

1<sup>e</sup> Deel

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



## 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> trimester 2019

1. Wetten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.04.2019 - Uitgave 2	01.04.2019	Wet houdende bepalingen betreffende de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten alsook de administratiekosten, de efficiëntie en de transparantie van de verzekeringsinstellingen

### Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet past de diverse besparingen op het vlak van geneesmiddelen toe die werden beslist tijdens het begrotingsconclaaf:

- verhoging van de prijsdaling na 15 jaar terugbetaling op basis van het omzetcijfer (“volume-cliff”)
- het systeem van de prijsplafonds wordt uitgebreid naar geneesmiddelen die alleen beschikbaar zijn in ziekenhuizen (35<sup>quater</sup>/2)
- invoering van voorschriften voor de goedkoopste geneesmiddelen in de ziekenhuizen
- invoering van quota voor de goedkoopste voorschriften in ziekenhuizen
- vermindering van het facturatie-niveau in ziekenhuizen voor geneesmiddelen waarvoor een alternatief bestaat op niveau ATC5 van 90 % naar 85 %
- de definitie van goedkoop voorschrijven wordt gewijzigd
- de uitzondering voor de geneesmiddelen van categorie F voor de besparingsmaatregel voor oude geneesmiddelen wordt geschrapt
- de compenserende heffing, ingeschreven voor het jaar 2019, bedraagt 105 miljoen EUR
- bepaalt de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen
- voert wijzigingen door betreffende de transparantie van de overeenkomsten over geneesmiddelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2019 - Uitgave 2	07.04.2019	Wet betreffende de sociale bepalingen van de jobsdeal

### Samenvatting van de wijzigingen

De wet brengt met name volgende wijzigingen aan:

- outplacement voor werknemers van wie de arbeidsovereenkomst wordt beëindigd doordat de werkgever zich beroept op de “medische overmacht”: de werkgever die zich beroept op de “medische overmacht” moet aan de werknemer schriftelijk een outplacementaanbod ter waarde van 1.800 EUR bezorgen binnen de vijftien dagen na het einde van zijn arbeidsovereenkomst. Indien de werknemer ermee instemt, wordt de adviserend geneesheer geïnformeerd over de aanvang en de inhoud van de outplacementbegeleiding binnen een termijn van vijftien dagen na aanvang van de outplacementbegeleiding, hetzij door het outplacementbureau mits de werknemer daarvoor toestemming verleent, hetzij door de werknemer zelf.

In voorkomend geval bespreekt de werknemer de outplacementprocedure en de resultaten ervan met de adviserend geneesheer tijdens het medisch-sociaal onderzoek in het kader van het re-integratietraject gericht op de sociaalprofessionele re-integratie.

- recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bij het voortzetten van de tewerkstelling als werknemer na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd. Werknemers die blijven werken na de leeftijd van 65 jaar kunnen aanspraak maken op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid tijdens de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid, op voorwaarde dat zij nog niet effectief hebben genoten van hun ouderdomspensioen of van eender ander als dergelijk pensioen geldend voordeel.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2019	07.04.2019	Wet houdende invoering van een vaderschaps- en geboorteverlof ten gunste van zelfstandigen

### Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet bepaalt dat een vaderschaps- of geboorte-uitkering wordt toegekend aan bepaalde zelfstandigen die hun beroepsactiviteit tijdelijk onderbreken naar aanleiding van de geboorte van een of meerdere kinderen (wijziging van K.B. nr. 38 van 27.07.1967).

Het sociaal verzekeringsfonds van de zelfstandige betaalt de vaderschaps- of geboorte-uitkering.

Het bedrag van de vaderschaps- of geboorte-uitkering wordt bepaald volgens een periode van onderbreking van maximaal tien dagen die kunnen worden opgesplitst in halve dagen. In dat geval bedraagt de totale duur van de onderbreking ten hoogste twintig halve dagen. Tijdens de uitkeringsgerechtigde periode moet de onderbreking volledig zijn en plaatsvinden in de periode die ingaat op de dag van de geboorte en eindigt op de laatste dag van de vierde maand, volgend op de dag van de geboorte.

De begunstigden van de vaderschaps- of geboorte-uitkering die hun beroepsactiviteit tijdelijk onderbreken gedurende een periode van maximaal acht dagen kunnen bovendien vijftien dienstcheques krijgen.

De arbeidsongeschikte zelfstandige die met de toelating van de adviserend geneesheer geen activiteit uitoefent, kan geen aanspraak maken op de vaderschaps- of geboorte-uitkering.

De arbeidsongeschikte zelfstandige die de uitoefening van een aan zijn gezondheidstoestand aangepaste activiteit heeft hervat, kan de "toegelaten activiteit" echter onderbreken om het vaderschaps- of geboorteverlof op te nemen. In dit geval kan de vaderschaps- of geboorte-uitkering worden gecumuleerd met de arbeidsongeschiktheidsuitkering, en dit binnen de grenzen bepaald in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (voortzetting van de toepassing van de cumulatierегeling "art. 28*bis*" - cf. ook de principes van toepassing op een werknemer die vaderschaps- of geboorteverlof opneemt in het kader van de activiteit die hij uitoefent met toelating van de adviserend geneesheer).

Deze wet heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2019 en is van toepassing op geboorten vanaf deze datum.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2019	29.03.2019	Wet betreffende de terugbetaling van diagnostische en genetische testen in geval van plotse dood bij jonge sporters

### Samenvatting van de wijzigingen

De wet voegt onder 22<sup>o</sup> een bepaling toe aan artikel 22 van de wet van 14 juli 1994 die stelt dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging alle kosten ten laste neemt van de autopsie en de bijbehorende diagnostische en genetische tests die in het kader van de wet plaatsvinden na het overlijden van personen jonger dan 35 jaar tijdens het uitoefenen van een sportactiviteit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.05.2019	22.04.2019	Wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar, teneinde de terugbetalingsmodaliteiten voor contraceptiva en de morning-afterpil uit te breiden

#### Samenvatting van de wijzigingen

De wet breidt de gratis verstrekking van contraceptiva uit tot alle vrouwen tot 25 jaar en breidt de gratis verstrekking van de morning-afterpil uit tot alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.05.2019	08.05.2019	Wet betreffende de tenlasteneming van de logopedische verstrekkingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

De wet schrapt het IQ-criterium in artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering van geneeskundige verzorging.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.06.2019	22.05.2019	Wet 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, teneinde de wachttijd op te heffen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet bepaalt de volgende wijzigingen vanaf 1 juli 2019 (voor de arbeidsongeschiktheden die beginnen vanaf deze datum):

- de afschaffing van de periode van primaire niet vergoedbare ongeschiktheid (carenztijd) als de duur van de arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt (deze carenztijd is daarentegen van toepassing als de arbeidsongeschiktheid geen 7 dagen overschrijdt)
- de inkorting van de termijn om de arbeidsongeschiktheid aan te geven, meer bepaald een termijn van 7 kalenderdagen (en niet langer 14 kalenderdagen) die ingaat op de eerste dag nadat de arbeidsongeschiktheid is aangevat
- de voorwaarde dat het tijdvak van arbeidsongeschiktheid (erkend door de adviserend geneesheer) ten vroegste kan aanvangen op de datum waarop het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend geneesheer is ondertekend.

## 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
04.04.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de versterking van het adoptieverlof en de invoering van het pleegouderverlof betreft, 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

De wet van 6 september 2018 tot wijziging van de regelgeving met het oog op de versterking van het adoptieverlof en tot invoering van het pleegouderverlof, zoals voor de inwerkingtreding ervan, gewijzigd door de wet van 21 december 2018 houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken (gepubliceerd in het B.S. van 17.01.2019), voorziet in de toekenning van uitkeringen voor pleegouderverlof aan de werknemers die een minderjarig kind in hun gezin onthalen naar aanleiding van een plaatsing in het kader van een langdurige pleegzorg (invoeging van een nieuw art. 30<sup>sexies</sup> in de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

Naar het voorbeeld van het adoptieverlof behoudt de werknemer zijn salaris tijdens de eerste 3 dagen van het pleegouderverlof. De resterende dagen worden gedekt door een vergoeding ten laste van het ziekenfonds, die overeenkomt met 82 % van het geplafonneerde gederfde loon. Zij worden gelijkgesteld met werkdagen. De voorwaarden voor de toekenning van de vergoeding zijn dezelfde als voor de uitkering bij bevalling.

In het geval van een internationale adoptie kan het adoptieverlof ingaan op de dag volgend op de goedkeuring, door de bevoegde overheid, van de beslissing tot toewijzing van het kind. Het adoptieverlof kan hierdoor worden gebruikt om het kind op te halen in het buitenland. De wet voorziet in de toekenning van deze vergoeding wanneer de titularis zich buiten het Belgisch grondgebied bevindt.

Deze modaliteiten gelden met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2019, maar uitsluitend voor aanvragen voor adoptieverlof of pleegouderverlof die vanaf 1 januari 2019 worden ingediend bij de werkgever en voor zover het adoptieverlof of pleegouderverlof in kwestie ten vroegste vanaf 1 januari 2019 een aanvang neemt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.04.2019	27.02.2019	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

Dit koninklijk besluit voegt afdeling V "Bewaring van gegevens door de verzekeringsinstellingen" toe aan hoofdstuk II van titel V.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2019	02.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 237 <sup>quinquies</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale premies, voorziet dit koninklijk besluit op de volgende wijze in een herwaardering van de jaarlijkse inhaalpremie in het stelsel van de werknemers:

- herwaardering van de inhaalpremie na 1 jaar arbeidsongeschiktheid

De inhaalpremie voor arbeidsongeschikt erkende werknemers die minstens 1 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd afhankelijk van de gezinsituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

Gespreid over twee jaar (2019-2020) wordt de premie verhoogd met:

- 100 EUR (= 50 EUR + 50 EUR) voor de gerechtigden met gezinslast
- 40 EUR (= 20 EUR + 20 EUR) voor de gerechtigden zonder gezinslast.

- Herwaardering van de inhaalpremie na ten minste 2 jaar arbeidsongeschiktheid

De inhaalpremie voor arbeidsongeschikt erkende werknemers die minstens 2 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd afhankelijk van de gezinsituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

Gespreid over twee jaar (2019-2020) wordt de premie verhoogd met:

- 105 EUR (= 50 EUR + 55 EUR) voor de gerechtigden met gezinslast
- 80 EUR (= 40 EUR + 40 EUR) voor de gerechtigden zonder gezinslast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.05.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale premies voorziet dit koninklijk besluit in de volgende maatregelen in het stelsel van de werknemers:

- de verhoging van het ZIV-plafond met 1,1 % (met ingang van 01.01.2020)
- de verhoging van de minimumuitkering “regelmatige werknemer” voor de samenwonende gerechtigden met 2,4112 % (met ingang van 01.07.2019)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 5 % (met ingang van 01.08.2019)

- de verhoging van de invaliditeitsuitkering (exclusief de minima) voor de gerechtigden waarvan de begindatum van de arbeidsongeschiktheid uiterlijk op 31 december 2009 valt: + 0,7 % met ingang van 1 augustus 2019 en + 0,0993 % met ingang van 1 januari 2020
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2 % (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is ingegaan in de periode vanaf 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014 – ziekte duur van vijf jaar (met ingang van 01.09.2019)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2 % (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is ingegaan in de periode vanaf 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015 – ziekte duur van vijf jaar (vanaf 01.01.2020)
- de opheffing van de recurrente maatregel die bepaalt dat elke gerechtigde met een ziekte duur van zes jaar een verhoging met 2 % van de invaliditeitsuitkering ontvangt (deze maatregel wordt voor het laatst toegepast vanaf 01.09.2019 op de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is ingegaan in de periode vanaf 01.01.2013 tot en met 31.12.2013).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.05.2019	17.05.2019	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

Dit koninklijk besluit voert de beslissing in het kader van de welvaartsvastheid van de sociale premies (2019-2020) uit die ook in 2019 en 2020 de voortzetting van de schorsing bepaalt van de herwaarderingsmaatregel met 2 % van het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid de duur van 15 jaar bereikt uiterlijk op 31 augustus van het betrokken jaar (stelsel van de werknemers).

### 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
15.04.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 37, §16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit voegt onder andere de indicatie “junctionele en distrofische epidermolysis bullosa” toe aan de voorwaarden voor de terugbetaling van actieve verbandmiddelen in het kader van chronische wonden. Patiënten die lijden aan deze aandoening komen dus in aanmerking voor een tussenkomst in de kosten voor behandelingen met actieve verbandmiddelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.04.2019	07.04.2019	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 35 <sup>septies</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

De distributeurs van medische hulpmiddelen moesten zich registreren bij het FAGG. Daarnaast meldden zij de implantaten en bepaalde invasieve medische hulpmiddelen ook aan het RIZIV. Met het oog op de administratieve vereenvoudiging voor de ondernemingen worden deze systemen voortaan samengebracht binnen één overheidsinstantie. Met ingang van 3 juni 2019 gebeurt de notificatie van deze hulpmiddelen in de databank via een nieuwe online toepassing van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <sup>bis</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Aan de bepaling onder 7<sup>o</sup> van artikel 37<sup>bis</sup>, § 1, E, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de woorden "en 33<sup>ter</sup>" toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2019	29.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, 1 <sup>e</sup> lid, 1 <sup>o</sup> , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 3 van het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht: de rangnummers "458990-459001" worden ingevoegd tussen de rangnummers "458894-458905" en de rangnummers "459550-459561".



## 4. Koninklijke besluiten van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.04.2019	29.03.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B., e), en 24, § 1, 37bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- aan artikel 18, § 2, B., e) in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed:
  - => wordt de omschrijving van de verstrekking 433112-433123 aangevuld met de woorden “(Diagnoseregel 154)”
  - => wordt de omschrijving van de verstrekking 433134-433145 aangevuld met de woorden “(Diagnoseregel 154)”.
- aan artikel 24, § 1:
  - => in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed
    - a) wordt de omschrijving van de verstrekking 541391-541402 aangevuld met de woorden “(Diagnoseregel 154)” ;
    - b) wordt de omschrijving van de verstrekking 541494-541505 aangevuld met de woorden “(Diagnoseregel 154)” ;
  - => in de rubriek “Diagnoseregels” wordt de volgende diagnoseregel toegevoegd: “154 Van de verstrekkingen 433112-433123, 433134-433145, 541494-541505 en 541391-541402 mag één verstrekking eenmaal per kalenderjaar aangerekend worden.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2019	17.05.2019	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, betreffende de verstrekkingen van de genetische onderzoeken

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- aan § 1, A:
  - => wordt de verstrekking 587915-587926 ingevoegd na de verstrekking 588512-588523
  - => in de verstrekking 588534-588545
- a) worden in de omschrijving de woorden “met uitzondering van een puntmutatie” ingevoegd tussen de woorden “genafwijking” en “door middel van”;
- b) worden de woorden “(Diagnoseregel 1, 8)” vervangen door de woorden “(Cumulregel 5) (Diagnoseregel 1, 13)”;
- => worden de verstrekkingen 589713-589724, 588556-588560, 589831-589842 en 588593-588604 opgeheven.
- in § 5 wordt na het onderdeel 1<sup>o</sup> een onderdeel 1<sup>o</sup>*bis* ingevoegd, luidende: “1*bis*° De verstrekkingen van artikel 33*bis* mogen niet aangerekend worden voor het opsporen van moleculair biologische merkers die voorkomen in punt C van hoofdstuk VIII van bijlage I bij het koninklijk besluit van 21 december 2001.”
- in de rubriek “Cumulregels”
  - => wordt regel 1 opgeheven
  - => wordt de rubriek als volgt aangevuld: “5. De verstrekkingen 587915-587926 en 588534-588545 mogen niet gecumuleerd worden voor hetzelfde gen.”
- in de rubriek “Diagnoseregels”:
  - => worden in de regel 1 de rangnummers “587915-587926” ingevoegd tussen de rangnummers “588512-588523” en “588534-588545” en worden de rangnummers “589831-589842” en “588556-588560” opgeheven
  - => worden in de regel 5 de rangnummers “587893-587904” opgeheven
  - => worden in de regel 8 de rangnummers “588534-588545” opgeheven
  - => worden in de regel 9 de rangnummers “588593-588604” opgeheven
  - => wordt de regel 13 als volgt vervangen: “13. De verstrekkingen 588534-588545 en 587915-587926 mogen maximaal één maal per diagnostische investigatiefase worden aangerekend.”
  - => worden de regels 14, 21 en 22 opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, betreffende de verstrekkingen van de genetische onderzoeken

### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voegt een artikel 33*ter* toe aan de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2019	08.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, c), II, 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Aan artikel 14, c), II, 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden de woorden “en de operatieve hulp” telkens opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, g) 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, wordt de omschrijving van de verstrekking 432751-432762 door de woorden “inclusief eventuele cystoscopie” aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2019	22.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, h), § 1, I, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de leden die volgen op de verstrekking 245733-245744 als volgt vervangen:

“De terugbetaling van deze verstrekking wordt enkel verleend na het akkoord van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, voorafgaand aan de ingreep.

Deze terugbetalingsaanvraag bevat:

- 1) het resultaat van de meting van de kinetische perimetrie met de perimetre van Goldmann (of equivalent) met stimulus V4, met een grafiek die in het bovenste deel van het zichtveld een beperking aantoont tot de isopteer van 30° of minder, en dit over een boog van minstens 30°;
- 2) drie foto's genomen op ooghoogte in vooraanzicht en in driekwart profiel links en rechts met de blik recht vooruit.

De foto's worden afgedrukt. Ze moeten aantonen dat de huidplooi van het ooglid op de wimpers rust ter hoogte van het centrum van het ooglid.

De adviserend arts deelt zijn beslissing mee binnen de zes weken na ontvangst van de terugbetalingsaanvraag met de bijlagen. Tijdens deze termijn kan de adviserend arts desgewenst een klinisch onderzoek uitvoeren.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2019	22.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, m), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, m), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de vierde toepassingsregel na de verstrekking 318253-318264 wordt vervangen als volgt: “Het College van artsen-directeurs kan een bijkomende tegemoetkoming toekennen voor de eventuele bijkomende kosten in verband met vervoer van het in het buitenland afgenomen orgaan naar het transplantatiecentrum en van de medische ploeg die het donororgaan in een buitenlandse verzorgingsinrichting afneemt.”
- in de vijfde toepassingsregel na de verstrekking 318253-318264 worden de woorden “een kopie van de inschrijving bij de organisatie voor de allocatie van donororganen en die” ingevoerd tussen de woorden “met een uitvoerig medisch verslag en” en de woorden “de gedetailleerde onkostenstaten omvat.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.07.2019	03.02.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het volledige artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden in de Nederlandstalige versie de woorden “geneesheer” en “geneesheren” vervangen door de woorden “arts” en “artsen”
- § 6 wordt vervangen
- § 11, 4<sup>e</sup> lid, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2019	26.06.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17 <sup>quater</sup> , § 3, 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 17<sup>quater</sup>, § 3, van het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht: 6<sup>o</sup> en 14<sup>o</sup> worden aangevuld met de rangnummers “469954-469965”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.09.2019	29.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 8, § 12, 2<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht: tussen het tweede en het derde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

“In geval van een fusie van verschillende structurele equipes is geen nieuwe periode van 6 maanden, zoals beschreven in het vorige lid, vereist voor de nieuwe structurele equipe als elk van de structurele equipes die fuseren, reeds aan die voorwaarde voldoet.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2019	29.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, §§ 1 en 12, en 26, § 9, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in § 1:
  - => 11<sup>o</sup> wordt aangevuld met de verstrekking “458990-459001” en de toepassingsregels
  - => in 12<sup>o</sup>, in de 1<sup>e</sup> toepassingsregel die volgt op verstrekking 461016, wordt het rangnummer “458990” ingevoegd na het rangnummer “453972”
- in § 12, 1<sup>e</sup> lid:
  - => in 3<sup>o</sup> wordt het 1<sup>e</sup> lid aangevuld met de woorden “met uitzondering van de verstrekking 458990-459001”
  - => in 5<sup>o</sup> wordt het 2<sup>e</sup> lid aangevuld met de woorden “, met uitzondering van de verstrekking 458990-459001.”.

In artikel 26, § 9, van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het 1<sup>e</sup> lid wordt aangevuld met de rangnummers “458990-459001”
- het 2<sup>e</sup> lid wordt aangevuld met de woorden “, met uitzondering van de verstrekking 458990-459001.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2019	29.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, d), 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

Met het koninklijk besluit wordt de volgende verstrekking “242911-242922 Wegnemen van een pancreassequester.....N 400” ingevoegd tussen de verstrekkingen 242056-242060 en 242071-242082.

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, teneinde de wachttijd op te heffen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.05.2019	26.04.2019	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

Dit koninklijk besluit wijzigt de reglementering van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen in die zin dat de zelfstandigen die na de wettelijke pensioenleeftijd (vandaag 65 jaar) zijn blijven voortwerken, aanspraak kunnen maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tijdens de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid op voorwaarde dat zij nog niet hun rustpensioen of eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel hebben genoten (wijziging van art. 3, 1<sup>o</sup>, a) en van art. 26 van het voormelde K.B. van 20.07.1971).

Deze maatregel treedt in werking op 1 juni 2019 en is van toepassing op de arbeidsongeschiktheiden die vanaf deze datum aanvatten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2019 – Uitgave 1	02.05.2019	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

Dit koninklijk besluit bepaalt een verhoging van het bedrag van de volgende prestaties in het stelsel van de zelfstandigen:

- de verhoging van de inhaalpremie (betaald samen met de invaliditeitsuitkeringen van de maand mei) voor de arbeidsongeschikt erkende zelfstandigen die minstens 1 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend (+ 8,25 EUR in 2019 en + 46,55 EUR in 2020)
- de verhoging van de forfaits in primaire ongeschiktheid en in invaliditeit (zonder stopzetting van het bedrijf) voor de samenwonende gerechtigden met 2,4112 % (met ingang van 01.07.2019)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 5 % (met ingang van 01.08.2019)
- de verhoging van het forfait voor elke week van moederschapsrust met 1 % (met ingang van 01.07.2019).

## 6. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.04.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen

### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen bepaalt de voorwaarden voor de toekenning van deze uitkering voor pleegouderverlof. Het heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019 en is alleen van toepassing op de aanvragen voor pleegouderverlof die vanaf die datum bij verzekeringsinstellingen worden ingediend en voor zover het pleegouderverlof ten vroegste vanaf die datum een aanvang neemt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.04.2019	17.01.2019	Koninklijk besluit houdende goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering

### Samenvatting van de wijzigingen

De volgende wijzigingen worden aangebracht aan het huishoudelijk reglement van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van 12 september 2011:

- een artikel 6*bis* wordt toegevoegd
- in het artikel 7 wordt een paragraaf 3 toegevoegd
- een artikel 11 wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.04.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- het derde lid van artikel 2 wordt vervangen als volgt: “Indien het bedoelde contraceptivum een hormoonhoudend of koperhoudend spiraaltje of een hormoonhoudend staafje of implantaat betreft, dat wordt afgeleverd aan jonge vrouwen die jonger zijn dan 21 jaar, is de specifieke tegemoetkoming vermeld in dit besluit eveneens van toepassing wanneer de verstrekkingen via de ziekenhuisapotheker uitgevoerd zijn. Deze contraceptiva worden in de lijst aangeduid met de letter ‘l’.”
- in artikel 3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in het eerste lid worden de woorden “in voorkomend geval de letter ‘l’,” ingevoegd tussen de woorden “de aanvrager,” en de woorden “de toegepaste publieksprijs”
  - => in het tweede lid worden de woorden “en 3<sup>e</sup> lid” ingevoegd tussen de woorden “beschreven in art. 2, 2<sup>e</sup> lid” en de woorden “van dit koninklijk besluit”.

- in artikel 4 worden de volgende wijzigingen aangebracht::
  - => in het eerste lid worden de woorden “, al dan niet op voorstel van de Werkgroep ‘Financiering van contraceptie voor jongeren’ opgericht binnen het Verzekeringscomité, met het oog op de permanente evaluatie van de in dit besluit voorziene maatregelen” opgeheven
  - => in het derde lid worden de woorden “die afkomstig is van de houder van de vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel of de fabrikant van het medisch hulpmiddel” ingevoegd tussen de woorden “op de lijst” en de woorden “is enkel ontvankelijk”
  - => in de bepaling onder het derde lid, 3<sup>o</sup>, worden de woorden “21 december 2001” vervangen door de woorden “1 februari 2018”
  - => in het vierde lid worden de woorden “door de houder van de vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel of de fabrikant van het medisch hulpmiddel” ingevoegd tussen de woorden “onverwijld” en de woorden “aan de Dienst”.
- in artikel 7, derde lid worden de woorden “en 3<sup>e</sup> lid” ingevoegd tussen de woorden “beschreven in artikel 2, 2<sup>e</sup> lid” en de woorden “van dit koninklijk besluit”
- artikel 9 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.04.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen I en II 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

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt wijzigingen aan:

- aan bijlage I, eerste deel
- aan bijlage I, tweede deel, hoofdstuk IV
- aan bijlage II, hoofdstuk IV, § 9 a) en b) en § 19
- aan bijlage II, hoofdstuk VI.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.04.2019	29.03.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de toekenningsvoorwaarden en uitvoeringsmodaliteiten van een financiële steunregeling op basis van de heffingen op het zakencijfer van de farmaceutische specialiteiten, ingesteld door artikel 191 <sup>quinquies</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit bepaalt de uitvoeringsmodaliteiten voor artikel 191<sup>quinquies</sup> van de wet van 14 juli 1994, dat bepaalt dat de farmaceutische ondernemingen die een aanvraag indienen, zullen kunnen genieten van steun indien deze hen ertoe aanzet investeringen te doen op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en innovatie in België in de sector van geneesmiddelen voor menselijk gebruik.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2019 - Uitgave 2	07.04.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het artikel 4 wordt aangevuld als volgt: “E. De voorziene vergoeding voor het gebruik van de pomp blijft steeds aan de rechthebbende verschuldigd, ook als de rechthebbende voor wie reeds een programma van enterale sondevoeding thuis is aangevat, tijdelijk gehospitaliseerd zou moeten worden voor een periode van minder dan of gelijk aan 30 opeenvolgende dagen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2019	16.09.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt de paragraaf 1 van artikel 125 als volgt:

“De geneesmiddelenvoorschriften mogen niet meer worden uitgevoerd voor rekening van de verzekeringsinstellingen na de termijn zoals voorzien in artikel 2/3 van het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik.

