat (...) dus eigenlijk nooit een verdienvermogen heeft gehad van meer dan één derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen in de verschillende beroepen die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De GRI besliste m.a.w. op 12 oktober 2010 NIET dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 opnieuw arbeidsgeschikt was. In tegendeel, de GRI besliste dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kan worden beschouwd omdat hij nog nooit meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest.

5.2.2. Om arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet moet de gerechtigde elke werkzaamheid onderbroken hebben als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen die zijn vermogen tot verdienen beperken toe een derde of minder van wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen.

De onderbreking van alle werkzaamheden moet dus het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

Een verzekerde kan dus niet arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet erkend worden wanneer de vermindering van zijn verdienvermogen uitsluitend het gevolg is van een vooraf bestaande toestand (Cass., 03, Arr. Cass., 1985-1986, 907; Arbh. Gent, 15.09.2008; Inf. RIZIV, 2008, 580; Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 22.02.2005, Inf. RIZIV, 2005, 246; Arbh. Antwerpen, 13.01.2004, Soc. Kron., 2004, 336). Er is sprake van een vooraf bestaande toestand wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde op het ogenblik dat hij zijn beroepsactiviteit onderbreekt, niet verslechterd is in vergelijking met gezondheidstoestand bij de aanvang van zijn tewerkstelling, hetzij door het optreden van een nieuwe aandoening, hetzij door het verergeren van een bestaande toestand.

Dit betekent dat wanneer een verzekerde op de arbeidsmarkt toetreedt, hij een verdienvermogen moet hebben van meer dan een derde om later als arbeidsongeschikt te kunnen worden beschouwd.

Wanneer de verzekerde reeds vóór zijn intrede op de arbeidsmarkt slechts over een verdienvermogen van één derde of minder beschikte waardoor hij nooit in staat kan worden geacht om een beroepsactiviteit uit te oefenen, is er sprake van een vooraf bestaande toestand.

5.2.3. Het aangevochten vonnis van de arbeidsrechtbank Gent van 7 februari 2013 is dan ook tegenstrijdig.

Eenzijds trad de arbeidsrechtbank het advies van de deskundige, dr. ..., bij, nl, dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd omdat (...) vanaf dan opnieuw meer dan 33 % arbeidsongeschikt diende te worden beschouwd.

Anderzijds bevestigde de arbeidsrechtbank evenwel de beslissing van de GRI Oost-Vlaanderen van 12 oktober 2010 waarbij de GRI had beslist dat (...) vanaf 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde Ziekwet kon worden beschouwd omdat de stopzetting van zijn werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg was van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, m.a.w. omdat (...) nog nooit een arbeidsgeschiktheid had gehad van meer dan 33 %.

5.2.4. De door het arbeidshof aangestelde deskundige, dr. ..., is in zijn advies aan het arbeidshof formeel. Volgens dr. ... is (...) niet alleen op vandaag niet in staat om te werken, maar is (...) bovendien nooit in staat geweest om te werken.

Dr. ... bevestigt m.a.w. de stelling van de GRI Oost-Vlaanderen, nl. dat (...) nooit meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest en reeds ziek was op het einde van zijn studies.

Dat (...) thans meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, is niet het gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, maar is louter het gevolg van zijn gezondheidstoestand die reeds aanwezig was op het moment dat hij zijn studies beëindigde en die toen reeds zijn verdienvermogen verminderde tot een derde of minder van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de verschillende beroepen die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

5.2.5. Iemand die nooit gewerkt heeft en wiens verdienvermogen reeds voor het intreden op de arbeidsmarkt verminderd is tot minder dan één derde, kan niet arbeidsongeschikt erkend worden in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet (Arbh. Antwerpen, 13.01.2004, Soc. Kron., 2004, 336; Arbh. Antwerpen (afd. Hasselt), 22.02.2005, Inf. RIZIV, 2005, 334; Arbh. Antwerpen 13.09.2005, Inf. RIZIV, 2005, 454; Bergen 16.11.2011, J.T.T., 2012, 205).

(...) heeft na het beëindigen van zijn studies uitsluitend gewerkt in het bedrijf van zijn ouders, en dit enkel op zijn eigen tempo, en hoogstens 2 uur per dag. Dergelijke tewerkstelling die slechts kon gebeuren in een beschermd milieu en dankzij het begrip van zijn ouders kan niet beschouwd worden als deelnemen aan het normale arbeidsproces en kan dus niet gelijkgesteld worden aan een normale tewerkstelling.

(...) heeft dus nog nooit op een normale wijze deelgenomen aan het gewone arbeidsproces.

Aangezien (...) nog nooit een normale tewerkstelling heeft gehad en hij reeds op het moment dat hij zijn studies beëindigde een arbeidsongeschiktheid vertoonde van meer dan 66 %, kan hij niet arbeidsongeschikt erkend worden in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

**OM DEZE REDENEN,
HET ARBEIDSHOF,**

spreekt, na beraadslaging, recht op tegenspraak;

stelt vast dat de wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in gerechtszaken en in het bijzonder artikel 24 van deze wet, werden gerespecteerd;

wijst alle andere en strijdige conclusies van de hand;

verwijst naar de tussenarresten van 7 februari 2014, 17 november 2015 en 11 maart 2016;

verklaart het reeds bij tussenarrest van 7 februari 2014 ontvankelijk verklaarde hoger beroep van (...) tegen het vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, zevende kamer, van 7 februari 2013 (A.R. nr. 11/57/A) in de volgende mate gegrond;

vernietigt het aangevochten vonnis met uitzondering van de veroordeling van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering tot betaling van de gerechtskosten;

spreekt opnieuw recht;

verklaart voor recht dat:

- (...) vanaf het moment dat hij anno 1994 zijn studies beëindigde, op geen enkel moment meer dan 33 % arbeidsgeschikt is geweest
- hij m.a.w. nooit een verdienvermogen heeft gehad van ten minste een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door een werkzaamheid die hij zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding
- aangezien zijn gezondheidstoestand dus niet het gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, hij niet als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kan worden erkend

bevestigt bij gevolg de bestreden beslissing van de gewestelijke commissie Oost-Vlaanderen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van 12 oktober 2010 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, nl. dat (...) met ingang van 19 oktober 2010 niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet kon worden beschouwd omdat de stopzetting van zijn werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg was van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen;

kan bij gebrek aan omstandige opgave niet vaststellen welke gerechtskosten de partijen n.a.v. deze procedure in hoger beroep reeds zouden hebben gemaakt;

...

IV. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Antwerpen, 25 april 2017

Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Evaluatie arbeidsongeschiktheid – Ongeschoolde arbeider – Middelzware of lichte arbeid

Na de eerste zes maanden van primaire arbeidsongeschiktheid dient de vermindering van verdienvermogen niet enkel beoordeeld te worden in functie van het gewone beroep maar ook in functie van de beroepscategorie waartoe een beroepsarbeid behoort en beroepsactiviteiten die door opleidingen mogelijk zijn gemaakt.

Personen die geen specifieke scholing gevolgd hebben moeten gekwalificeerd worden als ongeschoolde arbeiders.

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van ongeschoolde arbeiders moet ook rekening worden gehouden met de ongeschiktheidsgraad ten aanzien van middelzware of lichte arbeid die geen specifieke scholing vereisen.

Rolnummer : 2016/AA/434
RIZIV t./X.

...

2. Feiten en voorgaande rechtspleging

(...) werd vanaf 12 maart 2012 arbeidsongeschikt erkend door de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds.

Na een geneeskundig onderzoek van 3 juli 2014 besliste de gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) van de provincie Antwerpen dat vanaf 10 juli 2014 niet langer arbeidsongeschikt was zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met verzoekschrift, neergelegd ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 5 augustus 2014 tekende (...) verhaal aan tegen voornoemde beslissing.

Bij vonnis van 26 maart 2015 werd de vordering van (...) ontvankelijk verklaard, doch alvorens ten gronde te beslissen, dokter (...) als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht betrokke te onderzoeken en na te gaan of hij vanaf 10 juli 2014 en sedertdien, eventueel tot welke datum, arbeidsongeschikt was 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 definitief deskundig verslag werd ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 19 november 2015.

Bij vonnis van 23 juni 2016 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen werd(en):

- de vordering van (...) gegrond verklaard
- de bestreden administratieve beslissing van 3 juli 2014 uitgaande van de gewestelijke commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit vernietigd
- voor recht gezegd dat (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten veroordeeld om aan (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te betalen, te vermeerderen met de gevorderde intresten, dit voor zover (...) voldoet aan alle andere voorwaarden van vergoedbaarheid
- de kosten van het geding, met inbegrip van de kosten van het deskundig onderzoek, in toepassing van artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek ten laste gelegd van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; de kosten werden aan de zijde van (...) vereffend op 142,25 EUR rechtsplegingsvergoeding; aan de zijde van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werden geen kosten begroot en derhalve niet vereffend; de kosten van het deskundig onderzoek van dokter ... werden bepaald op een bedrag van 494,52 EUR.

Met een verzoekschrift hoger beroep, neergelegd ter griffie van het arbeidshof Antwerpen op 29 juli 2016, stelt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering hoger beroep in tegen voornoemd vonnis.

3. Eisen in hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vordert in haar syntheseconclusie, neergelegd ter griffie op 11 januari 2017:

- het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren
- het vonnis van 23 juni 2016 te vernietigen en er opnieuw rechtdoende in graad van hoger beroep
- voor recht te zeggen dat (...) vanaf 10 juli 1994 niet langer arbeidsongeschikt is in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en derhalve vanaf 10 juli 2014 niet langer gerechtigd is op ziekte- en invaliditeitsuitkeringen
- over de kosten te oordelen als naar recht.

(...) vordert in zijn/haar syntheseconclusie, neergelegd ter griffie op 22 februari 2017:

- het hoger beroep af te wijzen als ontvankelijk doch ongegrond
- het vonnis van 23 juni 2016 te bevestigen, voor zover dit vaststelt dat hij vanaf 10 juli 2014 meer dan 66 % arbeidsongeschikt was en zodoende de graad van ongeschiktheid vertoonde om een ziekte- en invaliditeitsuitkering te ontvangen
- ondergeschikt, alvorens recht te doen ten gronde, een college van deskundigen aan te stellen met gebruikelijke onderzoeksopdracht
- het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te veroordelen tot de kosten van het geding, begroot op 174,94 EUR rechtsplegingsvergoeding.

De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten is niet verschenen ter zitting van 28 maart 2017 en heeft geen schriftelijke conclusies genomen.

4. Ten gronde

4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Het geschil tussen partijen betreft de vraag of (...) op 10 juli 2014 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.

Gelet op de medische betwisting heeft de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen (...) aangesteld als gerechtsdeskundige.

In zijn deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen op 19 november 2015, kwam (...) tot volgende bespreking (zie stuk 8 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag (...) d.d. 19 november 2015, pag. 2):

“Uit het onderzoek en uit de verschillende technische gegevens weerhouden wij dat de (...) lijdt aan de gevolgen van een deels aangeboren en deels verworven lumbale stenose. Er is lage rugpijn, uitstraling naar een been en een neurogene claudicatio. Bij falen van een goed gevoerde conservatieve therapie is er indicatie tot heilkundig ingrijpen. Tijdens de ingreep wordt het kanaal verbreed. Dit geeft gewoonlijk goede resultaten en het is niet duidelijk waarom dit hier niet is voorgesteld of uitgevoerd.

We kunnen stellen dat de (...) op 10 juli 2014 niet in staat was, en sedertdien niet in staat is te werken als arbeider waarbij meer dan 500 m dient te worden gestapt en waarbij zwaar lichamelijk werk dient te worden uitgevoerd. Hiervoor is zijn verdienvermogen minder dan één derde van wat te verwachten is. Wel zijn er zittende activiteiten die haalbaar zijn, of rugsparende beroepen zoals parking wachter, museum opzichter edm.”

Na verzending van het deskundig verslag in voorlezing werden er geen opmerkingen geformuleerd op de medische bevindingen van de gerechtsdeskundige.

Wel heeft de geneesheer-inspecteur van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan de gerechtsdeskundige nog expliciet de vraag gesteld of hij uit het voorlopig verslag mag besluiten dat de deskundige de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, die stelt dat de (...) geschikt is voor rugsparend werk bevestigt (stuk 1a bundel RIZIV: brief d.d. 29.09.2015 van geneesheer-inspecteur...).

De arbeidsrechtbank heeft zich aangesloten bij het advies van de geneesheerdeskundige en de vordering van (...) gegrond verklaard.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering acht zich gegriefd door het bestreden vonnis en houdt staande dat (...) vanaf 10 juli 2014 arbeidsgeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Ter ondersteuning van dit standpunt verwijst zij naar volgende documenten:

1. (a) aangetekende zending vanwege het RIZIV gericht aan gerechtsdeskundige dr. ... d.d. 29 oktober 2015: opmerkingen op voorverslag
(b) kopie opmerkingen voorverslag aan tegenstrever
(c) briefwisseling met deskundige periode 3 november 2015-3 december 2015
2. Cassatie 26 februari 1990 (RIZIV/Sari).

(...) houdt voor dat hij niet in aanmerking komt voor rugbelastende of rugsparende arbeid en hij verwijst hiervoor naar volgende documenten:

1. Medisch attest dr. ... d.d. 14 juni 2013
2. Medisch attest dr. ... d.d. 8 juli 2014
3. Medisch attest dr. ... d.d. 29 juli 2014
4. Medisch attest dr. ... d.d. 14 augustus 2014
5. Medisch attest dr. ... d.d. 16 januari 2015
6. Medisch attest dr. ... d.d. 27 maart 2015
7. Toegangscodes MRI d.d. 22 oktober 2015
8. Medisch attest dr. ... d.d. 9 november 2015

4.2. Beoordeling

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 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.

Om als arbeidsongeschikt erkend te kunnen worden moet dus tegelijkertijd voldaan worden aan drie voorwaarden:

- onderbreking van elke werkzaamheid
- die onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen
- het verdienvermogen moet verminderd zijn tot een derde of minder dan een derde van wat de referentepersoon zou kunnen verdienen.

Er bestaat tussen partijen geen betwisting dat (...) voldoet aan de eerste twee vermelde voorwaarden zodat enkel no dient onderzocht te worden of het verdienvermogen van (...) verminderd is tot een derde of minder dan een derde van wat de referentepersoon zou kunnen verdienen in de verschillende referentieberoepen.

Aangezien de bestreden administratieve beslissing zich situeert na de eerste zes maanden van primaire arbeidsongeschiktheid dient de vermindering van verdienvermogen niet enkel geëvalueerd te worden in functie van het gewone beroep van (...) maar eveneens in functie van de beroepencategorie waartoe zijn beroepsarbeid behoort en de beroepsactiviteiten die door zijn opleiding mogelijk worden gemaakt.

Uit de voorgebrachte feitelijke gegevens blijkt (...) werd geboren in 1974. Hij volgde lager onderwijs in Marokko en werkte tijdens de periode van 1990-1997 als visser. Vervolgens kwam hij naar België en leerde hij Nederlands in avondschool.

In België was hij van 20 januari 1999 tot 31 juli 2000 werkzaam als tomatenplukker en nadien werkte hij als arbeider in een bandencentrale. Hij was ook nog werkzaam als arbeider bij Belgomilk van 13 december 2010 tot 26 december 2010.

Aangezien (...) geen specifieke scholing heeft genoten moet hij gekwalificeerd worden als een ongeschoolde arbeider.

(...) werd arbeidsongeschikt erkend vanaf 12 maart 2012 wegens chronisch laag ruglijden.

Uit het expertiseverslag blijkt dat de gerechtsdeskundige een objectieve pathologie weerhoudt meer bepaald een lumbale stenose met lage rugpijn, uitstraling naar een been en een neurogene claudicatio.

Deze geobjectiveerde pathologie veroorzaakt functionele stoornissen waardoor (...) volgens de gerechtsdeskundige vanaf 10 juli 2014 niet meer in staat is om te werken als arbeider waarbij meer dan 500 m dient te worden gestapt en waarbij zwaar lichamelijk werk moet uitgevoerd worden.

