

1^e Deel

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



2^{de} trimester 2020

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.05.2020 - Editie 1	07.05.2020	Wet houdende uitzonderlijke maatregelen in het kader van de COVID-19-pandemie inzake pensioenen, aanvullende pensioenen en andere aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid

Samenvatting van de wijzigingen

Wat de pensioenregeling betreft, voorziet deze wet erin dat het rust- en overlevingspensioen in het stelsel voor werknemers, in de regeling voor zelfstandigen en in de regeling voor ambtenaren zonder enige beperking mogen worden gecumuleerd met de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering en de invaliditeitsuitkering, voor zover deze betrekking heeft op de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 en de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan het coronavirus COVID-19.

Voor de reglementering van de uitkeringsverzekering blijven de volgende principes van toepassing:

- overlevingspensioen: een cumulatie is mogelijk, zonder enige beperking
- rustpensioen:
 - => tot de laatste dag van de maand waarin de gerechtigde de leeftijd van 65 jaar bereikt:
 - regeling voor de werknemers: cumulatieregeling bedoeld in artikel 235 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
 - regeling voor de zelfstandigen: cumulatieregeling bedoeld in artikel 29, § 1, 5^o van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 is van toepassing.
 - => vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de gerechtigde de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt:
 - regeling voor de werknemers: een weigering van de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (art. 108, 3^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)
 - regeling voor de zelfstandigen: een weigering van de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (art. 26, 2e lid van het K.B. van 20.07.1971).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.06.2020 – Editie 1	04.05.2020	Wet tot wijziging van wettelijke bepalingen voor wat de transparantie van de overeenkomsten inzake terugbetaalbare specialiteiten betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 11 van de wet van 1 april 2019 houdende bepalingen betreffende de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten alsook de administratiekosten, de efficiëntie en de transparantie van de verzekeringsinstellingen wordt aangevuld met een tweede lid, luidende: “in afwijking van het eerste lid heeft het Rekenhof, ingeval de Kamer van volksvertegenwoordigers het Hof een opdracht toevertrouwd als bedoeld in artikel 5 van de wet van 29 oktober 1846 op de inrichting van het Rekenhof, toegang tot de volledige overeenkomsten bedoeld in het eerste lid, inclusief de vertrouwelijke bijlagen, om deze opdracht tot een goed einde te kunnen brengen.”
- in artikel 35 *bis*, § 7 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het vijfde lid wordt aangevuld met een bepaling onder 3^o, luidende: “3^o in geval van een door de Kamer van volksvertegenwoordigers aan het Rekenhof toevertrouwde opdracht, met toepassing van artikel 11, tweede lid, van de wet van 1 april 2019 houdende bepalingen betreffende de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten alsook de administratiekosten, de efficiëntie en de transparantie van de verzekeringsinstellingen;”;
 - => wordt tussen het zevende en het achtste lid een lid ingevoegd, luidende: “In de onder het vijfde lid, 3^o, bedoelde gevallen, deelt het Instituut de door de partijen als vertrouwelijk aangemerkte informatie met het Rekenhof.”.
- voor de toepassing van deze wet gelden de artikelen 33 en 34 van het reglement van orde van het Rekenhof niet voor de informatie die als vertrouwelijk is aangemerkt krachtens artikel 35 *bis*, § 7, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.06.2020	12.06.2020	Wet tot wijziging van de periodes die plaatsvinden tijdens de voorbevallingsrust en in aanmerking kunnen worden genomen voor de verlenging van de nabevallingsrust

Samenvatting van de wijzigingen

De wet biedt de gerechtigde de mogelijkheid om de nabevallingsrust te verlengen met de volgende dagen, die zich situeren in de periode vanaf de zesde week - achtste week voor een meerling - tot en met de tweede week die voorafgaat aan de bevallingsdatum:

- de dagen van tijdelijke werkloosheid wegens overmacht
- de dagen van tijdelijke werkloosheid ingevolge gebrek aan werk om economische redenen voor de bedienden (de overdracht van de tijdelijke werkloosheid ingevolge gebrek aan werk om economische redenen voor de arbeiders was al mogelijk voor de wetswijziging)
- de dagen van arbeidsongeschiktheid
- de dagen van volledige werkverwijdering.