Als de voorschrijver, op grond van het tweede lid van artikel 2/3 van hetzelfde besluit, een langere termijn bepaalt, levert de apotheker die in eenzelfde tarifieringsmaand meerdere voorschriften uitvoert, in deze tarifieringsmaand niet meer verpakkingen (of eenheden) af dan nodig is voor 6 maanden behandeling.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2019	14.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit wijzigt de volgende artikelen:

- artikel 3, §3; artikel 8; artikel 9; artikel 10; artikel 22/1, §1; artikel 29/1, §1; artikel 50; artikel 55; artikel 59, lid 8; artikel 61; artikel 68/1, §1; artikel 69, lid 1; artikel 77, §3; artikel 80; artikel 81, §2; artikel 82, §2 en §3; artikel 83; artikel 84, lid 1; artikel 85, § 1; artikel 90, lid 3; artikel 91, lid 1; artikel 118; artikel 126 en artikel 131, lid 1.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt wijzigingen aan:

- aan artikel 1, 11<sup>o</sup>; artikel 61, § 1; artikel 80, §5; artikel 102, §3, 3<sup>o</sup>; artikel 103 en artikel 120, § 1, lid 3
- voegt een hoofdstuk VIII in in de eerste bijlage
- vervangt de modellen van machtigingen a', b, d, e in de derde bijlage.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.05.2019	02.05.2019	Koninklijk besluit betreffende de integratie in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van de personen die aanspraak kunnen maken op de uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging van de overzeese sociale zekerheid

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit past de integratie in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen toe van de personen die genieten van de uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging uit hoofde van de overzeese sociale zekerheid en die gevestigd zijn in de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland. Teneinde het recht op de uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging voor deze personen vanaf 1 januari 2019 te garanderen, waren een aantal wijzigingen aan de regelgeving noodzakelijk, niet alleen op het vlak van de verzekeraarregels, maar ook voor de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2019	05.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- in deel I, a) van de bijlage, hoofdstuk 1, § 160100 en § 160200 wordt een bepaling toegevoegd
- in hoofdstuk 1, § 220300 wordt het opschrift vervangen
- in hoofdstuk 1, paragraaf 220300 wordt lid 2 vervangen
- in hoofdstuk 1 wordt een paragraaf 250000 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.05.2019	23.03.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- in deel I, a) van de bijlage, hoofdstuk 1, § 70000 wordt een bepaling geschrapt
- in hoofdstuk 1, §§ 160100 en 160200 worden bepalingen toegevoegd
- in hoofdstuk 1, § 250000 wordt een bepaling toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.05.2019 – Uitgave 1	05.05.2019	Koninklijk besluit betreffende het verplicht gebruik van het elektronisch voorschrift van geneesmiddelen voor ambulante patiënten

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt het verplicht gebruik van het elektronisch voorschrift van geneesmiddelen. Het wordt bepaald op 1 januari 2020.

In afwijking hiervan kan het voorschrift van geneesmiddelen op papier worden gebruikt:

- als het opgesteld wordt buiten het kabinet van de voorschrijver
- of in geval van overmacht die het gebruik van het elektronisch voorschrift onmogelijk maakt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.05.2019	14.05.2019	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 156 <i>bis</i> , lid 1, eerste zin, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, betreffende de modaliteiten waaraan de verzekeringsinstellingen zich moeten houden om aan de technische cel de informatie te verstrekken die noodzakelijk is voor het koppelen van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de berekening van nieuwe financieringsregels en voor de controle ervan in het kader van een efficiënt gezondheidsbeleid

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt de informatie die moet worden verstrekt en de modaliteiten voor de verzending.

Voor alle ambulante verstrekkingen die in het eerste semester van 2017 en in de volgende semesters worden opgenomen in de statistieken die worden overgemaakt aan het RIZIV, moeten de verzekeringsinstellingen volgende gegevens overmaken aan de technische cel:

- de identificatie van de verzekeringsinstelling
- het jaar en het semester van de boeking
- het externe serienummer
- de datum van de verstrekking
- het nummer van de begunstigde.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2019	22.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioen van de mijnwerkers

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale uitkeringen (2019-2020) wordt het basisbedrag van het invaliditeitspensioen ten gunste van de mijnwerkers door dit koninklijk besluit met 2,4112 % verhoogd vanaf 1 juli 2019.

Dit koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan aan artikel 4, § 1, lid 1:

- in de bepaling onder 1<sup>o</sup> wordt het getal “12.276,79” vervangen door het getal “12.572,81”
- in de bepaling onder 2<sup>o</sup> wordt het getal “14.342,76” vervangen door het getal “14.688,59”
- in de bepaling onder 3<sup>o</sup> wordt het getal “9.824,36” vervangen door het getal “10.061,24”
- in de bepaling onder 4<sup>o</sup> wordt het getal “11.271,12” vervangen door het getal “11.542,89”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2019	26.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptie-uitkering ten gunste van de zelfstandigen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2019-2020) wordt via dit koninklijk besluit het basisbedrag van de adoptie-uitkering voor de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten vanaf 1 juli 2019 met 1 % verhoogd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2019	26.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2019-2020) wordt via dit koninklijk besluit het basisbedrag van de uitkering voor pleegouderverlof voor de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten vanaf 1 juli 2019 met 1 % verhoogd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.06.2019 - Uitgave 2	17.05.2019	Koninklijk besluit tot aanpassing aan de welvaart van bepaalde uitkeringen in de regeling voor werknemers

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2019-2020) verhoogt dit koninklijk besluit het gewaarborgd minimumrustpensioen op basis van een volledige loopbaan met 1 % met ingang van 1 juli 2019:

- gelet op de bestaande koppeling tussen enerzijds de minima “regelmatige werknemer” voor een gerechtigde met gezinslast en een alleenstaande gerechtigde (stelsel van de werknemers) en anderzijds het toepasselijke (in werkdagen omgezette) minimumrustpensioen op basis van een volledige loopbaan, verhogen de minima “regelmatige werknemer” voor een gerechtigde met gezinslast en een alleenstaande gerechtigde met ingang van 1 juli 2019 ook met 1 %
- gelet op de bestaande koppeling tussen enerzijds de invaliditeitsuitkeringen met stopzetting van het bedrijf voor een gerechtigde met gezinslast en een alleenstaande gerechtigde (stelsel van de zelfstandigen) en anderzijds het toepasselijke minimum “regelmatige werknemer” (stelsel van de werknemers), verhogen de invaliditeitsuitkeringen met stopzetting van het bedrijf voor een gerechtigde met gezinslast en een alleenstaande gerechtigde met ingang van 1 juli 2019 ook met 1 %.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2019	17.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van 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

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- laat de wetenschappelijke of beroepsverenigingen toe om dossiers in de vorm van “lijsten” in te dienen
- vereenvoudigt de procedures voor kleine aanpassingen aan nominatieve lijsten
- voert een procedure in voor de tijdelijke schorsing en de opheffing van de schorsing van producten, vermeld op een nominatieve lijst
- voert een termijn in voor de ontvankelijkheid (45 dagen) van dossiers over invasieve medische hulpmiddelen
- definieert de aanvraagformulieren als bijlagen aan de verordening gezondheidszorg (28.07.2003).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2019	26.05.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 september 2004 tot verhoging van de bedragen van het leefloon

#### Samenvatting van de wijzigingen

Gelet op de bestaande koppeling tussen enerzijds de minima voor niet-regelmatige werknemer en anderzijds het toepasselijke (in werkdagen omgezette) leefloon, zijn de volgende verhogingen van de minimumuitkering voor de niet-regelmatige werknemers van toepassing:

- vanaf 1 juli 2019: de minimumuitkering voor de niet-regelmatige werknemers zonder gezinslast wordt verhoogd met 2 % omdat dit bedrag gekoppeld is aan het toepasselijke bedrag van het leefloon (bedrag voor een alleenstaande persoon = categorie 2) dat op dezelfde datum met hetzelfde percentage wordt verhoogd
- vanaf 1 januari 2020: de minimumuitkering voor de niet-regelmatige werknemers wordt verhoogd wegens de doorgevoerde herwaarderingen van het bedrag van het leefloon voor gerechtigden met gezinslast (categorie 3) en alleenstaande gerechtigden (categorie 2) op dezelfde datum. De minima voor gerechtigden met gezinslast en zonder gezinslast worden met respectievelijk 1,25 % en 1,225 % verhoogd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.06.2019	11.06.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 21 november 2018 maakt het voorwerp uit van een aanvraag tot nietigverklaring, ingediend door een landsbond.

Dit besluit heeft tot doel de rechtszekerheid te vergroten en de keuze te bevestigen die werd bepaald door het koninklijk besluit van 21 november 2018.

In het licht van de periode van lopende zaken wordt ervoor gekozen de huidige tekst te vervangen door dezelfde regeling, die met ingang van 1 juli 2019 van toepassing is. Deze regeling komt dus in de plaats van de regeling die reeds werd ingevoerd bij het koninklijk besluit van 21 november 2018 en dus ook van de regeling die bestond bij het koninklijk besluit van 4 februari 2002 tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden, dat formeel werd opgeheven bij het koninklijk besluit van 21 november 2018.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.06.2019	26.05.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de vroedvrouwen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat voor elke representatieve beroepsorganisatie uit twee delen:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie dat voor het jaar 2019 wordt bepaald op 63.817,93 EUR per representatieve beroepsorganisatie
- een aanvullend bedrag dat wordt berekend volgens de formule, bepaald in het koninklijk besluit.

Dit bedrag wordt gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het Instituut.

Voor het jaar 2020 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.06.2019	06.06.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst als bijlage 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

Het koninklijk besluit voegt sondes toe aan bijlage I, deel 1, a) en deel 2, van het koninklijk besluit van 18 april 2017.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2019	06.06.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de logopedisten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat voor elke representatieve beroepsorganisatie uit twee delen:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie, dat voor het jaar 2019 wordt bepaald op 95 727,83 EUR per representatieve beroepsorganisatie
- een aanvullend bedrag dat wordt berekend volgens de formule, bepaald in het koninklijk besluit.

Het jaarbedrag wordt gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het Instituut.

Voor het jaar 2020 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.07.2019	03.02.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 7:
  - => § 1 wordt vervangen
  - => § 3, 1<sup>e</sup> lid, wordt vervangen
  - => het 1<sup>e</sup> lid van § 4 wordt opgeheven.
- in artikel 7*octies*, § 1, 1<sup>e</sup> lid, wordt de onder 3<sup>o</sup> vermelde bepaling opgeheven
- artikel 7*novies* wordt opgeheven
- er wordt een bijlage 2 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2019	11.06.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 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

#### Samenvatting van de wijzigingen

Op basis van die reglementaire wijziging wordt het saldo van het mobiliteitsbudget dat eenmaal per jaar in geld wordt uitbetaald, zoals beoogd in artikel 8, § 3, 2<sup>e</sup> lid, van de wet van 17 maart 2019 betreffende de invoering van een mobiliteitsbudget, beschouwd als deel uitmakend van het gemiddeld dagloon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de prestaties van de sector van de uitkeringen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2019 – Editie 2	08.07.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

#### Samenvatting van de wijzigingen

In deel I, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 worden wijzigingen aangebracht.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.09.2019	17.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

#### Samenvatting van de wijzigingen

In deel I, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 worden wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.08.2019	12.07.2019	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 2019

#### 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 is voor 2019 vastgesteld op 17,980.000 miljoen EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.08.2019	12.07.2018	Koninklijk besluit tot goedkeuring van de eerste aanpassing van de vijfde bestuursovereenkomst tussen de Belgische Staat en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

#### Samenvatting van de wijzigingen

De vijfde bestuursovereenkomst tussen het RIZIV en de Belgische Staat is verlengd bij koninklijk besluit van 12 juli 2019 via een wijzigingsclausule voor de periode 2019-2020. Als openbare instelling van sociale zekerheid waarborgt het RIZIV op die manier de continuïteit van zijn opdrachten en openbare activiteiten.

Met die wijzigingsclausule is een nieuw belangrijk baken uitgezet: de toevoeging van een gemeenschappelijk plan, een bundel van prioritaire samenwerkingsinitiatieven en synergieën die het RIZIV samen met zijn partners van de FOD Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) wil verwezenlijken in het kader van het Redesign en de toekomstige cohousing van die gezondheidszorgadministraties.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.09.2019	17.08.2019	Koninklijk besluit van 17 augustus 2019 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de verpleegkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden en de modaliteiten bepaald voor de toekenning van de financiële tegemoetkoming. De jaarlijkse tegemoetkoming voor de premie bedraagt 800 EUR.

## 7. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.04.2019	02.04.2019	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2019 - Uitgave 2	11.04.2019	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I en aan bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2019	15.05.2019	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I en aan bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.05.2019 – Uitgave 1	09.05.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
24.05.2019 – Uitgave 1	15.05.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.05.2019	16.05.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit brengt wijzigingen aan aan bijlage I, hoofdstuk IV, § 6730000.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.06.2019 – Uitgave 2	13.06.2019	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I, bijlage II en bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.06.2019	13.06.2019	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan aan bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.04.2019	01.03.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 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

Het ministerieel besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- het opschrift "L.3.5. Dynamische compressieplaatsysteem" wordt aangevuld met de verstrekking 180552-180563 en zijn vergoedingsmodaliteiten
- een nieuwe nominatieve lijst 37001 wordt toegevoegd, gekoppeld aan de verstrekking 180552-180563.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.05.2019 – Uitgave 1	23.04.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 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
14.06.2019	23.04.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Erratum

### Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit brengt de volgende wijzigingen aan aan de lijst, gevoegd als bijlage 1:

- o in het opschrift “F.1.4.1 Percutane coronaire interventie zonder stenting” worden de volgende wijzigingen aangebracht:

  - => de omschrijving van de verstrekking 158970-158981 wordt vervangen
  - => de omschrijving van de verstrekking 170656-170660 wordt vervangen.
- o in het opschrift “F.1.4.2 Percutane coronaire interventie met stenting” worden de volgende wijzigingen aangebracht:

  - => de omschrijving van de verstrekking 158992-159003 en zijn terugbetalingsmodaliteiten worden vervangen
  - => de omschrijving van de verstrekking 159014-159025 en zijn terugbetalingsmodaliteiten worden vervangen
  - => de omschrijving van de verstrekking 159036-159040 en zijn terugbetalingsmodaliteiten worden vervangen.
- o de vergoedingsvoorwaarde F- § 05 wordt vervangen.

Het ministerieel besluit brengt de volgende wijzigingen aan aan de nominatieve lijsten, bijgevoegd als bijlage 2:

- o de nominatieve lijst 32401 behoort niet meer bij de verstrekkingen 159014-159025 en 159036-159040
- o in de omschrijving van de verstrekking 158992-159003 worden de woorden “naar aanleiding van de verstrekking 589013-589024 van de nomenclatuur” geschrapt
- o in de omschrijving van de verstrekking 159014-159025 worden de woorden “naar aanleiding van de verstrekking 589013-589024 van de nomenclatuur binnen de indicaties voorzien in de vergoedingsvoorwaarde F- § 05” geschrapt
- o in de omschrijving van de verstrekking 159036-159040 worden de woorden “hetzij tijdens de verstrekkingen 589013-589024 en 589035-589046 van de nomenclatuur, hetzij tijdens twee verstrekkingen 589013-589024 van de nomenclatuur op een verschillende dag gedurende eenzelfde hospitalisatieperiode” geschrapt
- o in de omschrijving van de verstrekking 170656-170660 worden de woorden “naar aanleiding van de verstrekking 589013-589024 van de nomenclatuur” geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.05.2019 – Uitgave 1	23.04.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 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

Het ministerieel besluit brengt wijzigingen aan aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 05.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2019 - Editie 2	10.07.2019	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2019	19.08.2019	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2019	10.09.2019	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
21.10.2019	10.09.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2019	10.09.2019	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
21.10.2019	10.09.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2019 – Editie 2	08.07.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “C. Oto-rino-laryngologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 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 hoofdstuk “C. Oto-rino-laryngologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, worden “C.1.1 Cochleair implantaat” en de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2019 – Editie 1	27.08.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de lijst en de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, en worden nieuwe nominatieve lijsten voor embolisatiemateriaal, behorende bij de verstrekkingen 174193-174204, 174215-174226, 174230-174241, 174252-174263 en 174274-174285, aan de nominatieve lijsten toegevoegd, die als bijlage 2 zijn gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2019 – Editie 1	05.09.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in de Nederlandstalige versie van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, de volgende wijzigingen aangebracht:

- het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts”
- het woord “geneesheren” wordt telkens vervangen door het woord “artsen”
- het woord “geneesheer-directeur” wordt telkens vervangen door het woord “arts-directeur”
- het woord “geneesheren-directeurs” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-directeurs”
- het woord “geneesheer-directeur” wordt telkens vervangen door het woord “arts-directeur”
- het woord “geneesheren-directeurs” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-directeurs”
- het woord “adviserend geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “adviserend arts”
- het woord “adviserend geneesheren” wordt telkens vervangen door het woord “adviserend artsen”
- het woord “adviserend geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “adviserend arts”
- het woord “adviserend geneesheren” wordt telkens vervangen door het woord “adviserend artsen”
- het woord “geneesheer-specialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
- het woord “geneesheren-specialisten” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-specialisten”
- het woord “geneesheer-specialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”.

## 8. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2019	28.11.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>o</sup> , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Deze verordening bepaalt:

- het gedeelde loon dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de uitkering toe te kennen voor de werkdagen van de periode van pleegouderverlof
- de te vervullen formaliteiten voor het bekomen van de uitkering voor het adoptieverlof (versterkt) en de uitkering voor het pleegouderverlof.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.05.2019	24.04.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Deze verordening wijzigt artikel 52<sup>sexies</sup> van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 met het oog op het aanpassen van de administratieve formaliteiten die moeten worden vervuld in het kader van de aanvraag tot vergoeding van het adoptieverlof (bewijsstukken).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.05.2019 – Uitgave 2	10.09.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage VI van de verordening van 16 juni 2014 wordt het formulier F-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, gewijzigd en wordt het formulier F-Form-I-14 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, toegevoegd.

In de bijlage VII van dezelfde verordening wordt het formulier F-Form-II-02 met betrekking tot het volgnummer, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.05.2019	29.04.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 1 van de verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift wordt het eerste lid aangevuld met de woorden: “en andere farmaceutische producten uitgezonderd de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 27 en 29 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.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.05.2019 – Uitgave 2	13.05.2019	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 verordening vervangt de bijlage 38 van de verordening van 28 juli 2003.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.07.2019	17.06.2018	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

De verordening van 16 juni 2014 wordt aangevuld met een artikel 9, dat als volgt luidt: “Art. 9 De modellen van aanvraagformulieren tot wijziging van een nominatieve lijst zoals vermeld in artikel 1, 13°, van het koninklijk besluit van 17 mei 2019 tot wijziging van 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, worden opgenomen in de formulieren T-Temp-II-01, T-Temp-II-02 en T-Temp-II-03 als bijlage XIII bij de huidige Verordening.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2019	17.06.2019	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

De Verordening van 16 juni 2014 wordt aangevuld met een artikel 8, dat als volgt luidt: “Art. 8. De modellen van aanvraagformulieren tot wijziging van de lijst zoals vermeld in artikel 1, 13° en 13° /1, van het koninklijk besluit van 17 mei 2019 tot wijziging van 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, worden opgenomen in de formulieren T-Temp-I-01, T-Temp-I-02, T-Temp-I-03, T-Temp-I-04 en T-Temp-I-05 als bijlage XII bij de huidige Verordening.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2019 – Editie 2	29.04.2018	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage III van de Verordening van 16 juni 2014, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor een cochleair implantaat, worden de formulieren C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-06 en C-Form-I-10, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rino-laryngologie” van de lijst, gewijzigd en worden de formulieren C-Form-I-11 en C-Form-I-12, waarnaar in datzelfde hoofdstuk wordt verwezen, toegevoegd. De formulieren C-Form-I-04 en C-Form-I-05 worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.09.2019	17.06.2019	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 bijlagen I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX en X 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, in de formulieren B-Form-I-02, B-Form-I-03, B-Form-I-04, B-Form-I-05, B-Form-I-06, B-Form-I-07, B-Form-I-08, B-Form-I-09, B-Form-I-10, B-Form-I-11, B-Form-I-12, B-Form-I-15 en B-Form-I-16, B-Form-II-02, B-Form-II-03, B-Form-II-04, C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-04, C-Form-I-05, C-Form-I-06, C-Form-I-07, C-Form-I-08, C-Form-I-09, C-Form-I-10, D-Form-II-01, E-Form-I-01, E-Form-I-02, E-Form-I-03, E-Form-II-01, F-Form-I-01, F-Form-I-02, F-Form-I-04, F-Form-I-05, F-Form-I-06, F-Form-I-07, F-Form-I-08, F-Form-I-09, F-Form-I-10, F-Form-I-12, F-Form-II-01, F-Form-II-03, F-Form-II-04, F-Form-II-05, F-Form-II-06, G-Form-I-01, G-Form-I-02, G-Form-I-03, G-Form-I-04, G-Form-I-05, G-Form-I-06, G-Form-II-01, H-Form-I-01, L-Form-I-01, L-Form-I-02, L-Form-I-03, L-Form-I-04, L-Form-I-05, L-Form-I-06, L-Form-I-07, L-Form-I-08, L-Form-I-09 en L-Form-II-01 betreffende de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in de hoofdstukken “B. Neurochirurgie”, “C. Oto-rino-laryngologie”, “D. Urologie en nefrologie”, “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel”, “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie”, “G. Bloedvatenheelkunde”, “H. Gynaecologie” en “L. Orthopedie en traumatologie” van de lijst”, in de Nederlandstalige versie moeten de woorden “geneesheer”, “geneesheren”, “adviserend geneesheer”, “geneesheer-specialist”, “geneesheren-specialisten”, “geneesheren-directeurs”, “geneesheer-implantateur”, “geneesheren-implantateur” worden vervangen door de respectieve woorden “arts”, “artsen”, “adviserend arts”, “arts-specialist”, “artsen-specialisten”, “artsen-directeurs”, “arts-implantateur”, “artsen-implantateur”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2019	03.07.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>e</sup> , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt het volgende gewijzigd:

- meerdere bepalingen van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997, na de veralgemening van de ZIMA 001
- het door de werkgever in te vullen gedeelte van het inlichtingenblad uitkeringen, toegevoegd in de bijlage III van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997.

## 9. Interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

17.05.2019

### **Interpretatieregel 04 betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, c), (Gastro-enterologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

De verstrekking 474736-474740 kan enkel worden geattesteerd wanneer een specifiek daartoe ontworpen orale cholangio-pancreatoscoop in de gal- of pancreaswegen wordt opgeschoven. Deze ingreep kent beperkte indicaties en wordt nooit geïsoleerd uitgevoerd. De verstrekking 474736-474740 wordt gecumuleerd met een van de verstrekkingen 473734-473745, 473690-473701, 473712-473723 of 473830-473841. In het honorarium voor deze 4 verstrekkingen is het honorarium voor het endoscopisch onderzoek van het spijsverteringskanaal langs orale weg tot aan de gal- of pancreaswegen reeds inbegrepen.

De interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 november 2016.

Belgisch Staatsblad

17.05.2019

### **Interpretatieregel 01 betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, a) (Inwendige Geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Deze interpretatieregel wordt opgeheven. Deze opheffing heeft uitwerking op 1 april 2003.

Belgisch Staatsblad

17.05.2019

### **Interpretatieregel 01 betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, b), (Pneumologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Deze interpretatieregel wordt opgeheven. Deze opheffing heeft uitwerking op 1 juli 2014.

Belgisch Staatsblad

17.05.2019

11.06.2019 - Corrigendum

### **Interpretatieregels 01 en 04 betreffende de verstrekkingen van artikel 3 (Gewone geneeskundige hulp - technische geneeskundige verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Deze interpretatieregels worden opgeheven. Deze opheffingen hebben uitwerking op 1 maart 2002.

## Belgisch Staatsblad

17.05.2019

11.06.2019 - Corrigendum

**Interpretatieregel 10 betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, b), (Pneumologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Deze interpretatieregel wordt opgeheven. Deze opheffing heeft uitwerking op 1 juli 2014.

## Belgisch Staatsblad

14.06.2019

**Interpretatieregel 21 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:**

Een rechthebbende waarbij een van de hulpmiddelen ingeschreven op de nominatieve lijsten voor de verstrekkingen 172793-172804, 172815-172826, 172830-172841, 172852-172863, 172874-172885 of 172896-172900 geplaatst werd, heeft recht op de maandelijkse vergoedingen voorzien onder verstrekkingen 172911 en 172933 zolang de rechthebbende geïmplanteerd blijft met dit hulpmiddel.

De schrapping van deze interpretatieregel heeft uitwerking op 1 april 2018.

## Belgisch Staatsblad

14.06.2019

**Interpretatieregel 24 bepaalt hoe een *pro rata* garantie dient te worden berekend:**

Indien het toestel niet meer functioneert tijdens de periode van volledige garantie, dient de volledige prijs van het toestel (excl. btw) terugbetaald te worden.

Indien het toestel niet meer functioneert tijdens de periode van de *pro rata* garantie, moet het terugbetalingsbedrag als volgt berekend worden:

Volledige prijs van het toestel (excl. btw) x aantal dagen niet gefunctioneerd tijdens de periode van *pro rata* garantie / totaal aantal dagen voorzien tijdens de periode van *pro rata* garantie

Deze interpretatieregel treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarin hij is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

20.06.2019

**Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:**

Interpretatieregel 25

De verstrekkingen 155212-155223 en 155234-155245 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 228270-228281 "Thoracale of thoraco-abdominale oesofagectomie of gastro-oesofagectomie in één operatietijd met herstellen van de continuïteit".

Interpretatieregel 26

De verstrekkingen 155293-155304 en 155315-155326 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 228292-228303 "Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aor-tae, met herstellen van de continuïteit".

Interpretatieregel 27

De verstrekkingen 155256-155260 en 155271-155282 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 228314-228325 "Thoracale of thoraco-abdominale oesofagectomie of gastro-oesofagectomie in één operatietijd met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement".

Interpretatieregel 28

De verstrekkingen 155330-155341 en 155352-155363 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 228336-228340 "Subtotale oesofagectomie tot op het niveau van de arcus aor-tae met herstellen van de continuïteit en uitgebreid klierevidement".

Interpretatieregel 29

De verstrekkingen 156936-156940 en 156951-156962 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 242830-242841 "Pancreaticoduodenectomie".

Interpretatieregel 30

De verstrekking 156973-156984 mag worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 242852-242863 "Hemipancreatectomie links met jejunale anastomose van het snedevlak van de pancreas, of nagenoeg totale pancreatectomie (95 %)".

Interpretatieregel 31

De verstrekkingen 156892-156903 en 156914-156925 mogen worden aangerekend naar aanleiding van de verstrekking 242874-242885 "Hemipancreatectomie links", 242896-242900 "Enucleatie van een pancreastumor" en/of 242911-242922 "Wegnemen van pancreassequester".

Deze interpretatieregels treden in werking op 1 juli 2019.

## Belgisch Staatsblad

28.06.2019

**Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met tocilizumab als actief bestanddeel:**

Indien een patiënt reeds geniet van een terugbetaling voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit KymriahR, mag een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel terugbetaald worden, indien die laatste toegediend wordt voor de behandeling van cytokine-release syndroom geïnduceerd door de infusie van tisagenlecleucel, overeenkomstig de Samenvatting van de Productkenmerken (SPK) van tisagenlecleucel en op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de patiënt de vergoeding voor KymriahR geniet.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 juni 2019.

## Belgisch Staatsblad

16.07.2019

**Interpretatieregel betreffende de verstrekkingen van artikel 25, § 2 (Inwendige geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Interpretatieregel 07 wordt opgeheven.