De loutere vaststelling dat (...) niet meer in staat is om zwaar lichamelijk werk te verrichten volstaat niet om hem arbeidsongeschikt te beschouwen als niet wordt nagegaan of de wettelijk vereiste ongeschiktheidsgraad ook bestaat ten aanzien van middelzware of lichte arbeid die geen specifieke scholing vereisen (Cass., 26.02.1990, Arr. Cass., 1989-1990, 846).

Welnu de gerechtsdeskundige is zeer formeel in zijn besluit, dit op basis van het klinisch onderzoek en de verschillende technische gegevens, dat (...) nog in aanmerking komt voor rugsparende arbeid en zittende activiteiten.

Aan de hand van de voorgebrachte medische attesten van zijn behandelende geneesheer en de technische onderzoeken (stukken 1 t/m 8 bundel (...)) bewijst (...) geenszins dat zijn verdienvermogen eveneens verminderd is tot een derde of minder dan een derde van wat de referentepersoon zou kunnen verdienen ten opzichte van de groep van beroepen die geen specifieke scholing vereisen en waartoe ook licht lichamelijk werk en rugsparende arbeid behoort.

Bij gebreke aan nieuwe medische elementen die van aard zijn de bevindingen van de deskundige te weerleggen of in twijfel te trekken dient het in ondergeschikte orde geformuleerde verzoek van (...) om een college van deskundigen aan te stellen te worden afgewezen.

Gelet op het objectief expertiseverslag sluit het arbeidshof zich aan bij het gemotiveerd definitief besluit van de gerechtsdeskundige; (...) is op 10 juli 2014 en sedertdien niet arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het hoger beroep is gegrond.

BESLISSING

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gegrond.

Vernietigt het vonnis van 23 juni 2016 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen met uitzondering van de tenlastelegging en vereffening van de gedingkosten.

Opnieuw recht sprekend.

Bevestigt de beslissing van 3 juli 2014 van de Gewestelijke Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

...

V. Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel, 9 juni 2017

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 25sexies – Voorafgaande toestemming – Openbare orde

Artikel 25sexies, § 1, 2°, waarin gesteld wordt dat het Bijzonder Solidariteitsfonds geen tussenkomst kan verlenen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen die niet het voorwerp zijn geweest van een voorafgaande toestemming van het College van Geneesheren-Directeurs, is een bepaling van openbare orde waar mogelijke andersluidende toelichtingen op de website van het RIZIV geen afbreuk aan kunnen doen.

Rolnummer : 15/1891/A
X. t./RIZIV

...

II. Voorwerp van de vordering

3.

(...), hierna “eiseres” genoemd, stelde beroep in tegen de beslissing d.d. 8 april 2015 van het College van Geneesheren-Directeurs van het RIZIV, aan haar betekend met brief van 20 april 2015 en verder toegelicht door haar ziekenfonds met brief van 28 april 2015.

Met deze beslissing werd “eiseres” haar aanvraag d.d. 1 april 2015 (datum van ontvangst bij het RIZIV) tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds voor in het buitenland verleende verzorging afgewezen.

Het betreft de kosten voor behandelingen radiotherapie en hypothermie verstrekt in de periode van 14 juli 2014 tot 1 augustus 2014 in het Instituut Verbeeten te Tilburg (Nederland), voor een totaal bedrag van 24.915,18 EUR.

Deze aanvraag werd ingediend na ongunstig advies van de adviserend geneesheer en van de geneesheer-directeur van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten.

4.

“Eiseres” vordert te zeggen voor recht dat zij recht heeft op een tegemoetkoming in haar medische kosten, zoals aangevraagd.

III. Bevoegdheid en ontvankelijkheid

5.

De rechtbank is bevoegd voor de behandeling van het geschil (art. 167,1^{ste} lid van de Ziekteverzekeringwet en art. 580, 2^o (of 581, 2^o) Ger. W.).

6.

Het beroep d.d. 10 juli 2015 tegen de beslissing d.d. 8 april 2015 van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV, betekend aan “eiseres” met brieven van 20 april 2015 en 28 april 2015, werd ingesteld binnen de beroepstermijn van drie maanden (art. 23 van de wet van 11.04.1995 betreffende Het Handvest van de Sociaal Verzekerde). Bijgevolg is de vordering ontvankelijk.

IV. Beoordeling

7.

Artikel 25 van de Ziekteverzekeringwet (versie van toepassing bij het nemen van de bestreden beslissing) bepaalt:

“Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag en het deel daarvan dat wordt toegewezen aan de tegemoetkomingen toegekend krachtens artikel 25quater/1, § 2, voor ieder kalenderjaar worden vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Het College van geneesheren-directeurs beslist binnen de perken van de financiële middelen van dit Fonds en met naleving van de door de Algemene raad uitgevoerde toewijzing over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Het Bijzonder Solidariteitsfonds verleent slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst en voor zover ze de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen waarvoor, in het concrete geval, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering. Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds: (...opsomming...)”.

De voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor een tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen worden bepaald door artikel 25^{sexies}, § 1 van de Ziekteverzekeringwet, zoals vervangen door artikel 24 van de wet van 7 februari 2014 (B.S., 25.02.2014).

Het moet gaan om een behartigenswaardig geval, zoals gedefinieerd aan de hand van zes voorwaarden, en de toestemming van het College van geneesheren-directeurs is vereist voordat de geneeskundige verstrekkingen in het buitenland worden verleend.

8.

Het RIZIV heeft de tussenkomst geweigerd, precies omdat niet aan deze laatste voorwaarde werd voldaan: de toestemming werd niet gevraagd door “eiseres” en derhalve ook niet verleend door het College van geneesheren-directeurs.

Het RIZIV onderstreept hierbij dat artikel 25^{sexies} van de Ziekteverzekeringwet van openbare orde is, en stelt dat “eiseres” de toelichting van dit artikel op de website van het RIZIV verkeerd interpreteert.

“Eiseres” meent dat zij de voorafgaande toestemming niet nodig had omwille van de hoogdringendheid van de verstrekkingen: de behandelingen in Tilburg werden voor het eerst besproken tijdens een consultatie met behandelend geneesheer, (...), op 27 juni 2014 en de behandeling werd reeds op 8 juli 2014 opgestart.

“Eiseres” verwijst als rechtsbron naar de website van het RIZIV, waar zij las: “Let op: U moet voor uw vertrek naar het buitenland een akkoord hebben ontvangen van het College van geneesheren-directeurs (behalve in het geval van aangetoonde en onverwachte situaties)”.

9.

De rechtbank oordeelt als volgt:

Gelet op de duidelijke bepaling van artikel 25*sexies*, § 1, 2^o van de Ziekteverzekeringwet staat het buiten kijf dat het Bijzonder Solidariteitsfonds geen tussenkomst kan verlenen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, welke niet het voorwerp zijn geweest van een voorafgaande toestemming van het College van geneesheren-directeurs.

Het betreft een bepaling van openbare orde, waarvan derhalve niet kan worden afgeweken. Deze bepaling voorziet niet in een uitzondering wegens “hoogdringendheid van de verstrekkingen”.

Toelichtingen op de website van het RIZIV kunnen geen afbreuk doen aan wettelijke bepalingen van openbare orde. De toelichting in kwestie is trouwens volkomen verenigbaar met het voorschrift van artikel 25*sexies*, § 1, 2^o van de Ziekteverzekeringwet, zoals het RIZIV terecht opmerkt.

“Eiseres” diende haar verzoek tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts in bij haar ziekenfonds op 28 augustus 2014, daar waar de therapieën in kwestie reeds voltooid waren op 1 augustus 2014.

Er werd eenvoudigweg nooit een akkoord gevraagd, niet in de korte periode tussen de eerste bespreking van de therapieën op 27 juni 2014 en het opstarten ervan op 8 juli 2014, niet tijdens de behandelingsperiode, en ook niet in de weken erna.

Voor de volledigheid dient opgemerkt te worden dat er op grond van de voorliggende stukken wordt vastgesteld dat “eiseres” ook geen toestemming heeft gevraagd aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, zoals dit nochtans was vereist tot aan de wijziging van artikel 25*sexies* door de wet van 7 februari 2014 (in werking sinds 07.03.2014).

Het is vanuit een menselijk oogpunt zeker aannemelijk dat de administratieve afhandeling van een en ander niet de eerste prioriteit van “eiseres” was, gelet op de medische problematiek waarmee zij werd geconfronteerd. Het is bovendien niet duidelijk of “eiseres” door de voorschrijvende arts voldoende werd ingelicht van de kosten, verbonden aan de voorgestelde behandelingen in het buitenland; evenmin is duidelijk of “eiseres” zelf het initiatief heeft genomen om daarover inlichtingen in te winnen bij haar ziekenfonds voor haar vertrek naar Tilburg.

Hoe dan ook zijn dit elementen die in geen geval een tussenkomst vanuit de sociale zekerheid (sector ziekteverzekering) kunnen rechtvaardigen: zowel het RIZIV als de rechtbank moeten de wetgeving toepassen.

Het RIZIV heeft de aanvraag tot tussenkomst vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds terecht afgewezen, op grond van het ontbreken van de voorafgaande toestemming voor de geneeskundige verstrekkingen in het buitenland van het College van geneesheren-directeurs; het betreft een correcte toepassing van artikel 25*sexies*, § 1, 2^o van de Ziekteverzekeringwet.

De wettelijke voorwaarden tot tussenkomst moeten cumulatief worden vervuld. Dit maakt(e) het onderzoek of er al dan niet sprake is van een behartigenswaardig geval overbodig.

De bestreden beslissing d.d. 8 april 2015 is volledig naar recht verantwoord, en het beroep ongegrond. De vordering van “eiseres” tot tussenkomst vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds wordt derhalve afgewezen.

10.

Overeenkomstig artikel 1017, 2^{de} lid van het Gerechtelijk Wetboek wordt de overheid of de instelling belast met het toepassen van de wetten en verordeningen bedoeld in de artikelen 580, 581 en 582 1° en 2°, ter zake van vorderingen ingesteld door of tegen de gerechtigden, steeds in de kosten verwezen, behalve wanneer het geding roekeloos of tergend is. Dit is zeker niet het geval.

Het RIZIV wordt daarom veroordeeld tot de kosten. Deze werden door “eiseres” begroot op een rechtsplegingsvergoeding van 131,48 EUR, daar waar het sinds 1^{ste} juni 2016 toepasselijk bedrag 131,18 EUR bedraagt.

**OM DEZE REDENEN
DE RECHTBANK**

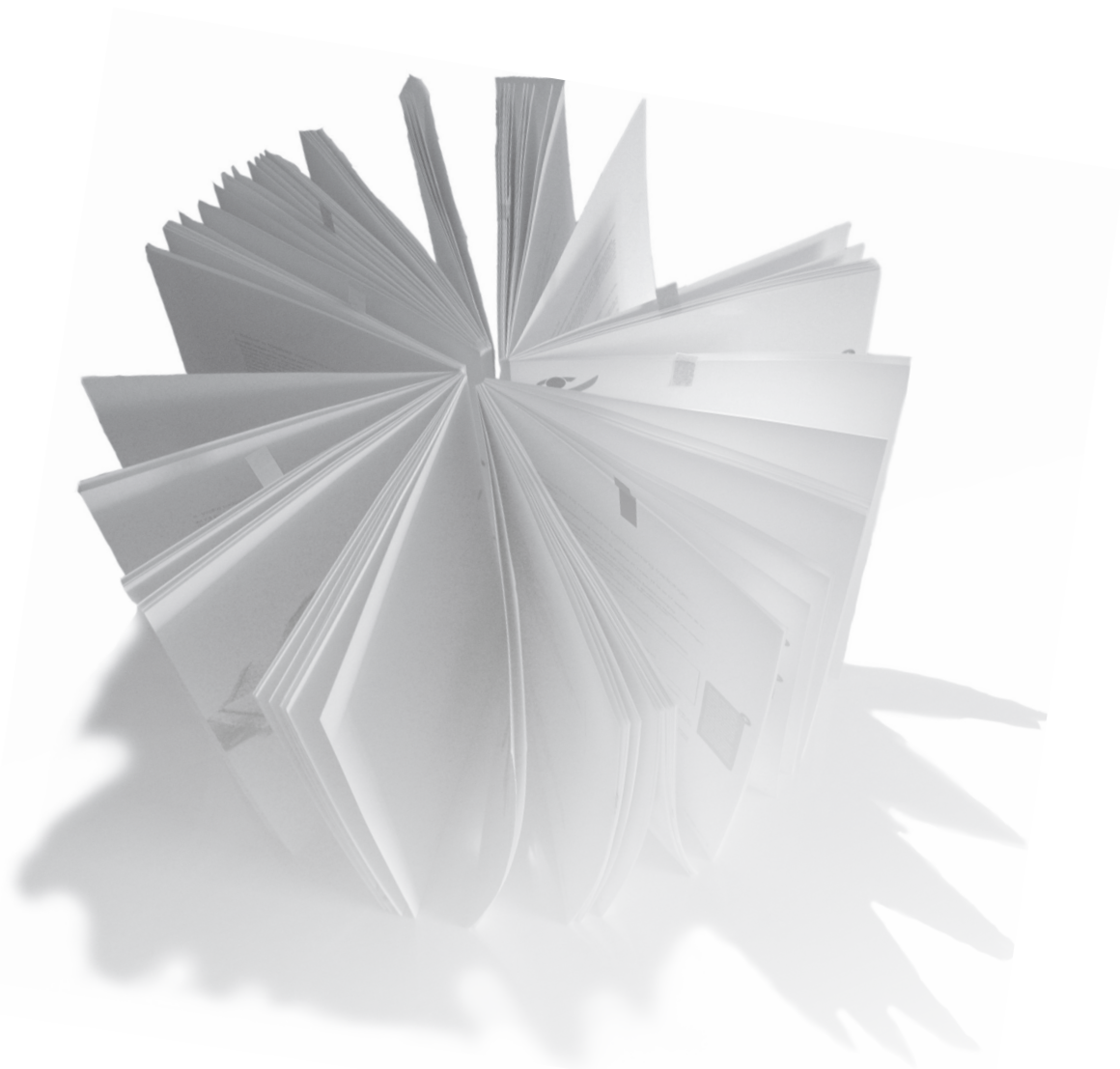
Na eensluidend mondeling advies van mevrouw... , substituut-arbeidsauditeur,

In eerste aanleg en op tegenspraak;

Verklaart de vordering van “eiseres” ontvankelijk doch ongegrond ;

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Elektronisch medisch dossier (EMD)

Stopzetting van de activiteiten van zorgverleners
- Gegevensoverdracht - Keuze van de patiënten -
Geïnformeerde toestemming - Code van geneeskundige
plichtenleer van de Nationale Orde van Geneesheren -
Beheer van medische dossiers - Gepaste bewaarregeling
- Continuïteit van de zorg

Vraag nr. 1670, gesteld op 2 juni 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw CAPRASSE, volksvertegenwoordigster¹

De algemene toepassing van het elektronisch medisch dossier (EMD) moest de gegevensoverdracht bij de stopzetting van de activiteiten van zorgverleners aanzienlijk vergemakkelijken. Als de arts het einde van zijn activiteiten voorbereidt, bijvoorbeeld bij het naderen van zijn pensionering, en hij een opvolger heeft en zijn patiënten daarover inlicht, zou er geen probleem mogen zijn.

Naar verluidt zouden de regels echter niet helemaal duidelijk zijn, met name als het aankomt op het eerbiedigen van de vrije keuze van de patiënten.

1. Moeten de patiënten, als ze dat (nog) niet hebben gedaan, hun geïnformeerde toestemming geven inzake het delen van hun medische dossier opdat de opvolger daartoe toegang kan hebben? Of wordt het patiëntenbestand automatisch in zijn geheel overgedragen, zoals dat het geval zou zijn bij de overname van papieren dossiers?
2. Moet de patiënt, als hij een andere arts kiest, zijn geïnformeerde toestemming geven voor het delen van het dossier, aangezien dat niet wordt gedeeld, maar wordt overgedragen?
3. Wie zou er, als de arts de stopzetting van zijn activiteiten niet voorbereidt omdat hij bijvoorbeeld onverwachts overlijdt, toegang hebben tot de elektronische medische dossiers en onder welke voorwaarden en volgens welke procedures zou dat gebeuren?