Gelet op de mogelijkheid om de nabevallingsrust te verlengen met vijf (zeven) weken wanneer de gerechtigde arbeidsongeschikt is tijdens de volledige periode vanaf de zesde (achtste) week tot en met de tweede week die voorafgaat aan de bevalling, wordt het huidige recht op de bijkomende week wanneer de gerechtigde arbeidsongeschikt is gedurende de hele periode van zes (acht) weken die voorafgaan aan de bevalling, opgeheven.

Gelet op de mogelijkheid om de nabevallingsrust te verlengen met de dagen van volledige werkverwijdering die zich situeren in de periode vanaf de zesde (achtste) week tot en met de tweede week die voorafgaat aan de bevalling, wordt ook bepaald dat de uitkering voor de volledige werkverwijdering (= 78,327 % van het geplafonneerd gederfde loon) kan worden toegekend, uiterlijk, tot de laatste dag van de tweede week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum (aangezien de week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum een week verplichte voorbevallingsrust is).

Die regeling heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.06.2020 – Editie 1	04.05.2020	Wet ter uitvoering van de besparingsmaatregelen bij de farmaceutische specialiteiten in het kader van de gezondheidszorgbegroting 2020

Samenvatting van de wijzigingen

De gezondheidszorgbegroting 2020 stelt het budget van de geneeskundige verzorging en de financiering ervan vast. Die beslissing houdt het nemen van besparingsmaatregelen in het kader van de partiële doelstellingen van de farmaceutische specialiteiten in.

De wet omvat verschillende maatregelen die nodig zijn in de sector van de farmaceutische specialiteiten om de begroting van de geneeskundige verzorging in evenwicht te houden: bijvoorbeeld

- old drugs cliff
- biologische geneesmiddelen
- verhoging van de prijsverminderingen na 12 jaar
- groepsgewijze herziening
- afschaffen van de veiligheidsmarge.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.04.2020 – Editie 1	18.03.2020	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 9 a), § 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 worden de volgende wijzigingen aangebracht: het lid na de verstrekking 428676, luidende: “De verstrekkingen 422450, 428654, en 428676 zijn niet onderling cumuleerbaar op dezelfde dag en kunnen gezamenlijk maximum 3 keer aangerekend worden, nadat de verstrekkingen 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 en 428632 gezamenlijk reeds 7 keer werden uitgevoerd en aangerekend.” wordt vervangen door:

“De verstrekkingen 422450, 428654, en 428676 zijn niet onderling cumuleerbaar op dezelfde dag en kunnen gezamenlijk maximum 3 keer aangerekend worden, nadat de verstrekkingen 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 en 428632 gezamenlijk reeds 6 keer werden uitgevoerd en aangerekend.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.04.2020 – Editie 1	09.04.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29 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 29 van de bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, A, wordt Hoofdgroep IX: Zitschelpen DLFO/LFO vervangen
- in § 1, A, wordt Hoofdgroep XI: Toebehoren, herstellen en onderhoud vervangen
- in § 1, A, wordt na hoofdgroep XI een hoofdgroep XII ingevoegd luidende als volgt: “Hoofdgroep XII: Toebehoren, herstellen en onderhoud voor hoofdgroep IX
- § 2 wordt vervangen
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren-specialisten” telkens vervangen door het woord “artsen-specialisten”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren” telkens vervangen door het woord “artsen”
- in de Nederlandse tekst worden de woorden “adviseerend geneesheer” telkens vervangen door het woord “adviseerend arts”
- een § 26 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.04.2020	16.04.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 1, A, en 19, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 18, § 1, A worden de verstrekkingen 444636-444640; 444651-444662; 444673-444684 en 444695-444706 en hun toepassingsregels na de verstrekking 444172-444183 ingevoegd
- in artikel 19 van dezelfde bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in § 1,
 - a) in de rubriek Categorie 4 wordt de zin die aanvangt met de woorden “- Stereotactische radiotherapie” en eindigt met de woorden “maligne hersentumoren beschouwd” opgeheven;
 - b) wordt de rubriek “Categorie 4bis” tussen de rubrieken “Categorie 4” en “Categorie 5” ingevoegd.
 - => in § 1bis wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, luidende: “Onder stereotactische bestraling wordt een uitwendige complexe bestraling verstaan met minstens 6 Gy per fractie.”.

3. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.04.2020 - Editie 1	18.03.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 3 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2020.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.04.2020 - Editie 1	23.03.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 215 bis 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 voorziet in een wijziging van artikel 215bis, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, zodat de garantiemaatregel voor de invalide gerechtigden die, op 31 december 2006, aanspraak konden maken op een uitkering als gerechtigde met gezinslast op basis van de erkenning van de noodzaak van hulp van derden, alleen van toepassing is als het verschil tussen het bedrag van de uitkering als gerechtigde met gezinslast en het bedrag van de uitkering als gerechtigde zonder gezinslast hoger is dan 16,7110 EUR (dit is het basisbedrag van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden vanaf 01.08.2019 verhoogd met 5 % in het kader van de welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen (2019-2020)).

Het koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2019.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2020	26.03.2020	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

Rekening houdende met het nieuwe distributiemodel van bpost vanaf 1 maart 2020 (aanpassing van de *non-prior* postbezorging) en met de wens om de verzekerde zijn of haar verzendingsmethode te laten kiezen, wordt met dit koninklijk besluit een juridische fictie ingevoerd in het kader van de verificatie van de aangiftetermijn voor de verzending via de post van het formulier voor een aangepaste werkhervatting in de regeling voor de werknemers.

Op voorwaarde dat dit document uiterlijk op de laatste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die werkhervatting ondertekend is, wordt het geacht tijdig te zijn verzonden als de poststempel uiterlijk de vijfde werkdag die volgt op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die werkhervatting is aangebracht (in het kader van die termijn van vijf werkdagen, is een "werkdag" elke dag, behalve de zondag en de wettelijke feestdagen).

Dit koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2020 en is van toepassing op de aanvraagformulieren voor een aangepaste werkhervatting waarop de poststempel ten vroegste vanaf deze datum is aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.04.2020 – Editie 2	18.03.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 53 en 58 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet van 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 met het oog op het schrappen van de carenzperiode wordt vanaf 1 juli 2019 onder andere bepaald dat de periode van arbeidsongeschiktheid (erkend door de adviserend arts) pas kan aanvangen op de datum waarop het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts is ondertekend.

Het koninklijk besluit van 18 maart 2020 beperkt de toepassing van die regel tot de initiële aangifte van de periode van arbeidsongeschiktheid. Die regel is dus niet meer van toepassing op eventuele verlengingen en herval in diezelfde periode van arbeidsongeschiktheid.

Deze wijziging treedt in werking op de tiende dag na de bekendmaking van het voormelde koninklijk besluit van 18 maart 2020 in het Belgisch Staatsblad, namelijk op 16 april 2020. Ze zal dus van toepassing zijn op de verlengingen en het hervallen die aanvangen vanaf die datum.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.04.2020 - Editie 1	31.03.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 worden de woorden “dat niet kan genieten” vervangen door de woorden “dat al dan niet kan genieten”
- artikel 1 wordt aangevuld met 3 leden
- artikel 2,
 - => § 1, 1^o wordt aangevuld met de volgende zin: “Wat betreft buitenlandse, wetenschappelijke en specifieke stages wordt voor toepassing van dit besluit als stagemeester beschouwd de stagemeester die als coördinerende stagemeester optreedt overeenkomstig het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten, in bijzonder artikel 11, § 3, 2, artikel 11/1, § 2, 2^o of artikel 12, § 2, 2^o”;
 - => § 1 wordt aangevuld met 4^o;
 - => in § 2 worden de woorden “31 maart” vervangen door de woorden “15 mei”.