Die opheffing heeft uitwerking op 1 maart 2003.

## Belgisch Staatsblad - Editie 2

18.07.2019

**Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

Interpretatieregel 9

Voor individueel vervaardigde armkousen en handschoenen wegens lymfoedeem (de verstrekkingen 642471 en 642493) moet er het akkoord van de adviserend arts voorafgaand aan de uitbetaling zijn, maar niet voorafgaand aan de aflevering.

Als aan alle vergoedingsvoorwaarden is voldaan, mag men de verstrekkingen vergoeden die zijn afgeleverd vooraleer de beslissing van de adviserend arts is gekend.

Die interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 13 maart 2000.

## Belgisch Staatsblad

24.07.2019

**Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:**

De fysieke aanwezigheid van de kinesitherapeut is vereist voor de uitvoering van de verstrekkingen geattesteerd in het kader van artikel 7 van de nomenclatuur.

De voormelde interpretatieregel heeft uitwerking op 1 januari 2003.

## Belgisch Staatsblad

29.08.2019

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

Interpretatieregel 5

Onder “internationaal peer-reviewed tijdschrift” of “peer-reviewed journal” wordt een wetenschappelijk tijdschrift bedoeld, dat aan al de volgende criteria voldoet:

- het tijdschrift publiceert artikelen met originele resultaten van wetenschappelijk onderzoek zoals onder andere klinische studies of reviews van de wetenschappelijke literatuur
- publicatie van de artikelen gebeurt enkel nadat ze werden beoordeeld door een panel van vakgenoten, die onafhankelijk zijn van de auteurs
- indien het tijdschrift reeds meer dan 3 jaar wordt gepubliceerd, dient het een “impact factor” te hebben, berekend door Thomson Reuters/Clarivate Analytics.

Interpretatieregel 5 treedt in werking op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin die in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

## Belgisch Staatsblad

29.08.2019

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

Interpretatieregel 32

Men moet tellen vanaf de eerste aflevering na de inwerkingtreding van de desbetreffende vergoedingsvoorwaarde in het Staatsblad.

Ter illustratie:

Sinds 1 maart 2019 kunnen de verstrekkingen xxxxx1-yyyyy1 en xxxxx2-yyyyy2 maximaal vijfmaal over een periode van 12 maanden in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

Voor patiënt Z werden die twee verstrekkingen op de volgende momenten geattesteerd:

- 13 april 2018
- 3 mei 2018
- 18 juli 2018
- 31 oktober 2018
- 11 januari 2019
- 11 april 2019
- 17 juni 2019
- 25 augustus 2019
- 4 december 2019
- 7 januari 2020
- 7 april 2020

Er is een tegemoetkoming voor de aflevering van 7 januari 2020. Patiënt Z zal echter geen tegemoetkoming ontvangen voor de aflevering van 7 april 2020.

Interpretatieregel 32 heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2019.

Belgisch Staatsblad

20.09.2019

**Interpretatieregel voor de uitvoering van de voorschriften voor de farmaceutische specialiteiten Viread, Atripla en Truvada door de apotheker.**

Wanneer een patiënt vanaf 1 oktober 2019 naar de apotheek komt met een voorschrift voor de specialiteit Viread (met een machtiging voor de § 1320101), Atripla of Truvada, dan zal de apotheker dat voorschrift mogen uitvoeren als een voorschrift op stofnaam en een andere vergoedbare farmaceutische specialiteit met hetzelfde actief bestanddeel en dezelfde sterkte afleveren, zodat de continuïteit van de terugbetaalde behandeling van de patiënt niet in het gedrang komt.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 oktober 2019.

Belgisch Staatsblad

26.09.2019

**Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 17 *quater* - Echografieën - van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen**

Interpretatieregel 02 wordt opgeheven.

Die opheffing treedt in werking op 1 september 2019.



## 10. Andere

Belgisch Staatsblad	Titel
17.05.2019	Beslissing van de Overeenkomstencommissie verplegingsinrichtingen-verzekeringsinstellingen met betrekking tot de modaliteiten van toepassing van de derdebetalersregeling

### Samenvatting van de wijzigingen

In toepassing van artikel 4, § 1, laatste lid, en 9, eerste lid 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, heeft de Overeenkomstencommissie verplegingsinrichtingen-verzekeringsinstellingen, via schriftelijke raadpleging op 25 april 2019, de volgende modaliteiten vastgesteld inzake toepassing van de derdebetalersregeling, zoals bedoeld in het voormelde artikel 9, eerste lid, die in werking treden op 1 januari 2019 voor alle verplegingsinrichtingen.

1. Voor zover door de psychiatrische ziekenhuizen de driemaandelijkse factuur overeenkomstig de bepalingen in de overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen wordt ingediend uiterlijk op de 20<sup>e</sup> van de eerste maand van het kalenderkwartaal na dat waarop ze betrekking heeft, stort de verzekeringsinstelling aan het ziekenhuis, mits dit, overeenkomstig de voormelde overeenkomst, uiterlijk de 15<sup>e</sup> van de tweede maand van voormeld kwartaal een voorlopige factuur indient die als vervalbrief dient, een som, gelijk aan de helft van het bedrag van de hiervoor bedoelde driemaandelijkse factuur. De verzekeringsinstelling betaalt deze factuur uiterlijk de 1<sup>e</sup> van de derde maand van het beschouwde kalenderkwartaal. De aldus betaalde som wordt afgetrokken van het bedrag dat wordt aangerekend op de factuur die onmiddellijk daarna komt.

2. Voor de door de psychiatrische ziekenhuizen ingediende maandelijkse factuur die betrekking heeft op

a) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling; en

b) de ambulante verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet, geschiedt de betaling binnen de twee maanden na het einde van de maand tijdens dewelke de stukken die nodig zijn voor de facturering door de verzekeringsinstelling werden ontvangen. De termijn loopt vanaf de datum van ontvangst die is vermeld op het borderel dat aan de verpleeginrichtingen is bezorgd, voor zover die documenten zijn ingediend in overeenstemming met de wettelijke en verordeningsbepalingen ter zake en door de verzekeringsinstelling zijn aanvaard.

3. Voor de door de algemene ziekenhuizen ingediende maandelijkse factuur die betrekking heeft op

a) de verstrekkingen verleend aan gehospitaliseerde rechthebbenden;

b) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;

c) de verstrekkingen verleend in het kader van de nationale overeenkomst tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 46 van de wet;

d) de verstrekkingen verleend aan ambulante rechthebbenden die door het ziekenhuis via magnetische of elektronische dragers verrekend en geïnd worden via de derdebetalersregeling;

geschiedt de betaling binnen de twee maanden na het einde van de maand tijdens dewelke de stukken die nodig zijn voor de facturering door de verzekeringsinstelling werden ontvangen. De termijn loopt vanaf de datum van ontvangst die is vermeld op het borderel dat aan de verpleeginrichtingen is bezorgd, voor zover die documenten zijn ingediend in overeenstemming met de wettelijke en verordeningsbepalingen ter zake en door de verzekeringsinstelling zijn aanvaard.

Belgisch Staatsblad	Titel
06.06.2019	Nieuwe prestaties C2 vanaf 1 januari 2019

#### Samenvatting van de wijzigingen

Aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013=100) wordt, vanaf 1 januari 2019, het bedrag van de volgende sociale uitkeringen vastgelegd:

##### A. Ziekte- en invaliditeitsverzekering

##### I. Regeling voor werknemers

1. Maximum daguitkering voor pleegouderverlof: 116,87 EUR

##### II. Regeling voor zelfstandigen

1. Uitkering voor pleegouderverlof (uitbetaald per week) 484,90 EUR

Belgisch Staatsblad	Titel
20.06.2019 – Uitgave 2	Officieel bericht - Aanpassing buiten index op 1 mei 2019 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 mei 2019 wordt het bedrag van bepaalde sociale uitkeringen aangepast aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013=100).

Belgisch Staatsblad	Titel
12.08.2019	Officieel bericht - Aanpassing buiten index op 1 augustus 2019 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 augustus 2019 is het bedrag van sommige sociale uitkeringen aangepast aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013 = 100).

Belgisch Staatsblad	Titel
22.08.2019	Officieel bericht - Aanpassing buiten index op 1 juli 2019 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 juli 2019 is het bedrag van sommige sociale uitkeringen aangepast aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013 = 100).

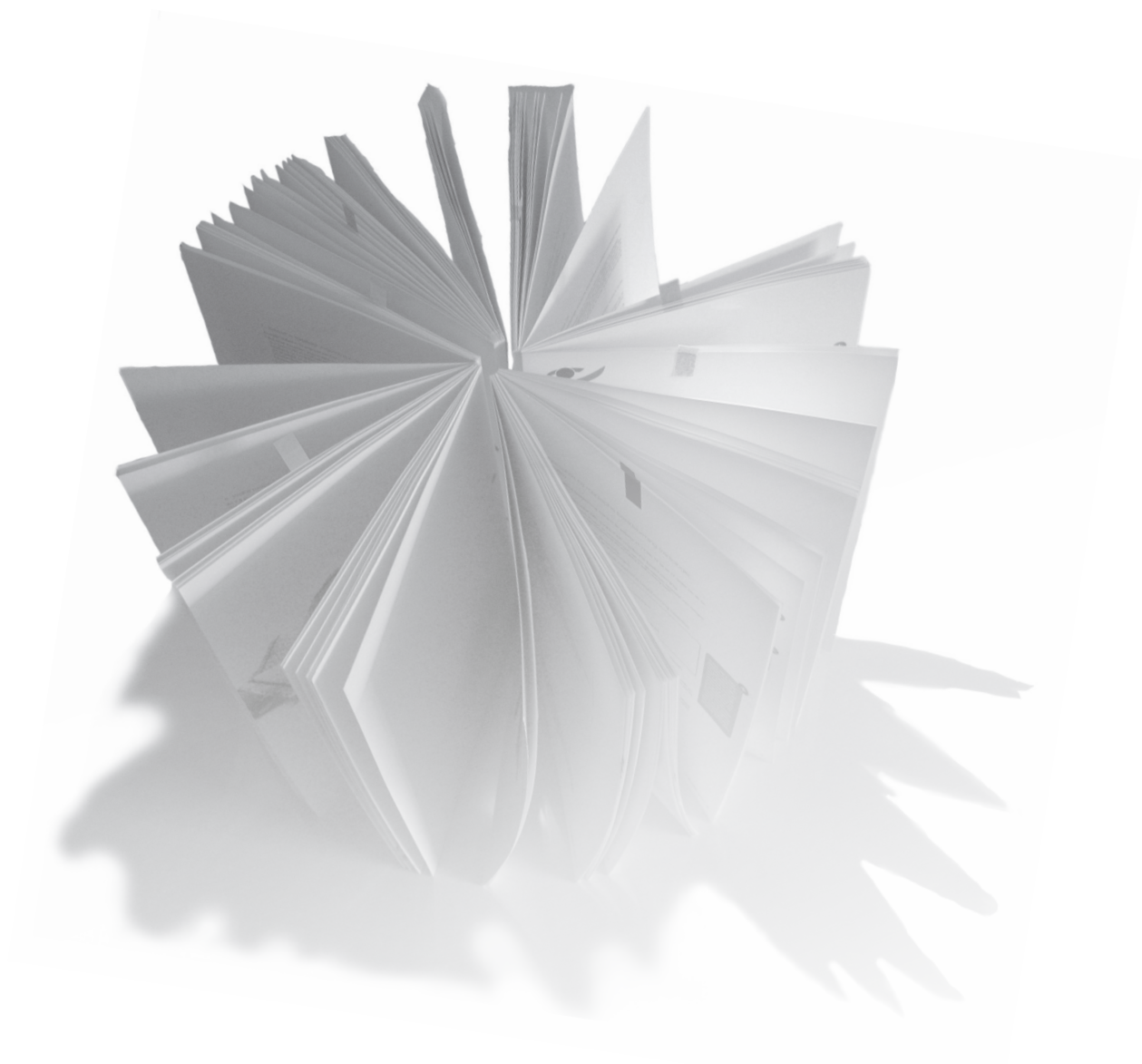
Belgisch Staatsblad	Titel
12.09.2019	Officieel bericht - Aanpassing buiten index op 1 september 2019 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

**Samenvatting van de wijzigingen**

Vanaf 1 september 2019 is het bedrag van sommige sociale uitkeringen aangepast aan het spilindexcijfer 105,10 (basis 2013 = 100).



2<sup>e</sup> Deel  
Rechtspraak



# I. Hof van Cassatie van België, 7 oktober 2019

Artikel 25 wet geneeskundige verzorging en uitkeringen  
Gezondheidszorgprestaties - Bijzonder Solidariteitsfonds  
- Geneesmiddel zonder vergunning om in de handel te  
brengen

*De artikelen 25 tot 25decies ZIV-wet, die de bepalingen betreffende het Bijzonder Solidariteitsfonds bevatten, voorzien niet in een afwijking van de bepalingen van de Geneesmiddelenwet. Hieruit volgt dat het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts tussenkomst kan verlenen voor het verstrekken van een geneesmiddel waarvoor geen vergunning om in de handel te worden gebracht of registratie is verleend, voor zover dit geneesmiddel in toepassing van artikel 6quater, § 1, Geneesmiddelenwet ter beschikking van de patiënt mag worden gesteld.*

Arrest nr. S.18.0092.N  
RIZIV t./...

...

## III. Beslissing van het hof

### Beoordeling

#### TWEEDE ONDERDEEL

1. Krachtens artikel 6, § 1, eerste lid, Geneesmiddelenwet mag een geneesmiddel slechts in de handel worden gebracht nadat een vergunning voor het in de handel brengen ervan is verleend, hetzij door de minister of zijn afgevaardigde overeenkomstig de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten, hetzij door de Europese Commissie overeenkomstig het Gemeenschapsrecht.

Overeenkomstig artikel 6quater, § 1, Geneesmiddelenwet kunnen, in afwijking van de bepalingen van artikel 6, § 1, en onder voorbehoud van de beschikkingen van de artikelen 7,8 en 8bis, geneesmiddelen voor menselijk gebruik waarvoor geen vergunning om in de handel te brengen of registratie werd verleend of die niet in de handel gebracht zijn in België, ter beschikking worden gesteld van patiënten in de in dit artikel nader bepaalde gevallen.

2. Krachtens artikel 25 ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, wordt bij de Dienst voor geneeskundige verzorging een Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht, dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag voor ieder kalenderjaar wordt 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 over de tegemoetkomingen uit 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. 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.

3. De artikelen 25 tot 25*decies* ZIV-wet, zoals hier toepasselijk, die de bepalingen betreffende het Bijzonder Solidariteitsfonds bevatten, voorzien niet in een afwijking van de bepalingen van de Geneesmiddelenwet.

Hieruit volgt dat het Bijzonder Solidariteitsfonds slechts tussenkomst kan verlenen voor het verstrekken van een geneesmiddel waarvoor geen vergunning om in de handel te worden gebracht of registratie is verleend, voor zover dit geneesmiddel in toepassing van artikel 6*quater*, § 1, Geneesmiddelenwet ter beschikking van de patiënt mag worden gesteld.

4. Het arrest dat niet uitsluit dat voor het geneesmiddel ... geen vergunning werd verkregen om in de handel te worden gebracht, stelt niet vast dat voldaan werd aan de voorwaarden van artikel 6*quater*, § 1, Geneesmiddelenwet, maar oordeelt dat het Bijzonder Solidariteitsfonds gehouden is tussen te komen in de kosten van dit geneesmiddel, op grond dat *“artikel 25 van de ZIV-wet niet voorschrijft dat de geneeskundige verstrekking erkend dient te zijn alvorens een tussenkomst kan worden verleend”*.

Het arrest schendt aldus artikel 6, § 1, Geneesmiddelenwet.

Het onderdeel 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,**

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

Veroordeelt de eiser tot de kosten.

Verwijst de zaak naar het arbeidshof te Antwerpen.

...

## II. Arbeidshof van Bergen, 23 januari 2019

Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, artikel 100 - Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Gerechtelijk Wetboek, artikel 976 - Aanvullend deskundigenonderzoek

*Wanneer de deskundige zich heeft uitgesproken met inachtneming van de regels inzake het gerechtelijk deskundigenonderzoek - inachtneming van het beginsel van de procedure op tegenspraak en duidelijke, eensluidende en voldoende gemotiveerde conclusies - , kan een gewone beoordeling die verschilt van het medisch advies van een van de partijen de rechter er niet toe dwingen om af te wijken van de conclusies van de deskundige, noch om een aanvullend deskundigenonderzoek of een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.*

Rolnr.: 2012/AM/486  
RIZIV t./...

...

### 2. Objet de l'appel - Arrêt du 8 janvier 2014 - Prétentions des parties après expertise - Position de l'auditorat général

... interjette appel du jugement du 27 novembre 2012 de la 4<sup>e</sup> Chambre du tribunal du travail de Charleroi, section de Charleroi (R.G. n° 09/1107/A).

Dans un arrêt du 8 janvier 2014, la Cour reçoit l'appel et confirme le jugement précité en ce qu'il confie un complément d'expertise au Docteur ... , sous la réserve de la modification du libellé de la mission d'expertise.

Dans ses conclusions, le Docteur ... estime que : "(...) les troubles fonctionnels que présentait ... n'entraînaient pas à partir du 19 décembre 2008 une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain. ... n'avait pas, à la date de son entrée sur le marché du travail le 1<sup>er</sup> novembre 1999 ou depuis, une capacité de gain. Le pronostic quant à une capacité de gain dans l'avenir paraît peu favorable".

L'INAMI demande à la Cour de :

- déclarer l'appel fondé
- entériner les conclusions de l'expert en ce qu'il estime que les troubles fonctionnels que présentait ... n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain
- confirmer en tout point la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008
- statuer conformément au droit quant aux dépens, étant précisé que ... n'est pas assistée d'un conseil juridique et ne peut donc prétendre à une indemnité de procédure.



... ne comparait pas lors de l'audience du 28 novembre 2018 et n'a pas rédigé de conclusions, à la suite du dépôt des conclusions de l'expert.

Dans son avis oral, Madame ... , substitut général, estime qu'il y a lieu d'entériner les conclusions de l'expert.

### 3. Fondement de l'appel

#### a) En droit

##### I. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Est reconnu incapable de travailler, le travailleur qui a cessé toute activité, en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle, selon l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu'a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d'une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence<sup>1</sup>.

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance, selon l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il résulte des dispositions précitées que la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée à la réunion de trois conditions<sup>2</sup> :

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

Sous peine de ne pouvoir être reconnu incapable au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, l'assuré social doit, au moment de l'entrée sur le marché du travail, présenter une capacité de gain de plus d'un tiers<sup>3</sup>.

L'aggravation de l'état de santé qui réduit une capacité de gain déjà insuffisante ou inexistante, au regard du régime mis en place par l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, n'ouvre pas le droit au bénéfice des indemnités prévues par cette législation.

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

2. C.C., 28.03.2013, rôle n° 5463, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

3. C.T. Mons (4<sup>e</sup> Ch.), 03.03.2010, rôle n° 2004/AM/19.373, <http://jure.juridat.just.fgov.be>, C.T. Mons (4<sup>e</sup> Ch.), 20.11.2014, rôle n° 2012/AM/379, inédit.

## II. RAPPORT D'EXPERTISE

La mission de l'expert consiste à éclairer le juge sur des questions techniques<sup>4</sup>.

Dès l'instant où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire, notamment par rapport au principe du contradictoire<sup>5</sup>, et a dressé des conclusions précises, concordantes et motivées de manière adéquate<sup>6</sup>, une simple appréciation divergente du conseil médical de l'une des parties ne peut contraindre le juge à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à un complément d'expertise, voire à une nouvelle mesure d'expertise.

Le juge apprécie souverainement la force probante d'un rapport d'expertise<sup>7</sup>, sous la réserve qu'il ne peut attribuer à l'expert une opinion qu'il n'a pas émise ou des constatations qu'il n'a pas faites<sup>8</sup>.

Le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose, selon l'article 962, alinéa 4, du Code judiciaire.

Le juge apprécie en fait s'il est suffisamment éclairé par l'expertise et les autres éléments de la cause pour statuer sur les griefs formulés postérieurement au rapport de l'expert<sup>9</sup>.

Au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, l'avis donné par l'expert ne peut être suspecté par le seul fait qu'il ne concorde pas avec celui du ou des médecin(s) de l'une des parties<sup>10</sup>.

Si le juge n'est pas astreint à suivre l'avis de l'expert et s'il doit vérifier la validité interne et externe du rapport d'expertise avant de s'en servir, il faut néanmoins se rendre à la réalité que, si précisément le juge a dû avoir recours aux connaissances techniques de l'expert, l'avis de ce dernier influencera logiquement sa décision et qu'il n'en sera autrement, en règle générale, que si le juge a des motifs de croire que l'expert s'est trompé et que son erreur est démontrée par le rapport lui-même ou par d'autres éléments probants<sup>11</sup>.

### b) En l'espèce

Le Docteur ... a parfaitement accompli la mission qui lui a été confiée et aucune faute ne peut lui être reprochée, sous réserve de ce que la Cour a déjà constaté dans son arrêt du 6 mars 2018.

Le rapport d'expertise est complet et circonstancié.

Il permet de trancher la divergence médicale existant entre les parties.

Tandis que l'INAMI sollicite l'entérinement du rapport d'expertise, ... ne dépose aucune pièce médicale susceptible de réfuter les constatations de l'expert et ne développe aucune argumentation qui serait de nature à contredire valablement les conclusions de l'expert.

Dans ces conditions, l'appel est fondé.

4. Cass. 14.09.1992, Pas., I, p. 1021.

5. C.T. Mons (5<sup>e</sup> Ch.), 14.03.2003, R.G. 17.782 et 17.796, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

6. C.T. Mons (2<sup>e</sup> Ch.), 15.03.2010, R.G. 2007/AM/20.531, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

7. Cass. (2<sup>e</sup> Ch.), 22.01.2008, rôle n° P.07.01069.N, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. Cass. (1<sup>re</sup> Ch.), 07.05.2009, rôle n° C.08.0207.F, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

8. Cass. (Ch. vac.), 22.07.2008, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

9. Cass., 17.02.1984, Pas., I, p. 704. Cass. (1<sup>re</sup> Ch.), 05.10.2000, <http://jure.juridat.just.fgov.be>. C.T. Liège, div. Liège (9<sup>e</sup> Ch.), 23.11.2015, rôle n° 2015/AL/225, <http://jure.juridat.just.fgov.be>.

10. C.T. Mons (3<sup>e</sup> Ch.), 12.05.2015, rôle n° 2014/AM/201, inédit.

11. C.T. Mons (2<sup>e</sup> Ch.), 06.09.2010, R.G. 1997.AM.14874, Chr.D.S., 2011, p. 232. C.T. Mons (5<sup>e</sup> Ch.), 28.05.2015, rôle n° 2012AM/125, inédit.

La Cour entérine les conclusions du Docteur ... , en ce que celui-ci estime que les troubles fonctionnels que présentait ... n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain.

La Cour confirme la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008.

## 4. Dépens

### a) En droit

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

L'obligation de supporter les dépens repose, dans les matières visées aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, du Code judiciaire, non pas sur le fait de succomber mais sur le fait pour une autorité ou un organisme d'appliquer la législation sociale à l'égard des assurés sociaux.

Dans la mesure où une autorité ou un organisme est, de manière justifiée, mis à la cause dans un litige relevant d'une des matières visées aux articles 579, 6°, 580, 581 et 582, 1° et 2°, du Code judiciaire, il doit supporter les dépens, non pas en tant que partie qui succombe mais en tant que partie chargée d'appliquer la législation sociale à l'égard des assurés sociaux.

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

Le tarif des indemnités de procédure, fixé dans l'arrêté royal du 26 octobre 2007<sup>12</sup>, opère une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une affaire évaluable en argent, soit celle au cours de laquelle une condamnation au paiement d'une somme d'argent est formellement demandée<sup>13</sup>.

La dernière indexation des montants est intervenue en date du 1<sup>er</sup> juin 2016<sup>14</sup>.

À la demande d'une des parties, éventuellement formulée sur interpellation par le juge, celui-ci peut, par décision spécialement motivée, soit réduire l'indemnité soit l'augmenter, sans pour autant dépasser les montants maxima et minima prévus par le Roi, en tenant compte de la capacité financière de la partie qui succombe, pour diminuer le montant de l'indemnité, de la complexité de l'affaire, des indemnités contractuelles convenues pour la partie qui obtient gain de cause et du caractère manifestement déraisonnable de la situation, selon l'article 1022, alinéa 3, du Code judiciaire.

Conformément au principe dispositif, le pouvoir d'appréciation du juge n'est susceptible de s'exercer en ce qui concerne le montant de l'indemnité de procédure que si une des parties au moins le demande<sup>15</sup>.

12. M.B., 09.11.2007.

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

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

15. J.-F. VAN DROOGHENBROECK et B. DE CONINCK, "La loi du 21.04.2007 sur la répitibilité des frais et honoraires d'avocat", J.T., 2008, p. 44.

## b) En l'espèce

La demande originaire de ... s'inscrit dans les contestations visées à l'article 580, 2°, du Code judiciaire et ne revêt aucun caractère téméraire ou vexatoire.

L'INAMI doit dès lors supporter les dépens de l'instance d'appel.

La Cour condamne l'INAMI à payer les dépens de l'instance d'appel, à la fois les dépens taxés à la somme de 191,28 EUR en faveur de l'expert et les éventuels dépens, non liquidés, en faveur de ... .

**POUR CES MOTIFS,**

**LA COUR,**

**Statuant contradictoirement en application de l'article 747, § 4, du Code judiciaire,**

Dit que l'appel est fondé.

Entérine les conclusions du Docteur ... , en ce que celui-ci estime que les troubles fonctionnels que présentait ... n'entraînaient pas, à partir du 19 décembre 2008, une réduction de sa capacité de gain telle que définie à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intéressée n'ayant jamais eu de capacité de gain.

Confirme la décision de l'INAMI du 12 décembre 2008.

...

### III. Arbeidshof van Luik, 6 maart 2019

Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, artikel 100 - Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Voorwaarden inzake toepasbaarheid - Vorige situatie - Voldoende geschikt op het moment van de intrede op de arbeidsmarkt

*Een van de voorwaarden om als arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is dat de onderbreking van de werkzaamheid het rechtstreeks gevolg moet zijn van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen met 66 % verminderen.*

*Bijgevolg dekt de ziekteverzekering geen arbeidsongeschiktheid die buiten de verzekeringstijdvakken is opgetreden. Worden bij wijze van voorbeeld geciteerd: een aangeboren handicap, een handicap die tijdens de jeugd is opgetreden of vóór het verwerven van de hoedanigheid van verzekeringsgerechtigde.*

*Men mag zijn vermogen tot verdienen nog niet hebben verloren op het ogenblik van de verergering en vóór zijn intrede in het beroepsleven.*

*Er zijn geen beoordelingsmoeilijkheden wanneer de verzekerde aan het werk was of aan het werk was voordat hij arbeidsongeschikt werd. Het moet evenwel om een reële, relevante periode van socioprofessionele integratie gaan en niet om een fictieve of zichtbaar aangepaste situatie.*

*Als een verzekerde nooit echt heeft gewerkt, betekent dit op zich niet dat hij ongeschikt zou zijn om te werken.*

*Bovendien is het ontvangen van werkloosheidsuitkeringen op zich niet voldoende om de geschiktheid van de werknemer vast te stellen, aangezien deze voorwaarde van geschiktheid niet systematisch wordt gecontroleerd bij de toetreding tot deze regeling.*

A.R. 14/426396/A  
RIZIV t./... en V.I.