Antwoord :

De draagwijdte van de geïnformeerde toestemming voor de elektronische deling van gezondheidsgegevens tussen zorgverleners in het kader van de zorg voor de patiënt reikt niet tot de organisatie van de overdracht van het patiëntendossier in het kader van de beëindiging van de activiteiten van een zorgverlener. De geïnformeerde toestemming is beperkt tot de deling van gezondheidsgegevens met betrekking tot dewelke er effectief verwijzingen in het verwijzingsrepertorium van het eHealth-platform zijn opgenomen.

Titel II (De geneesheer ten dienste van de patiënt) van de Code van geneeskundige plichtenleer van de Nationale Orde van Geneesheren regelt het beheer van medische dossiers bij stopzetting van de praktijk.

1. Bulletin nr. 151, Kamer, gewone zitting 2017-2018, p. 238.

De medische deontologische code schrijft voor dat bij overdracht van een medische praktijk, het overdrachtscontract moet bepalen dat de arts-cessionaris bewaarnemer wordt van de medische dossiers en dat hij zich ertoe verbindt de informatie uit het dossier die van nut is voor de continuïteit van de zorg te bezorgen aan iedere andere beroepsbeoefenaar, aangeduid door de patiënt. Wanneer een praktijk wordt stopgezet en niet wordt overgedragen, moet de arts erop toezien dat alle medische dossiers voor bewaring aan een praktiserend arts worden toevertrouwd. Indien de arts hier zelf niet toe in staat is, is het raadzaam dat zijn naaste familieleden de overdracht op zich nemen. Indien geen enkele oplossing gevonden wordt, kan elke betrokkene de Provinciale Raad van de arts hiervan op de hoogte brengen.

Artikel 47 : Wanneer zijn praktijk ophoudt, maakt de arts alle nuttige en noodzakelijke inlichtingen voor de continuïteit van de zorg over aan de door de patiënt aangeduide arts.

Indien de betrokken provinciale raad ingelicht wordt dat deze arts niet meer bij machte is deze verplichting na te leven, neemt hij de nodige schikkingen voor :

- de gepaste bewaarregeling voor de medische dossiers, teneinde de continuïteit van de zorg te kunnen verzekeren
- de vrijwaring van het beroepsgeheim.

Artikel 39 : De arts die persoonlijk het medisch dossier heeft samengesteld en aangevuld, is verantwoordelijk voor de bewaring ervan. Hij beslist over de overdracht van het geheel of een gedeelte van het dossier met inachtneming van het beroepsgeheim.

Artikel 41 : Op vraag van de patiënt of met diens toestemming moet de arts zo spoedig mogelijk aan een andere behandelende arts alle inlichtingen verstrekken die nuttig of nodig zijn voor de vervollediging van de diagnose of de voortzetting van de behandeling.

Daarenboven, in zijn advies van 22 april 1995, beveelt de Nationale Raad van de Orde der artsen ook aan dat de artsen om elke onbeschikbaarheid van de eigenaar van de geheime sleutel te onderkennen, een kopie van de geheime sleutel en van het paswoord op diskette toe te vertrouwen aan de Provinciale Raad.

De overdracht zelf kan gebeuren op twee manieren : ofwel vraagt de patiënt aan zijn oorspronkelijke zorgverlener om zijn dossier door te sturen naar de nieuwe zorgverlener. Ofwel vraagt de patiënt zelf een kopie op van zijn dossier.

II. Personen zonder ziekenfonds

Categorieën van niet verzekerde personen - Ziekteverzekering - Recht op een tegemoetkoming - Rechthebbende - Voorwaarden - Werkgroep Verzekerbareid van het RIZIV - Maatregelen - Informatie

Vraag nr. 1906, gesteld op 6 oktober 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer FRIART¹

In 2016 hadden 93.326 Belgen geen ziekteverzekering. Dat is een stijging van 10,8 % in vijf jaar. Vaak waren die mensen nog wel aangesloten bij een ziekenfonds, maar waren ze niet langer rechthebbende omdat ze niet meer aan de voorwaarden voldeden om recht te hebben op een tegemoetkoming.

Wanneer ze bij de dokter of naar de apotheek gaan, of in het ziekenhuis worden opgenomen, moeten ze dus het volledige ²bedrag ophoesten. Ze hebben niet langer recht op de derde-betalersregeling of op enige terugbetaling van gezondheidszorg. Dat geldt ook voor de personen ten laste.

Hoewel het aantal niet-verzekerden niet zo hoog ligt, ligt het verhoudingsgewijs wel hoog in de grote steden.

Globaal genomen betalen de loontrekkenden de verplichte verzekering via de RSZ-bijdragen en de zelfstandigen via de socialeverzekeringskas. De belangrijkste categorieën van niet verzekerde personen zijn zelfstandigen die hebben nagelaten de nodige bijdragen te betalen, daklozen, personen die uitgesloten werden van het recht op werkloosheidsuitkeringen en personen die naar het buitenland vertrokken zijn zondere de nodige formaliteiten te vervullen.

1. Wat is uw standpunt ?
2. Hoe komt het dat het aantal niet verzekerde personen de jongste vijf jaar zo sterk is gestegen ?
3. Welke maatregelen worden er genomen om zoveel mogelijk personen ertoe aan te zetten het nodige te doen om hun ziekteverzekering in orde te brengen ?
4. Beschikt u over gegevens rond de impact van de situatie van die niet-verzekerde personen ?
5. Welk percentage van de bevolking is perfect op de hoogte van de dekking van hun verschillende ziekteverzekeringen (van alle voordelen waar zij en hun gezin recht op hebben wanneer er meerdere verzekeringen zijn, bijvoorbeeld individuele en professionele) ? Moet er iets gebeuren om de informatie op dat punt te verbeteren ?

Antwoord :

Deze situatie wordt van dichtbij gevolgd door de betrokken administraties.

1. Bulletin nr. 160, Kamer, gewone zitting 2017-2018, p. 170.

1. De dekking van de verplichte verzekering beoogt alle Belgen te bereiken. Historisch was, op het moment van de oprichting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de link tussen dit recht en de uitgeoefende professionele activiteit essentieel: in 1944 werd de sociale zekerheid opgericht ten behoeve van de loontrekkenden. Later werd een recht op geneeskundige verzorging toegekend aan de zelfstandigen en vervolgens werd dit progressief uitgebreid naar andere categorieën van actieven (ambtenaren, dienstboden, enz.). Doorheen de jaren is de link met de beroepsactiviteit minder stringent geworden en het doel werd het toekennen van dit recht aan de hele bevolking: aan de personen met een handicap, aan studenten en tenslotte aan de nog niet beschermde personen.

Om een recht op dekking voor geneeskundige verzorging binnen de verplichte verzekering te openen en te behouden moeten er drie voorwaarden vervuld zijn :

- ingeschreven zijn bij een verzekeringsinstelling
- beschikken over een van de hoedanigheden van gerechtigde vermeld in de reglementering: personen onderworpen aan de sociale zekerheid (loontrekkende werknemers, zelfstandigen, erkend arbeidsongeschikten, in gecontroleerde werkloosheid, enz.), gepensioneerden, personen met een handicap, studenten van het hoger onderwijs, personen ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen, weduwen, leden van kloostergemeenschappen, personen ten laste
- in orde zijn met de bijdragen voor het referentiejaar, welke het tweede voorafgaande jaar is aan het jaar van het recht.

De inschrijving of aansluiting bij een verzekeringsinstelling blijft behouden voor een termijn die loopt tot het einde van het tweede jaar dat verstreken is na het laatste jaar waarover de gerechtigde nog, recht op geneeskundige verstrekkingen had. Tijdens de geldigheidsduur van de inschrijving of aansluiting, heeft het verwerven van een andere hoedanigheid van gerechtigde, geen nieuwe inschrijving of aansluiting tot gevolg.

Ingeval de gerechtigde een aanvraag om inschrijving indient nadat de geldigheid van de vorige inschrijving is vervallen, in toepassing van het vorige lid, zal deze nieuwe inschrijving, indien ze wordt aanvaard, beschouwd worden als een herinschrijving of heraansluiting. De herinschrijving of heraansluiting kan ten vroegste uitwerking hebben op de dag na de einddatum van de geldigheid van de vorige inschrijving. Op de herinschrijving of heraansluiting zijn voor het overige dezelfde regels van toepassing, als die welke gelden voor de inschrijving of aansluiting.

De toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is een belangrijke preoccupatie voor de verzekeringsinstellingen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), in het bijzonder voor de zwakke socio-economische groepen. De Dienst voor administratieve controle van het RIZIV heeft verschillende keren de problematiek van de niet-verzekerde personen als onderwerp van een controle bij de verzekeringsinstellingen genomen en houdt er een precieze en becijferde opvolging van bij. Deze controles hebben onder andere aangetoond dat de niet-verzekerde personen hoofzakelijk mannen waren die deel uitmaken van de actieve bevolking en zich in de leeftijdscategorie van 30 tot 49 jaar bevinden.

Deze controles hebben eveneens verschillende redenen aan het licht gebracht waarom de personen geen recht op geneeskundige verzorging hebben :

- hun bijdragen voor het referentiejaar bleken onvoldoende en ze betaalden niet de nodige aanvullende bijdrage
- ze bevinden zich in een situatie van herinschrijving met toepassing van een wachttijd van zes maanden, welke wordt opgelegd indien de voorgaande inschrijving vervallen was omwille van het niet nakomen van de bijdrageverplichting

- ze hebben recht op een tenlasteneming voor de geneeskundige verzorging op basis van een andere reglementering (bv. vertrek naar het buitenland)
 - ze overhandigen geen documenten aan hun verzekeringsinstelling:
 - om een vrijstelling voor de persoonlijke bijdragen te verkrijgen
 - om de inschrijving te finaliseren.
2. Deze problematiek wordt ook opgevolgd in de schoot van de organen van het RIZIV, waaronder de Werkgroep Verzekeraarbaarheid. Recente gedeeltelijke gegevens tonen aan dat de meerderheid van de niet gedekte personen niet meer in België verblijven. Op 31 december 2015 vertegenwoordigden de personen met een adres in België die niet gedekt waren 31,9 % van alle niet gedekte personen. Hetzelfde werd vastgesteld bij de controles van de verzekeringsinstellingen.
3. Er bestaan verschillende maatregelen om te vermijden dat personen geen recht hebben op geneeskundige verzorging.

Zo hebben de zelfstandigen in principe een recht op geneeskundige verzorging als ze in orde zijn met de bijdragen binnen het sociaal statuut van de zelfstandigen. Er zijn verschillende redenen die kunnen verklaren waarom de zelfstandigen het nalaten de bijdragen te betalen, maar er bestaan, in het kader zelf van het sociaal statuut voor zelfstandigen in moeilijkheden, oplossingen :

- een vrijstelling voor de bijdragen kan gevraagd worden aan de Commissie voor vrijstelling van bijdragen. Deze commissie kan aan zelfstandigen die zich in “staat van behoefte” of een “toestand die de staat van behoefte benadert” bevinden een totale of gedeeltelijke vrijstelling van verplichte betaling van de sociale zekerheidsbijdragen toekennen
- een “overbruggingsrecht” is voorzien voor de zelfstandigen die hun activiteiten moeten stopzetten ten gevolge van een faillissement, financiële problemen, een gebeurtenis (brand, allergie, enz.) of een collectieve schuldenregeling. Dit overbruggingsrecht waarborgt rechten binnen de verzekering ziekte-invaliditeit (zonder betaling van bijdragen) gedurende maximum vier trimesters
- bepaalde zelfstandigen (meer bepaald diegenen in moeilijkheden ten gevolge van de aanslagen of de fipronilcrisis) kunnen een uitstel van betaling vragen.

In al deze gevallen blijft het recht op geneeskundige verzorging behouden.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging biedt zelf een bijkomende oplossing voor de zelfstandigen die geen rechten kunnen doen gelden op deze mechanismen, door hun toe te staan een beroep te doen op de hoedanigheid van resident voor dewelke wel of geen persoonlijke bijdragen verschuldigd zijn, in functie van de gezinsinkomens.

De verzekeringsinstellingen hebben een proactieve rol op dit gebied om te vermijden dat een zelfstandige in moeilijkheden zich zonder gezondheidsdekking zou bevinden.

Wat de daklozen betreft is er actueel overleg lopende tussen het RIZIV, de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid, de verenigingen actief bij daklozen, de OCMW's en de verzekeringsinstellingen, om concrete oplossingen en praktijken te vinden voor de problemen die een gebrek aan verzekeraarbaarheid kunnen creëren, zoals het feit niet te beschikken over een identiteitskaart of uitgeschreven te zijn uit het Rijksregister van de natuurlijke personen. Actueel worden meerdere pistes bestudeerd.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ook mechanismen uitgewerkt die toelaten dat personen die uitgesloten zijn van de werkloosheid hun recht op geneeskundige verzorging kunnen behouden, ofwel door ze te blijven beschouwen als gerechtigden "gecontroleerde werklozen", ofwel door hun toe te staan te genieten van de voortgezette verzekering, welke echter beperkt is in de tijd. Deze reglementering moet regelmatig bijgewerkt worden om de evolutie in de werkloosheidsreglementering te volgen.

4. De afwezigheid van dekking geneeskundige verzorging laat zich enkel voelen wanneer er een beroep op zorgen nodig is. Het is bij deze gelegenheid dat een deel van de betrokken personen de noodzakelijke stappen zal ondernemen om te kunnen genieten van terugbetalingen en ze genieten er in de meerderheid van de gevallen onmiddellijk van, de wachttijd blijft een uitzondering.
5. De informatie aan de sociaal verzekerden met betrekking tot hun rechten geneeskundige verzorging is een constante preoccupatie van de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV. De gezondheidsenquête uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en ook het onderzoek gerealiseerd door het RIZIV ten gelegenheid van haar vijftigste verjaardag laten toe de tevredenheidsgraad van de bevolking te meten met betrekking tot het systeem van geneeskundige verzorging en op die wijze na te gaan of dit gekend is. De resultaten van zulke enquêtes dienen om de te nemen beslissingen ten overstaan van het systeem te verbeteren en te verduidelijken.

III. Maximumfactuur

Aantal rechthebbenden, opgesplitst per type maximumfactuur voor het MAF-jaar 2015 - Overzicht van het aantal rechthebbenden op MAF voor het MAF-jaar 2016 - Terugbetalingen uit het kalenderjaar 2017 - Verwerking van het MAF-jaar - Verzekeringsinstellingen - Feedback naar de Dienst voor Administratieve Controle van het Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering - Onmogelijkheid om cijfers mee te delen met betrekking van de rechthebbenden op de MAF in de psychiatrie

Vraag nr. 2080, gesteld op 22 januari 2018, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MUYLLE, volksvertegenwoordiger¹

De verplichte ziekteverzekering dekt niet alle kosten. Daarom bestaat er een extra bescherming tegen torenhoge medische kosten, namelijk de maximumfactuur (MAF). Bij het berekenen van de maximumfactuur houdt het ziekenfonds rekening met het inkomen. Op basis daarvan wordt beslist hoeveel remgeld wordt terugbetaald.

1. Kan u meegeven hoeveel patiënten er in 2014, 2015, 2016 en 2017 de MAF hebben ingeroepen ? De cijfers voor het jaar 2015 zouden moeten volledig zijn, daar de verjaringstermijn is vastgesteld op twee jaar. Voor de jaren 2016 en 2017 kunnen nog steeds getuigschriften ingediend worden, maar graag hadden we ook voor deze jaren de voorlopige cijfers. Kan u dit opsplitsen per kalenderjaar en per type maximumfactuur ?
2. Kan u meegeven hoeveel behartigenswaardige gevallen zijn aangevraagd voor de jaren 2015, 2016 en 2017 ?
3. Kan u tevens meegeven hoeveel patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis een MAF hebben ingeroepen voor de jaren 2014, 2015, 2016 en 2017 ? Kan u dit doen aangevuld met de volgende gegevens :
 - a) aantal patiënten langer dan één jaar opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis;
 - b) gemiddelde opnameduur in jaren van patiënten die langer dan één jaar zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis;
 - c) tussenkomst ziekteverzekering voor die patiënten (langer dan één jaar ligduur) na het eerste jaar opname;
 - d) persoonlijk aandeel van deze patiënten (langer dan één jaar ligduur) na het eerste jaar ?