- in artikel 4,
 - => in het eerste lid, worden de woorden “ongeacht het aantal kandidaten in professionele vorming” opgeheven.
 - => het tweede lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor het referentiejaar 2019 bedraagt de tegemoetkoming 705,98 EUR per kalendermaand per arts-specialist in opleiding overeenkomstig artikel 2; behoudens voor de gevallen voorzien onder artikel 4 van het voornoemd ministerieel besluit, waarbij de tegemoetkoming wordt gereduceerd overeenkomstig de genoteerde activiteitsgraad”;
 - => het derde lid wordt vervangen;
- in artikel 5 van hetzelfde besluit worden de woorden “31 mei” vervangen door de woorden “15 juli”.
- een artikel 7/1 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.04.2020 - Editie 1	06.04.2020	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 ten huize

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 worden de woorden “bedoeld in artikel 2” vervangen door de woorden “bedoeld in artikelen 2 en 2/1”
- de bijlage wordt vervangen.

Alle aanvragen om tegemoetkoming toegekend door de adviserend arts vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven gelden gedurende hun geldigheidsperiode.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.04.2020 - Editie 1	06.04.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2, D, worden de woorden “bedoeld in artikel 3” vervangen door de woorden “bedoeld in artikelen 3 en 4”
- in artikel 6, § 1, tweede lid worden de woorden “in artikel 95, § 2 a) van het koninklijk besluit van 21 december 2001” vervangen door de woorden “in artikel 127, § 2 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018”
- in artikel 1, 4^o worden de woorden “het koninklijk besluit van 21 december 2001” vervangen door de woorden “het koninklijk besluit van 1 februari 2018”
- artikel 6bis, § 1 wordt aangevuld
- bijlage I wordt vervangen.

Alle aanvragen om tegemoetkoming toegekend door de adviserend arts vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven gelden gedurende hun geldigheidsperiode.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.04.2020 - Editie 1	14.04.2020	Koninklijk besluit tot bepaling van de datum van inwerkingtreding van de wet van 22 april 2019 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 terugbetalingsmogelijkheden voor contraceptiva en de morning-afterpil uit te breiden, en tot wijziging van voornoemd koninklijk besluit

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2 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, worden in het derde lid, vervangen door het koninklijk besluit van 23 maart 2019, de woorden “21 jaar” vervangen door de woorden “25 jaar”
- hebben uitwerking op 1 april 2020:
 - => de wet van 22 april 2019 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 terugbetalingsmogelijkheden voor contraceptiva en de morning-afterpil uit te breiden;
 - => dit koninklijk besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.04.2020 - Editie 1	27.04.2020	Koninklijk besluit nr. 13 tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen, in het bijzonder voor wat betreft de uitbreiding naar bepaalde zelfstandigen in bijberoep en actieve gepensioneerden

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit omvat drie maatregelen ten gunste van de zelfstandigen die zijn getroffen door de coronacrisis. Het crisisonderbruggingsrecht heeft een impact op de uitkeringsverzekering:

- de zelfstandige geniet het crisisonderbruggingsrecht en wordt vervolgens arbeidsongeschikt erkend: de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden geweigerd voor de periode die is gedekt door de maandelijkse financiële uitkering die wordt toegekend in het kader van het crisisonderbruggingsrecht (anticumulregel ingevoegd in een nieuwe paragraaf 2 van art. 28 van het K.B. van 20.07.1971)
- de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde oefent een activiteit uit als zelfstandige met toestemming van de adviserend arts en moet die activiteit verplicht onderbreken wegens COVID-19; de betrokkene kan geen aanspraak maken op de financiële uitkering in het kader van het crisisonderbruggingsrecht (invoering van een nieuwe paragraaf 5 in art. 4 van de wet van 23.03.2020 tot wijziging van de wet van 22.12.2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen)