...

I. La demande originaire - Le jugement dont appel - Les demandes en appel

#### I.1. La demande originaire

La demande originaire a été introduite par requête du 17 septembre 2014 et est dirigée contre une décision de l'INAMI du 8 septembre 2014 informant ... de la fin de la reconnaissance de son incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 à partir du 16 septembre 2014.

La décision précise que la cessation des activités de ... n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.  
... était reconnue en incapacité de travail depuis le 16 septembre 2013.

Elle se fonde notamment sur un certificat médical de son psychiatre traitant, le docteur ... du 11 septembre 2014 qui atteste que son patient présente plus de 66 % d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi, à la date du 16 septembre 2014 (troubles anxio-dépressifs).

## I.2. Les antécédents de procédure et le jugement dont appel

*Par jugement du 8 juin 2015*, le tribunal a dit la demande recevable et a ordonné une expertise médicale confiée à l'expert ... avec mission de dire :

- si l'intéressé avait jamais disposé d'une réelle capacité de gain sur le marché général du travail
- dans l'affirmative de dire si, à la date du 16 septembre 2015 (lire 16.09.2014 au regard de la décision litigieuse qui prévoit bien une fin d'incapacité à la date du 16.09.2014) jusqu'à la date de l'expertise ou le cas échéant, de la reprise du travail ou de la reprise en charge par l'organisme assureur, elle présentait l'état d'incapacité de travail telle que déterminée par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

*L'expert a déposé son rapport le 20 octobre 2015*, et conclut que ... ne présente pas un état d'incapacité de travail telle qu'elle est déterminée par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 à la date du 14 septembre 2014 et jusqu'à la date de l'expertise.

L'expert semble retenir l'existence d'un état d'incapacité de travail antérieur à l'entrée sur le marché du travail.

*Par jugement du 14 novembre 2016*, le tribunal a ordonné le renvoi du dossier à l'expert afin qu'il précise sa position au regard de la mission spécifique.

*En date du 22 décembre 2016*, l'expert ... a déposé un rapport complémentaire.

Il conclut que ... a disposé d'une réelle capacité de travail sur le marché général du travail et qu'à la date du 16 septembre 2015 (lire 16.09.2014 eu égard à l'erreur matérielle mise en évidence en début d'expertise) et ultérieurement jusqu'à la date de l'expertise, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

*Par jugement dont appel du 12 mars 2018*, le tribunal a entériné le rapport de l'expert.

Il a dit la demande fondée et dit que la partie demanderesse était en état légal d'incapacité de travail à la date du 14 septembre 2014 en condamnant l'organisme mutuelliste à lui payer les indemnités de maladie depuis cette date jusqu'à son retour spontané au travail ou jusqu'à une décision subséquente de fin d'incapacité.

L'O.A. a été condamné de plein droit (art. 20 de la loi du 11.04.1995 - Charte de l'assuré social) aux intérêts légaux sur les arriérés à verser, prenant cours à la date de leur exigibilité et sous déduction des sommes dues éventuellement à d'autres organismes qui seraient intervenus provisoirement.

Le tribunal a constaté que les frais et honoraires de l'expert ont déjà été taxés à la somme de 565,53 EUR mise à charge de l'O.A.

### I.3. Les demandes et les moyens des parties en appel

#### I.3.1° - LA PARTIE APPELANTE, L'INAMI : APPEL PRINCIPAL

Sur base de sa requête d'appel, l'INAMI demande à la Cour de dire son appel recevable et fondé, de réformer le jugement du 12 mars 2018 qui tout en entérinant les conclusions d'expertise a dit le recours fondé.

Il est demandé de débouter ... de son recours original et de tirer les bonnes conclusions de l'entérinement du rapport de l'expert à savoir, considérer que ... ne présentait pas un état d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et par conséquent, de confirmer la décision du Conseil médical de l'invalidité du 8 septembre 2014 en statuant ce que de droit quant aux dépens.

#### I.3.2° - LA PARTIE INTIMÉE, ... : APPEL INCIDENT SUR LES DÉPENS

Sur base du dispositif de ses conclusions prises en appel, ... demande à la Cour de statuer ce que de droit quant à la recevabilité de l'appel principal et de le déclarer non fondé.

Il est demandé de constater que ... présente le taux d'incapacité requis pour bénéficier des allocations d'assurance maladie invalidité quant à la période du 14 septembre 2014 au 15 septembre 2015 et de statuer ce que de droit à compter du 16 septembre 2015 en condamnant l'O.A. au paiement des indemnités légales à majorer des intérêts depuis l'exigibilité.

Il est demandé à la Cour de dire l'appel incident recevable et fondé, de réformer le jugement du 12 mars 2018 en ce qu'il a omis de statuer quant aux dépens et de condamner l'INAMI aux dépens des deux instances liquidés comme suit :

- indemnité de procédure devant le tribunal du travail : 131,18 EUR
- indemnité de procédure devant la cour du travail : 174,94 EUR soit un total de 306,12 EUR.

## II. L'avis du Ministère public

Le Ministère public conclut à l'entérinement du rapport d'expertise.

## III. La décision de la Cour

### III.1. La recevabilité de l'appel

L'appel peut être introduit par citation ou par requête contradictoire.

Le délai pour former appel est d'un mois (art. 1051, al. 1 du C.Jud.) à dater de la notification du jugement (art. 792 du C.Jud. et 704, § 2 du C.Jud., notification accomplie le jour où le pli judiciaire est présenté au domicile de son destinataire en application de l'article 53bis du C.Jud.)

Le jugement dont appel du 12 mars 2018 a été notifié à la partie appelante par pli judiciaire daté du 13 mars 2018, déposé à la poste le 14 mars 2018 et réceptionné le 15 mars 2018 par la partie appelante.

La requête d'appel a été déposée au greffe de la Cour le 10 avril 2018.

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

## III.2. Le fondement de l'appel

### III.2.1° - LES DISPOSITIONS APPLICABLES

L'article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dispose qu'est reconnu incapable de travailler au sens de cette loi, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

La cessation du travail doit donc être la "conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels" qui entraînent la réduction de la capacité de gain de 66 %.

L'assurance maladie ne couvre pas l'incapacité de travail survenue en dehors de périodes d'assurance, par exemple le handicap de naissance, un handicap survenu dans la jeunesse ou avant l'acquisition de la qualité de titulaire de l'assurance.

Il ne faut donc pas déjà avoir perdu sa capacité de gain au moment de l'aggravation et avant son entrée dans la vie professionnelle.

La condition ne pose pas de difficulté d'appréciation lorsque l'assuré était au travail ou l'avait été préalablement à son entrée en incapacité. Il doit toutefois s'agir d'une période significative, réelle d'insertion socioprofessionnelle et non d'une situation fictive ou manifestement aménagée<sup>1</sup>.

Le fait de ne jamais avoir effectivement travaillé ne signifie pas en soi que l'assuré est incapable de travailler.

Le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas non plus, en soi, l'aptitude du travailleur : le stage ne doit pas être constitué uniquement de journées de travail effectif, notamment au profit des jeunes qui, après leurs études, bénéficient d'allocations d'attente. L'octroi d'allocations de chômage requiert d'être apte au travail selon les critères de l'assurance maladie, mais cette condition n'est pas contrôlée systématiquement à l'entrée dans le chômage<sup>2</sup>.

### III.2.2° - L'APPLICATION AU CAS D'ESPÈCE

L'expert a été réinterrogé expressément sur la question de la capacité de travail au moment de l'entrée de ... sur le marché général du travail et a retenu une capacité restreinte compte tenu d'un trouble de la personnalité mais une capacité au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il s'est basé sur les formations et une courte période de travail d'une part et sur une surcharge exprimée clairement par ... d'autre part.

La capacité de gain à ce moment n'est en effet pas une capacité de gain à 100 % (ou une incapacité à 0 % (ou une incapacité à 0 %) mais il suffit que ... présente à ce moment moins de 66 % d'incapacité.

Le trouble de personnalité n'a pas évolué et l'état d'incapacité à la date litigieuse (celle du 16.09.2014) ne peut être retenu.



La Cour estime donc pouvoir entériner les conclusions de l'expert judiciaire à défaut de toute contestation pertinente sur les deux conditions légales requises pour admettre l'état d'incapacité.

En entérinant ces conclusions, la cour retient donc que ... dispose d'une réelle capacité de travail sur le marché général du travail et qu'à la date du 16 septembre 2014 et ultérieurement jusqu'à la date de l'expertise, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La décision litigieuse est donc confirmée en ce qu'elle ne retient pas l'état d'incapacité de travail mais pour un autre motif.

... entend distinguer deux périodes : celle du 14 septembre 2014 au 15 septembre 2015 et celle qui prend cours le 16 septembre 2015.

La date du 14 (ou 16) septembre 2014 résulte d'une première erreur matérielle contenue dans le jugement dont appel. Il n'a jamais été question de distinguer deux périodes d'un point de vue médical.

La demande de ... sur ce point n'est pas fondée.

Le jugement dont appel doit être réformé eu égard à la contradiction exprimée entre ses motifs (entérinement du rapport d'expertise) et son dispositif (recours fondé et condamnation de l'O.A. au paiement des indemnités légales).

## IV. Les dépens

...

**PAR CES MOTIFS,**

**LA COUR,**

**Après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement (art. 747 du C. jud.) ;**

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré ;

Entendu l'avis oral du ministère public auquel il n'y a pas eu de répliques ;

Déclare les appels principal et incident recevables et fondés ;

Réforme le jugement dont appel ;

Entérine les conclusions du rapport d'expertise ce qui signifie que ... dispose depuis son entrée sur le marché du travail d'une capacité de travail et qu'à la date du 16 septembre 2014 et ultérieurement, elle ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

...

## IV. Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 17 januari 2019

Artikel 290, B, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 - De aanvullende bijdrage – Kalenderjaar

*Artikel 290, B, § 3, eerste lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (hierna weergegeven als het K.B.) “{...} de minimumwaarde bedoeld in artikel 286 te worden verminderd **in verhouding tot dit tijdvak**.” Deze genoemde termen worden nergens gedefinieerd door het koninklijk besluit.*

*De vraag die aan de rechtbank werd gesteld was dus of deze “periode” werd behandeld als een kwartaal of een kalenderjaar.*

*Daartoe analyseerde de rechtbank naar analogie de ratio legis van artikel 290, B, § 3, lid 2 K.B., die te vinden is in de omzendbrief V.I. nr. 2007/450 van 5 december 2007 “gaat het hier niet om dagen die worden gelijkgesteld met gewerkte dagen (berekend op grond van 240-en), maar dient de volledige periode dat de gerechtigde zich in het buitenland bevindt te worden **geneutraliseerd**. {...}Derhalve dient de periode te worden berekend op grond van 365 –en”.*

*Bijgevolg, zelfs indien artikel 290, B, § 3, lid 2 K.B. niet het voorwerp uitmaakte van het geschil in voorliggend geval, en gezien de wetgever niets bepaalt, hebben de rechters besloten dat de woorden “in verhouding tot dit tijdvak” die in lid 1 K.B. wordt vermeld, viseren wel degelijk een geneutraliseerde periode die moet worden berekend op basis van een volledig kalenderjaar (365 dagen) en niet een gelijkgestelde periode (berekend in 240-en).*

A.R. 18/912/A

V.I. t./RIZIV

...

## II. L’objet de la demande

### 4.

L’O.A. demande au tribunal de :

- mettre à néant la décision de l’INAMI notifiée le 1<sup>er</sup> février 2018
- dire pour droit qu’elle a calculé correctement le complément de cotisations à charge de l’assuré ... pour l’année de référence 2014
- dire pour droit que la diminution de la valeur minimum visée dans l’article 286, en application de l’article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, de l’arrêté royal du 3 juillet 1996, se fait sur une base trimestrielle et non sur une base journalière
- condamner l’INAMI aux dépens de l’instance, liquidés à une indemnité de procédure de 131,18 EUR.

### III. Les faits

#### 5.

Suite à une visite de contrôle du 22 au 25 janvier 2018 à la mutualité chrétienne de la province de Namur, dans le cadre d'un contrôle thématique 2017/05 concernant le complément de cotisation, le Service du contrôle administratif de l'INAMI a notifié à l'O.A., par lettre recommandée du 1<sup>er</sup> février 2018, la constatation relevée lors de la dite visite de contrôle, dans le régime général des soins de santé, relative à un cas fautif concernant l'assuré ... .

Selon la décision, ladite constatation annule et remplace une précédente notification du 23 novembre 2017 (non produite), concernant le même assuré.

#### 6.

Selon la constatation reprise dans la lettre de notification :

*“Le titulaire pour lequel l'organisme assureur dispose de documents de cotisation dont la valeur est inférieure à 6.007,28 EUR pour l'année de référence 2014, n'a droit au remboursement des soins de santé pour lui-même et pour ses personnes à charge en 2016 qu'à la condition qu'il se soit acquitté du paiement d'un complément de cotisation auprès de l'organisme assureur. Ce complément de cotisation doit être versé au plus tard le 31 décembre de l'année de droit.*

*La mutualité a réclamé à l'intéressée un complément de cotisation de 140,40 EUR relatif à l'année de référence 2014. Ce complément de cotisation a été payé par l'intéressée en date du 17 mars 2016.*

*Il apparaît toutefois que le complément de cotisation de 140,40 EUR a erronément été déterminé par la mutualité.*

*L'intéressée est affiliée au sens de l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014 en tant que titulaire (l'intéressée est en séjour illégal, mais effectue un travail déclaré à partir du 01.08.2014). Le complément de cotisation relatif à l'année de référence 2014 doit ainsi être déterminé conformément à l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté. À ce sujet, la circulaire O.A. n° 2007/450 - 271/53 du 5 décembre 2007 dispose que la période immunisée - c'est-à-dire la période avant l'affiliation - est considérée prorata temporis comme représentant une valeur suffisante de cotisation. Le calcul doit se faire sur la base d'une année civile complète et, en conséquence, la période doit être calculée en 365<sup>es</sup>.*

*L'intéressée étant affiliée à une mutualité depuis le 3<sup>e</sup> trimestre 2014, la mutualité a diminué la cotisation minimale à atteindre de 6.007,28 EUR de la moitié de sa valeur. La cotisation minimale doit toutefois être diminuée en fonction du nombre de jours calendrier antérieurs à la date à laquelle l'affiliation porte ses effets. Le complément de cotisation doit dès lors être déterminé comme suit :*

*Année de référence : 2014*

*Âge au début de l'année de référence : 35 ans*

*Valeur minimale des documents de cotisation : 6.007,28 EUR*

*Bons de cotisations : 1.710,00 EUR*

*Total des bons de cotisations : 1.710,00 EUR*

*Différence : 6.007,28 EUR - 1.710,00 EUR = 4.297,28 EUR*

*Période antérieure à l'affiliation (art. 290, B, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) : 181 jours calendrier*

*Conversion des jours antérieurs à l'affiliation : 6.007,28 EUR x 181/365 = 2.978,95 EUR*

*Total des jours assimilés : 0*

Valeur manquante : 4.297,28 EUR - 2.978,95 EUR - 0,00 EUR = 1.318,33 EUR  
Arrondissement à l'unité supérieure : 1.319,00 EUR  
Complément de cotisation théorique : 1.319,00 EUR x 10,85 % = 143,11 EUR  
Complément de cotisation dû : 143,11 EUR

*Un montant de 2,71 EUR à titre de complément de cotisation a donc été réclamé trop peu à l'intéressée. En conséquence, l'intéressée ne dispose pas de cotisations suffisantes en 2014. La mutualité doit réclamer ce montant trop peu perçu de 2,71 EUR à l'intéressée.*

*En cas de non-perception de ce montant, la mutualité devra retirer le droit aux soins de santé à l'intéressée et à ses personnes à charge en ce qui concerne l'année de droit 2016 et chiffrer l'indu en conséquence. Cet indu potentiel résulte d'une erreur de la mutualité qui a réclamé un complément de cotisation insuffisant à l'intéressée. Cette dernière ne pouvait pas savoir que ce complément de cotisation avait été calculé erronément. Suite aux arrêts de la Cour constitutionnelle du 24 mai 2012 et du 20 septembre 2012, et conformément à la Charte de l'assuré social, le montant indûment payé à titre de remboursement de soins de santé ne pourra pas, le cas échéant, être récupéré auprès de l'assurée sociale. En application de l'article 194, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ce montant devra être communiqué à notre Institut conformément aux dispositions de la circulaire O.A. n° 2014/128 - 62/1002 du 17 janvier 2014. Conformément aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il vous appartient de régulariser la situation précitée".*

### III. La position des parties

#### 7.

L'O.A. estime qu'il convient de déduire les périodes non assimilées de Madame ... de manière trimestrielle, soit comme étant un quart de l'année.

Elle fonde son interprétation de l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sur les motifs suivants :

- d'une manière générale, dans le régime de l'assurance maladie, chaque trimestre est valorisé de la même façon et il n'existe aucune différence entre les quatre trimestres composant une année
- l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise qu'une inscription prend effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'assujettissement a pris ses effets. Il est donc logique que la proratisation se fasse de manière trimestrielle
- les éventuelles cotisations personnelles dues sont toujours calculées trimestriellement (cfr. à titre d'ex., les art. 133, 134 et 136bis de l'A.R. du 03.07.1996) sans qu'il soit fait une distinction selon le nombre de jours par trimestre
- ce raisonnement est identique à celui que l'INAMI a retenu dans une décision du 5 mars 2013 (cas M<sup>me</sup> ... , calcul du complément de cotisation - pièce 2 de son dossier).

L'O.A. conteste l'analogie faite par l'INAMI entre les alinéas 1 et 2 du paragraphe 3 de l'article 290 B.

L'alinéa 1<sup>er</sup> ajoute en effet une condition par rapport à l'alinéa 2 : il faut que la période concernée se situe avant l'(ré)inscription du titulaire auprès de la mutualité.

Dès lors que selon l'article 252, une inscription prend effet à partir du 1<sup>er</sup> jour du trimestre, forcément, les périodes qui seront déduites en vertu de cet article seront sous une forme trimestrielle. Il est impossible de déduire une période moindre qu'un trimestre.

C'est le motif pour lequel dans le cas d'espèce, le mois de juillet n'a pas été déduit alors que Madame ... n'a commencé à travailler que le 1<sup>er</sup> août 2014.

Pour l'O.A., il ne serait pas logique de déduire de manière différente les trimestres d'une même année si la période déduite ne peut être qu'un trimestre. Ce serait contraire aux règles habituelles en matière d'assurance invalidité rappelée par elle.

L'O.A. n'estime pas non plus pertinent le fait que la formulation "*proportionnellement à cette période*" est identique à l'alinéa 1<sup>er</sup> et à l'alinéa 2, étant donné qu'elle apparaît à l'article 290, B, § 2. Or, dans le cas du stage, il convient également de le diminuer de manière trimestrielle (cf. la décision de l'INAMI du 05.03.2013 et confirmée au pt 3 de la thèse de l'INAMI).

L'O.A. souligne encore qu'aucune circulaire ne précise comment l'alinéa 1<sup>er</sup> doit être calculé (par trimestre, 365<sup>e</sup>, semaine de 5 jours, de 6 jours).

Elle relève que l'INAMI organise depuis 2017 des travaux sur cette question ce qui démontre que son interprétation est plus compliquée que ce qu'il laisse à présent entendre en raisonnant par simple analogie.

Elle relève encore que, lors de la réunion du 12 décembre 2017, après que des mutuelles aient souligné qu'elles déduisaient par trimestre, il a été décidé que : "*étant donné que nous ne sommes pas sûrs que tous les documents et antécédents utiles aient été trouvés, la question sera de nouveau à l'ordre du jour lors de la prochaine réunion du groupe de travail et aucune position finale n'est actuellement prise*" (pièce 3.1 de son dossier).

Elle ajoute enfin que ce n'est pas parce que les autres O.A. ont pris la décision de ne pas contester les rapports de l'INAMI (dont elle ignore si les points litigieux sont identiques) que cela en fait pour autant l'interprétation légale à privilégier. Il s'agit d'un argument d'autorité qui ne peut avoir aucune incidence valable.

## 8.

L'INAMI souligne que l'article 252 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne s'applique qu'aux inscriptions, pas au paiement des cotisations.

L'assurabilité (ouverture du droit aux prestations des titulaires selon le montant de leurs cotisations et leur qualité) se détermine sur base des cotisations d'une année de référence et non sur base de trimestres de référence. La prolongation de l'assurabilité se fait également d'année en année (cf. les art. 123 et 131, al. 2, de la loi coordonnée le 14.07.1994).

L'interprétation donnée par la circulaire O.A. n° 2007/450 - 271/53 du 5 décembre 2007 (pièce n° 2 de son dossier) à l'article 290 B, § 3, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, visant l'immunisation des périodes passées à l'étranger dans le cadre de la prolongation du droit, peut être étendue à l'alinéa 1<sup>er</sup> du même article, même s'il ne s'agit pas de périodes passées à l'étranger. La formulation des deux alinéas est très voisine, ce qui laisse à penser que le législateur n'a pas voulu faire de distinction entre les deux alinéas sur ce point.

En considérant l'ensemble de l'article 290 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le législateur considère un calcul, pour une année de référence, basé sur un dénominateur réduit à 240 jours dans certains cas énumérés limitativement (art. 290, A, 2), dite "période assimilée" et sans préciser ce dénominateur dans les cas visés à l'article 290, B, dite "période immunisée".

Il faut en déduire que ce dénominateur n'est pas réduit et consiste en un nombre de jours calendrier au sens courant, soit 365 jours.

Substituer une base trimestrielle à ce calcul revient à rajouter un critère de calcul à la loi.

Concernant la réponse du 5 mars 2013 de son Service des indemnités à une employée de l'O.A., l'INAMI estime qu'il convient d'en limiter la portée au seul secteur des indemnités dont l'assurabilité ne se calcule pas sur base d'années de référence et de droit mais sur base de trimestres (cf. art. 130 de la loi coordonnée le 14.07.1994). Pour le surplus, cette réponse ne concerne que les cas de stage dans le secteur des indemnités, ce qui ne correspond pas à la problématique du cas d'espèce.

Sur base de données chiffrées, l'INAMI maintient que seul l'O.A. n'a pas la même lecture de l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 dès lors que tous les autres O.A. s'en sont remis à l'interprétation de l'INAMI.

L'INAMI conclut dès lors au non-fondement de la demande de l'O.A.

## IV. La discussion et la décision du Tribunal

### 9.

L'article 32 de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 définit les différentes catégories de bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

L'article 121, § 2, alinéa 4 de ladite loi prévoit que le montant des cotisations dues pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance soins de santé doit atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doit, dans les conditions fixées par Lui, être complétées par des cotisations personnelles.

L'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 fixe la valeur minimum que les documents de cotisations doivent atteindre.

La valeur minimum est égale, pour les travailleurs âgés de 21 ans et plus, à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen (1.501,82 EUR x 4 = 6.007,28 EUR).

L'article 287 du même arrêté royal précise que le titulaire pour lequel l'O.A. a reçu un ou des documents de cotisation, représentant ensemble pour une année une valeur de cotisation inférieure aux minimums fixés à l'article 286, n'a droit pour lui et les personnes à sa charge aux prestations prévues par la loi coordonnée, qu'à la condition d'avoir versé à l'O.A. pour l'année de référence visée à l'article 123 de la loi coordonnée, toutes les cotisations, dites compléments de cotisation, destinées à combler la différence.

L'article 290, A, 1 du même arrêté royal précise qu'est déduit de la rémunération annuelle fixée à l'article 286, le montant indiqué sur les bons de cotisation.

L'article 290, A, 2 précise qu'est déduit de ladite rémunération annuelle, pour chacune de 23 périodes limitativement énumérées et se situant pendant l'année de référence, telles qu'elles sont le cas échéant mentionnées sur les bons de cotisation respectifs, le montant obtenu en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240.

Il précise que si une même période de l'année de référence est couverte ou peut être couverte par plusieurs périodes mentionnées sous le *littéra A* ou si une période de l'année de référence est ou peut tout aussi bien être couverte par une période pour laquelle un bon de cotisation a été délivré comme une des périodes précitées, la période à laquelle est liée l'obligation de cotisation la moins élevée, pour l'intéressé est prise en compte.

L'article 290, B est ensuite rédigé comme suit (mis en évidence par le tribunal) :

*“§ 1<sup>er</sup>. Le montant du complément de cotisation s'obtient en multipliant le montant résultant de l'application du littéra A arrondi à la centaine supérieure, par la somme des taux de cotisation dus pour le secteur des soins de santé et le cas échéant, le secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

*Toutefois, si ce montant est inférieur à 10 EUR, il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.*

*Si l'année de référence ne se compose que de périodes au sens du littéra A, 2, 17°, il y a lieu de payer comme cotisation complémentaire, un montant égal au montant des cotisations personnelles encore dues pour les périodes en question.*

*§ 2. Si, au cours de l'année de référence concernée, un ou plusieurs mois de stage, visé à l'article 130, apparaissent et si ce stage a été accompli, il convient, pour le calcul du complément de cotisation afférent à l'année de référence, de diminuer la valeur minimum, visée à l'article 286, proportionnellement à cette période constituée de mois de stage dans l'année de référence.*

*§ 3. Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, où apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition, **et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum, visée dans l'article 286, proportionnellement à cette période.***

*Lorsqu'il faut contrôler si une cotisation complémentaire est due pour une année de référence, au cours de laquelle apparaît une période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition et pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger, il convient, pour le calcul de la cotisation complémentaire, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à cette période. Le séjour à l'étranger susmentionné est établi par les moyens de preuve reconnus comme tels par le Service du contrôle administratif”.*

## 10.

Les parties s'opposent sur l'interprétation des termes “proportionnellement à cette période” dans l'article 290, B, § 3, *alinéa 1*.

Selon l'O.A., il faut déduire en l'espèce deux trimestres, soit 3.003,64 EUR (6.007,28 / 2) alors que pour l'INAMI il faut déduire 181 jours (du 01.01.2014 au 30.06.2014), soit 2.978,95 EUR (6.07,28 x 181 jours).

L'interprétation de l'O.A. est donc plus favorable à l'assuré social que celle de l'INAMI.

Les différentes circulaires “O.A.” concernant la valeur minimale des documents de cotisation pour le calcul du complément de cotisation, consultables dans le Bulletin d'information de l'INAMI, n'abordent pas la question.

## 11.

L'article 290, B, § 3, alinéa 1 a été modifié par l'article 33 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997, en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1998.