1. Bulletin nr. 149, Kamer, gewone zitting 2017-2018, p. 353.

Antwoord :

1. Hieronder vindt het geachte lid een weergave van het aantal rechthebbenden, opgesplitst per type maximumfactuur (MAF) voor het MAF-jaar 2015. In de tabel worden de cijfers weergegeven op datum van 1 januari 2018. Op deze datum is de verwerking van het MAF-jaar afgesloten en deze cijfers sgeven daardoor een volledig beeld van het aantal rechthebbenden op de MAF voor het MAF-jaar 2015.

Type MAF	MAF-rechthebbenden voor het MAF-jaar 2014	MAF-rechthebbenden voor het MAF-jaar 2015
Sociale MAF	350.311	357.255
Inkomens MAF (450 EUR)	186.280	165.081
Inkomens MAF (650 EUR)	340.439	324.379
Inkomens MAF (1.000 EUR)	172.393	183.678
Inkomens MAF (1.400 EUR)	59.738	63.205
Inkomens MAF (1.800 EUR)	93.162	102.707
Verhoogde kinderbijslag	171	113
Kind jonger dan 19 jaar	11.470	12.116
Totaal	1.213.964	1.208.534

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal rechthebbenden op MAF voor het MAF-jaar 2016 op 1 januari 2017 en 1 januari 2018. In totaal kregen 543.004 rechthebbenden in 2016 en een extra 630.239 sociaal verzekerden een terugbetaling op de MAF voor het MAF-jaar 2016.

Voor het MAF-jaar 2017 zijn alleen de terugbetalingen uit het kalenderjaar 2017 bekend (cijfers op datum 01.01.2018).

MAF-rechthebbenden voor het MAF-jaar 2016			MAF-rechthebbenden voor het MAF-jaar 2017 (op 01.01.2018)
Type MAF	Cijfers op 01.01.2017	Cijfers op 01.01.2018	
Sociale MAF	197.871	362.840	188.952
Inkomens MAF (450 EUR)	49.168	144.356	62.324
Inkomens MAF (650 EUR)	149.899	300.676	159.914
Inkomens MAF (1.000 EUR)	82.520	185.758	85.241
Inkomens MAF (1.400 EUR)	22.967	62.574	23.487
Inkomens MAF (1.800 EUR)	34.955	104.541	31.400
Verhoogde kinderbijslag	31	57	35
Kind jonger dan 19 jaar	5.593	12.441	5.520
Totaal	543.004	1.173.243	556.873

De MAF-jaren 2016 en 2017 volgen allebei de klassieke evolutie van een MAF-jaar. Op het einde van het MAF-jaar zelf wordt in de regel het recht op de MAF toegekend aan een aantal rechthebbenden dat tussen de 550.000 en 600.000 ligt. Bij het afsluiten van het daaropvolgende kalenderjaar komen er voor een MAF-jaar ongeveer evenveel rechthebbenden bij. Dat tweede jaar tikt dan meestal af op 1.000.000 à 1.200.000 rechthebbenden. In de loop van het derde kalenderjaar van de verwerking komen er meestal slechts een 10.000 tot 15.000 extra rechthebbenden bij.

2. Bij de verwerking van een MAF-jaar moeten de verzekeringsinstellingen twee keer een feedback sturen naar de Dienst voor Administratieve Controle van het Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze feedback houdt volgende twee inlichtingen :
- de gezinnen waarvoor de inkomens van sommige leden niet gekend waren door FOD Financiën maar die de MAF genoten hebben na onderzoek
 - de toekenning van de vermindering van het remgeldplafond dat van toepassing is bij de toekenning van de inkomensmaximumfactuur op basis van de behartigenswaardigheid.

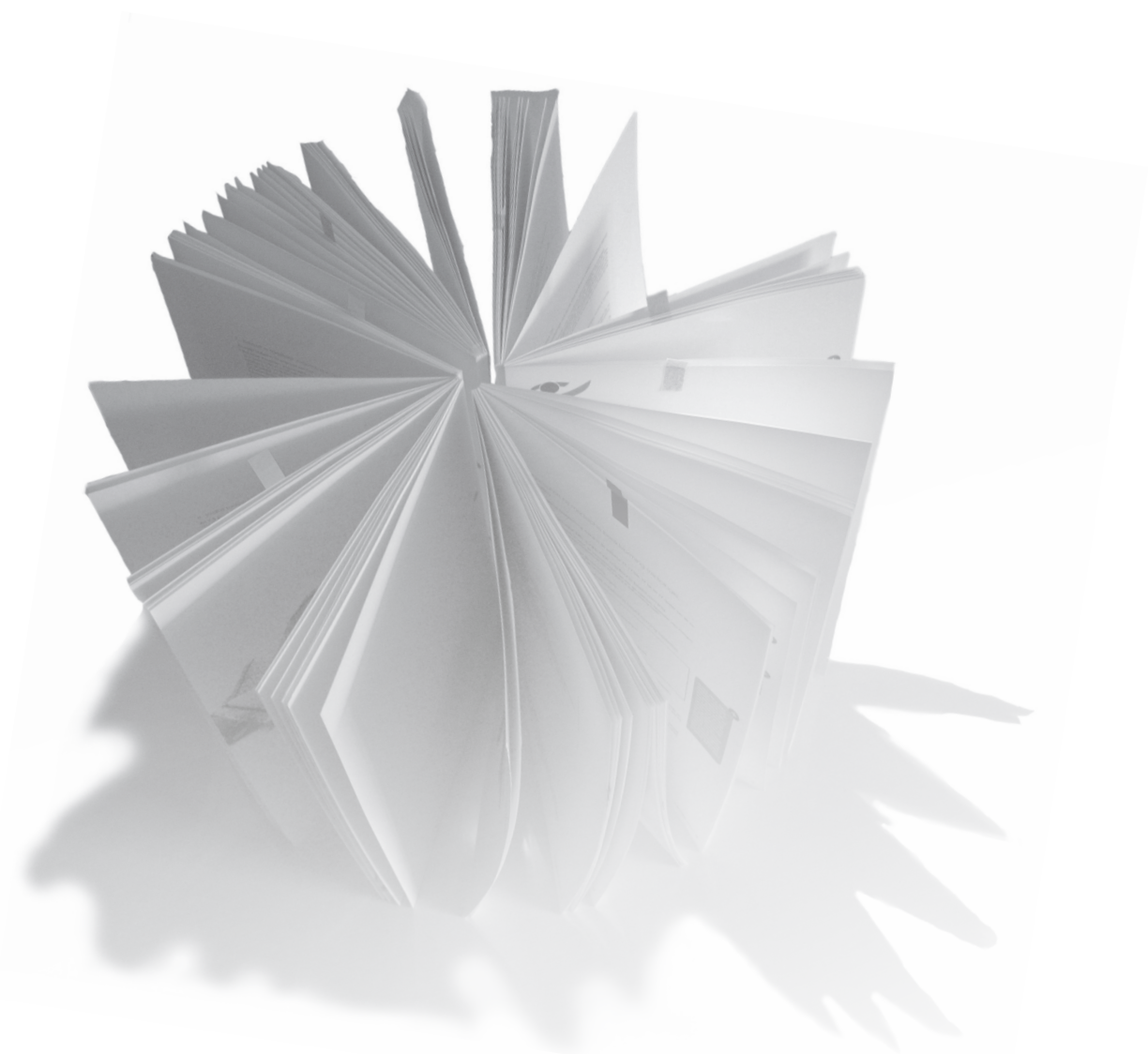
Deze feedback wordt gestuurd bij het afsluiten van het tweede en het derde jaar van de verwerking. De verzekeringsinstellingen mogen hun feedback doorsturen tot en met 31 januari van het betreffende jaar.

De dienst beschikt op 1 februari 2018 over de volledige feedback gegevens voor het MAF-jaar 2015, op 1 februari 2019 over de volledige feedback gegevens voor het MAF-jaar 2016 en op 1 februari 2020 over de volledige feedback gegevens voor het MAF-jaar 2017.

	MAF-jaar 2015	MAF-jaar 2016	MAF-jaar 2017
Aantal toegekende/ behartigenswaardige gevallen	37	23	?
	(de laatste feedback gegevens ontbreken/ op 26.01. nog voor 2 V.I.)	(dit zijn de gegevens van 5 van de 7 V.I. en het beeld/ is pas volledig op 01.02.2019 nadat de 2 ^{de} feedback werd ontvangen)	Eerste cijfers beschikbaar 01.02.2019 en volledige cijfers op 01.02.2020

3. De dienst beschikt niet over detailgegevens over de prestaties in de MAF-tellers van de rechthebbenden. Het is niet mogelijk om cijfers mee te delen met betrekking tot het verblijf en kosten geneeskundige verzorging van de rechthebbenden op de MAF in de psychiatrie.

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Modaliteiten waaronder uitzondering op het verbod van toepassing van de derdebetalersregeling kan worden toegestaan

Van toepassing vanaf 15 oktober 2017

Artikel 9/1 van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling voorziet een verbod tot toepassing van de derdebetalersregeling voor de prestaties die het opsomt (bezoeken, raadplegingen, adviezen van artsen, prestaties logopedie op school en bepaalde tandheelkundige prestaties bij rechthebbenden van 18 jaar en ouder...).

Artikel 9/2 voorziet evenwel dat dat verbod niet van toepassing is in een aantal uitzonderingssituaties die in het derde lid worden opgesomd.

A) Uitzonderingssituaties

1. Eerste situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in het kader van een akkoord waarin de forfaitaire betaling van bepaalde verstrekkingen is bedongen (art. 9/2, 1^o)

1.1. De derdebetalersregeling is toegestaan voor de betaling van verstrekkingen welke aan rechthebbenden verleend worden, die ingeschreven zijn in een medisch huis dat een effectief geworden akkoord inzake forfaitaire betaling heeft gesloten, door zorgverleners die in dat medisch huis de derdebetalersregeling toepassen.

Deze uitzondering slaat enkel op patiënten aan wie de geneeskundige verstrekkingen verleend worden tegen betaling van een vast bedrag, dat door het ziekenfonds aan de zorgverlener wordt uitbetaald, en dus niet op de patiënten aan wie de betrokken zorgverleners, in welk kader ook, verstrekkingen verlenen die per handeling worden vergoed.

1.2. De derdebetalersregeling is dus niet toegestaan voor de door het verbod beoogde verstrekkingen die door die zorgverleners worden verleend:

a) aan de bij een medisch huis ingeschreven personen die bij hun eerste inschrijving, op hun verzoek de vergoeding van de verstrekkingen per handeling genieten gedurende een niet hernieuwbare periode van 3 maanden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2. en volgende opgesomde uitzonderingen;

b) aan rechthebbenden die niet bij een medisch huis zijn ingeschreven, in één van de situaties waarin die verstrekkingen zich uitzonderlijk per verstrekking mogen laten honoreren (vb. deelneming aan een georganiseerde wachtdienst) behalve indien die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2. en volgende opgesomde uitzonderingen;

c) aan rechthebbenden die al dan niet bij een medisch huis zijn ingeschreven wanneer het door dat huis gesloten akkoord inzake forfaitaire betaling niet effectief is geworden, behalve als die verzorging wordt verleend in één van de omstandigheden die zijn bedoeld door de onder punt 2 en volgende opgesomde uitzonderingen.

1.3. De verzekeringsinstellingen kennen de medische huizen, de zorgverleners die er hun praktijk uitoefenen in het kader van de forfaitaire betalingsregeling en de ingeschreven rechthebbenden (meegedeeld door de dienst met omz. V.I. rubriek nr. 395).

2. Tweede situatie - door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen (art. 9/2, 2^o)

2.1. De verzekeringsinstelling is verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden op voorwaarde dat:

a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door het centrum wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling (Landsbond, Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Kas voor geneeskundige verzorging van de NMBS);

b) het centrum bij de eerste aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling het bewijs levert van zijn erkenning, gesubsidieerd is of erkenbaar is (wat telkens moet blijken uit een attest *ad hoc*) door de federale of communautaire overheid;

c) de benaming van het centrum waar de verzorging is verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij de getuigschriften voor verstrekte hulp gaat indien geen gebruik wordt gemaakt van de elektronische facturatie.

2.2. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen verleend in de centra die het onder punt 2.1., b), bedoelde bewijs niet kunnen leveren, op voorwaarde dat die centra zijn vermeld onder de inrichtingen die een overeenkomst inzake revalidatie of herscholing hebben gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging (zie omz. V.I. rubriek nr. 370) en tevens de onder punt 2.1., a) en c) bedoelde voorwaarden vervuld zijn.

3. Derde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend in inrichtingen die gespecialiseerd zijn in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden (art. 9/2, 3^o)

3.1. Het gaat om de verstrekkingen die in die inrichtingen worden verleend aan de volgende personen die er overdag en/of 's nachts verblijven:

a) de kinderen die een bijzondere pedagogische benadering behoeven (bijvoorbeeld: de kinderen die verblijven in inrichtingen waar bijzonder onderwijs wordt verstrekt). De raadplegingen voor kinderen in een kinderziekenhuis of in een ziekenhuis dat over een dienst kindergeneeskunde beschikt, worden niet door de uitzondering beoogd. De derdebetalersregeling kan evenwel worden toegepast voor de verstrekkingen die worden verleend in instellingen waarin kinderen verblijven die door de jeugdrechter zijn geplaatst;

b) de kinderen, die verblijven in een medisch pediatriesch centrum voor kinderen, getroffen door een chronische ziekte, dat een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 23, § 3 van de voormelde gecoördineerde wet, heeft gesloten met het Verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging;

c) de bejaarden die zijn ondergebracht in een erkend en tot de nationale overeenkomst toegetreden rust- en verzorgingstehuis of in een rustoord voor bejaarden. Het feit dat de verstrekkingen worden verleend in een ziekenhuis, een geriatische dienst of een hersteloord, is geen omstandigheid die op zichzelf de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt. De verzekeringsinstellingen kennen reeds de tot de overeenkomst toegetreden rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen (omzendingbrieven V.I. rubriek nr. 174);

d) de mindervaliden die verblijven in revalidatiecentra die een overeenkomst hebben gesloten met het Verzekeringscomité of in inrichtingen die erkend zijn door het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, het Service PHARE (Personne Handicapée Autonomie Recherche), het Agence pour une vie de qualité (AVIQ) of de Dienststelle für Personen mit Behinderung;

3.2. De verzekeringsinstelling moet de toepassing van de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat:

a) de aanvraag om toepassing van de derdebetalersregeling door de inrichting wordt ingediend bij de betrokken verzekeringsinstelling;

b) de inrichting bij de eerste aanvraag het bewijs levert van haar erkenning door een federale of communautaire overheid; de rustoorden voor bejaarden en de rust – en verzorgingstehuizen zijn echter reeds gekend door de V.I , zodat deze geen bewijs van erkenning moeten voorleggen;

c) de inrichting waar de verstrekkingen zijn verleend, duidelijk vermeld is op het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het verzamelborderel dat bij die getuigschriften gaat indien geen gebruik wordt gemaakt van de elektronische facturatie.

3.3. De verzekeringsinstelling moet ook aanvaarden de derdebetalersregeling toe te passen voor de verstrekkingen die worden verleend in inrichtingen die het bewijs van de onder punt 3.2.,b) bedoelde erkenning niet kunnen leveren, op voorwaarde dat het om inrichtingen gaat waarmee het Verzekeringscomité een revalidatieovereenkomst of een overeenkomst voor een medisch-pediatriesch centrum heeft afgesloten en de onder punt 3.2., a) en c) vermelde voorwaarden vervuld zijn.

3.4. Inzoverre de prestaties waarvoor de derdebetalersregeling wordt gevraagd, verstrekkingen zijn van individuele zorgverleners, die niet zijn gedekt door een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming voor de opname in de inrichting, zal de toepassing van de derdebetalersregeling gebeuren in hoofde van de individuele zorgverlener.

Het is derhalve deze zorgverlener die de beslissing neemt om gebruik te maken van de mogelijkheid van toepassing van de derdebetalersregeling.