- een zelfstandige is ongeschikt om te werken (reeds een onderbreking van de uitoefening van zijn beroepsactiviteit ingevolge de arbeidsongeschiktheid: een toekenning van de financiële uitkering in het kader van het crisioverbruggingsrecht is niet mogelijk (zoals nu al het geval is). De betrokkene kan geen aanspraak maken op deze tijdelijke crisismaatregel.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2020 – Editie 1	29.04.2020	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

Rekening houdende met het nieuwe distributiemodel van bpost vanaf 1 maart 2020 (aanpassing van de *non-prior* postbezorging) en met de wens om de verzekerde zijn of haar verzendingsmethode te laten kiezen, wordt met dit koninklijk besluit in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen een juridische fictie ingevoerd in het kader van de verificatie van de aangiftetermijn voor de verzending van het geneeskundig getuigschrift via de post om de arbeidsongeschiktheid aan de adviserend arts van het ziekenfonds te melden.

Op voorwaarde dat dit getuigschrift uiterlijk op de laatste dag van de toepasselijke termijn ondertekend is, wordt het geacht tijdig te zijn verzonden als de poststempel uiterlijk de vijfde werkdag na het verstrijken van de toepasselijke termijn is aangebracht (“werkdag” is elke dag, behalve de zondag en de wettelijke feestdagen).

De bepalingen van dit koninklijk besluit hebben uitwerking met ingang van 1 maart 2020 en zijn van toepassing op de geneeskundige getuigschriften waarop de poststempel ten vroegste vanaf deze datum is aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2020 – Editie 2	06.05.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit wordt de toepassing van de tijdelijke crisismaatregel van het overbruggingsrecht verlengd. De artikelen 3, 4 en 5 van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen zijn van toepassing op alle gedwongen onderbrekingen overeenkomstig artikel 4, 3^o van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen, wegens COVID-19 en die plaatsvinden in de loop van de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 mei 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.05.2020	13.05.2020	Koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o opschorting van de vooropgestelde termijnen door of krachtens de ZIV-wet
- o organisatie van de schriftelijke procedures of de procedures op afstand
- o de prijzen en vergoedingsbasissen van de zuurstofconcentratoren
- o de nomenclatuurcodenummers expliciet gecreëerd met de waarde van de sleutelletter
- o de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering kan tegemoetkomen in de kosten van opvolging, toezicht en zorg verleend in de schakelzorgcentra die zijn opgericht door de deelen-titeiten en die tijdelijk patiënten huisvesten die getroffen zijn door het coronavirus en die geen ziekenhuiszorg nodig hebben of niet meer nodig hebben, maar die ook niet naar hun gewone verblijfssituatie kunnen terugkeren omdat ze nog steeds besmettelijk zijn
- o het wettelijke kader van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de triage- en testcentra
- o uitbreiding van de opening van de huisartsenwachtposten voor een periode van 3 maanden tot 's avonds en 's nachts gedurende de week
- o beschermingsmaatregel: De Koning kan voorzien in een tijdelijke financiële tegemoetkoming in de kosten van de specifieke beschermingsmaatregelen en van het materiaal in het kader van de COVID-19-pandemie. Er kunnen geen bedragen door de zorgverlener aan de rechthebbende worden gefactureerd in verband met de kosten van de specifieke beschermingsmaatregelen en het materiaal, ongeacht de conventiestatus.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.05.2020 – Editie 3	18.05.2020	Koninklijk besluit tot tijdelijke schorsing, ingevolge de COVID-19-pandemie, van de toepassing van de voorwaarde dat het tijdvak van arbeidsongeschiktheid in de uitkeringsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten ten vroegste kan aanvangen op de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

Samenvatting van de wijzigingen

De periode van arbeidsongeschiktheid (erkend door de adviserend arts) kan ten vroegste ingaan op de datum waarop de behandelend arts het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid heeft ondertekend. Die algemene regel is sinds 1 juli 2019 van toepassing in de regeling voor de zelfstandigen.

Diezelfde algemene regel is niet van toepassing voor elke periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt gedurende de periode vanaf 1 maart 2020 tot en met 30 september 2020.