Précédemment, le texte précisait, par un paragraphe 3 unique (souligné par le tribunal) :

*“Lorsqu'il convient de vérifier si un complément de cotisation est dû pour une année de référence, comprenant une période qui ne peut faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de la présente disposition et se situant avant le début du stage tombant au cours de cette même année de référence, il y a lieu, pour le calcul de ce complément de cotisation, de diminuer la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à la **durée** de cette période”.*

L'urgence est justifiée comme suit :

*“Vu l'urgence motivée par le fait que l'arrêté royal du 25 avril 1997 portant des mesures visant à généraliser et à assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, en exécution des articles 11, 2<sup>o</sup>, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, publié le 19 juin 1997 apporte des modifications dans la réglementation de l'assurabilité contenue dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1998 ;*

*Qu'il s'impose, par conséquent, d'exécuter à temps le régime légal modifié de l'assurabilité et que ces dispositions d'exécutions doivent être prises et communiquées le plus rapidement possible afin de rendre possible l'octroi de droits conformément à la nouvelle réglementation à la date fixée d'entrée en vigueur, sachant que l'adaptation des procédures administratives existantes, automatisées et manuelles, exige du temps ;*

*Vu l'avis du Conseil d'État, donné le 16 décembre 1997 en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973”*

Le Tribunal n'a pas su prendre connaissance de l'avis du Conseil d'État.

Même si elle leur est plus favorable, l'interprétation proposée par l'O.A. ne peut se déduire de la seule volonté du législateur de généraliser et d'assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés.

## 12.

Le terme “proportionnellement” n'est défini nulle part dans l'article 290.

Il doit être mis en lien avec la notion de “période” considérée, soit, pour l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, celle qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription au sens de l'article 252 sortit ses effets.

Les mêmes termes sont repris à (souligné par le tribunal) à :

- l'article 290, B, § 2 : “proportionnellement à cette période constituée de **mois** de stage de l'année de référence”
- l'article 290, B, § 3, alinéa 2 : “proportionnellement à cette période” (soit “une période pendant laquelle le titulaire **se trouvait** en séjour à l'étranger”).



Par ailleurs, les alinéas 1 et 2 se réfèrent tous les deux, s'agissait de la cotisation complémentaire due pour l'année de référence en cours, à une période qui ne peut faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de l'article 290, soit chacune des périodes de l'année de référence pour lesquelles le montant à déduire se calcule en multipliant la rémunération annuelle fixée à l'article 286 par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240.

### 13.

Concernant l'article 290, B, § 3, *alinéa 2*, tel qu'*ajouté* par l'arrêté royal du 20 juin 2007, produisant ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la question s'est posée de déterminer comment prendre en compte le séjour à l'étranger (souligné par le tribunal) : "s'agit-il d'une période **assimilée** (calculée en 240<sup>e</sup>) ou d'une période **neutralisée** (calculée en 365<sup>e</sup>) ?".

La circulaire O.A. n° 2007/450 du 5 décembre 2007 précise à ce sujet :

*"Il ne s'agit pas ici de jours assimilés à des jours de travail : la totalité de la période pendant laquelle le titulaire se trouve à l'étranger doit être neutralisée.*

*Le calcul doit se faire sur la base d'une année civile complète, et non en fonction de jours assimilés à des jours de travail. En conséquence, la période doit être calculée en 365<sup>e</sup>."*

Même si, en l'espèce, le terme de la comparaison n'était pas la disposition litigieuse et qu'il s'agit d'un texte ajouté en 2007, il apparaît cohérent, en l'absence d'autres précisions, d'adopter un raisonnement similaire concernant "la période qui ne peut pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de cette disposition, et qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets".

L'alinéa 1<sup>er</sup> fait partie de la même disposition réglementaire (art. 290, B, § 3).

Il s'agit, comme pour le séjour à l'étranger, d'une période *neutralisée* et *non assimilée*.

Les deux alinéas concernent, pour le calcul de la cotisation complémentaire, la diminution de la valeur minimum visée à l'article 286 proportionnellement à la période considérée (dans un cas, celle qui se situe avant la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets et dans l'autre, celle pendant laquelle le titulaire se trouvait en séjour à l'étranger).

Ils concernent tous les deux des périodes qui ne peuvent pas faire partie des périodes énumérées sous A, 2, de l'article 290.

L'esprit de la réglementation est donc bien de prendre en compte la période neutralisée la plus justement calculée, soit en jours et non en trimestres.

Rien ne permet de considérer que le législateur aurait voulu distinguer les deux cas de neutralisation et le fait que le texte, semble-t-il, plus clair pour les O.A., concernant les séjours à l'étranger, soit postérieur à celui discuté n'y change rien.

Le calcul doit par conséquent se faire également sur la base d'une année civile complète (soit le nombre de jours de chaque mois considéré).

Pour les périodes dite assimilées, le calcul se fait du reste aussi en *jours* (assimilés à des jours de travail) et le montant de la cotisation à déduire se calcule, proportionnellement, sur base de 240 *jours* au dénominateur.

Il importe peu qu'il ne s'agisse plus ici d'une année "civile".

Comme soutenu par l'INAMI, le raisonnement peut du reste s'appliquer *a contrario* : pour la période précédant "la date à laquelle l'inscription ou la réinscription, au sens de l'article 252 sortit ses effets", le dénominateur n'est pas réduit en sorte que la période se calcule en un nombre de jours calendrier (365 jours).

Le fait que l'inscription du titulaire prenne toujours effet le premier jour d'un trimestre (quelle que soit la date à laquelle survient, dans ce trimestre, le motif de l'inscription) en sorte que l'on ne compte jamais la partie du trimestre qui s'écoule entre le 1<sup>er</sup> du trimestre considéré et l'événement donnant lieu à l'inscription ou la réinscription (en l'espèce les 31 jours du mois de juillet 2014) est certes un argument "séduisant" mais il ne semble pas déterminant.

Il s'agit d'une conséquence logique de l'article 252 concernant la date de prise d'effet de l'inscription du titulaire mais qui n'a pas de conséquences sur la comptabilisation de la période précédant cette date pour le paiement des cotisations.

C'est également à tort que l'O.A. recherche l'interprétation à donner à l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, dans d'autres dispositions telles que les articles 133, 134 et 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Il n'est en effet fait aucun renvoi à ces dispositions réglementaires qui concernent le calcul des cotisations ordinaires et non des périodes neutralisées pour le calcul du complément de cotisation.

L'INAMI relève du reste à juste titre que l'assurabilité se détermine sur base des cotisations d'une année de référence et non sur base de trimestres de référence et que la prolongation de l'assurabilité se fait également *d'année en année* (art. 123 et 131, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 252, seule disposition visée à l'article 290, B, § 3, ne s'applique qu'aux inscriptions et non pas au paiement des cotisations.

C'est enfin à tort que l'O.A. justifie son interprétation par la réponse de l'INAMI dans un autre cas (pièce n° 2 de son dossier).

Ce cas concerne en effet le calcul (en mois) du stage pour les indemnités et non pour le remboursement des soins de santé.

## 14.

Certains arguments invoqués par l'O.A. (l'impact pour les assurés sociaux nonobstant l'art. 17 de la Charte de l'assuré social et pour le budget des mutuelles, vu l'inscription en frais d'administration) sont des éléments de contexte, certes importants, mais qui ne peuvent commander l'interprétation du texte pas plus du reste le fait que, comme prétendu par l'INAMI (ce que le tribunal ne peut du reste vérifier), les autres organismes auraient pris la décision de ne pas contester les rapports de l'INAMI, s'agissant effectivement d'un argument d'autorité dont il n'y a pas lieu de tenir compte, pour l'interprétation d'un texte réglementaire.

Le fait que l'INAMI organise depuis 2017, des travaux sur cette question, ne démontre pas que l'interprétation de l'O.A. est correcte mais bien qu'elle demeure discutée, motif du reste pour lequel le tribunal est saisi de la question au travers d'un cas précis

## 15.

Le tribunal en conclut que c'est à bon droit que l'INAMI calcule la diminution de la valeur minimum visée dans l'article 286, en application de l'article 290, B, § 3, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur une base journalière et non trimestrielle.

La demande de l'O.A. n'est dès lors pas fondée.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL,**

**Statuant après un débat contradictoire,**

Déclare la demande de l'O.A. recevable et non fondée.

...

## V. Arbeidsrechtbank van Luik, afdeling Namen, 9 augustus 2019

Domiciliefraude - De bewijslast - De voorwaarden van een samenwoning - Twee afzonderlijke plaatsen

*De rechtbank brengt de voorwaarden van een samenwoning in herinnering: samenwonen onder één dak en het noodzakelijk samen houden van een huishouden met een zekere regelmaat of bestendigheid in de tijd.*

*Derhalve, om te besluiten of één of meerdere personen onder één dak wonen en in hoofdzaak hun huishouden samen houden, en dus samenwonen, is het noodzakelijk, maar niet voldoende, dat ze een economisch en financieel voordeel halen uit het delen van een woning.*

*Aangaande de omstandigheid dat personen in voorkomend geval verblijven in twee woningen (de ene zijnde de hoofdverblijfplaats en de andere het tweede verblijf) gedurende de week, volgt niet dat deze personen afzonderlijk wonen: er is samenwoning onder hetzelfde dak, zelfs indien deze gesplitst wordt in twee afzonderlijke plaatsen.*

A.R. 17/794/A en 18/498/A  
... t./RIZIV en V.I.

...

## II. Objet des requêtes

R.G. 17/794/A :

La demande soumise au tribunal par requête du 5 juillet 2017 tend à entendre :

- réformer les décisions du 12 juin 2017 de la partie défenderesse O.A. de récupérer les sommes indûment perçues de 1,66 EUR, 551,49 EUR et 10.866,62 EUR
- contester le rapport de l'INAMI portant la référence 003117CE0006270 (soit un rapport du 12.04.2017).

...

## R.G. 18/498/A :

La demande soumise au tribunal par requête du 22 mai 2018 tend à entendre réformer la décision de l'INAMI du 17 mai 2018, libellée comme suit :

“(…)

Sans préjudice de la récupération éventuelle par l'organisme assureur des prestations perçues indûment, vous êtes également exclue du droit aux indemnités à concurrence de 200 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies*, § 2, 1<sup>o</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aux motifs qu'il est apparu d'une enquête menée par le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité que vous avez, dans le but de percevoir indûment des prestations de l'assurance, fait usage de documents que vous saviez être faux.

Un procès-verbal constatant cette infraction a été établi par un inspecteur social du Service du contrôle administratif en date du 22 août 2017 dont copie vous a été notifiée par lettre recommandée à la poste en date du 1<sup>er</sup> septembre 2017”.

## III. Demande reconventionnelle

### R.G. 17/794/A :

L'O.A. sollicite la condamnation de Madame ... à lui verser la somme de 10.905,49 EUR à titre de montant indûment perçus à majorer des intérêts au taux légal à compter des paiements intervenus.

## IV. Jonction des causes

Madame ... sollicite la jonction des causes, dans lesquelles elle conteste avoir cohabité avec un sieur ... .

La cohabitation avancée par les institutions de sécurité sociale dans leurs décisions respectives est en effet le dénominateur commun des quatre causes soumises au tribunal.

Il s'indique dès lors de joindre les causes en ce qu'elles sont étroitement liées entre elles et qu'il convient ainsi de les juger ensemble afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables (art. 30 du C. jud.).

## V. Discussion

### A. Sur la cohabitation

#### 1. PRÉALABLES

Les montants de prestations sociales alloués par les institutions de sécurité sociale dépendent de la situation familiale du bénéficiaire.

Singulièrement, le bénéficiaire qui cohabite avec une autre personne, disposant de ressources, a droit à un montant moindre.

En règle, dès lors que la cohabitation n'a pas été déclarée, il y a donc lieu à révision du droit et récupération des sommes indûment versées durant la période de cohabitation.

Cela ne donne pas lieu à débat.

Néanmoins, en ce qui concerne la charge de la preuve, il peut être notamment rappelé que :

Si la situation familiale d'un titulaire "s'exprime normalement par l'inscription au registre national des personnes physiques, le tribunal n'est pas tenu par celle-ci lorsqu'elle ne correspond pas ou plus avec la réalité"<sup>1</sup>;

Si un organisme assureur conteste le taux de l'indemnisation, il lui appartient d'établir que la situation telle qu'elle a été déclarée par l'assuré social n'est pas exacte. Dans ce cas, la charge de la preuve revient chez l'assuré social, alors tenu d'établir qu'il se trouve dans une situation lui permettant d'être indemnisé au taux isolé ou au taux réservé aux travailleurs ayant charge de famille<sup>2</sup> ; le même raisonnement valant lorsque l'INAMI exerce sa mission de contrôle ;

Si l'ONEm estime que la situation déclarée n'est pas exacte, il lui appartient alors de prouver que le chômeur cohabite avec une autre personne, ce qui implique que l'ONEm démontre que les intéressés vivent sous le même toit ; à cet égard, il relève du pouvoir d'appréciation du juge de déterminer s'il dispose d'un faisceau d'éléments précis et concordants permettant de conclure à une cohabitation.

Ce n'est que lorsque la vie sous le même toit, soit n'est pas contestée, soit est établie par l'ONEm, que la charge de la preuve repasse à nouveau chez le chômeur qui doit établir qu'il se trouvait bien dans une situation lui permettant d'être indemnisé au taux isolé ou au taux réservé aux travailleurs ayant charge de famille, c'est-à-dire que la cohabitation qui lui est imputée ne correspond pas à la réalité et ce parce qu'il supporte seul ou à titre principal les charges les plus courantes de son ménage<sup>3</sup>.

## 2. LE DÉBAT JUDICIAIRE

La contestation est donc factuelle en ce que Madame ... conteste avoir cohabité, au sens légal du terme, avec Monsieur ... .

Elle fait ainsi valoir<sup>4</sup> :

- qu'ils se côtoyaient épisodiquement (d'abord, de manière plus appuyée et régulière ensuite) en se rendant tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, plutôt en semaine chez Monsieur et en week-end chez Madame, et que chacun conservait à sa charge exclusive l'ensemble des frais et dépenses de son habitation, ce qui explique que les consommations d'énergie dans chacune des habitations a logiquement diminué tandis que les frais de transport ont augmenté substantiellement
- qu'ils n'ont jamais reconnu, affirmé, confirmé un concubinage puisque tel n'était pas le cas
- qu'ils n'ont jamais eu de compte bancaire commun durant la période litigieuse
- que le rapport de contrôle de l'INAMI n'apparaît pas impartial, qu'il mentionne que la cohabitation résulte de l'enquête de voisinage alors que les voisins ne semblent jamais avoir prétendu une telle situation, qu'il fait des déductions inexactes au départ de ses déclarations et celles de son compagnon, tout ceci alors que la réalité des faits démontre clairement l'absence de cohabitation

1. T.T. Mons, 2<sup>e</sup> Ch., 22.05.2013, rôle n° 12/815/A, 12/1380/A et 12/1574/A, [www.juridat.be](http://www.juridat.be); T.T. Mons, 5<sup>e</sup> Ch., 14.05.2013, rôle 11/615/A, [www.juridat.be](http://www.juridat.be).

2. T.T. Mons, 5<sup>e</sup> Ch., 05.06.2013, rôle n° 09/1798/A, 10/941/A et 10/2230/A, [www.juridat.be](http://www.juridat.be).

3. Voy. C. Mons, 13.06.2007, R.G. 19.726, inédit ; C.T. Mons, 18.10.2007, R.G. 19.942, inédit ; C.T. Mons, 05.11.2008, R.G. 20.384, C.T. Bruxelles, 22.11.2007, R.G. 45.346, l'un et l'autre sur [www.juridat.be](http://www.juridat.be).

4. Voy. p.ex. les conclusions du 14.05.2018, sous R.G. 17/794/A.

- qu'il n'appartient pas à un service de police ou à l'INAMI de "forcer" une cohabitation ou d'inclure, à force, l'idée qu'il y en avait une alors que le récit de vie des deux parties abonde dans le sens contraire
- qu'il n'y avait pas de communauté de vie partagée jusqu'au 7 juin 2016, mais bien un partage de temps et d'activités, ce qui est insuffisant pour fonder le concept juridique de cohabitation.

### 3. SUR LA NOTION DE COHABITATION

"Pour qu'il y ait cohabitation, il faut - outre la vie sous le même toit - que soient principalement réglées en commun les questions ménagères. Cette seconde condition vise une situation qui présente une certaine régularité ou une certaine durée. (...) "<sup>5</sup>.

"Pour pouvoir conclure que deux ou plusieurs personnes vivant ensemble sous le même toit règlent principalement en commun les questions ménagères et, dès lors, cohabitent, il est nécessaire mais non suffisant qu'elles tirent un avantage économique et financier du partage d'un logement. Il est également requis qu'elles assument en commun les tâches, activités et autres questions ménagères, comme l'entretien du logement et, éventuellement, son aménagement, les lessives, les courses, la préparation et la prise des repas, et qu'elles apportent éventuellement une contribution financière à cet effet.

Le juge apprécie en fait si les questions ménagères sont principalement réglées en commun"<sup>6</sup>.

### 4. APPRÉCIATION DU TRIBUNAL

#### 4.1.

Le point de départ des décisions contestées est un rapport de contrôle du 12 avril 2017 de l'INAMI à l'Auditorat du travail, lequel fait état d'une cohabitation non déclarée entre Madame ... et Monsieur ... du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 7 juin 2016 (date de leur domiciliation).

Ceci, alors que Madame ... , en incapacité de travail depuis le 25 août 2008, a bénéficié à tort de la qualité de titulaire ayant personne à charge du 25 février 2009 au 7 juin 2016.

Ce rapport de contrôle s'appuie sur une enquête de la Police locale ainsi que sur les auditions du 6 juin 2016 de Madame ... et Monsieur ... .

Il s'en retient :

- que l'enquête de voisinage révèle que Madame ... s'est présentée à la voisine directe de Monsieur ... comme étant sa nouvelle voisine et la compagne de ce dernier, et qu'elle allait déménager dans le courant du mois de juillet 2014
- que cette même enquête, réalisée en avril et mai 2016, a permis de constater la présence du véhicule de Madame ... à plusieurs reprises, à différentes heures de la journée, au domicile de Monsieur ... (à la Bruyère)
- que la consommation d'eau de Monsieur ... est passée de 30 m<sup>3</sup> pour 2012-2013 à 46 et 43 m<sup>3</sup> pour 2013-2014 et 2014-2015
- que l'enquête de voisinage réalisée au domicile de Madame ... (à Wauthier-Braine) a révélé que l'habitation est occupée par les deux fils de Madame ... et que celle-ci n'y viendrait que de manière sporadique
- que Monsieur ... perçoit un salaire net de 2.000 à 2.100 EUR/mois

5. C.T. Bruxelles, 25.02.2016, R.G. 2014/AB/769, [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be).

6. Cass., 09.10.2017, J.T., 2018, p. 139

- qu'à la question de savoir si il a un compte bancaire commun avec Madame ... , Monsieur ... a répondu par la négative, en précisant que Madame y verse de l'argent pour la nourriture, indiquant aussi qu'ils se voient régulièrement
- que Madame ... a déclaré ne pas avoir de jours précis pour voir Monsieur ... mais rester parfois chez lui 3 à 5 jours, que c'est plus facile chez lui car il travaille à pauses, que toutes ses dépenses démarrent de son compte et qu'elle reçoit de l'aide de ses enfants pour la nourriture voire du Cpas, que Monsieur ... gère ses factures et parfois lui avance l'argent qu'elle rembourse quand elle sait.

Pour le tribunal, il est fallacieux d'avancer que l'enquête serait partielle alors que les éléments d'enquête, recueillis par un inspecteur de police assermenté, résultent pour l'essentiel de l'intéressée elle-même et de son compagnon.

Ces déclarations livrent des éléments sérieux et concordants d'une cohabitation, qui ont permis aux institutions de sécurité sociale de considérer que la situation qui leur a été déclarée par Madame ... n'apparaissait pas conforme à la réalité.

Il est indifférent qu'il n'y a pas eu de compte bancaire commun.

Outre que ce constat peut aussi être posé chez nombre de couples vivant en ménage, il a en effet été déclaré que Madame ... contribuait aux charges ménagères (en versant de l'argent sur le compte de Monsieur ...) et que Monsieur ... s'occupait de la gestion du budget (il gère les factures, parfois les paie sans nécessairement être remboursé).

Il s'en déduit assurément qu'il y a un partage des tâches et questions ménagères, ainsi que des flux financiers relatifs à ces questions du quotidien.

Quant à la circonstance que des personnes se partagent le cas échéant entre deux habitations (l'une pouvant être la résidence principale et l'autre la résidence secondaire, comme p.ex. une maison de campagne) durant la semaine, en soi, cela n'emporte pas que ces personnes vivent séparément. Il y a vie sous le même toit quand bien même celui-ci se décline en deux lieux distincts.

#### 4.2.

Dans le cadre de la présente procédure sur recours, il appartenait ainsi à Madame ... de rapporter la preuve qu'elle n'a pas cohabité avec Monsieur ... .

Quant aux attestations de témoins qu'elle produit, le tribunal n'aperçoit pas comment elles pourraient contrarier utilement les déclarations initiales du 6 juin 2016 des principaux intervenants eux-mêmes, Madame ... et Monsieur ... .

Elles apparaissent d'ailleurs collectées pour les besoins de la cause. Les témoins, soit ne déclarent rien si ce n'est qu'ils n'ont pas été contactés par l'agent de quartier, soit se limitent à des déclarations générales et vagues.

Au demeurant, Monsieur ... va plutôt conforter la position soutenue par les institutions de sécurité sociale en indiquant qu'il voyait parfois le véhicule de Madame ... le week-end devant chez Monsieur ... .

Quant aux autres éléments produits, les mentions manuscrites ("payé le ...") reprises sur des factures ne sont pas probantes en soi.

Pour les extraits de compte bancaire, l'ONEm a fait le relevé de quelques sommes importantes versées par Madame ... , sans communication, sur le compte de Monsieur ... : 780 EUR le 27 janvier 2016, 767 EUR le 27 février 2016, 508 EUR le 30 mars 2016, 180 EUR le 3 mai 2016.



Cela vient conforter l'aveu extrajudiciaire déjà retenu par le tribunal, à savoir la reconnaissance de l'existence de flux financiers révélant un partage des charges ménagères.

Le tribunal observe aussi que les consommations d'électricité et d'eau au domicile de Madame ... ont sensiblement diminué en 2015 et 2016 par rapport à 2014 (pièces 36 et 39).

Et à l'audience, Madame l'Auditeur du travail a souligné que Madame ... a certes produit des extraits du compte bancaire de Monsieur ... (pièces 50 à 364) mais pas du sien, de sorte qu'elle ne fait pas la démonstration qu'elle a bien payé ses propres charges ; elle a aussi relevé l'absence d'explications étayées sur les mouvements entre comptes bancaires.

4.3.

En conclusion de ce qui précède, le tribunal estime qu'il y a lieu de retenir l'existence d'une cohabitation.

## B. Sur les décisions de l'O.A. et sa demande reconventionnelle

Il suit de ce qui précède que les décisions de l'O.A. ont été prises à bon escient.

Il n'y a de contestation sur le montant réclamé au titre d'indu.

Le tribunal fait donc droit à la demande reconventionnelle.

## C. Sur la décision de l'INAMI et de ...

Pareillement, reposant sur une cohabitation ici confirmée, les décisions entreprises sont confirmées.

Dès lors que le rapport d'enquête de son Service de contrôle administratif a constitué le fondement des décisions entreprises, le tribunal met les dépens à charge de l'INAMI.

Sauf pour ce qui concerne le droit de contribution, dû par acte introductif.

### PAR CES MOTIFS,

#### LE TRIBUNAL,

**statuant contradictoirement à l'égard des parties, en application de l'article 747, § 2 du Code judiciaire à l'égard de la partie défenderesse ... dans la cause R.G. 17/868/A,**

Sur avis oral conforme de Madame ... , Substitut de l'Auditeur du travail,

...

Déclare les demandes de Madame ... **non fondées,**

...

Déclare la demande reconventionnelle de l'O.A. fondée,

Condamne en conséquence Madame ... à payer à l'O.A. la somme de 10.905,49 EUR au titre des montants indûment perçus, à majorer des intérêts légaux à dater des paiements intervenus jusqu'à parfait paiement.

...

## VI. Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 11 oktober 2019

Frauduleuze onderwerping - Annulering van de onderwerping - Bevoegdheid van de RSZ - Beroep - Weigering van toepassing

*De rechtbank herinnert aan de interpretatie van het Hof van Cassatie, volgens dewelke de RSZ de bevoegdheid heeft om het voordeel van de wet te weigeren aan degenen die de voorwaarden niet vervullen en derhalve te beslissen over het bestaan of het niet bestaan van het arbeidscontract.*

*Een dergelijke beslissing kan het voorwerp uitmaken van een rechtstreeks beroep tegen de RSZ, maar tevens van een weigering van toepassing door de hoven en rechtbanken, indien de beslissing niet wettig is (art. 159 van de grondwet). Het Hof van Cassatie herinnert eraan dat de weigering van de toepassing geen rechten of verplichtingen in het leven roept in hoede van betrokkenen.*

*Gezien de beslissing niet onmiddellijk werd betwist door de sociaal verzekerde en de sociaal verzekerde niet aan de rechtbank vraagt om deze toe te passen, kan dergelijke maatregel, overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie, geen rechten of verplichtingen in het leven roepen in hoede van de sociaal verzekerde. Derhalve beschikt de rechtbank niet over de bevoegdheid om opnieuw een onderwerping aan de sociale zekerheid tot stand te brengen in het kader van een weigering van de toepassing van een beslissing van de RSZ.*

Rolnrs.: 17/6782/A, 18/3099/A, 18/3482/A en 18/4768/A.  
... t./RVA, RIZIV en V.I.

...

## II. L'exposé des faits

Madame ... et Monsieur ... , employeur en personne physique, déclarent avoir conclu un contrat de travail prenant cours le 7 octobre 2014.

Selon le document C4 délivré par le second, ce contrat a pris fin le 15 janvier 2015.

Sur base de ce document et d'attestations U1 (emploi en Italie), l'intéressée obtient le bénéfice des allocations de chômage et le remboursement de soins de santé.

L'Office national de sécurité sociale (en abrégé ONSS) mène une enquête au sujet des activités déclarées par Monsieur ... . Dans ce cadre, plusieurs travailleurs (dont Mme ... ) sont entendus par des inspecteurs sociaux.

Par une décision notifiée le 12 mai 2016, l'ONSS notifie à l'intéressée son désassujettissement en tant que travailleuse de cette société pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2014 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2015, au motif que :

*“Op basis van de door ons verzamelde elementen en nazicht van uw dossier elementen is de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (...) van oordeel dat u in de periode van 1 november 2014 tot en met 15 januari 2015 door de werkgever (...) ten onrechte onderworpen werd aan het stelsel der sociale zekerheid oor werknemers in toepassing van artikel 1 van de wet van 27 juni 1969. De drie constitutieve elementen van een arbeidsovereenkomst, m.n. prestaties, loon en gezag, ontbraken immers.”*

Le 11 mai 2016, l'ONSS informe l'INAMI de cette décision de désassujettissement. Un inspecteur de l'INAMI dresse procès-verbal le 8 mai 2017. Celui-ci est notifié à Madame ... le 15 mai 2017. Par la voix de son conseil, celle-ci fait valoir ses moyens de défense par un courrier du 23 juin 2017.