4. Vierde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden in geval van overlijden of die zich in een comateuze toestand bevinden (art. 9/2, 4^o)

De verzekeringsinstelling moet de derdebetalersregeling aanvaarden op voorwaarde dat de geneesheer of tandarts op het getuigschrift voor verstrekte hulp verwijst naar de uitzonderingssituatie van het koninklijk besluit van 18 september 2015 die in dit geval wordt toegepast.

De volgende vermelding volstaat: "Overlijden of coma".

5. Vijfde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden (art. 9/2, 5^o)

5.1. Het gaat om situaties waarin de verzekerde niet onmiddellijk kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk is of niet aangewezen is om sociale redenen.



Voorbeelden:

- raadplegingen aan toxicomanen die zich buiten een centrum laten verzorgen, indien de geneesheer van oordeel is dat het risico bestaat dat de verzekeringstegemoetkoming die aan betrokkene wordt uitbetaald, zal worden besteed aan de aankoop van drugs
- raadplegingen aan rechthebbenden die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde die het recht doet ingaan
- raadplegingen aan personen die niet over voldoende eigen bestaansmiddelen beschikken, hoewel zij zich niet bevinden in een in artikel 9/2, 6^o tot 8^o bedoelde toestand.

Die bepaling mag er niet toe leiden dat de derdebetalersregeling wordt toegepast voor patiënten die zich bij het verlenen van de verzorging toevallig in de onmogelijkheid bevinden contant te betalen, maar die over voldoende middelen beschikken om zich via andere betalingsmodaliteiten van hun schulden te kwijten. Zo is het feit dat in het raam van een spoedgevallendienst een raadpleging wordt verricht voor een rechthebbende die op dat ogenblik onvoldoende betaalmiddelen bij zich heeft, op zich geen omstandigheid die de toepassing van de derdebetalersregeling rechtvaardigt.

5.2. Deze uitzonderingssituatie kan niet meer worden toegepast voor de verstrekkingen uit het artikel 5, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend vanaf 1 oktober 2015.

5.3. Wat de overige verstrekkingen dan deze bedoeld in 5.2., betreft, is de verzekeringsinstelling er toe verplicht de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor de gevallen, bedoeld in 5.1., op grond van:

- hetzij een door de patiënt ondertekende verklaring op erewoord waarin staat dat hij verkeert in een situatie waarin de reglementering de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; een als volgt gestelde verklaring volstaat: “Ik verklaar op mijn erewoord dat ik mij bevind in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt”
- hetzij van een getuigschrift van de zorgverlener waarin deze meldt dat de patiënt hem heeft verklaard dat hij zich bevindt in een situatie waarin de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt; wanneer een verzending van getuigschriften voor verstrekte hulp meerdere patiënten betreft die zich in zulke toestand bevinden, mag een globaal getuigschrift worden opgemaakt die deze toestand voor waar verklaart voor al de betrokken patiënten.

De arts die de prestatie elektronisch factureert, bewaart de verklaring op erewoord van de patiënt of zijn getuigschrift zoals hierboven vermeld, in het dossier van de patiënt.

5.4. De in 5.1. bedoelde situaties zijn situaties die zich occasioneel voordoen. Het behoort tot de bevoegdheid van de controlediensten van het RIZIV te vermijden dat de derdebetalersregeling door sommige zorgverleners systematisch wordt toegepast door automatisch en ten onrechte een beroep te doen op de bepalingen van artikel 9/2, 5^o.

6. Zesde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen verleend aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (art. 9/2, 6^o)

Voor de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming kan de derdebetalersregeling worden toegepast voor de periode waarover zij genieten van dit recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende van de verhoogde tegemoetkoming, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

7. Zevende situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die een bruto belastbaar gezinsinkomen hebben, dat niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14, § 1, 3^o van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op de maatschappelijke integratie, en op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht krachtens artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (art. 9/2, 7^o)

De derdebetalersregeling mag worden toegepast voor een bepaald jaar, indien de verzekerde voor het voorgaande jaar de voorwaarden vervulde om vrijgesteld te zijn van de bijdrageplicht in toepassing van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, op grond van het feit dat ze geen bruto belastbaar gezinsinkomen hebben dat hoger is dan het jaarbedrag van het leefloon.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

8. Achtste situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die voor de toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze in de zin van de werkloosheidsreglementering en in de zin van deze laatste reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn (art. 9/2, 8^o)

Het bewijs van deze hoedanigheid wordt geleverd via een elektronische informatiestroom tussen de uitbetalingskassen van de werkloosheidsvergoedingen en de verzekeringsinstellingen, via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid en het Nationaal intermutualistisch college.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekerbaarheid/tarief van MyCarenet.

9. Negende situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden die de medisch-sociale voorwaarden vervullen om het recht op verhoogde kinderbijslag te verkrijgen overeenkomstig artikel 47 van de algemene kinderbijslagwet van 19 december 1939 en aan de personen die te hunnen laste zijn (art. 9/2, 9^o)

Het bewijs dat de medisch-sociale voorwaarden vervuld zijn om het recht op de verhoogde kinderbijslag te verkrijgen, wordt geleverd aan de hand van de verklaringen vanwege de kinderbijslaginstellingen, de Staat, de Gemeenschappen, de Gewesten en de openbare instellingen die zelf kinderbijslag uitbetalen aan hun personeel of op basis van de elektronische gegevensstroom “Handichild”.

De derdebetalersregeling wordt in een eerste fase toegestaan tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin het bewijs van de hoedanigheid wordt geleverd. Vervolgens wordt de derdebetalersregeling telkens met een jaar verlengd, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat de vereiste hoedanigheid nog bestond in het vorige jaar.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van de rechthebbende, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraarheid/tarief van MyCarenet.

10. Tiende situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan rechthebbenden op het statuut chronische aandoening in de zin van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (art. 9/2, 10^o)

Het statuut chronische aandoening is in werking getreden op 1 januari 2013.

Dit statuut wordt toegekend op basis van één van de volgende drie criteria zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37*vicies*/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- uitgaven voor geneeskundige verzorging van minstens 300 EUR (geïndexeerd) per kalenderkwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, waarbij de 8 kwartalen twee opeenvolgende kalenderjaren omvatten
- genieten van het “zorgforfait chronisch zieken” zoals voorzien door artikel 37, §16*bis*, 2^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte zoals geattesteerd door een geneesheer-specialist en voldoen aan het financiële criterium vermeld onder het eerste streepje.

De zorgverlener kan voor rechthebbenden op het statuut chronische aandoening de derdebetalersregeling toepassen.

De zorgverlener beschikt over deze mogelijkheid met ingang van 1 mei 2014.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van rechthebbende op het statuut chronische aandoening, kan de zorgverlener gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraarheid/tarief van MyCarenet.

11. Elfde situatie - Door het verbod beoogde verstrekkingen, verleend aan palliatieve patiënten in de zin van artikel 7octies, § 2, 1° tot 5° 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 (art. 9/2, 11°)

Het betreft patiënten die beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 7octies, § 2, 1° tot 5° van het voormelde koninklijk besluit en bijgevolg geen remgeld verschuldigd zijn voor de bezoeken en de desbetreffende supplementen bedoeld in artikel 2 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

11.1. Voor de verstrekkingen uit het artikel 5, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, betreft het patiënten die de voormelde afschaffing van remgeld genieten.

Om met zekerheid kennis te nemen van het statuut van palliatieve patiënt, kan de tandarts gebruik maken van de dienst consultatie verzekeraar van MyCaret.

11.2. Wat de overige verstrekkingen dan deze bedoeld in 11.1., betreft, gelden dezelfde modaliteiten, met dien verstande dat de verzekeringsinstelling ook verplicht is om de toepassing van de derdebetalersregeling te aanvaarden voor een patiënt die de voormelde afschaffing van remgeld zoals bedoeld in 11.1., niet geniet, op grond van een verklaring van de arts dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden van artikel 7octies, § 2, 1° tot 5° van het voormelde koninklijk besluit. Indien de arts gebruik maakt van de elektronische facturatie bewaart hij de verklaring zoals hiervoor vermeld in het dossier van de patiënt.

B) Elektronische facturatie

Indien de zorgverlener gebruik maakt van de elektronische facturatie, wordt de toepasselijke uitzonderingssituatie aangegeven door de overeenstemmende waarde te vermelden in zone 32 van recordtype 50.



Opmerking:

De in deze omzendbrief vermelde uitzonderingssituaties, zijn telkens situaties waarvoor de derdebetalersregeling kan worden toegepast door de zorgverlener; de zorgverlener is daartoe echter niet verplicht.

Indien de zorgverlener echter inderdaad gebruik maakt van de voorziene mogelijkheid overeenkomstig hetgeen is voorzien in deze omzendbrief, kan de verzekeringsinstelling de toepassing van de derdebetalersregeling niet weigeren.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2016/287.¹



Omsendbrief V.I. nr. 2017/305 - 393/52 en 51/1 van 23 oktober 2017.

1. Gepubliceerd in I.B. nr. 2016/2-3.

II. Toepassing van de verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009 - Criteria voor de samenstelling van dossiers met het oog op de proratisering van de invaliditeitsuitkering van personen die bij de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid aan de Belgische sociale zekerheid en voordien aan de sociale zekerheid van een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland onderworpen waren

Van toepassing vanaf 1 november 2017

I. Inleiding: context - Grondslagen van de hervorming

Deze omzendbrief beoogt de hervorming van de procedure voor de proratisering van de invaliditeitsuitkering die al jaren door de verzekeringsinstellingen en het RIZIV wordt toegepast en waarvan de efficiëntie in twijfel wordt getrokken.

Na overleg tussen de Dienst voor Uitkeringen en de verzekeringsinstellingen is gebleken dat de proratiseringsprocedure voor de invaliditeitsuitkeringen die wordt toegepast door de lidstaten van de Europese Unie waar invaliden die volgens de Belgische wetgeving zijn erkend, een loopbaan hebben gehad, verscheidene juridische en praktische problemen teweegbrengt waardoor de efficiëntie afneemt.

De procedure in kwestie is gebaseerd op een systematische samenstelling van een proratiseringsdossier in alle gevallen waarin een loopbaan in het buitenland wordt gedetecteerd, zonder dat vooraf wordt nagegaan of het opportuun en noodzakelijk is om een proratiseringsprocedure op te starten. Het is immers de bedoeling van de proratisering om de invaliditeitsuitkering te verdelen tussen alle betrokken staten waar de invalide een loopbaan heeft gehad en zijn invaliditeit net als in België kan worden erkend. In dat opzicht is het dus in het belang van de Belgische uitkeringsverzekering dat elk dossier vooraf wordt onderzocht, rekening houdend met de erkenningsvoorwaarden die de staten in kwestie toepassen, om in de mate van het mogelijke te vermijden dat er dossiers worden samengesteld die geen kans van slagen hebben.

Momenteel blijkt bijvoorbeeld uit de statistieken van de door het RIZIV behandelde dossiers dat 30 tot 40% van de dossiers die in het buitenland zijn ingediend, door de andere lidstaten worden verworpen om redenen die in bepaalde gevallen bij de samenstelling van het dossier aan het licht hadden kunnen komen. In dezelfde gedachtegang toont de ervaring met de proratisering aan dat na onderzoek van de dossiers voor personen met een kleine buitenlandse loopbaan in veel gevallen wordt beslist om een zeer laag bedrag aan uitkeringen toe te kennen in verhouding tot de verwerkingskosten ervan en die ten laste van de uitkeringsverzekering blijven.

Naast de problemen die ontstaan omdat de aanvragen zonder voorafgaand onderzoek worden ingediend, is het principe dat er systematisch een proratiseringsprocedure wordt gestart na de vaststelling van een buitenlandse loopbaan niet meer afgestemd op de Belgische context van de invaliditeit enerzijds en de evolutie van het vrij verkeer van werknemers in Europese Unie anderzijds:

- de verankering van het beginsel van het vrij verkeer in de Europese Unie houdt in dat werknemers vandaag steeds vaker voor kortere periodes in verschillende lidstaten werkzaam zijn, maar in de betrokken lidstaten niet altijd sociale zekerheid genieten. De huidige proratiseringsprocedure is uitsluitend gebaseerd op de verklaringen van de sociaal verzekerden die op zich geen voldoende bewijs vormen dat zij in de betrokken staten aan de sociale zekerheid onderworpen waren
- na de uitbreiding van de Europese Unie in 2005 en de algemene toepassing van het proratiseringsprincipe op alle lidstaten via de verordening (EG) nr. 883/2004 in 2010 heeft de huidige proratiseringsprocedure onvermijdelijk voor een zeer sterke toename van het aantal dossiers gezorgd zowel bij de verzekeringsinstellingen als bij de afdeling Internationale Zaken van de Dienst voor Uitkeringen die verantwoordelijk is voor de centralisatie en het onderzoek van alle Belgische dossiers. Die afdeling heeft namelijk vastgesteld dat het aantal dossiers sinds 2010 met meer dan 400% is toegenomen zonder dat het aantal personeelsleden hieraan werd aangepast. (Momenteel is die laatste piste, gelet op de moeilijke budgettaire context, meer dan ooit onwaarschijnlijk, te meer daar de proratiseringsprocedure zelf al decennia lang niet is gemoderiseerd)
- sinds minstens tien jaar wordt er een steeds grotere toename vastgesteld van het aantal Belgische sociaal verzekerden die krachtens de Belgische wetgeving als invalide worden erkend. Die toename wordt tussen 2006 en 2015 op 60% geschat. In combinatie met de huidige proratiseringsprocedure van de uitkering die onder andere is gebaseerd op het systematische onderzoek van alle dossiers met een buitenlandse loopbaan leidt die situatie vanzelfsprekend tot een toename van het aantal dossiers dat het RIZIV als verbindingsorgaan moet onderzoeken
- naast de hierboven genoemde problemen is het belangrijk om te wijzen op de zeer uiteenlopende verwerkingsduur van de aanvragen door de andere lidstaten van de Europese Unie. Op het gebied van de Europese sociale zekerheid hebben de bestaande verordeningen namelijk uitsluitend de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels van de lidstaten tot doel waardoor elke staat autonoom blijft inzake het ontwerp en de organisatie van zijn socialezekerheidsstelsel. Dit houdt onder meer in dat wat betreft de voorwaarden, de modaliteiten en de procedures voor de behandeling van de proratiseringsaanvragen België afhankelijk blijft van de termijnen die worden toegepast door de staten waar de invaliden een loopbaan hebben gehad en de situatie wordt nog ingewikkelder wanneer verschillende staten hierbij betrokken zijn.

Uit wat voorafgaat, blijkt dat het al jaren toenemend aantal dossiers dat moet worden verwerkt een structureel probleem is geworden waarmee zowel het RIZIV als de verzekeringsinstellingen te kampen hebben: Het aantal achterstallige dossiers blijft toenemen terwijl de verwerkingstermijnen van de dossiers, rekening houdende met het beginsel van de redelijke termijn, niet meer aanvaardbaar zijn. Die situatie heeft nadelige gevolgen voor de belangen van de sociaal verzekerden en de Belgische uitkeringsverzekering.

Bovendien zijn de toename en de omvang van de achterstand meer dan ooit aandachtspunten, aangezien de Europese Commissie in het kader van haar EESSI-project onlangs heeft aangekondigd dat het principe van de elektronische uitwisseling van socialezekerheidsgegevens vanaf 2019 door alle lidstaten moet worden toegepast. Vanaf juli 2019 mogen alle nieuwe buitenlandse aanvragen alleen nog in elektronisch formaat worden ingediend, wat nu al problemen oplevert; in de huidige situatie (met name door de omvang van de achterstand en het aantal nieuwe aanvragen die de V.I. indienen), wordt immers ervan uitgegaan dat de indiening van alle dossiers in afwachting bij de dienst Internationale Zaken pas ten vroegste tegen 2025 kan worden gerealiseerd.

Uit wat voorafgaat blijkt dat een grondige hervorming van de proratiseringsprocedure van de uitkeringen meer dan ooit noodzakelijk is. Het is belangrijk dat de huidige procedure wordt geherstructureerd, geherdefinieerd en gerationaliseerd om enerzijds de mogelijke belangen van de Belgische uitkeringsverzekering beter te beschermen en anderzijds te waarborgen dat elke verzekerde aanspraak kan maken op uitkeringen van de staten waar hij een loopbaan heeft gehad.

Om de huidige achterstand binnen de perken te houden en te zorgen voor een correcte en efficiënte afhandeling van de dossiers moeten we afstappen van het principe dat alle Belgische dossiers waarin sprake is van een buitenlandse loopbaan systematisch moeten worden onderzocht. Daarom moet tijdens de proratiseringsprocedure een extra fase worden ingelast waarbij via een voorafgaand onderzoek van het bestaan of de omvang van een buitenlands recht kan worden nagegaan of de samenstelling van een internationaal dossier dringend en relevant is.

Uit de analyse van de meest voorkomende situaties, is namelijk gebleken dat door middel van sommige objectieve criteria, zoals de duur van de buitenlandse loopbaan bij de samenstelling van het dossier, al nuttige conclusies kunnen worden getrokken over de mogelijke toekenning van de uitkering in het buitenland alsook het bedrag; dergelijke informatie is essentieel om te kunnen nagaan welk gevolg er aan de dossiers moet worden gegeven.

Naast het verhogen van de efficiëntie van de procedure zal de nadruk komen te liggen op de bescherming van de belangen van de sociaal verzekerden die, overeenkomstig de Verordening (EG) 883/2004, het recht hebben om hun aanvragen voor de erkenning van hun invaliditeit in te dienen in alle staten waar zij een professionele loopbaan hebben gehad. Om te vermijden dat er laattijdig dossiers worden ingediend en/of dossiers die geen kans van slagen hebben, stellen de verzekeringsinstellingen alles in het werk om de betrokken verzekerden beter te informeren, in het bijzonder over het principe inzake de niet-cumulatie van gelijksoortige uitkeringen, maar ook over de wettelijke subrogatie ten gunste van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering wat betreft de uitkeringen die provisioneel door België worden betaald.

II. De nieuwe criteria voor de analyse en de samenstelling van de belgische dossiers

§ 1. Wanneer een sociaal verzekerde die volgens de Belgische wetgeving als invalide wordt erkend voordien in een of meer lidstaten van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland heeft gewerkt, zal de verzekeringsinstelling van aansluiting **geen prorata dossier** samenstellen als de verzekerde zich in een van de volgende situaties bevindt:

- 1. De totale duur van de buitenlandse loopbanen die de betrokkene heeft aangegeven korter is dan vier jaar (4 jaar). Dat criterium zal niet worden toegepast als de verzekerde een loopbaan heeft gehad in Nederland of Luxemburg en de duur van de volbrachte loopbaan in een van deze twee staten minstens gelijk is aan twee jaar.**

2. **De vastgestelde of aangegeven buitenlandse loopbaan alleen in Nederland werd volbracht en (nog) geen termijn van honderdenvier weken (104 weken) vanaf de erkenningsdatum van de arbeidsongeschiktheid door België is verstreken.**
3. **Op het ogenblik van de samenstelling van het dossier blijkt dat de verzekerde al langer dan twee jaar niet meer is erkend als invalide in de zin van de Belgische wetgeving.**
4. **Op het ogenblik van de samenstelling of de indiening van een dossier blijkt dat de erkenningsperiode van de Belgische invaliditeit korter is dan één jaar.** Concreet gezien zal er onmiddellijk een proratiseringsdossier kunnen worden samengesteld voor verzekerden die voor één jaar of langer als invalide zijn erkend vanaf de intrede in invaliditeit, onder voorbehoud van de andere criteria. Voor de verzekerden die bij de intrede in invaliditeit voor minder dan één jaar als invalide zijn erkend, wachten de verzekeringsinstellingen een eventuele verlenging af waardoor de totale erkenningsduur minstens gelijk wordt aan 1 jaar vooraleer zij het dossier samenstellen.

§ 2. De voormelde criteria zijn alleen van toepassing bij de samenstelling en het onderzoek van Belgische dossiers die zijn geopend op naam van **gerechtigden op invaliditeitsuitkeringen die** (op het ogenblik van de samenstelling van het dossier) **in België wonen** en in het kader waarvan het recht op Belgische uitkeringen **niet** werd toegekend met toepassing van het beginsel van samentelling van verzekeringstijdvakken die in een van de lidstaten van de EER of in Zwitserland zijn vervuld.

Met andere woorden gelden de criteria in kwestie dus niet voor de dossiers waarin het recht op uitkeringen werd geweigerd met toepassing van artikel 57 van de verordening (EG) 883/2004 enerzijds en voor de dossiers waarin de verzekeringsinstelling de proratisering van de uitkering (Belgisch prorata-bedrag) al bij de intrede in invaliditeit heeft toegepast. Die dossiers zullen namelijk steeds moeten worden samengesteld door de verzekeringsinstelling en voor onderzoek worden doorgezonden aan de afdeling Internationale Zaken van de Dienst voor uitkeringen.

III. Algemene bepalingen

§ 3. Met de nieuwe criteria voor de analyse en de samenstelling van de Belgische dossiers wordt in het bijzonder de rationalisatie van de huidige proratiseringsprocedure van de uitkering beoogd en vooral het wegwerken van de achterstand aan dossiers die de afdeling Internationale Zaken de afgelopen tien jaar heeft opgelopen. Om die reden moeten ze als bijzonder, specifiek en voorlopig worden beschouwd. Zij zullen twaalf maanden na de inwerkingtreding van deze omzendbrief door alle actoren opnieuw worden geëvalueerd.

§ 4. Om de belangen van de uitkeringsverzekering te beschermen, moeten de verzekeringsinstellingen de buitenlandse loopbanen detecteren vóór de intrededatum van de invaliditeit door het formulier "Verklaring voor invaliden" aan de sociaal verzekerde te bezorgen.

§ 5. Als de verzekeringsinstelling na onderzoek van de verklaring van de verzekerde tot de conclusie komt dat er een proratiseringsdossier moet worden samengesteld, stelt ze de sociaal verzekerde daarvan in kennis en verzoekt ze hem om alle nodige informatie te bezorgen om de Belgische proratiseringsaanvraag te kunnen samenstellen. Tegelijkertijd moet de verzekeringsinstelling alle nodige stappen ondernemen om de belangen van de Belgische uitkeringsverzekering te beschermen en moet ze de sociaal verzekerde informeren over zijn rechten en plichten zowel tijdens de proratiseringsprocedure als na afloop ervan.

Wanneer de verzekeringsinstelling na onderzoek van de verklaring van de verzekerde tot de conclusie komt dat er geen proratiseringsdossier moet worden samengesteld (met toepassing van de nieuwe voormelde criteria) stelt de Belgische verzekeringsinstelling de sociaal verzekerde hiervan in kennis en deelt hem daarbij mee dat die beslissing niet bindend is en hij schriftelijk kenbaar kan maken of hij de proratiseringsprocedure eventueel wenst voort te zetten. Als de sociaal verzekerde beslist om de procedure voort te zetten, moet zijn wens worden gerespecteerd en zal er een dossier worden samengesteld dat bij alle betrokken staten zal worden ingediend. Als de verzekerde echter een buitenlandse loopbaan van minder dan één jaar heeft aangegeven en naar aanleiding van die brief van de VI uitdrukkelijk verzoekt om zijn dossier samen te stellen, moet de verzekeringsinstelling vooraf nagaan of er volgens de wetgeving van de betrokken staat een invaliditeitsuitkering kan worden toegekend voor een loopbaan van minder dan één jaar (procedure voor de voorafgaande aanvraag van het formulier E205 - Voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen wij naar de syllabus "Samenstelling van de Europese dossiers voor aanvragen van invaliditeitsuitkeringen voor Belgische verzekerden – administratief Luik" p.7 van de opleidingssessie van 23.06.2015).

§ 6. In de situaties bedoeld in de § 5 moet de verzekeringsinstelling de sociaal verzekerde informeren over zowel zijn rechten als zijn plichten, maar ook over de eigenlijke bedoeling van de proratiseringsprocedure, meer bepaald de toepassing van de anticumulregels die zowel in de nationale als in de Europese regelgeving zijn vastgelegd. Met het oog op de doelmatigheid en de relevantie van de procedure is het immers belangrijk dat de verzekerde die tijdens de volledige periode van het onderzoek gewoonlijk een volledige uitkering krijgt, vooraf ervan op de hoogte wordt gesteld dat de eventuele uitkeringen van het buitenland voornamelijk een vergoeding zijn voor de provisionele uitkeringen die de Belgische uitkeringsverzekering heeft betaald. De verzekeringsinstellingen kunnen zelf kiezen op welke manier en met welke middelen zij die informatieplicht zullen nakomen, aangezien de communicatie met de sociaal verzekerde een prerogatief van de verzekeringsinstellingen is en blijft.

IV. Overgangs- en slotbepalingen

§ 7. Deze omzendbrief treedt in werking op 1 november 2017. Hij is van toepassing op alle dossiers die momenteel door de verzekeringsinstellingen worden samengesteld en die vóór de publicatie van deze omzendbrief nog niet zijn bezorgd aan het RIZIV, ongeacht de datum waarop de verzekerde het formulier "Verklaring voor Invaliden" heeft ondertekend.

Hieruit volgt dat alle dossiers die na de datum van de publicatie van deze omzendbrief aan het RIZIV worden bezorgd met toepassing van de nieuwe criteria moeten worden geanalyseerd en de criteria dus de facto als weigeringsgrond door het RIZIV zullen kunnen worden aangevoerd. De dossiers waarin wordt afgeweken van de nieuwe criteria en waarvan de verzekerde niet uitdrukkelijk om een indiening heeft verzocht, zullen worden teruggezonden aan de betrokken verzekeringsinstelling die op haar beurt de verzekerde hiervan in kennis moet stellen overeenkomstig punt IV, §§ 5 en 6 van deze omzendbrief.

§ 8. De criteria voor de analyse van de dossiers die in het buitenland moeten worden ingediend, zullen ook worden toegepast op de dossiers die de Verzekeringsinstellingen al hebben samengesteld en ingediend bij het RIZIV. De kennisgevingen van niet-indiening van aanvragen zullen bij wijze van uitzondering door de afdeling Internationale Zaken worden verstuurd.

§ 9. In alle gevallen waarin een sociaal verzekerde, ondanks de nieuwe criteria, uitdrukkelijk verzoekt om een aanvraag in te dienen, moet de verzekeringsinstelling de afdeling Internationale zaken hiervan in kennis stellen op het ogenblik waarop de aanvraag wordt ingediend.

§ 10. Teneinde alle actoren toe te laten het nieuwe proces inzake analyse en samenstelling van een dossier op te volgen, en ter voorbereiding van de latere evaluatie ervan, worden de verzekeringsinstellingen verzocht om statistieken op te stellen en aan de afdeling Internationale Zaken te bezorgen. Uit deze statistieken moet duidelijk het volgende blijken: het totaal aantal dossiers waarin buitenlandse loopbanen zijn vastgesteld of aangegeven, het aantal niet ingediende dossiers, het aantal ingediende dossiers en het aantal dossiers dat op uitdrukkelijk verzoek van de sociaal verzekerde (op eigen initiatief of na toepassing van de nieuwe criteria) zijn ingediend.

De verzekeringsinstelling bezorgt deze statistieken aan Afdeling internationale zaken vóór de 15^{de} van de maand volgend op het einde van het kwartaal in een door elke verzekeringsinstelling zelfgekozen formaat.

§ 11. Met deze omzendbrief worden de andere instructies met betrekking tot de samenstelling van Belgische dossiers die al door middel van omzendbrieven, nota's of syllabi ter kennis van de verzekeringsinstellingen zijn gebracht, niet gewijzigd.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/325 - 83/477 van 24 november 2017.

III. De procedure voor verificatie door de V.I. van de toekenning van de vermindering of vrijstelling van de persoonlijke bijdrage voor verzekerden die als gerechtigde zijn ingeschreven in de hoedanigheid van resident

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor het jaarlijks nazicht door de verzekeringsinstellingen (V.I.) van de juistheid van de bepaling van de persoonlijke bijdrage voor de verzekerden die zijn ingeschreven in de hoedanigheid beschreven in artikel 32, eerste lid, 15° van de gecoördineerde wet, “de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen” (verder aangeduid als “resident”) en die een volledige of gedeeltelijke vrijstelling genieten van de persoonlijke bijdrage die deze gerechtigden dienen te betalen in uitvoering van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De omzendbrief kadert binnen de vastgestelde regels van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 en stelt de concrete uitvoeringsmodaliteiten vast voor deze verificatie die door de V.I. moet worden uitgevoerd.

1. De procedure

De verificatie van de toegekende vermindering of vrijstelling van de verplichte persoonlijke bijdrage als resident gebeurt jaarlijks door de V.I. waarbij de gerechtigde is aangesloten tijdens het tweede kwartaal van het jaar, dus tussen 1 april en 30 juni en dit vanaf 2019. Uitsluitend als overgangsmaatregel hebben de V.I. in 2018 tijd tussen 1 april en 30 november om deze verificatie uit te voeren. Ze bestaat uit een nazicht van de gevraagde bijdrage op basis van een toetsing van in eerste instantie de verzekerbaarheidssituatie van alle gerechtigden met de hoedanigheid resident en in tweede instantie de inkomenssituatie van een restgroep waarvoor de V.I. niet met zekerheid kan concluderen dat de huidige vrijstelling of vermindering van bijdrage op dat ogenblik nog terecht wordt toegekend.

De verificatie bestaat dus uit de volgende verschillende fases:

- samenstellen van de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is
- fase 1 van de eigenlijke verificatie: Een check van de verzekerbaarheidstoestand
- fase 2 - nieuwe inkomstenonderzoek (VOE + bewijsstukken)

Elk van deze fases wordt hierna verder uitgewerkt.

a. Samenstellen van de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is

De gerechtigden wiens bijdrageniveau wordt geverifieerd door middel van de procedure die in deze omzendbrief wordt beschreven, zijn de gerechtigden die gedurende 1 jaar, ononderbroken in de hoedanigheid van resident zijn ingeschreven en die gedurende dat volledige jaar dezelfde bijdrage betalen en geen inkomstenonderzoek hebben ondergaan gedurende datzelfde jaar om hun bijdragecategorie te bepalen.

Met één jaar wordt 12 opeenvolgende kalendermaanden bedoeld. De periode van 1 jaar wordt onderbroken vanaf het ogenblik dat de gerechtigde minimaal 1 dag de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister niet meer bezit. Ook het feit dat betrokkene minstens 1 dag tijdens het voormelde jaar geen gerechtigde was, maar mogelijk rechten had op geneeskundige verzorging als persoon ten laste, wordt beschouwd als een onderbreking van de periode. Ook het feit dat het bijdrageniveau wijzigde dat de gerechtigde resident moet betalen, geldt als een onderbreking van het jaar. De verzekerde voor wie in de loop van het jaar een wijziging van de hoogte van de bijdrage werd toegepast, is per definitie al gecontacteerd (in functie van een verlaging of verhoging).¹

De aanvang van het voormelde jaar is de eerste dag waarop de inschrijving als resident uitwerking heeft. Indien het niet de eerste verificatie is, telt de dag dat het vorige heronderzoek werd opgestart als eerste dag van het jaar (1 april van het voorgaande jaar, want op deze manier is een jaarlijks heronderzoek in het 2^{de} trimester een logisch gevolg indien er tussen beide heronderzoeken geen sprake is van een onderbreking).

Daarnaast kijkt het ziekenfonds ook na welke bijdrage de gerechtigde gedurende het afgelopen jaar betaalde (het jaar zijn de 12 kalendermaanden voor de verificatie in april). Indien dit de hoogste bijdrage was, valt een verdere verificatie niet in het kader van deze omzendbrief.

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor de verificatie van de toekenning van de vermindering of vrijstelling van bijdrage. Gerechtigden die de hoogste bijdrage betalen, vallen buiten de verificatieprocedure, bedoeld in deze omzendbrief.

Voor de gerechtigden met (gedeeltelijke) vrijstelling die gedurende één jaar, ononderbroken in de hoedanigheid van resident zijn ingeschreven en die gedurende dat volledige jaar dezelfde bijdrage betalen start het ziekenfonds/de V.I. de eigenlijke verificatie.