Le 1<sup>er</sup> juin 2017, l'INAMI informe l'ONEm de la situation. Par un courrier du 13 juillet 2017, ce dernier convoque Madame ... pour un entretien le 25 juillet 2017. Celui-ci ne pourra pas être postposé, et personne ne se présentera pour l'intéressée ce jour-là.

Par une décision du 4 août 2017, l'ONEm :

- l'exclut du bénéfice des allocations de chômage du 9 février 2015 au 3 avril 2016
- décide de récupérer les allocations versées pendant la même période (évaluées à 10.372,0514 EUR).

Cette décision est motivée comme suit :

*“Vous avez été admis au bénéfice des allocations de chômage en date du 9 février 2015 suite à des prestations effectuées en Italie. Ces prestations ont été suivies par du travail en Belgique du 7 octobre 2014 au 21 décembre 2014 et du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 15 janvier 2015 auprès de ... . Suite à une enquête de l'ONSS, les prestations pour ladite [personne] ont été annulées.*

*Vous ne prouvez donc plus une période de travail en Belgique pour prouver votre admissibilité.*

*Par conséquent, vous n'avez pas droit aux allocations de chômage du 9 février 2015 au 3 avril 2016.*

*(...)*

*Toute somme perçue indûment doit être remboursée (...).*

*Par conséquent, les allocations doivent être récupérées du 9 février 2015 au 3 avril 2016 (...).”*

Madame ... sollicite de l'ONEm un plan de remboursement échelonné le 21 août 2017. Celui-ci est refusé le 12 septembre 2017.

Par un courrier du 29 janvier 2018, l'INAMI offre à Madame ... un autre délai pour formuler des observations. Celle-ci n'en fera pas usage.

Par une décision du 30 mars 2018, l'INAMI inflige à Madame ... une amende administrative de 375,00 EUR.

Cette décision est motivée comme suit :

*“Il ressort de l'enquête de l'inspecteur social du Service du contrôle administratif que vous avez bénéficié à tort du droit aux soins de santé au cours de la période du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 décembre 2016 sur base de documents que vous saviez être faux.*

*Afin de bénéficier de cet avantage, vous avez remis à votre mutualité une attestation d'assujettissement établie par l'entreprise en personne physique ... . Des bons de cotisation à votre nom ont également été transmis par ladite [entreprise] à la banque-carrefour de la sécurité sociale.*

*Sur base de ces documents, votre mutualité vous a octroyé le droit au remboursement de vos soins de santé au cours de la période du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 31 décembre 2016.*

*Or, l'Office national de sécurité sociale a procédé à l'annulation de l'assujettissement à la sécurité sociale de tous les travailleurs déclarés par l'entreprise en personne physique ... du 4<sup>e</sup> trimestre 2014 au 3<sup>e</sup> trimestre 2015 inclus.*

*(...)*

*Tous les documents établis par l'entreprise en personne physique ... à votre nom doivent être considérés comme des faux ne correspondant à aucune réalité.*

*Vous ne pouviez ignorer que ces documents étaient des faux puisque vous n'avez jamais travaillé pour le compte de cet employeur."*

Par une décision du 2 mai 2018, l'O.A. revoit le droit aux prestations de santé de Madame ... , ayant été informée que celle-ci a "été assujettie frauduleusement à la sécurité sociale belge". Par conséquent, "Nous devons récupérer nos interventions pour les prestations de santé pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017 vous concernant et pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015 pour ... et ...".

Par un courrier du 19 juillet 2018, l'O.A. informe Madame ... qu'une somme de 2.963,09 EUR est due.

Madame ... conteste :

- la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 par une requête reçue au greffe le 6 novembre 2017 (dossier R.G. 17/6782/A)
- la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 par une requête reçue au greffe le 28 juin 2018 (dossier R.G. 18/3099/A)
- la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 par une requête reçue au greffe le 27 juillet 2018 (dossier R.G. 18/3482/A).

Par une requête reçue au greffe le 19 octobre 2018 (dossier R.G. 18/4768/A), l'O.A. sollicite la condamnation de l'intéressée à lui payer la somme de 2.963,09 EUR.

Par des conclusions déposées le 13 septembre 2019, l'ONEm demande, à titre reconventionnel, la condamnation de l'intéressée à lui payer la somme de 10.372,05 EUR.

### III. Les demandes

Madame ... n'a pas contesté la décision prise par l'ONSS, dont elle demande cependant l'écartement. Elle demande également :

- l'annulation de la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 (dossier R.G. 17/6782/A)
- l'annulation de la sanction infligée par l'INAMI le 30 mars 2018 (dossier R.G. 18/3099/A)
- l'annulation de la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 (dossier R.G. 18/3482/A).

À titre subsidiaire, elle déclare avoir été victime d'un escroc (...) et invoque sa bonne foi. Sur cette base, elle demande :

- la réduction de l'amende infligée par l'INAMI
- la réduction de la somme à rembourser à l'ONEm aux 150 derniers jours d'allocations
- la réduction de la somme à rembourser à l'O.A. compte tenu d'un délai de prescription de deux ans.

Les trois institutions en cause sollicitent la confirmation de leurs décisions. Elles exposent n'avoir fait qu'appliquer la décision de désassujettissement prise par l'ONSS et non contestée par Madame ... .

Par conséquent,

- l'O.A. sollicite la condamnation de Madame ... à lui rembourser la somme de 2.963,09 EUR
- l'ONEm sollicite (à titre reconventionnel) la condamnation de l'intéressée à lui rembourser la somme de 10.372,05 EUR
- l'INAMI sollicite la confirmation de l'amende infligée, qui est proportionnée à la fraude constatée. Il demande également que l'action de Madame ... soit déclarée téméraire et vexatoire, et que celle-ci soit condamnée aux dépens (liquidé à la somme de 131,18 EUR).

## IV. La jonction des causes

Conformément à l'article 30 du Code judiciaire,

*“Des demandes en justice peuvent être traitées comme connexes lorsqu'elles sont liées entre elles par un rapport si étroit qu'il y a intérêt à les instruire et juger en même temps afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables si les causes étaient jugées séparément.”*

En l'espèce, les quatre causes trouvent leur source dans la même décision de désassujettissement prise par l'ONSS. Elles sont donc liées par un rapport étroit justifiant leur jonction pour connexité.

## V. La décision du tribunal

### A. Le désassujettissement

Conformément à l'article 22, alinéa 4, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, *“l'Office [National de Sécurité Sociale] peut également faire établir d'office, par les fonctionnaires visés à l'article 31 ou par les services intérieurs de l'Office, aux frais de l'employeur ou de son mandataire en défaut ou aux frais du curateur en défaut, les rectifications de déclarations inexactes ou incomplètes”*.

Selon l'interprétation donnée par la Cour de cassation, l'ONSS a ainsi le pouvoir *“de refuser le bénéfice de la loi à ceux qui n'en remplissent pas les conditions, partant, de décider d'office de l'existence ou de l'inexistence du contrat de travail”*<sup>1</sup>.

Une telle décision peut faire l'objet d'un recours formé directement contre elle, mais également d'un refus d'application par les cours et tribunaux lorsqu'elle n'est pas conforme à la loi (art. 159 de la Constitution)<sup>2</sup>. La Cour de cassation a toutefois rappelé que ce refus d'application a pour conséquence de ne faire naître ni droits ni obligations pour les intéressés<sup>3</sup>.

En l'espèce, l'ONSS a annulé l'assujettissement de Madame ... pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2014 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2015. Cette décision lui a été notifiée par lettre recommandée le 12 mai 2016, mentionnant la possibilité d'un recours devant le tribunal.

La décision prise par l'ONSS n'a pas été directement contestée par l'intéressée. Ce n'est que dans le cadre des présentes causes que Madame ... demande au tribunal de ne pas l'appliquer. Or, comme l'a relevé la Cour de cassation, une telle mesure ne peut faire naître des droits ou des obligations en sa faveur.

1. Cass., 07.12.1998, J.L.M.B., 1999, p. 1164 et J.T.T., 1999, p. 77..

2. Chr. BEDORET, “L'autorité de chose décidée en droit de la sécurité sociale ou quand la montagne accouche d'une souris...”, R.D.S., 2010, pp. 158 et s., § 37 et s.

3. Cass., 17.03.2003, J.T.T., 2003, p. 457.

Dès lors, le tribunal ne dispose pas du pouvoir de recréer un assujettissement à la sécurité sociale dans le cadre d'un refus d'application d'une décision de l'ONSS.

Au surplus, comme l'a relevé Madame l'auditeur du travail, la décision de désassujettissement est fondée sur plusieurs éléments troublants :

- les déclarations DIMONA et dmfA ont été introduites tardivement et rétroactivement
- aucune activité n'a été trouvée à l'adresse renseignée par Monsieur ... , qui est injoignable
- le contrat de Madame ... produit ne précise pas l'horaire et le(s) lieu(x) de travail
- il ne fait pas référence à la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail
- la rémunération mentionnée n'est pas la même que celle mentionnée sur le document C4
- il est prévu qu'elle soit payée de la main à la main, sans qu'une quittance ne soit fournie
- madame ... est incapable de mentionner les dates et lieux de travail, les collègues qui l'ont accompagné et l'importance des prestations accomplies
- les fiches de paie ont été établies après la rupture des relations de travail
- madame ... n'apporte pas la preuve qu'un préavis lui ait été notifié, alors qu'une période est mentionnée sur le document C4
- elle a déclaré qu'une somme de 500,00 EUR lui restait due, mais n'a entamé aucune démarche pour la réclamer.

Ces éléments motivent à suffisance de droit la décision de l'ONSS, qui peut être appliquée par le tribunal.

## B. La décision de l'ONEm

Conformément à l'article 30 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage,

*"Pour être admis au bénéfice des allocations de chômage, le travailleur à temps plein doit accomplir un stage comportant le nombre de journées de travail mentionné ci-après :*  
*1° 312 au cours des 21 mois précédant la demande d'allocations, s'il est âgé de moins de 36 ans (...)."*

Par ailleurs, l'article 37, § 2 dispose

*"Le travail effectué à l'étranger est pris en considération s'il l'a été dans un emploi qui donnerait lieu en Belgique à des retenues pour la sécurité sociale, y compris celles pour le secteur chômage. L'alinéa 1<sup>er</sup> ne vaut toutefois que si le travailleur a, après le travail effectué à l'étranger, accompli des périodes de travail comme salarié en vertu de la réglementation belge."*

L'ONEm demande que soit établi au moins un jour de travail en qualité de salarié en Belgique<sup>4</sup>. Cette exigence n'est pas contraire à la réglementation européenne<sup>5</sup>.

En l'espèce, Madame ... a été affiliée comme travailleuse salariée en Italie, mais ne présente pas d'autres jours d'affiliation en Belgique que ceux ayant fait l'objet du désassujettissement par l'ONSS.

4. M. BAUKENS, "Le droit aux allocations de chômage des travailleurs étrangers et apatrides", J.T.T., 2001, p. 233.

5. En ce sens : T.T. Bruxelles, 18.06.2013, Chron. D.S., 2014, p. 270.

Elle a donc obtenu le bénéfice des allocations de chômage indûment, et sur base de documents frauduleux. Elle n'est pas de bonne foi.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 dans toutes ses dispositions. Et il y a lieu de faire droit à la demande reconventionnelle.

## C. La décision de l'O.A.

Conformément à l'article 32, 1<sup>o</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

*“sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé (...) les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (...).”*

Par ailleurs, selon l'article 164, alinéa 10, de la même loi coordonnée,

*“Si l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée résulte de manœuvres frauduleuses, la valeur des prestations accordées au bénéficiaire qui a effectué ces manœuvres est toujours à récupérer, que l'affiliation ou l'inscription puisse, ou non, être régularisée par la prise en considération d'une autre qualité valable.”*

En l'espèce, Madame ... a bénéficié du remboursement des prestations de santé sur base d'un assujettissement fondé sur des documents frauduleux. Elle n'est pas de bonne foi.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 dans toutes ses dispositions.

Conformément à l'article 164, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

*“celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé (...) est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées.”*

Il y a donc lieu de faire droit à la demande de titre exécutoire sollicité par l'O.A.

## D. La décision de l'INAMI

Conformément à l'article 168quinquies, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,

*“Une amende administrative de minimum 50 EUR et de maximum 500 EUR est prononcée contre l'assuré social qui, sur base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indûment de prestations telles que prévues au titre III.”*

En l'espèce, l'INAMI a infligé à Madame ... une amende de 375,00 EUR sur base de l'utilisation de faux documents d'assujettissement.

La hauteur de cette sanction est bien proportionnée à la gravité et la durée des infractions constatées.

Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 dans toutes ses dispositions.

## E. Les dépens

Conformément à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire,

*“La condamnation aux dépens est (...) toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois et règlements [en matière de sécurité sociale], en ce qui concerne les demandes introduites par ou contre les assurés sociaux.”*

Selon la doctrine, “la procédure peut (...) être déclarée téméraire et/ou vexatoire lorsque le justiciable intente une action par suite d'une erreur d'appréciation à ce point évidente qu'elle devait être nécessairement aperçue et évitée ou encore lorsque le justiciable même de bonne foi, formule une demande qui n'a manifestement aucune chance d'aboutir. Un manque manifeste de réflexion, un défaut flagrant d'appréciation ou des griefs sans pertinence suffisent pour que la demande puisse être qualifiée de téméraire et/ou vexatoire”<sup>6</sup>.

En l'espèce, Madame ... a introduit des recours en invoquant des périodes d'activités qu'elle savait inexistantes, sur base de documents qu'elle savait faux.

Ses actions sont donc téméraires (faites “avec une hardiesse imprudente, excessive et inconsidérée ou à la légère, sans base solide”) et vexatoires (faites dans le but “de maltraiter, de tourmenter”<sup>7</sup>). Il y a dès lors lieu de le condamner aux dépens.

En l'espèce, l'INAMI liquide les siens à la somme de 131,18 EUR ;

Conformément à l'article 1022, alinéa 5, du Code judiciaire,

*“Lorsque plusieurs parties bénéficient de l'indemnité de procédure à charge d'une même partie succombante, son montant est au maximum le double de l'indemnité de procédure maximale à laquelle peut prétendre le bénéficiaire qui est fondé à réclamer l'indemnité la plus élevée. Elle est répartie entre les parties par le juge.”*

Par conséquent, le montant maximal de l'indemnité due par Madame ... s'élève à 2 x 131,18 EUR, soit 262,36 EUR.

Cette indemnité doit être répartie entre l'ONEm, l'O.A. et l'INAMI. Il convient dès lors de retenir le montant le plus proche de 262,36 EUR susceptible d'être divisé en trois.

Le tribunal retient à titre de dépens la somme de 262,35 EUR. Ceci permet d'accorder individuellement à chaque institution une indemnité de 87,45 EUR.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL,**

**Statuant après un débat contradictoire,**

Sur avis conforme de Madame l'auditeur du travail,



Ordonne la jonction des causes R.G. 17/6782/A, 18/3099/A, 18/3482/A et 18/4768 pour connexité ;

Dit les demandes de Madame ... non fondées ;

Confirme la décision prise par l'ONEm le 4 août 2017 dans toutes ses dispositions ;

Confirme la décision prise par l'O.A. le 2 mai 2018 dans toutes ses dispositions ;

Confirme la décision prise par l'INAMI le 30 mars 2018 dans toutes ses dispositions ;

Dit la demande de l'O.A. fondée ;

Condamne Madame ... au paiement à l'O.A. de la somme de 2.963,09 EUR, à titre de remboursement de soins versés indûment ;

Dit la demande reconventionnelle de l'ONEm fondée ;

Condamne Madame ... au paiement à l'ONEm de la somme de 10.372,05 EUR, à titre d'allocations de chômage versées indûment ;

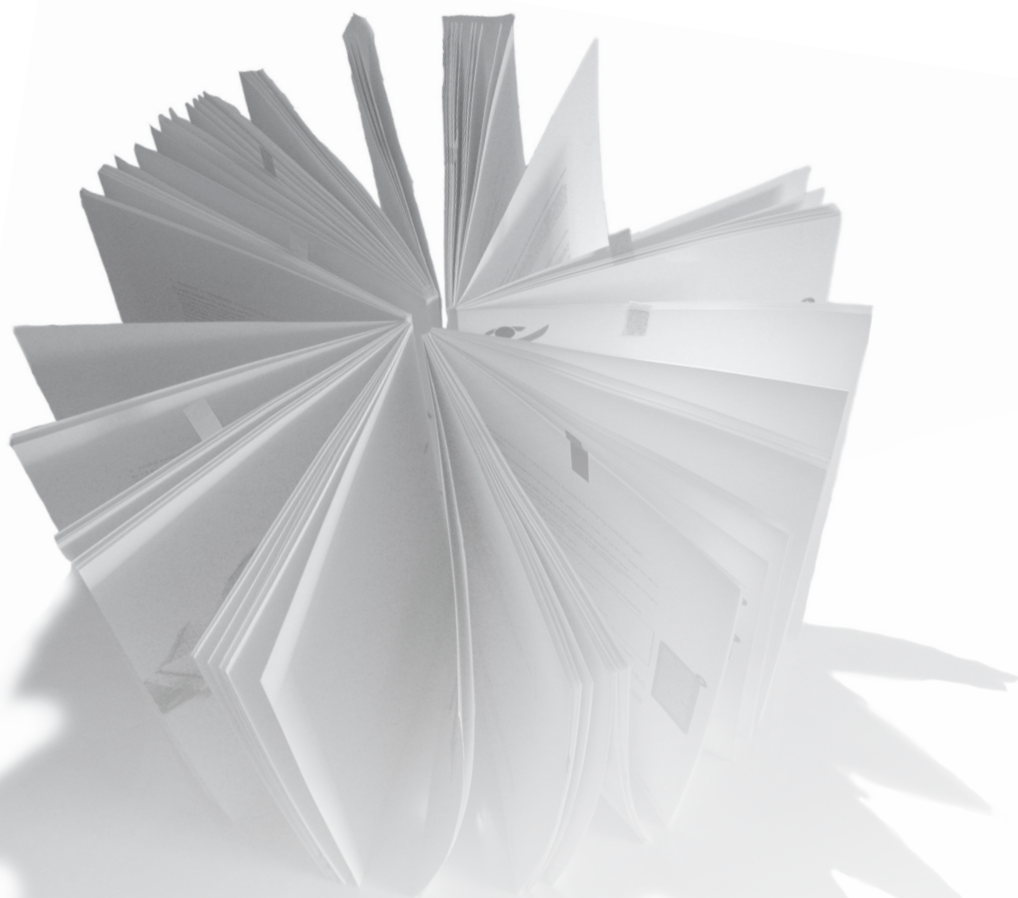
Condamne Madame ... aux dépens de l'instance, liquidés à la somme de 262,35 EUR, et à 20,00 EUR de contribution en faveur du Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne ;

Précise que la somme de 262,35 EUR sera répartie à parts égales entre l'ONEm, l'O.A. et l'INAMI, qui ont chacun droit à la somme de 87,45 EUR.

...



3<sup>e</sup> Deel  
Parlementaire vragen en  
antwoorden



## I. Chronische ziekten

Stijging van de uitgaven – Europese studie – Cijfergegevens – Deelstaten - Bevoegdheid van de Senaat – Preventie aspect – Uitgaven binnen de ziekteverzekering – Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken – Ontwikkeling van geïntegreerde zorg

Vraag nr. 6-1944 gesteld op 18 juli 2018 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door de heer LACROIX, Senator<sup>1</sup>

De kosten voor chronische ziekten blijven jaar na jaar stijgen als gevolg van de vergrijzing, de duurre van nieuwe technologie en de hoge kostprijs van medicijnen en artsenrelonen. Volgens sommige bronnen zal dat tot gevolg hebben dat ons stelsel van gezondheidszorg binnen de ziekteverzekering zwaar onder druk zal komen te staan.

Die vrees zou worden bevestigd door een recent gepubliceerde Europese studie. Er werd gekeken naar verschillende ziektebeelden zoals kanker, aandoeningen van de luchtwegen, diabetes en hart- en vaatziekten.

De cijfergegevens die door de studie naar voren worden geschoven, zijn problematisch. Bij gelijk beleid zouden de kosten op Europees niveau met 38 % toenemen tegen 2030 en met 84 % tegen 2050. Er wordt uiteraard gevreesd dat chronische ziekten op termijn financieel ondraaglijk zullen worden.

Deze vraag valt onder de bevoegdheid van de Senaat. De financiële aspecten en het gezondheidsbeleid in het algemeen zijn federale materies, maar sommige aspecten, namelijk de preventie, zijn een bevoegdheid van de deelstaten.

Preventie is een cruciaal element in dit dossier. Het kan bijvoorbeeld gaan om preventie met het oog op een gezondere levensstijl: sportbeoefening, geen overgewicht, matig alcoholverbruik, niet roken, evenwichtige voeding, enz. Alle spelers in de medische wereld, maar ook de politieke beleidsmakers moeten daarop aandringen. De Europese studie geeft immers aan dat zelfs als er rekening wordt gehouden met een verantwoordelijk preventiebeleid, een uitgavenstijging voor die chronische ziekten niet kan worden vermeden.

Tot nu toe werden bepaalde ziekten als chronisch beschouwd, maar de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt dat andere aandoeningen ook als chronisch kunnen worden bestempeld: beroerte (CVA), hypertensie, polyarthritis, multiple sclerose (MS) of aids.

Welke maatregelen werden in dit verband genomen in overleg met uw collega's van de deelstaten?

Beschikt u over precieze cijfers met betrekking tot de toestand in ons land op dit gebied?

Wat is de stand van zaken?

1. Senaat, gewone zitting 2017-2018, p. 2.

## Antwoord

Het is inderdaad zo dat de uitgaven voor wat betreft chronische ziektes de laatste jaren zijn toegenomen, en dit ten gevolge van een samenspel aan factoren zoals de vergrijzing van de bevolking en technologische ontwikkelingen. Hierbij valt op te merken dat een relatief kleine groep van chronisch zieken verantwoordelijk is voor een groot deel van de uitgaven binnen de ziekteverzekering, zeker in geval van multimorbiditeit : 10 % van de populatie is verantwoordelijk voor 72 % van de terugbetaalde geneeskundige verzorging.

Recente cijfers vanuit de verzekeringsinstellingen bevestigen dit ook : tussen 2010 en 2015 stegen de gezondheidskosten voor personen met een chronische aandoening met 10 %, tot gemiddeld 5.746 EUR per persoon per jaar, terwijl dit bij personen zonder chronische aandoening beperkt bleef tot een stijging van 1 %. Wanneer wordt gekeken binnen de groep chronisch zieken bedragen de terugbetalingen in het kader van de ziekteverzekering gemiddeld 3.449 EUR voor een persoon met één chronische aandoening, 6.501 EUR voor patiënten met twee chronische aandoeningen, tot 21.751 EUR wanneer een persoon ten minste vijf chronische ziekten heeft. In België zijn de gezondheidsuitgaven in de laatste tien jaar gestaag gestegen en vallen zij hoger uit dan in de meeste Europese landen. België besteedde in 2015 zo'n 10,5 % van het bruto binnenlands product (BBP) aan gezondheidszorg en scoort daarmee 1,5 procentpunt hoger dan het gemiddelde van de landen van de Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling (OESO) en 1,1 procentpunt hoger dan het Europese gemiddelde.

Over de precieze impact en evolutie van de chronische aandoeningen op het gezondheidszorgbudget voor België zijn maar weinig volledige, recente (en betrouwbare) cijfergegevens beschikbaar. Dit omwille van de grote spreiding aan chronische aandoeningen die worden meegenomen in de gegevens en de verdere versnippering van de financieringsbronnen inzake zorg en gezondheid na de zesde staatshervorming. Uit het economisch-financieel projectierapport van de Nationale Bank van België (NBB) van 2018 blijkt wel dat de reële uitgavengroei voor wat betreft gezondheidszorg sinds 2015 beperkt bleef tot maximum 1,5 %, wat in overeenstemming is met het doel dat door de federale overheid in het begin van deze legislatuur naar voor werd geschoven.

Echter, het louter inzetten op een beperking van de uitgaven voor chronische zorg is onvoldoende om deze problematiek adequaat aan te pakken. Er dient te worden gestreefd naar een structurele langetermijnvisie en aanpak die ook maximaal rekening houdt met de noden en behoeften van individuele patiënten, en waarbij voldoende aandacht dient gegeven te worden aan preventie. Internationaal gezien bestaat dan ook brede consensus over de noodzaak om te evolueren richting een systeem van geïntegreerde zorg waarbij wordt gestreefd naar zowel : het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg bij patiënten, het verbeteren van de algemene gezondheid binnen de populatie en het efficiënter gebruik van de beschikbare publieke middelen (*Triple Aim*).

In België is deze beweging richting geïntegreerde zorg al enkele jaren op gang gekomen, en dan meer concreet via de ondertekening van het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken ("geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid"), op 30 maart 2015 door de ministers van Volksgezondheid van zowel de deelstaten als de federale overheid. Hierin staan achttien componenten vermeld die noodzakelijk zijn voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg in België, waaronder preventie. In het kader van dit plan zijn sinds 1 januari 2018 tevens twaalf pilootprojecten actief in België die instaan voor de concrete omzetting van geïntegreerde zorg in de praktijk op het terrein (6 in Vlaanderen, 5 in Wallonië en 1 in Brussel). De bedoeling van de projecten is om de zorg voor mensen met een chronische aandoening beter te stroomlijnen, onder andere door zorgverleners en -instellingen beter te laten samenwerken rond en met de patiënt zodat die kan rekenen op een betere zorg én levenskwaliteit. Deze projecten hebben een looptijd van vier jaar.

Elk pilootproject beschikt daarbij over een specifiek locoregionaal actieplan dat maximaal is afgestemd om de lokale noden en behoeften.

Daarnaast wordt in het kader van het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken ook ingezet op de verdere ondersteuning vanuit de verschillende overheden bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg in België. Immers, om geïntegreerde zorg te laten slagen is samenwerking tussen de verschillende overheden cruciaal. Hiertoe worden voor elk beleidsniveau (federaal – deelstaten) ook complementaire initiatieven geïdentificeerd die kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van de achttien componenten van geïntegreerde zorg.

Tot slot valt te vermelden dat niet alleen binnen het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken een dergelijke geïntegreerde zorgvisie centraal staat. Ze vormt immers de leidraad binnen diverse hervormingstrajecten op vlak van zorg en welzijn op de verschillende beleidsniveaus. Zo kunnen we onder andere verwijzen naar de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, waar een integrale benadering ook centraal staat. Daarnaast dragen ook andere initiatieven zoals het actieplan eGezondheid 2.0, de hervorming van het ziekenhuislandschap en van de gezondheidsberoepen, enz., bij tot het verwezenlijken van geïntegreerde zorg in België.

## II. Chronische ziekten

Stijging van de gezondheidsuitgaven – Stijging van het aantal patiënten – Vergrijzing van de bevolking – Ongunstige leefstijlen – Gezondheidsenquête – Gegevens – Gemeenschappelijk Plan voor chronische zieken – Pilotprojecten geïntegreerde zorg

Vraag nr. 2234 gesteld op 9 maart 2018 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door mevrouw GALANT, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Ik heb u onlangs een vraag gesteld over chronische ziekten en uw visie op geïntegreerde zorg.

Uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bij hun 2,2 miljoen leden blijkt dat de gezondheidsuitgaven voor chronische ziekten in ons land met 10 % zijn toegenomen.

Deze studie bracht ook andere feiten aan het licht.

Ten eerste is het aantal chronisch zieke patiënten sinds 2010 fors toegenomen. Grofweg een kwart van de Belgische bevolking lijdt aan een chronische ziekte. De kans op een chronische ziekte neemt uiteraard toe met de leeftijd.

Ten tweede zijn de gemiddelde jaarlijkse gezondheidsuitgaven voor mensen met een chronische ziekte 7 keer hoger dan voor mensen zonder chronische aandoening. Dat verklaart de grote toename van de overheidsuitgaven voor die groep patiënten.

1. Hoe verklaart u die sterke toename van het aantal chronisch zieken? Is de vergrijzing van onze bevolking de enige verklaring hiervoor?
2. Hoeveel chronisch zieken zijn er vandaag? Kunt u het cijfer opsplitsen per leeftijdscategorie?
3. Zal uw visie op geïntegreerde zorg op korte of middellange termijn de gezondheidsuitgaven voor chronische ziekten kunnen beperken?

### Antwoord

Het risico op chronische aandoeningen en op multimorbiditeit stijgt met de leeftijd: in België heeft meer dan een op de drie personen van 65 jaar en ouder minstens twee belangrijke chronische aandoeningen (Gezondheidsenquête 2013). Deze toename zal zowel wegen op het huidige aanbod van gezondheidszorg als op de economische draagkracht. Ten tweede stijgt het aantal chronisch zieken, niet alleen door de toegenomen levensverwachting en de vergrijzing, maar ook door sommige ongunstige leefstijlen. Sommige chronische aandoeningen kunnen door aanpassing van de leefstijl vermeden worden (bijvoorbeeld aanpassingen van eetgedrag, rookgedrag, alcoholgebruik, fysieke activiteit, enz.).

1. Bulletin nr. 187, Kamer, gewone zitting 2018-2019, p. 158.

Uit de laatste Gezondheidsenquête (2013), waarbij een representatief staal van de bevolking bevroegd wordt over hun gezondheid, blijkt dat meer dan een op de vier personen (28,5 %) van 15 jaar en ouder van zichzelf vindt dat hij of zij een chronische aandoening heeft. Dit wordt in de Gezondheidsenquête ingeschat door middel van de vraag: “Hebt u één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps?”. Het percentage personen met een chronische aandoening stijgt sterk met de leeftijd. Bij jonge mensen tussen 15 en 24 jaar is dit 9,6 %; bij 75-plussers bijna de helft (48,8 %) (zie bijlage)<sup>2</sup>.

De bijlagen bij het antwoord op deze vraag zijn het geachte Kamerlid rechtstreeks toegestuurd. Gezien het louter documentaire karakter ervan worden zij niet in het *Bulletin van Vragen en Antwoorden* opgenomen maar liggen zij ter inzage bij de griffie van de Kamer van volksvertegenwoordigers (dienst Parlementaire Vragen).

In 2018 werd de gegevensverzameling voor de volgende Gezondheidsenquête georganiseerd. De analyse en rapportering van deze gegevens zal gebeuren in de loop van 2019-2020.

Uit de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) kunnen eveneens gegevens afgeleid worden over het aantal chronisch zieken: in 2016 kregen 1.153.266 Belgen het statuut chronische aandoening toegekend (10,4 % van de populatie) en er waren in totaal 3.579.512 met minstens één chronische aandoening (32,3 % van de populatie). Dit laatste wordt door het IMA ingeschat op basis van de geneesmiddelen afgeleverd in de openbare officina voor een lijst van aandoeningengroepen.

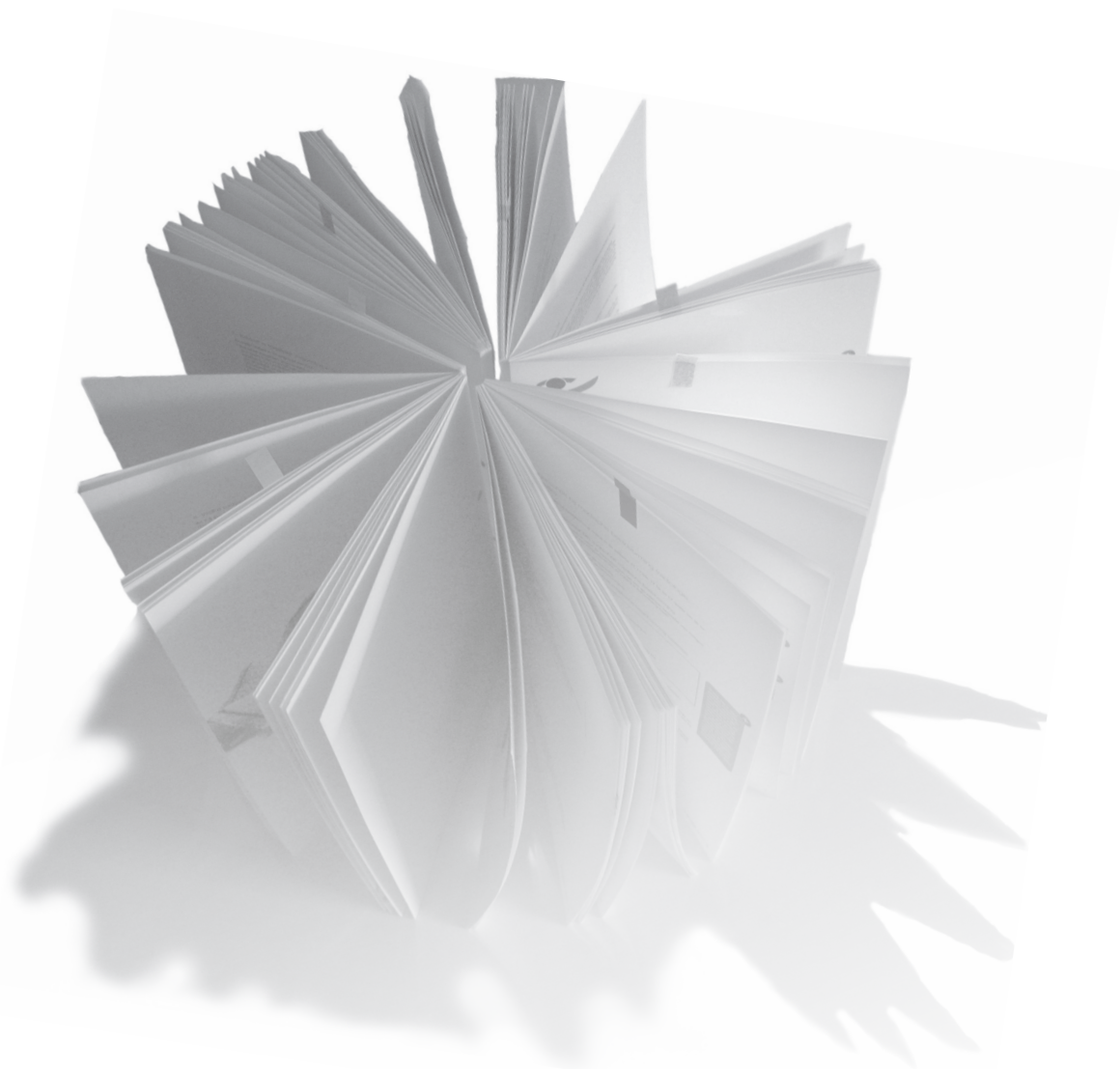
Omdat de stijging van het aantal chronisch zieken een grote uitdaging is op het vlak van volksgezondheid, hebben alle ministers van Volksgezondheid, van het federale en van het deelstaatniveau, het Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken goedgekeurd in 2015. Het rapport nr. 190 van het Kenniscentrum over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken is een leidraad geweest voor dit hervormingsbeleid.

De missie van het Gemeenschappelijk Plan voor chronisch zieken is om te streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, en prioritair de personen met één of meerdere chronische aandoeningen, zodat die zo goed mogelijk kunnen leven in de eigen omgeving (familie, school, werk) en in de gemeenschap en op een actieve manier het zorgproces kunnen beheren. Hiervoor zijn aanpassingen in het gezondheidszorgsysteem nodig en wordt het *Triple Aim* principe nagestreefd: (i) de gezondheid van de bevolking te verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder; (ii) de kwaliteit van de zorg te verbeteren (toegankelijkheid, *evidence-based*, enz.) (iii) de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen).

Duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg wordt dus vooruitgeschoven als één van de doelstellingen van het plan. De missie van het plan wordt onder meer door middel van pilootprojecten geïntegreerde zorg in praktijk omgezet. Bij deze pilootprojecten worden alle onderdelen van de *Triple Aim* doelstelling geëvalueerd, dus ook de efficiëntie van de werking binnen de projectregio.



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



# I. De vergoeding van medisch begeleide voortplanting (MBV) bij Belgische verzekerden in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland - Terugbetaling van de laboratoriumkosten

Van toepassing vanaf 27 mei 2019.

Vervangt omzendbrief nr. 2017/224 van 17 juli 2017.

## I. Inleiding

Ingevolge de omzetting van *Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg* in de Belgische reglementering, is sedert 25 oktober 2013 niet langer een voorafgaande toestemming (in de vorm van een document S2 of gelijkwaardig document *ad hoc*) vereist met het oog op de terugbetaling van de kosten van een behandeling in het kader van medisch begeleide voortplanting (MBV) van Belgische verzekerden in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland.

Richtlijn 2011/24/EU bepaalt dat de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg door de lidstaat van aansluiting (bijv. België) dienen terugbetaald te worden op basis van de regels en de tarieven van de wettelijke ziekteverzekering tot het bedrag dat door deze lidstaat zou zijn ten laste genomen indien de gezondheidszorg op zijn grondgebied zou zijn verleend.

Dit betekent dat :

- alleen de geneeskundige zorg wordt terugbetaald die ook in België wordt vergoed (= de Belgische vergoedingsvoorwaarden moeten zijn vervuld, zoals bijv. de leeftijdsvoorwaarde en het akkoord van de adviserend geneesheer<sup>1</sup> voor de terugbetaling van maximaal zes pogingen, ...)
- de terugbetaling nooit hoger kan zijn dan de vergoeding voor de geneeskundige zorg in België.

We moeten evenwel vaststellen dat bepaalde geneeskundige verstrekkingen, wanneer zij verleend worden op Belgisch grondgebied, niet worden vergoed via de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen maar via andere kanalen worden ten laste genomen, zoals bijvoorbeeld het forfait ter financiering van de laboratoriumkosten in het kader van MBV dat gefinancierd wordt via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BFM).

1. Bijlage 2A van K.B. houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

## II. Terugbetaling van medisch begeleide voortplanting in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland – Algemene principes

Een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft recht op terugbetaling van de kosten van een behandeling in het kader van MBV in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland.

De terugbetaling van de kosten kan in drie categorieën worden onderverdeeld:

- (i) een vergoeding van de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen in het kader van MBV overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (*K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*);
- (ii) een vergoeding voor farmaceutische specialiteiten gebruikt bij vrouwelijke onvruchtbaarheid overeenkomstig de *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2008/29 van 16 december 2008 omtrent het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 dat de forfaitaire vergoeding instelt van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij de behandeling van vrouwelijke onvruchtbaarheid*, zoals gewijzigd bij *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2009/6 van 5 maart 2009* en *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2014/3 van 10 januari 2014*;
- (iii) een tenlasteneming van het forfait ter financiering van de laboratoriumkosten zoals bedoeld in artikel 74bis van het *koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen*. Dit forfait mag niet aan de patiënte worden aangerekend ongeacht of zij nu gehospitaliseerd is dan wel ambulante behandeld wordt. Voornoemd artikel 74bis vermeldt dat het "... verboden [is] aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden ...".

### Voorbeeld

Een vrouw van 34 jaar, rechthebbende van de Belgische verplichte ziekteverzekering en in het bezit van een akkoord van de adviserend geneesheer, gaat naar Spanje voor een ambulante IVF-behandeling. Mevrouw betaalt de factuur waarbij haar een aantal geneeskundige verstrekkingen, geneesmiddelen en laboratoriumkosten worden aangerekend. Bij haar terugkeer in België vraagt zij haar verzekeringsinstelling om terugbetaling van de kosten. De verzekeringsinstelling kent haar een tegemoetkoming toe in de kosten voor:

- de geneeskundige verstrekkingen (op basis van de nomenclatuur, cf. (i) hierboven)
- de geneesmiddelen (op basis van *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2008/29*, zoals gewijzigd, cf. (ii) hierboven)
- de laboratoriumkosten ten belope van het werkelijk betaalde bedrag maar dit kan nooit hoger zijn dan het in artikel 74bis van het *koninklijk besluit van 25 april 2002* vermelde bedrag (cf. (iii) hierboven).

De verzekeringsinstellingen hebben meegedeeld dat de technische uitvoering van de terugbetaling van de laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling – zie (iii) hierboven – in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland hen voor problemen stelt.

### III. Terugbetaling van medisch begeleide voortplanting in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland – Terugbetaling van de laboratoriumkosten

De verzekeringsinstellingen kunnen de “terugbetaling van de laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland” uitvoeren via één van volgende pseudocodes:

- 559672** - ambulans
- 559683** - ziekenhuisopname

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is identiek aan het (geïndexeerd) bedrag zoals vermeld in artikel 74bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, nl. **1.588,69 EUR per cyclus** (sedert 01.09).

## IV. Varia

1. De terugbetaling van een MBV-behandelingscyclus in een lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland dient mee genomen te worden in de teller van het maximaal aantal van zes (6) cycli die per vrouw in aanmerking komen voor vergoeding door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze pseudo-nomenclatuurnummers laten de verzekeringsinstellingen toe om het maximaal aantal van zes (6) cycli dat per vrouw in aanmerking komt voor vergoeding nauwgezet op te volgen indien een patiënte zowel behandelingscycli in een Belgisch vruchtbaarheidscentrum met een **A- of B-erkenning** als in een vruchtbaarheidscentrum in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland volgt.
2. De laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling kunnen slechts terugbetaald worden op voorwaarde dat de laboratoriumactiviteiten plaats vinden in een verplegingsinrichting die erkend is door de overheid van het land van behandeling. Een ziekenhuisfactuur kan beschouwd worden als een afdoende bewijs dat de laboratoriumactiviteiten plaats hebben gevonden in een verplegingsinrichting.
3. Deze pseudo-nomenclatuurnummers zullen in principe enkel gebruikt worden in de relatie tussen de verzekerde en haar verzekeringsinstelling voor de terugbetaling van in het buitenland verleende geneeskundige zorg krachtens artikel 294, §1, 13<sup>o</sup> of 14<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De uitgaven op basis van deze bepalingen dienen vermeld te worden in het document IV.11 (respectievelijk onder de boekhoudcodes 653 en 654).



Omzendbrief V.I. nr 2019/175 - 392/82 en 80/118 van 29 mei 2019.

## II. Het gebruik van Doccle of gelijkaardige diensten voor de overdracht van getuigschriften voor verstrekte hulp

Artikel 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet) voorziet voor verschillende sectoren in de rechtstreekse elektronische overdracht van het getuigschrift voor verstrekte hulp door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling in het kader van de derdebetalersregeling (eFact), en buiten de derdebetalersregeling voor wat betreft huisartsen (eAttest). Uitgezonderd deze gevallen dient altijd het origineel papieren getuigschrift aan de patiënt te worden uitgereikt en geen kopie ervan.

Op heden staat de dienst eAttest zoals die al gebruikt wordt door huisartsen nog niet op punt voor specialisten - en bij uitbreiding dus ziekenhuizen -. Dit wordt echter wel voorzien naar de toekomst toe, wat er toe zou leiden dat er ter vervanging van het papieren circuit een vereenvoudigd elektronisch circuit zal bestaan dat de bestaande bezwaren zou oplossen. Dergelijke uitbreiding zal tot stand komen na de nodige uitvoeringsmodaliteiten op basis van artikel 53, §1, derde lid van de GVU-wet.

Daarenboven dient op basis van artikel 53, §1, tweede lid GVU-wet, elke gegevensoverdracht door een zorgverlener aan de verzekeringsinstellingen door middel van een nieuw elektronisch netwerk voorafgaand te zijn goedgekeurd door het RIZIV.

Projecten tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen die zouden voorzien in de elektronische overdracht van het getuigschrift voor verstrekte hulp anders dan eFact en eAttest - waarbij de patiënt tevens slechts een kopie van het getuigschrift zou kunnen bekomen - zijn aldus niet reglementair aangezien artikel 53 van de GVU-wet strikt dient geïnterpreteerd te worden en een toepassing naar analogie ervan niet kan worden geaccepteerd.

Wat het fiscaal aspect ter zake betreft, wordt opgemerkt dat de zorgverleners gehouden zijn de wettelijke bepalingen van artikel 320 en 321 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 en de ministeriële besluiten ter uitvoering ervan, te respecteren.

Deze bepalingen voorzien dat bij elke inning van honoraria, de zorgverleners in principe gehouden zijn aan de schuldenaar:

- een gedateerd en ondertekend ontvangstbewijs af te leveren
- dat *gelijktijdig* in origineel en duplo wordt opgesteld
- en wordt getrokken uit een boekje waarvan het model en de wijze waarop de bedoelde belastingplichtigen ervan worden voorzien worden vastgesteld door de Minister van Financiën. Wat dit laatste betreft, wordt bepaald dat deze formulieren moeten besteld worden bij de door het RIZIV aangewezen drukker.

Van de verplichting om deze bovenvermelde papieren ontvangstbewijzen af te leveren kan de Minister van Financiën echter onder door hem bepaalde voorwaarden afwijken. De ministeriële besluiten van 22 december 2015 tot vastlegging van het model en het gebruik van de ontvangstbewijzen-getuigschriften voor verstrekte hulp voorzien een afwijking voor de zorgverleners:

- die op elektronische wijze factureren *volgens de inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering geldende wettelijke of reglementaire bepalingen*
- in die zin dat deze vrijgesteld zijn van de aflevering van een ontvangstbewijs-getuigschrift voor verstrekte hulp

- o vanaf de datum van inwerkingtreding van een in het Belgisch staatsblad gepubliceerd *protocol*<sup>1</sup> dat de modaliteiten regelt inzake de uitwisseling van inlichtingen tussen de FOD Financiën enerzijds en het RIZIV, NIC en verzekeringsinstellingen anderzijds, aangaande de bovenvermelde zorgverleners.

Gelet op het feit dat:

- o de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake de ziekte-en invaliditeitsverzekering enkel het systeem eFact en eAttest voorzien
- o het bovenvermelde protocol van samenwerking met de FOD Financiën enkel eFact en eAttest voorzien

=> kan enkel voor die systemen bovenvermelde afwijking worden aanvaard

=> en dienen dus buiten deze systemen papieren ontvangstbewijzen te worden afgeleverd volgens de hier bovenvermelde modaliteiten.

Projecten tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen die zouden voorzien in de elektronische overdracht van getuigschriften voor verstrekte hulp anders dan eFact en eAttest beantwoorden dus niet aan de verplichtingen opgelegd in de wettelijke bepalingen van artikel 320 WIB 92 en de ministeriële besluiten ter uitvoering ervan.

Het is tevens niet mogelijk om het akkoord van de patiënt in te roepen om het gebruik van dergelijke projecten toch te verantwoorden, aangezien de relevante bepalingen van openbare orde zijn en deze strikt dienen geïnterpreteerd te worden en daarvan afwijkende onderlinge afspraken niet geldig zijn.

Concluderend kan aldus gesteld worden dat het gebruiken van een elektronisch gegevensuitwisselingsplatform zoals "Doccle" of andere gelijkaardige platformen voor de overdracht van getuigschriften voor verstrekte hulp aan de verzekeringsinstellingen niet wettelijk is.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2019/170 – 3990/136 van 28 mei 2019.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/177 – 3990/137 van 6 juni 2019.

1. Samenwerkingsprotocol van 18.04.2018 'tussen het RIZIV, de V.I.'s en het NIC enerzijds en de FOD Financiën anderzijds met het oog op de invoering van een spontane uitwisseling van inlichtingen en uitwisseling van inlichtingen op verzoek aangaande de overdracht van gegevens door de zorgverleners en zorginstellingen aan de V.I. van de rechthebbende via een elektronisch netwerk in de plaats van de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp en overeenstemmingsstroken', B.S. 11.05.2018.

### III. Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels - Bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid met derde landen - Verplicht gebruik van het rijksregisternummer als uniek identificatienummer van de verzekerde

Een correcte toepassing van de internationale overeenkomsten – onder meer met betrekking tot de federale, verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging – vereist dat de verzekerden duidelijk kunnen geïdentificeerd worden.

Onder “internationale overeenkomsten” dienen te worden verstaan:

- (i) een verordening van de Europese Unie betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of
- (ii) een verordening krachtens de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat, anderzijds, betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of
- (iii) een door België met één of meerdere staten gesloten overeenkomst betreffende de sociale zekerheid.

Alle verzekerden van de Belgische wetgeving hebben een uniek identificatienummer: namelijk hun rijksregisternummer dat eveneens als inschrijvingsnummer voor de sociale zekerheid (INSZ) wordt gebruikt.

Ook verzekerden die in België geneeskundige verzorging genieten voor rekening van een ander land in het kader van de internationale overeenkomsten, kunnen een rijksregisternummer zijn toegekend, bijvoorbeeld wanneer zij in België wonen.

De verzekeringsinstellingen zijn verplicht om, bij de afgifte en/of opmaak van documenten in het kader van de internationale overeenkomsten, het rijksregisternummer, of desgevallend het bisnummer, als uniek en persoonlijk identificatienummer van de verzekerde te gebruiken.

De verzekeringsinstellingen mogen het registratienummer van een verzekerde bij de verzekeringsinstelling als uniek identificatienummer alleen gebruiken wanneer vaststaat dat de verzekerde geen rijksregisternummer of bisnummer is toegekend.

Met andere woorden, de volgende prioriteitsregels zijn van toepassing:

- (i) indien toegekend, dan wordt het rijksregisternummer vermeld;
- (ii) indien er geen rijksregisternummer is toegekend, maar een bisnummer, dan wordt het bisnummer vermeld;
- (iii) indien er geen rijksregisternummer noch bisnummer is toegekend, dan wordt het registratienummer bij de verzekeringsinstelling vermeld.

Het rijksregisternummer, alsook het bisnummer, bevat elf cijfers en wordt zonder bijzondere tekens vermeld (bijv. geen “.” of “/”). Indien het registratienummer bij de verzekeringsinstelling wordt gebruikt, mogen evenmin bijzondere tekens gebruikt worden.

Onder “document” dient te worden verstaan:

- de documenten S1, S2, S3, de Europese ziekteverzekeringskaart, E.106, E.109, E.125, ... alsook de gelijkwaardige formulieren die in het kader van de bilaterale overeenkomsten worden gebruikt ongeacht de drager (bijv. papier, verzameling gegevens die middels een \*.xlsx fiche worden uitgewisseld, XML-bestand...)
- de gestructureerde elektronische documenten die in het kader van EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*) worden gebruikt).

Deze Omzendbrief V.I. is van toepassing op de documenten die vanaf 1 juli 2019 worden opge maakt.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/202 - 80/119 en 83/492 van 3 juli 2019.



## IV. De afschaffing van de carenztijd in het kader van het stelsel van de zelfstandigen: gevolgen

### I. Context

In het Belgisch staatsblad van 24 juni 2019 is de wet van 22 mei 2019 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, teneinde de wachttijd op te heffen, gepubliceerd.

Deze wet bepaalt de volgende wijzigingen **vanaf 1 juli 2019** (voor de arbeidsongeschiktheden die vanaf deze datum aanvatten – met inbegrip van de *hervallen en de verlengingen* van de periodes van arbeidsongeschiktheid die vóór 01.07.2019 zijn aangevat):

- **de afschaffing van de periode van primaire niet vergoedbare ongeschiktheid** (*carenztijd*) als de duur van de arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt (deze *carenztijd* is daarentegen van toepassing als de arbeidsongeschiktheid geen 7 dagen overschrijdt)
- **de inkorting van de termijn om de arbeidsongeschiktheid aan te geven**, meer bepaald een termijn van 7 kalenderdagen (en niet langer 14 kalenderdagen) die ingaat op de eerste dag nadat de arbeidsongeschiktheid is aangevat
- **de voorwaarde dat het tijdvak van arbeidsongeschiktheid** (erkend door de adviserend arts) **ten vroegste kan aanvangen op de datum waarop het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts is ondertekend.**

### II. Praktisch: illustraties van de nieuwe reglementering

#### 2.1. Vergoeding van de periode van arbeidsongeschiktheid

Artikel 7 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepaalt dat indien de duur van de arbeidsongeschiktheid de zeven dagen niet overschrijdt, dat tijdvak van arbeidsongeschiktheid een tijdvak van primaire niet-vergoedbare ongeschiktheid vormt.

Indien de duur van de arbeidsongeschiktheid echter minstens 8 dagen is, vangt het tijdvak van primaire vergoedbare ongeschiktheid aan op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid (erkend door de adviserend arts) en duurt het één jaar.

 Voorbeelden:

- **A.** Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (getekend op 08.07.2019) een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 8 juli tot en met zondag 14 juli 2019. Hij hervat de uitoefening van zijn beroepsactiviteit op maandag 15 juli 2019. Vermits zijn arbeidsongeschiktheid geen 7 dagen overschrijdt, zal hij niet kunnen worden vergoed in het kader van deze ongeschiktheid (toepassing van de carenztijd van 7 dagen)

- **B.** Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (getekend op 08.07.2019) een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 8 juli tot en met zondag 21 juli 2019. Hij hervat de uitoefening van zijn beroepsactiviteit op maandag 22 juli 2019.  
Vermits zijn arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt, zal hij kunnen worden vergoed vanaf het begin van zijn arbeidsongeschiktheid (vanaf 08.07.2019 – afschaffing van de carenztijd voor de arbeidsongeschiktheden die minstens een duur van 8 dagen bereiken)
- **C.** Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (getekend op 08.07.2019) een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 8 juli tot en met zondag 14 juli 2019. Op maandag 15 juli 2019 begeeft hij zich opnieuw naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid (vanaf 15 tot en met 21.07.2019).  
Vermits de totale duur van zijn arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt, zal hij kunnen worden vergoed vanaf het begin van zijn arbeidsongeschiktheid (vanaf 08.07.2019 – afschaffing van de carenztijd voor de arbeidsongeschiktheden die minstens een duur van 8 dagen bereiken)
- **D.** Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (getekend op 08.07.2019) een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 8 juli tot en met donderdag 11 juli 2019. Hij hervat zijn beroepsactiviteit op vrijdag 12 juli 2019, maar op maandag 15 juli 2019 begeeft hij zich opnieuw naar zijn behandelend arts (verergering van zijn gezondheidstoestand) en deze arts bepaalt een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 15 juli tot en met zondag 21 juli 2019.  
Een onderbreking in de staat van arbeidsongeschiktheid van minder dan 14 dagen wordt geacht de loop van het tijdvak van primaire niet-vergoedbare ongeschiktheid niet te hebben onderbroken (art. 8 van het K.B. van 20.07.1971). Deze zelfstandige zal dus kunnen worden vergoed vanaf 8 tot en met 11 juli 2019 en vanaf 15 tot en met 21 juli 2019 (afschaffing van de *carenztijd* voor de arbeidsongeschiktheden die minstens een duur van 8 dagen bereiken).