De onderbreking van het jaar kan dus te wijten zijn aan een verandering van hoedanigheid of een verandering van bijdragecategorie binnen de hoedanigheid van resident. Daarnaast kan het jaar ook onderbroken worden door een inkomstenonderzoek voor de bepaling van de bijdragecategorie in de hoedanigheid van resident dat voordien al plaatsvond; ook als dit inkomstenonderzoek leidt tot het betalen van dezelfde bijdragecategorie dan voordien.

b. Fase 1 van de eigenlijke verificatie: Check van de verzekerbaarheids-toestand

Tijdens deze fase wordt de verzekerbaarheidsstoestand van de gerechtigde nagegaan.

Hierbij gaat het ziekenfonds na of de gerechtigde geniet van een recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Indien de gerechtigde een recht heeft op de VT neemt de verificatie een einde. De vrijstelling van bijdrage blijft behouden (art. 134, voorlaatste lid, van het voormelde K.B. van 03.07.1996). Indien uit de verificatie blijkt dat de gerechtigde slechts een vermindering van bijdrage had, maar toch een recht op VT, moet de bijdragesituatie retroactief worden aangepast voor de periode waarin hij in de hoedanigheid van resident recht had op de VT.

1. Ook een inkomstenonderzoek dat leidt tot het betalen van dezelfde bijdragecategorie dan voordien wordt beschouwd als een onderbreking van de periode van één jaar.

Het ziekenfonds heeft een maand voor fase 1, namelijk de maand april. In april dienen de ziekenfondsen binnen de populatie van gerechtigden waarvoor de toegekende vermindering of vrijstelling van de verplichte persoonlijke bijdrage wordt geverifieerd, na te gaan welke gerechtigden een recht hebben op de VT en welke niet. Daarnaast sturen ze naar de gerechtigden waarvoor een nieuw inkomstenonderzoek moet worden georganiseerd de uitnodiging om een verklaring op erewoord in te vullen en de bewijsstukken te leveren. De verzekerden die actief zullen moeten deelnemen aan fase 2 van de verificatie worden dus door hun ziekenfonds geïnformeerd over het feit dat ze een nieuw inkomstenonderzoek moeten ondergaan alsook over de gevolgen voor hun bijdrageplicht indien ze geen gevolg geven aan deze uitnodiging. Het gevolg voor de verzekerde als ze niet reageren op de uitnodiging van hun ziekenfonds om een nieuw inkomstenonderzoek te ondergaan, is dat vanaf de eerste dag van het kwartaal volgend op het heronderzoek de hoogste bijdrage op hen van toepassing is. (zie hoofdstuk 3)

Indien er geen recht is op de VT moet het ziekenfonds, ten tweede, ook nagaan of de gerechtigde in de loop van de 12 maanden voor de verificatie niet in het genot is van een leefloon of daaraan gelijkwaardige steun van het OCMW. Indien de gerechtigde daar gedurende 1 dag in de loop van deze periode recht op had, mag hij deze vrijstelling of vermindering van bijdrage behouden en mag het ziekenfonds de verificatieprocedure stopzetten. Hetzelfde geldt voor een recht op de Inkomensgarantie voor ouderen.

Naast de verzekerbaarheidstoestand neemt de V.I. ook een leeftijdscriterium mee in deze fase. De inkomsten van de gerechtigden in de hoedanigheid van resident met een leeftijd tot en met 18 jaar hoeven niet te worden geverifieerd.

c. Fase 2 - nieuwe inkomstenonderzoek (VOE + bewijsstukken)

Voor de gerechtigden met een vermindering of vrijstelling van bijdrage zonder een recht op de VT uit de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is, start het ziekenfonds de 2^{de} fase van de verificatie in de periode mei-juni.

Deze 2^{de} fase bestaat uit een nieuw inkomstenonderzoek.

Dit inkomstenonderzoek is vergelijkbaar met het inkomstenonderzoek bij de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van resident.

De gerechtigde wordt in het tweede kwartaal van jaar X gecontacteerd. Hij komt langs in dat kwartaal en verklaart dezelfde inkomsten aan de hand van dezelfde verklaring als bij de inschrijving van een gerechtigde in de hoedanigheid van resident (namelijk de verklaring opgenomen in bijlage 2 van het K.B. van 15.01.2014 inzake de verhoogde verzekeringstegemoetkoming).

Daartoe dient de verzekerde een verklaring op erewoord betreffende de inkomsten van zijn gezin in te vullen en samen met bewijsstukken betreffende zijn inkomsten (aanslagbiljet, rekeninguittreksels, ...) over te maken aan zijn ziekenfonds. Het ziekenfonds vraagt bij de verklaring op eer de stukken op en voert de controles uit, die voorzien zijn bij de verklaring op eer in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, en die worden beschreven in hoofdstuk IV, afdeling VI van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De gevolgen van het nieuwe inkomstenonderzoek of het gebrek van een nieuw inkomstenonderzoek hebben een impact op de bijdragen die de gerechtigde resident zal moeten betalen vanaf het derde kwartaal van het jaar van de verificatie. In deel 2 "Gevolgen van een wijziging van het bijdrageniveau n.a.v. het heronderzoek" en deel 3 "Gevolgen indien de gerechtigde geen nieuw inkomstenonderzoek toelaat" wordt verder ingegaan op de verschillende mogelijke scenario's.

2. Gevolgen van een wijziging van het bijdrageniveau n.a.v. het heronderzoek

a. Indien bijdrage – blijft ongewijzigd

Alles blijft hetzelfde.

b. Indien lagere bijdrage n.a.v. verificatie

De lagere bijdrage is van toepassing vanaf de eerste dag tweede kwartaal van het jaar van de verificatie of vanaf de dag dat de situatie zich voordeed. Bijvoorbeeld: Indien de gerechtigde slechts een vermindering van bijdrage had, en geen vrijstelling, maar toch een recht op VT, moet de bijdragesituatie retroactief worden aangepast voor de periode waarin hij in de hoedanigheid van resident recht had op de VT.



Voorbeeld: A is sinds 15 juni 2014 ingeschreven in de hoedanigheid van resident. Zij betaalt een verminderde bijdrage. Na het inkomensonderzoek in het kader van de verificatie van de bijdragen zoals beschreven in deze omzendbrief, lijkt het erop dat deze inkomsten zijn gedaald en A aan de voorwaarden voldoet voor een vrijstelling van bijdrage. De bijdrage van 0 EUR is dan geldig vanaf de 1^e dag van het 2^e kwartaal na het kwartaal waarin de wijziging zich voordeed. De verificatie vindt plaats in het 2^e kwartaal, wat tot gevolg heeft dat de vrijstelling van de bijdrage is van kracht op 1 april.

In 2018 bestaat de mogelijkheid dat de V.I. het inkomensonderzoek in het derde of vierde kwartaal uitvoert. Als dit het geval is en de bijdrage na de verificatie lager ligt dan voordien, is het nieuwe bedrag van kracht vanaf respectievelijk 1 juli of 1 oktober.

c. Indien hogere bijdrage n.a.v. verificatie

De hogere bijdrage is van toepassing vanaf 1^{ste} dag kwartaal volgend op heronderzoek of vanaf de dag van het verlies van het recht dat aan de oorsprong lag van de vrijstelling van bijdrage (vb. VT). Bijvoorbeeld: indien de gerechtigde een vrijstelling van bijdrage genoot, maar toch geen recht op VT, moet de bijdragesituatie retroactief worden aangepast tot aan de datum dat hij/zij het recht op de VT verloor.

Uitsluitend bij de toepassing van de afspraken van deze omzendbrief in de loop van het kalenderjaar 2018 moet de hogere bijdrage pas worden betaald door de verzekerde, vanaf de eerste dag van het 2^{de} kwartaal volgend op heronderzoek of vanaf de dag van het verlies van het recht dat aan de oorsprong lag van de vrijstelling van bijdrage (vb. VT).

3. Gevolgen indien de gerechtigde geen nieuw inkomensonderzoek toelaat

Als de verzekerden niet reageren op de uitnodiging van hun ziekenfonds om een nieuw inkomensonderzoek te ondergaan, is dan vanaf de eerste dag van het kwartaal volgend op heronderzoek van het jaar van de verificatie de hoogste bijdrage op hen van toepassing is.

De bijdragecategorie kan worden herzien tot december van het tweede jaar volgend op het jaar van de verificatie. Dit is zo omdat het tegen december van het tweede jaar volgend op het jaar van de verificatie de persoonlijke bijdragen verschuldigd voor het jaar van de verificatie moeten worden betaald door de verzekerden en geïnd door de ziekenfondsen om de verzekerbareid van betrokkene correct te kunnen verlengen.

Voorbeeld:

F is gerechtigde met de hoedanigheid resident sinds 1 september 2012 en is sinds 1 januari 2013 vrijgesteld van persoonlijke bijdrage (persoonlijke bijdrage = 0). Op 10 april 2019, wordt F gecontacteerd door zijn ziekenfonds om een nieuw inkomstenonderzoek te ondergaan om zijn vrijstelling van bijdrage te verifiëren. F reageert niet voor 1 juli 2019 en zal vanaf diezelfde datum de hoogste bijdragecategorie verschuldigd zijn voor zijn persoonlijke bedrage.

Uitsluitend indien dit voorbeeld zich afspeelde in 2018 (i.p.v. 2019) zou persoon F een VOE tegen eind augustus rond moeten hebben en als gevolg pas vanaf 1 oktober 2018 in de hoogste bijdragecategorie vallen indien zijn ziekenfonds hem contacteerde in april 2018.

4. Belangrijke opmerkingen

Indien de gerechtigde resident een nieuw inkomstenonderzoek wil afleggen buiten de procedure die wordt uitgewerkt binnen deze omzendbrief omdat hij/zij denkt dat het gezinsinkomen is gedaald, moet het ziekenfonds dit toelaten.

De gerechtigde resident is ertoe gehouden binnen de dertig dagen zijn ziekenfonds op de hoogte te brengen van elke wijziging die een verhoging van de inkomens tot gevolg heeft. (art. 134^{quater}, zevende lid, van het voormelde K.B. van 03.07.1996)

Het ziekenfonds dient rekening te houden met elke wijziging in de samenstelling van het gezin van de gerechtigde resident. Als de gezinssamenstelling wijzigt, is een heronderzoek nodig.

5. Voorbeelden

Voorbeeld 1:

A is ingeschreven als gerechtigde in de hoedanigheid van resident sinds 2012. Hij is alleenstaande en vrijgesteld van bijdrage. De V.I. contacteert hem in april 2018 voor het heronderzoek van zijn vrijstelling van persoonlijke bijdrage, want A heeft geen recht op VT, geen recht op een sociaal voordeel tijdens de voorbije 12 maanden én is 30 jaar oud (en is dus niet minderjarig). A verklaart op 1 mei de inkomsten die hij heeft gedurende het tweede kwartaal van 2018. De verklaarde waarden worden gebruikt om het jaarinkomen te bepalen. Het is aan de hand van dit “berekende jaarinkomen” dat de bijdragecategorie van de persoonlijke bijdrage kan worden bepaald. A zijn totaal jaarlijkse inkomsten, vastgesteld overeenkomstig het bepaalde in artikel 27 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, blijken lager te zijn dan 25.285,14 EUR, maar hoger dan het VT-plafond.

Resultaat: Vanaf de eerste dag kwartaal volgend op heronderzoek, dus vanaf 1 oktober 2018, betaalt A de bijdrage overeenkomstig in artikel 134, derde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.



Voorbeeld 2:

B is ingeschreven als gerechtigde in de hoedanigheid van resident sinds 15 juni 2014 en betaalde tot 2017 de bijdrage overeenkomstig een gezinsinkomen onder het VT-plafond. B vormt een gezin met gerechtigde C. Gerechtigde C was zelfstandige maar gaat met pensioen; en wordt sinds augustus 2017 ingeschreven als gerechtigde gepensioneerde. In september nam B contact op met zijn V.I. om een inkomstenonderzoek te ondergaan n.a.v. de pensionering van C. Sindsdien is B vrijgesteld van persoonlijke bijdrage.

Resultaat: C moet niet door de V.I. worden gecontacteerd in april 2018.



Voorbeeld 3:

D is ingeschreven als gerechtigde in de hoedanigheid van resident sinds januari 2017 en is vrijgesteld van bijdrage. D heeft in februari en maart 2018 2 volledige maanden recht op een leefloon. D is alleenstaande tot oktober 2017 en gaat dan samenwonen met gerechtigde E. In november 2017 wordt D door zijn V.I. uitgenodigd voor een nieuw inkomstenonderzoek n.a.v. de wijziging van zijn gezinssamenstelling. Uit de verklaring blijkt dat de inkomsten van D&E er voor zorgen dat D de hoogste bijdragecategorie moet betalen.

Resultaat: D moet vanaf 1 januari 2018 de hoogste persoonlijke bijdrage betalen (de eerste dag van het kwartaal dat volgt) D moet niet door de V.I. worden gecontacteerd in april 2018.



Voorbeeld 4:

E is ingeschreven als gerechtigde in de hoedanigheid van resident sinds 1 januari 2012 met een inkomen tussen VT-plafond en het hogere inkomensplafond en betaalt de daarmee overeenstemmende bijdrage. Hij heeft sinds 2015 een persoon ten laste, F. Op 30 september 2017 verhuist F waardoor ze geen PTL meer kan blijven van E. Er is dus een wijziging in de gezinssamenstelling, die in toepassing van artikel 134 leidt tot een heronderzoek van de inkomenssituatie. Uit dat onderzoek blijkt dat de bijdrage voor E ongewijzigd blijft. Gezien het inkomen heronderzocht werd in 2017 n.a.v. de beschreven wijziging in de gezinssamenstelling is het niet nodig voor de V.I. de betrokkene te heronderzoeken volgens de afspraken in deze omzendbrief in T2 2018.

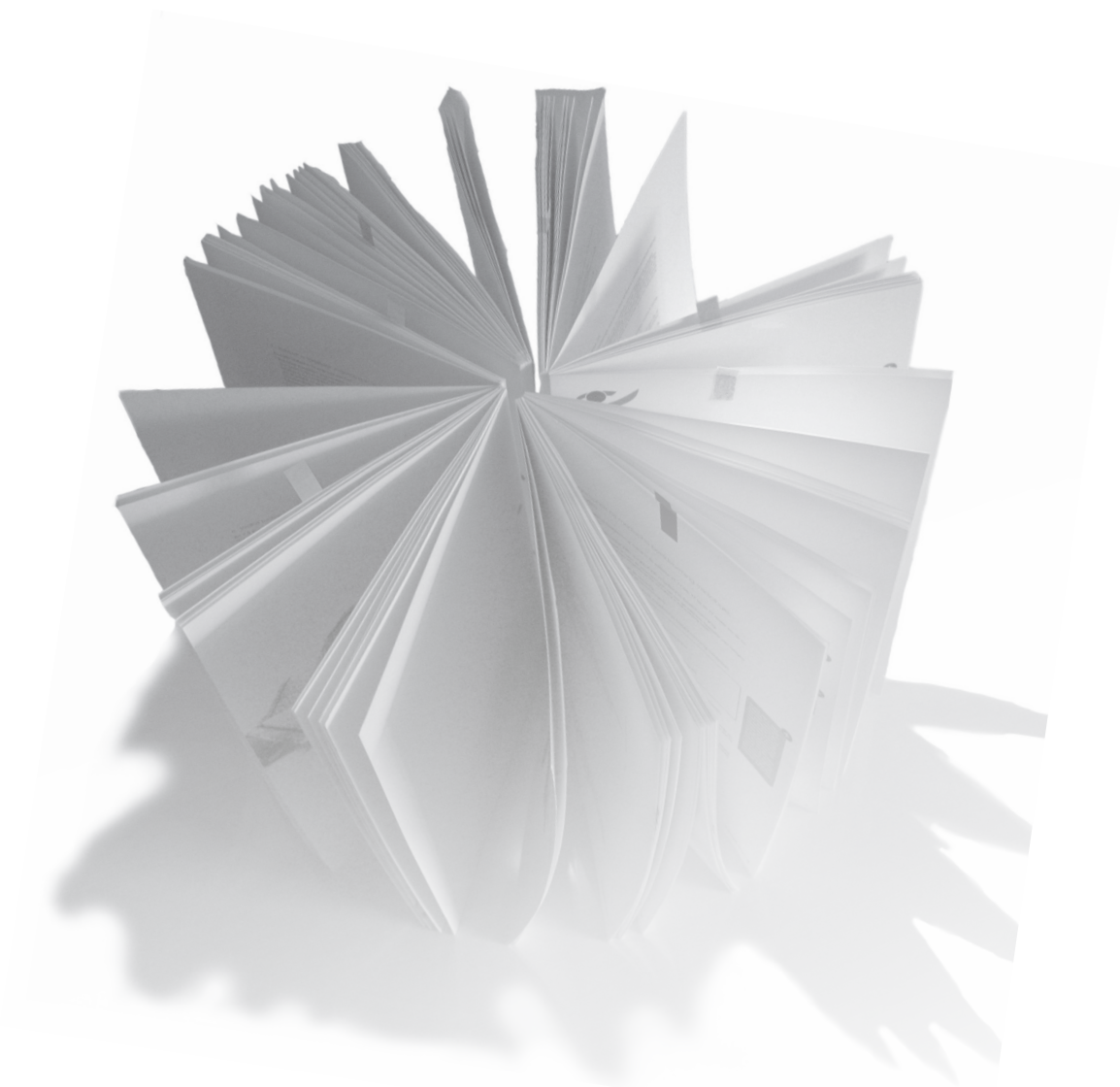
6. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking vanaf 1 januari 2018.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/344 - 2790/73 van 6 december 2017.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Met ingang van 1 januari 2018 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegroetheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2017, namelijk 105,41 (basis 2013 = 100).

In de bijgevoegde tabellen kunt u kennis nemen van die nieuwe bedragen; zoals U kunt vaststellen, wordt in elke tabel verwezen naar de reglementaire teksten.

...

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 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.

a) Bijdrage per werkdag :

- 21 jaar en ouder: 1,77 EUR
- 18 tot 21 jaar: 1,34 EUR
- 14 tot 18 jaar: 0,88 EUR

b) Bijdrage per volledige kalendermaand (dagbijdrage x 25) :

- 21 jaar en ouder: 44,25 EUR
- 18 tot 21 jaar: 33,50 EUR
- 14 tot 18 jaar: 22,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2018

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

2. Bijdrage van de studenten

Artikel 133 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.

Per kwartaal: 61,43 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2018

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

3. Bijdrage van de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, gewijzigd door het koninklijk besluit van 3 september 2000 (B.S. van 29.09.2000) tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. (gerechtigde bedoeld in art. 32, 1^{ste} al, 15^o van de gecoördineerde wet).

Per kwartaal:

Normaal: 724,67 EUR

Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3^o alinea van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: 362,33 EUR

Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten: 61,43 EUR

Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum: 0,00 EUR

Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinéa 1, 1^o, 2^o of 3^o van de gecoördineerde wet: 0,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2018

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

Artikel 136*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar: 92,80 EUR

b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar: 26,53 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2018

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 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.

Per kwartaal: 41,80 EUR

Toepassingsdatum : 1 januari 2018

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100



Omzendbrief V.I. nr. 2017/313 – 270/72, 273/73, 274/74, 276/123, 2790/72, 2791/72, 2792/71 83/476 van 6 november 2017.

II. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Indexering van de grensbedragen	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf 1 januari 2002	26.306,66 EUR	2.265,63 EUR
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59 EUR	2.310,92 EUR
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64 EUR	2.357,09 EUR
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79 EUR	2.404,13 EUR
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60 EUR	2.452,25 EUR
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51 EUR	2.501,25 EUR
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51 EUR	2.518,75 EUR
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07 EUR	2.602,36 EUR
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74 EUR	2.654,33 EUR
Vanaf 1 september 2008	30.820,06 EUR	2.707,42 EUR
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06 EUR	2.756,15 EUR
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06 EUR	2.788,65 EUR
Vanaf 1 september 2010	31.437,01 EUR	2.844,47 EUR
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61 EUR	2.901,44 EUR
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61 EUR	2.921,74 EUR
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61 EUR	2.959,47 EUR
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86 EUR	3.018,74 EUR
Vanaf 1 december 2012	33.363,74 EUR	3.079,19 EUR
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27 EUR	3.203,40 EUR
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27 EUR	3.225,83 EUR
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27 EUR	3.267,47 EUR
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44 EUR	3.332,74 EUR
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25 EUR	3.394,38 EUR
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25 EUR	3.467,55 EUR

Jaarlijkse gemiddelde	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15 EUR
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06 EUR
2002	26.788,76 EUR	2.307,14 EUR
2003	27.145,29 EUR	2.337,88 EUR
2004	27.505,18 EUR	2.368,85 EUR
2005	28.147,63 EUR	2.424,18 EUR
2006	28.616,46 EUR	2.464,56 EUR
2007	29.045,04 EUR	2.507,30 EUR
2008	30.219,96 EUR	2.654,70 EUR
2009	30.820,06 EUR	2.735,85 EUR
2010	31.025,71 EUR	2.807,26 EUR
2011	31.856,74 EUR	2.889,22 EUR
2012	32.709,91 EUR	3.018,84 EUR
2013	33.363,74 EUR	3.099,72 EUR
2014	33.363,74 EUR	3.140,77 EUR
2015	33.697,51 EUR	3.179,56 EUR
2016	34.428,04 EUR	3.305,54 EUR
2017	35.115,58 EUR	3.394,38 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2018



Omzendbrief V.l. nr. 2017/351 – 270/73, 273/74, 274/75, 276/124, 2790/74, 2791/73, 2792/72, 3910/1617 en 83/478 van 11 december 2017.

III. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2017

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2^e uitgave) betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken, die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2017)	
Gerechtigden	Personen ten laste
18.335,43 EUR	3.394,38 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2018



Omzendbrief V.I. nr. 2017/352 – 3991/293 van 11 december 2017.

IV. Artikel 326, § 3 van koninklijk besluit van 3 juli 1996 - Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door de verzekeringsinstelling voor de geneeskundige verzorging (indexatie)

Wanneer het totaal bedrag van de ten onrechte aan een sociaal verzekerde betaalde prestaties voor de geneeskundige verzorging kleiner is dan 25 EUR of voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid kleiner is dan 25 EUR, wordt de verzekeringsinstelling van de terugvordering van dat bedrag vrijgesteld.

Het bedrag voor de geneeskundige verzorging wordt op 1 januari van elk jaar en voor de eerste keer op 1 januari 2011, aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

Berekening indexcijfer op 1 januari 2018

2016	Gezondheidsindex	Gemiddelde	
Maart	103,47		
April	103,53		
Mei	103,77		
Juni	103,74	103,63	(A)

2017	Gezondheidsindex	Gemiddelde	
Maart	105,32		
April	105,46		
Mei	105,42		
Juni	105,29	105,37	(B)

(B) = 105,37	1,68 %
(A) = 103,63	

Berekening bedrag op 1 januari 2018

Basisbedrag (in EUR)	25,00	
Bedrag op		
1 januari 2011	25,35	1,40 %
1 januari 2012	26,11	2,99 %
1 januari 2013	26,83	2,76 %
1 januari 2014	27,20	1,39 %
1 januari 2015	27,34	0,53 %
1 januari 2016	27,51	0,62 %
1 januari 2017	28,20	2,51 %
1 januari 2018	28,67	1,68 %

Van toepassing vanaf 1 januari 2018



Omzendbrief V.I. nr. 2017/392 – 65/27 van 22 december 2017.

V. Revalidatiesector: indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2018

1. Koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Vanaf 1 januari 2018 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 1,80 EUR per verleende verstrekking.

Het in artikel 2, derde alinea, bedoelde (op 01.08.2006 ingevoerde) persoonlijk aandeel van 0,25 EUR per verleende verstrekking voor de rechthebbenden op beademing door middel van continue druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap blijft ongewijzigd.

2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

2.1. De dag van opneming

De dag van opneming in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) De **rechthebbenden** die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 5,66 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 32,93 EUR ;
- c) De **gerechtigden** die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde **werklozen** zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 32,93 EUR ;
- d) De andere rechthebbenden: met 43,20 EUR.

2.2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) De **rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen** (inclusief hun personen ten laste): met 5,66 EUR ;
- b) De **kinderen** die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 5,66 EUR ;
- c) De **andere** rechthebbenden: met 15,93 EUR.

3. Tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden in het kader van de revalidatie (transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen – zie onder meer omzendbrief V.I. nr. 2008/187 – 371/109 van 30.04.2008)

De tegemoetkoming bedraagt 1,32 EUR/km.

Van toepassing vanaf 1 januari 2018.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/393 – 370/2027 en 3910/1639 van 22 december 2017.

VI. Herwaardering van het gemiddeld dagloon voor de werknemers die de hoedanigheid van regelmatig werknemer inroepen (art. 224, § 3)

1. Basiselementen

Vanaf 1 januari 2018 dienen de refertebedragen van het gemiddelde dagloon vereist om de hoedanigheid van regelmatig werknemer te verkrijgen geherwaardeerd te worden.

Deze herwaardering gebeurt door de bedragen vermeld in omzendbrief V.I. nr. 2016/338 - 424/46 te vermenigvuldigen met 1,0200, de coëfficiënt die de verhouding uitdrukt tussen de minimum invaliditeitsuitkering met gezinslast op 1 januari 2017 en 1 januari 2016 (56,1711 EUR : 55,0693 EUR = 1,0200).

Het resultaat van deze vermenigvuldiging geeft:

60,2118 EUR voor de gerechtigden van 21 jaar of ouder,
45,1451 EUR voor de gerechtigden van 18 tot 20 jaar en
30,1058 EUR voor de gerechtigden van minder dan 18 jaar.

2. Toepassingsdatum

1 januari 2018.

Deze omzendbrief vervangt omzendbrief V.I. nr. 2016/338 - 424/46 van 9 december 2016¹.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/336 – 424/47 van 1 december 2017.

VII. Herwaardering van prestaties op 1 januari 2018

I. Basiselementen

Algemene regeling

1) HERWAARDERING VAN DE UITKERINGEN (EXCLUSIEF MINIMA) MET 2 % VOOR GERECHTIGDEN VAN WIE DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID IS AANGEVANGEN IN DE PERIODE VAN 1 JANUARI 2012 TOT EN MET 31 DECEMBER 2012 (RECURRENTIE VAN 6 JAAR) (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

Met ingang van 1 januari 2018 wordt het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde, wiens arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 januari 2012 tot 31 december 2012, verhoogd met een herwaarderingscoëfficiënt van 2 % (recurrentie van 6 jaar). Deze herwaardering is niet van toepassing voor gerechtigden die een minima ontvangen.

2) HERWAARDERING MET 0,8 % VAN DE ZIV LOONGRENS (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

Voor die gerechtigden wiens primaire arbeidsongeschiktheid, moederschap of invaliditeit ten vroegste begint op 1 januari 2018, wordt de ZIV loongrens met 0,8 % geherwaardeerd. In bijlage geeft de tabel D ook de nieuwe maxima weer, berekend op basis van dit nieuwe plafond, voor de gevallen in primaire arbeidsongeschiktheid, in moederschap of in invaliditeit die ten vroegste beginnen op 1 januari 2018.

Het basisbedrag van de nieuwe ZIV loongrens wordt op 101,7911 EUR vastgesteld (basis 103,14). Vanaf 1 januari 2018 wordt het, aan de spilindex 103,04 (basis 2013 = 100) geïndexeerde forfait vastgesteld op 139,7388 EUR.

3) HERWAARDERING MET 0,7 % VAN DE UITKERINGEN “MINIMUM REGELMATIG WERKNEMER” VOOR GERECHTIGDEN MET LAST EN ALLEENSTAANDEN TENGEVOLGE VAN DE VERHOOGING VAN DE BEDRAGEN VAN HET MINIMUMPENSIOEN VOOR LOONTREKKENDEN (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

De bedragen op jaarbasis van het minimumpensioen voor loontrekkenden worden als volgt aangepast op 1 januari 2018 (basis 103,14):

- het bedrag “met gezinslast” verhoogt van 13.242,67 EUR naar 13.335,37 EUR
- het bedrag “alleenstaande” verhoogt van 10.597,48 EUR naar 10.671,66 EUR.

Vanaf 1 januari 2018 worden de, aan spilindex 103,04 geïndexeerde, dagelijkse uitkeringen voor gerechtigden “regelmatig werknemers” als volgt vastgesteld:

- gerechtigden met gezinslast: 58,6756 EUR, afgerond 58,68 EUR
- alleenstaanden: 46,9553 EUR, afgerond 46,96 EUR.

4) AANPASSING VAN DE MAXIMUMBEDRAGEN VOOR DE VERGOEDINGEN ONTVANGEN IN HET KADER VAN VRIJWILLIGERSWERK

Jaarlijks worden op 1 januari de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk aangepast aan de gezondheidsindex op basis van de laatste overschrijding van de spilindex die heeft plaatsgevonden in het jaar dat voorafgaat.

Op 1 januari 2018 worden deze bedragen aangepast op basis van de spilindex 103,04 (basis 2013 = 100 – verhogingscoëfficiënt 1,3728)

Regeling der zelfstandigen

A) HERWAARDERING MET 0,7 % VAN DE FORFAITS TOEGEKEND AAN DE GERECHTIGDEN MET LAST EN ALLEENSTAANDEN DIE IN PRIMAIRE ONGESCHIKTHEID OF INVALIDEN DIE HUN ONDERNEMING NIET HEBBEN STOPGEZET ZIJN (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” voor de gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet worden verhoogd op 1 januari 2018, tengevolge van de herwaardering met 0,7 %, op dezelfde datum, van de bedragen van het minimumpensioen voor zelfstandigen.

Het bedrag op jaarbasis van het minimumpensioen voor zelfstandigen verhoogt op 1 januari 2018 (basis 103,14) voor:

- gerechtigden met gezinslast : van 13.242,67 EUR naar 13.335,37 EUR
- alleenstaande gerechtigden : van 10.597,48 EUR naar 10.671,66 EUR.

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” worden op 1 januari 2018 (spilindex 103,04) vastgelegd op respectievelijk 58,6756 EUR, afgerond 58,68 EUR en 46,9553 EUR, afgerond 46,96 EUR.

B) HERWAARDERING MET 0,7 % VAN DE FORFAITS TOEGEKEND AAN DE INVALIDEN MET LAST EN ALLEENSTAANDEN DIE HUN ONDERNEMING HEBBEN STOPGEZET (CONJUNCTURELE MAATREGEL)

De forfaits “met gezinslast” en “alleenstaande” voor de invaliden die hun onderneming hebben stopgezet worden verhoogd op 1 januari 2018, tengevolge van de herwaardering met 0,7 %, op dezelfde datum, van de bedragen “minimum regelmatig werknemer” die van toepassing zijn in de algemene regeling.

Deze forfaits worden vastgelegd op 1 januari 2018 spilindex 103,04 :

- forfait met gezinslast : 58,6756 EUR, afgerond 58,68 EUR
- forfait alleenstaande : 46,9553 EUR, afgerond 46,96 EUR.

C) AANPASSING VAN DE MAXIMUMBEDRAGEN VOOR DE VERGOEDINGEN ONTVANGEN IN HET KADER VAN VRIJWILLIGERSWERK

Jaarlijks worden op 1 januari de maximumbedragen voor de vergoedingen ontvangen in het kader van vrijwilligerswerk aangepast aan de gezondheidsindex op basis van de laatste overschrijding van de spilindex die heeft plaatsgevonden in het jaar dat voorafgaat.

Op 1 januari 2018 worden deze bedragen aangepast op basis van de spilindex 103,04 (basis 2013 = 100 - verhogingscoëfficiënt 1,3728).

II. Toepassingsdatum

1 januari 2018.



U vindt de tabel D op:

http://www.riziv.fgov.be/siteCollectionDocuments/Uitkeringen_tabel_d.pdf



Omzendbrief V.I. nr. 2017/358 – 45/268 en 482/136 van 19 december 2017.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Paul-André Briffeuil
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Marie Lejeune
De h. Nuray Özdemir
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Méliissa François
Mevr. Natalia Golovneva

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Abonnementdienst

Tel. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@riziv.fgov.be

Disponible en français

ISSN 0046-9726