#### **Bijzondere situatie: arbeidsongeschiktheid die vóór 1 juli 2019 is aangevat**

Voor de **verlengingen** en de **hervallen** van de periodes van arbeidsongeschiktheid die zich **ten vroegste vanaf 1 juli 2019** voordoen, geldt de nieuwe carenztijd van 7 dagen of de afschaffing van de *carenztijd* bij een arbeidsongeschiktheid die minstens een duur van 8 dagen bereikt.



#### *Voorbeelden :*

- **A.** Een zelfstandige wordt op woensdag 19 juni 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf woensdag 19 juni tot en met zondag 30 juni 2019. Op maandag 1 juli 2019 begeeft hij zich opnieuw naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid (vanaf maandag 01.07.2019 tot en met zondag 14.07.2019).  
Vermits de totale duur van zijn arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt, zal hij vanaf 1 juli 2019 (= *begin* van de verlenging van de arbeidsongeschiktheid) kunnen worden vergoed – er is niet langer een toepassing van de *carenztijd* van 14 dagen vanaf 1 juli 2019
- **B.** Een zelfstandige wordt op woensdag 19 juni 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf woensdag 19 juni tot en met dinsdag 25 juni 2019 (werkherleving vanaf woensdag 26.06.2019). Op maandag 1 juli 2019 begeeft hij zich opnieuw naar zijn behandelend arts in het kader van een herval (vanaf maandag 01.07.2019 tot en met zondag 14.07.2019).  
Vermits de totale duur van zijn arbeidsongeschiktheid 7 dagen overschrijdt, zal hij vanaf 1 juli 2019 (= *begin* van het herval in arbeidsongeschiktheid) kunnen worden vergoed – er is niet langer een toepassing van de carenztijd van 14 dagen vanaf 1 juli 2019.

## 2.2. Aangiftetermijn

Volgens artikel 54 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 moet de zelfstandige zijn arbeidsongeschiktheid aangeven via een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid binnen een termijn van 7 dagen die begint te lopen de dag na die waarop de arbeidsongeschiktheid aanving.

> *Voorbeeld :*

Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en zijn behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (getekend op 08.07.2019) een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 8 juli 2019 tot en met zondag 21 juli 2019. Deze zelfstandige beschikt dus over een termijn van 7 dagen vanaf dinsdag 9 juli 2019 om zijn arbeidsongeschiktheid bij zijn ziekenfonds aan te geven (laatste dag van de aangiftetermijn: 15.07.2019).

Op maandag 22 juli 2019 begeeft dezelfde zelfstandige zich opnieuw naar zijn behandelend arts in het kader van een *verlenging* van zijn arbeidsongeschiktheid (vanaf maandag 22.07.2019 tot en met zondag 28.07.2019). In deze hypothese en vermits de basisaangiftetermijn van 7 dagen is uitgeput, zal de zelfstandige zijn arbeidsongeschiktheid bij zijn ziekenfonds moeten aangeven uiterlijk de tweede dag die volgt op die tijdens welke de verlenging van de arbeidsongeschiktheid is aangevat (laatste dag van de aangiftetermijn: 24.07.2019).

## 2.3. Datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid: impact op het begin van de arbeidsongeschiktheid en de aangiftetermijn – Verlenging en hervat

Volgens artikel 53, tweede lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 kan de periode van arbeidsongeschiktheid ten vroegste aanvatten op **de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid**.

Wat de aangiftetermijn betreft, deze neemt een aanvang daags nadat de arbeidsongeschiktheid is aangevat. Dit betekent dus dat deze termijn slechts ten vroegste kan aanvangen op de dag volgend op de dag waarop het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts is ondertekend.

> *Voorbeelden :*

=> **A.** Een zelfstandige wordt op maandag 8 juli 2019 ziek en gaat slechts op woensdag 10 juli 2019 naar zijn behandelend arts (de behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 08.07.2019 tot en met zondag 14.07.2019).

*Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:* de arbeidsongeschiktheid kan slechts (ten vroegste) vanaf 10 juli 2019 door de adviserend arts worden erkend (= datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts).

*Aangiftetermijn:* de betrokkene beschikt vanaf 11 juli 2019 over een termijn van 7 dagen om deze arbeidsongeschiktheid bij zijn ziekenfonds aan te geven.

=> **B.1.** Dezelfde zelfstandige voelt zich echter nog niet geschikt om het werk te hervatten en begeeft zich op maandag 15 juli 2019 naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid. De behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 15 juli 2019 tot en met zondag 21 juli 2019.

*Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:* de arbeidsongeschiktheid zal door de adviserend arts (ten vroegste) vanaf 15 juli 2019 kunnen worden erkend.

*Aangiftetermijn:* het gaat dus om een **verlenging** in het kader van de uitkeringsverzekering (bij een erkenning vanaf 15.07.2019) die moet worden aangegeven uiterlijk de tweede dag die volgt op de dag waarop de behandelend arts het getuigschrift heeft ondertekend.<sup>1</sup>

=> **B.2.** Dezelfde zelfstandige voelt zich echter nog niet geschikt om het werk te hervatten en begeeft zich op dinsdag 16 juli 2019 naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid. De behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 15 juli 2019 tot en met zondag 21 juli 2019.

*Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:* de arbeidsongeschiktheid zal door de adviserend arts slechts (ten vroegste) vanaf 16 juli 2019 kunnen worden erkend.

*Aangiftetermijn:* het gaat dus om een **herval** in het kader van de uitkeringsverzekering die moet worden aangegeven uiterlijk de tweede dag die volgt op de dag waarop de behandelend arts het getuigschrift heeft ondertekend.



**Bijzondere situatie: arbeidsongeschiktheid die vóór 1 juli 2019 is aangevat.**

Een zelfstandige wordt op maandag 3 juni 2019 ziek en gaat slechts op woensdag 5 juni 2019 naar zijn behandelend arts (de behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 03.06.2019 tot en met zondag 30.06.2019).

De adviserend arts erkent deze periode van arbeidsongeschiktheid vanaf 3 juni 2019 tot en met 30 juni 2019.

=> Dezelfde zelfstandige voelt zich echter nog niet geschikt om het werk te hervatten en begeeft zich op maandag 1 juli 2019 naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid. De behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 1 juli 2019 tot en met zondag 28 juli 2019.

*Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:* de arbeidsongeschiktheid zal door de adviserend arts (ten vroegste) vanaf maandag 1 juli 2019 kunnen worden erkend.

*Aangiftetermijn:* het gaat dus om een **verlenging** in het kader van de uitkeringsverzekering (bij een erkenning vanaf maandag 01.07.2019) die moet worden aangegeven uiterlijk de tweede dag die volgt op de dag waarop de behandelend arts het getuigschrift heeft ondertekend.

=> Dezelfde zelfstandige voelt zich echter nog niet geschikt om het werk te hervatten en begeeft zich op woensdag 3 juli 2019 naar zijn behandelend arts in het kader van een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid. De behandelend arts bepaalt op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheid vanaf maandag 1 juli 2019 tot en met zondag 28 juli 2019.

*Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:* de arbeidsongeschiktheid zal door de adviserend arts slechts (ten vroegste) vanaf woensdag 3 juli 2019 kunnen worden erkend.

*Aangiftetermijn:* het gaat dus om een **herval** in het kader van de uitkeringsverzekering die moet worden aangegeven uiterlijk de tweede dag die volgt op de dag waarop de behandelend arts het getuigschrift heeft ondertekend.

1. Cf. ook punt 2.4 van de nota BZ2015-23 goedgekeurd door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen tijdens zijn zitting van 07.12.2015.

**!** **Opmerking** : als een arbeidsongeschiktheid eindigt op vrijdag (cf. een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat op de voorgaande maandag is getekend en een einde van de arbeidsongeschiktheid op vrijdag vermeldt) en een verlenging van deze arbeidsongeschiktheid wordt vanaf de daaropvolgende maandag aangegeven (getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat een verlenging van de arbeidsongeschiktheid op maandag vermeldt na een bezoek aan de behandelend arts in de loop van deze maandag), kan de adviserend arts de arbeidsongeschiktheid slechts vanaf maandag erkennen gelet op het nieuwe voorschrift van artikel 53, tweede lid van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (zelfs al gaat het om twee periodes die elkaar onmiddellijk opvolgen en enkel door een weekend worden onderbroken).

## 2.4. Medische overmacht

Als de zelfstandige zich niet in staat voelt om zich op de eerste dag van zijn arbeidsongeschiktheid naar zijn behandelend arts te begeven (medische overmacht), bepaalt de nieuwe tekst van artikel 53 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 geen mogelijkheid om af te wijken van het “algemene principe”. De adviserend arts zal dus niet een vroegere datum in aanmerking kunnen nemen dan de datum waarop het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts is ondertekend, ongeacht de reden die aan de grondslag ligt van het verschil tussen de begindatum van de arbeidsongeschiktheid en de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts.

**>** *Voorbeeld :*

Een zelfstandige wordt ziek op zaterdag 13 juli 2019 (zeer hoge koorts), maar het is voor hem onmogelijk om zich te verplaatsen en hij leeft alleen. Hij verwittigt zijn behandelend arts per telefoon, maar die kan zich niet tot bij hem thuis begeven. De betrokken zelfstandige begeeft zich dan op maandag 15 juli 2019 naar zijn arts (de koorts is gezakt). Zijn behandelend arts tekent op 15 juli 2019 het getuigschrift, maar stelt vast dat de arbeidsongeschiktheid op 13 juli 2019 is aangevat (de datum waarop de betrokkene daadwerkelijk ziek is geworden). Het gaat hier om een geval van medische overmacht dat niet in aanmerking zal kunnen worden genomen voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid op een vroegere datum dan de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts.

Bij een **laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid** blijft de medische overmacht echter, in voorkomend geval, van toepassing om de sanctie op te heffen (geen wijziging van art. 58<sup>ter</sup> van het K.B. van 20.07.1971), maar ten vroegste vanaf de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid – vóór deze datum is geen erkenning en vergoeding van de arbeidsongeschiktheid mogelijk.

**>** *Voorbeeld :*

Een zelfstandige wordt ziek op zaterdag 13 juli 2019 (zeer hoge koorts), maar het is voor hem onmogelijk om zich te verplaatsen en hij leeft alleen. Hij verwittigt zijn behandelend arts per telefoon, maar die kan zich slechts tot bij hem thuis begeven op maandag 15 juli 2019. Zijn behandelend arts tekent op 15 juli 2019 het getuigschrift, maar stelt vast dat de arbeidsongeschiktheid op 13 juli 2019 is aangevat (de datum waarop de betrokkene daadwerkelijk ziek is geworden) en op 28 juli 2019 zal eindigen. De adviserend arts zal de arbeidsongeschiktheid slechts kunnen erkennen vanaf 15 juli 2019.

De betrokkene bezorgt zijn getuigschrift van arbeidsongeschiktheid pas op 25 juli 2019 aan zijn ziekenfonds (cf. de poststempel), gelet op de fysische onmogelijkheid (blijvende hoge koorts) om zich vóór die laatste datum te verplaatsen. Het gaat dus om een laattijdige aangifte wegens de overschrijding van de termijn van 7 dagen opgelegd om over te gaan tot de aangifte van de arbeidsongeschiktheid bij het betrokken ziekenfonds (de laatste dag van deze termijn was *in casu* 22.07.2019).

Vermits het gaat om een geval van medische overmacht, is het mogelijk om de sanctie wegens laattijdige aangifte vanaf 15 juli 2019 tot en met 25 juli 2019 op te heffen.

### III. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van **1 juli 2019** en is van toepassing op de arbeidsongeschiktheden die vanaf deze datum aanvatten – met inbegrip van de hervallen en de verlengingen van de periodes van arbeidsongeschiktheid die vóór 1 juli 2019 zijn aangevat.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/222 - 481/88 en 489/4 van 12 juli 2019.

## V. Proces aanvragen tot inschrijving met terugwerkende kracht in toepassing van artikel 252, zesde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Deze omzendbrief heeft tot doel een overzicht te geven van de geldende afspraken voor de indiening van de dossiers met aanvragen tot inschrijving met terugwerkende kracht, bedoeld in artikel 252, zesde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet.

### 1. Inleiding

Voor de meeste hoedanigheden van gerechtigde (zoals werknemer, werkloze, gepensioneerde,...) heeft een inschrijving uitwerking vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde ontstond. Bij de inschrijving in een enkele bijzondere hoedanigheid is dat echter niet zo en gaat de inschrijving pas in vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de betrokken persoon een aanvraag om inschrijving heeft gedaan. Dat is zo voor:

- de gewezen koloniale ambtenaren
- de studenten van het hoger onderwijs
- de personen ingeschreven in het Rijksregister (de “residenten”)
- de leden van een kloostergemeenschap
- de niet begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV).

Dat wil dus zeggen dat ook het recht op tegemoetkomingen van deze laatste personen, maar kan ingaan vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin ze om inschrijving hebben verzocht. Voor kosten van geneeskundige verzorging die vóór die datum liggen, is er dus géén tegemoetkoming. Dat kan natuurlijk enorme gevolgen hebben: bijvoorbeeld in het geval van een kostelijke ingreep of een hospitalisatie, die valt voor de inschrijving.

Onze reglementering voorziet, in artikel 252, zesde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat de leidend ambtenaar van de Dienst voor Administratieve controle (DAC), op voorstel van de verzekeringsinstelling, kan beslissen af te wijken van de regel van de datum van opening recht bij de inschrijving in één van deze hoedanigheden, in zogenaamde “behartigenswaardige situaties”. De leidend ambtenaar van DAC kan dan, op gemotiveerd voorstel van de verzekeringsinstelling, aanvaarden dat de inschrijving toch eerder uitwerking heeft, en kan de datum bepalen vanaf wanneer de inschrijving in het verleden uitwerking heeft.

In de praktijk worden die beslissingen voorbereid door de Directie toegankelijkheidsgegevens van de dienst voor administratieve controle, en dan aan de leidend ambtenaar ter ondertekening voorgelegd.

In deze omzendbrief worden geen afspraken beschreven ten aanzien van de inhoud van de beslissingen zelf, die kunnen worden genomen binnen artikel 252, zesde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. In deze omzendbrief gaat het om afspraken met betrekking tot de gegevensuitwisseling binnen het proces aanvragen aangaande de inschrijving met terugwerkende kracht als gerechtigde in één van de geïmplementeerde hoedanigheden.

De afspraken met betrekking tot de gegevensuitwisseling omvatten onder meer de volgende krijtlijnen:

1. Aanvraagmodaliteiten
2. Ontvankelijkheidsvoorwaarden
3. Antwoordmodaliteiten

De dienst benadrukt dat de aanvraag aangaande de inschrijving met terugwerkende kracht in de hoedanigheid steeds vanuit de verzekeringsinstelling (landsbond) dient te gebeuren. Zo kan de landsbond zijn coördinerende rol vervullen en eventueel overbodige aanvragen filteren. Indien een aanvraag toekomt vanuit een ziekenfonds zal deze worden geweigerd en zal het ziekenfonds worden gevraagd de aanvraag in te dienen via zijn landsbond.<sup>1</sup>

Het feit dat de aanvraag vanuit een verzekeringsinstelling moet komen, betekent ook dat aanvragen die via andere kanalen toekomen, bijvoorbeeld via een OCMW, sowieso niet ontvankelijk zijn; en niet kunnen worden behandeld. In deze gevallen zal de dienst een antwoord verstrekken naar deze instelling, met de uitleg over de te volgen procedure.

Een aanvraag wordt bij voorkeur via mail ingediend bij de dienst. Het e-mailadres [dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be) wordt gebruikt. Het onderwerp van de mail wordt als volgt opge maakt: aanvraag retroactieve inschrijving, in toepassing van artikel 252, zesde lid, koninklijk besluit van 3 juli 1996, gevolgd door de naam (voornaam gevolgd door de familienaam) en het INSZ-nummer van de betrokken sociaal verzekerde.

## 2. Ontvankelijkheidsvoorwaarden

De dienst benadrukt dat de reglementering voorziet dat de leidend ambtenaar op voorstel van de verzekeringsinstelling beslist. De verzekeringsinstelling dient dus eerst een positieve beslissing genomen te hebben.

De aanvraag bestaat uit een motivering van de positieve beslissing van de verzekeringsinstelling om voor de betrokken sociaal verzekerde een inschrijving met terugwerkende kracht in die hoedanigheid te vragen bij de leidend ambtenaar van DAC. De aanvraag van de verzekeringsinstelling moet dus expliciet de argumenten vermelden op basis waarvan de verzekeringsinstelling zijn goedkeuring heeft gegeven. (Zo is een eenvoudig overmaken van de aanvraag van betrokkene zeker niet voldoende.)

Aanvragen zonder motivatie worden beschouwd als zijnde onontvankelijk.

Deze motivering zal voor een deel bestaan uit de beschrijving van de behartigenswaardigheid. Vooreerst een aanvraag naar de DAC te sturen moet de verzekeringsinstelling, zoals vermeld, zelf al een positieve beslissing hebben genomen. Dit kan alleen als ze vond dat de behartigenswaardigheid aanwezig was. De aanvraag aan de DAC beschrijft deze vastgestelde behartigenswaardigheid.

Wat wordt verstaan onder een behartigenswaardige situatie? De reglementering geeft geen definitie.

Maar in het algemeen wordt onder behartigenswaardige gevallen, die gevallen verstaan, waarin een persoon zich in een moeilijke socio-economische situatie bevindt, en waarin de regel van niet terugwerking, niet opweegt tegen de gevolgen voor de gerechtigde.

1. *Mutatis mutandis* geldt dit ook voor de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering: de aanvraag dient steeds vanuit de Hulpkas te gebeuren, en niet vanuit een gewestelijke dienst.



Dat houdt dus ook in dat de directie toegankelijkheidsgegevens van de DAC op basis van de aanvraag (en aan de hand van mogelijke bijlagen) inzicht moet kunnen krijgen in de socio-economische situatie van de aanvrager van de retroactieve inschrijving: de aanvraag moet dus in dat opzicht goed gemotiveerd zijn, en voldoende uitvoerig melding maken van de moeilijke sociaal-economische situatie.

Behartigenswaardigheid houdt ook in, dat het moet gaan om een geval waarin de impact van de niet-tijdige inschrijving ernstig genoeg is op het vlak van de tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging. Het bedrag van de prestaties geneeskundige verzorging moet in verhouding staan met de socio-economische situatie en dus ook bijdragen aan de noodzaak voor een inschrijving met terugwerkende kracht. De aanvraag bevat dus ook informatie over de hoogte van de medische kosten die ongedekt zouden blijven indien de inschrijving niet retroactief zou gebeuren.

De aanvraag moet uiteraard ook duidelijk vermelden in welke hoedanigheid precies de retroactieve inschrijving wordt gevraagd – het moet gaan om één van de hoedanigheden, vermeld in artikel 32, eerste lid, 12°, 14°, 15°, 21° en 22° van de gecoördineerde wet. De aanvraag dient voor de betrokken hoedanigheid, waarvoor de retroactieve inschrijving gevraagd wordt, ook mee te delen welk het bewijsstuk of gegeven is waarop men zich voor het bezit van die hoedanigheid gesteund heeft.

De aanvrager moet ook nog in leven zijn of ten minste een inschrijvingsformulier ondertekend hebben. Zo niet kan men niet aannemen dat er sprake is van een retroactieve inschrijving. Dit inschrijvingsformulier kan best ook worden meegestuurd met de aanvraag.

Bij dit type dossiers is er vaak ook een belangrijke internationale component. Sommige aanvragen hebben betrekking op verzekerden die een Belgische en buitenlandse verzekeraar (tijdelijk) combineren. Het is belangrijk dat ook deze aspecten door de verzekeringsinstelling worden opgenomen in hun aanvraag.

De dienst wijst er tevens op dat een aanvraag voor een persoon die reeds overleden was, niet kan aanvaard worden (betrokkene kan in het kader van zulke aanvraag ook onmogelijk de nodige verklaringen doen of ondertekenen). Als iemand overlijdt tijdens de aanvraagprocedure en alle documenten zijn reeds ondertekend, dan kan de retroactieve inschrijving wel uitwerking krijgen.

### 3. Antwoordmodaliteiten

Op basis van een analyse van het dossier stelt de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens een voorstel van beslissing op ter attentie van de leidend ambtenaar van de DAC. Voor dossiers met een internationale component zal voorafgaand overleg worden gepleegd met de directie internationale relaties van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De dienst streeft er naar de aanvragen te behandelen en te beantwoorden binnen een termijn van 3 maanden.

De verzekeringsinstelling heeft de mogelijkheid aan te geven wanneer een dossier prioritair moet worden behandeld. Maar deze mogelijkheid blijft een uitzondering en dient te worden gemotiveerd.

De gemotiveerde beslissing wordt in naam van de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle overgemaakt aan de betrokken aanvragerende landsbond.

Een digitale kopie (scan) van de door de leidend ambtenaar ondertekende brief wordt tevens per e-mail aan de betrokken verzekeringsinstelling verzonden vanuit het e-mail adres [dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be).

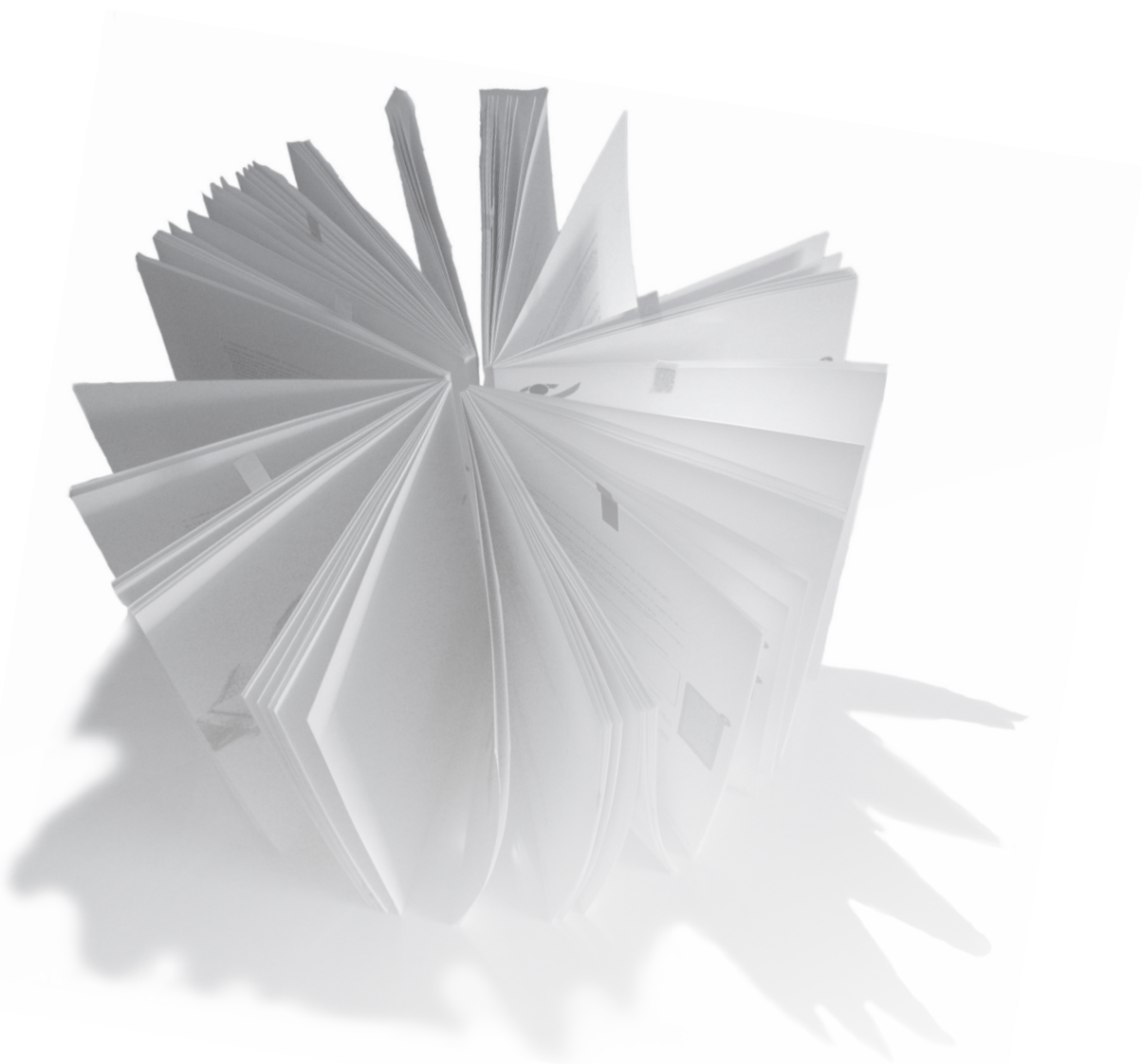
## 4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2017/127, en treedt in werking op de dag van zijn publicatie.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/207 - 230/12 van 3 juli 2019.

5<sup>e</sup> Deel  
Basisgegevens



I. Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3<sup>de</sup> lid van het K.B. van 03.07.1996) - Residenten

Van toepassing vanaf 1 juli 2019.

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

### Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24

Jaargemiddelde (bedragen in EUR)	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68



Omzendbrief V.l. nr. 2019/203 - 270/77 - 273/78 - 274/79 - 276/128 - 2790/79 - 2791/77 - 2792/76 - 3910/1729 en 83/493 van 3 juli 2019.

## II. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoet-koming (art. 37, §19) vanaf 1 juli 2019 - Welvaart

Van toepassing vanaf 1 juli 2019.

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

Op 1 juli 2019 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
19.566,25 EUR	3.622,24 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2019/204 - 3991/308 van 3 juli 2019.

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

Van toepassing vanaf 1 januari 2020.

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 2020

2018	Gezondheidsindex	Gemiddelde	
Maart	106,71		
April	106,89		
Mei	106,99		
Juni	107,01	106,9	(A)

2019	Gezondheidsindex	Gemiddelde	
Maart	109,04		
April	108,98		
Mei	108,89		
Juni	109,02	108,98	(B)

(B) = 108,98	<b>1,95 %</b>
(A) = 106,9	

## Berekening bedrag op 1 januari 2020

Basisbedrag (in EUR) 25,00		
Bedrag op		
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 %
1 januari 2019	29,09	1,45 %
1 januari 2020	29,66	1,95 %



Omzendbrief V.I. nr. 2019/218 - 65/29 van 10 juli 2019.



**Redactiecomité**

Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Céline Faufeder  
Mevr. Mélissa François  
Mevr. Nuray Özdemir  
Mevr. Charlotte Lefebre  
Mevr. Natalia Golovneva  
De h. Tom Candaele

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726