Het gaat om een tijdelijke opschorting (gedeeltelijk met terugwerkende kracht) die betrekking heeft op alle gevallen van arbeidsongeschiktheid vanaf 1 maart 2020 die niet vallen binnen de toepassings-sfeer van de eerste uitzondering bepaald in het koninklijk besluit van 18 maart 2020 (B.S., 06.04.2020 - Editie 2):

- iedere periode van arbeidsongeschiktheid (met inbegrip van een verlenging van of een eventueel hervat tijdens eenzelfde periode van arbeidsongeschiktheid) die aanvangt gedurende de periode vanaf 1 maart 2020 tot en met 15 april 2020
- iedere periode van arbeidsongeschiktheid die initieel begint gedurende de periode vanaf 16 april 2020 tot en met 30 september 2020 (eerste aangifte van arbeidsongeschiktheid).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.05.2020 – Editie 1	14.05.2020	Koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie
20.05.2020 – Editie 3	14.05.2020	Koninklijk besluit nr. 21 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In dit koninklijk besluit worden de in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging vereiste tijdelijke maatregelen vastgesteld, die nodig zijn voor het behoud van de continuïteit van de zorg ten gevolge van de pandemie, van de genomen inperkingsmaatregelen in het bijzonder en hun gevolgen voor de toegang tot de zorg voor de rechthebbenden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.05.2020 – Editie 1	05.05.2020	Koninklijk besluit tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een harmonisering doorgevoerd van de reglementering betreffende de sociale voordelen voor de zes sectoren waarvoor momenteel in een sociaal statuut wordt voorzien (apothekers, artsen, kinesitherapeuten, logopedisten, tandheelkundigen en verpleegkundigen). Het is de bedoeling om te komen tot een meer eenvormige en transparante reglementering en tot meer efficiëntie.

Het koninklijk besluit treedt in werking vanaf het dienstjaar 2019 voor de sector van de apothekers, kinesitherapeuten, logopedisten en verpleegkundigen, en vanaf het dienstjaar 2020 voor de sector van de artsen en tandheelkundigen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.06.2020 – Editie 1	29.05.2020	Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 70, derde lid, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
15.06.2020	29.05.2020	Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 70, derde lid, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de voorwaarden vastgelegd voor de aanrekening van de uitgevoerde serologische testen voor de opsporing van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus (IgM, IgG of IgA) aan de ziekteverzekering.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.06.2020 – Editie 1	28.05.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht: In artikel 6, § 1, 2^o tot en met 4^o, van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen, worden de woorden “in de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 mei 2020” telkens vervangen door de woorden “in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2020 – Editie 2	03.06.2020	Koninklijk besluit nr. 28 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt artikel 70 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, door het volgende:

“Art. 70. Serologische testen

Voor de looptijd van de toepassing van het koninklijk besluit van 17 maart 2020 tot instelling van een verbod op de terbeschikkingstelling, de ingebruikname en het gebruik van snelle tests voor het meten of opsporen van antilichamen met betrekking tot het SARS-CoV-2-VIRUS, kan de opsporing van antilichamen tegen dit voorgenoemde virus niet worden aangerekend via de verstrekkingen 552016-552020 of 551655-551666 uit artikel 24 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.

Uitgevoerde serologische testen voor de opsporing van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus (IgM, IgG of IgA) kunnen tijdens deze periode niet worden aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Vanaf de datum vastgesteld door de Koning kunnen voornoemde serologische testen onder de voorwaarden die Hij bepaalt, enkel aan de verzekering worden aangerekend voor de opsporingstesten die voorkomen op een lijst opgesteld door Sciensano en voor de doelgroepen die Hij bepaalt.

De vergoedingsbasis van deze testen stemt overeen met de waarde van 9,60 EUR. Geen enkel bijkomend bedrag kan aan de rechthebbende worden aangerekend voor deze testen ongeacht de conventiestatus.

De opsporingstesten die voorkomen op de in het derde lid bedoelde lijst en die door erkende laboratoria worden uitgevoerd bij personen die niet tot de vastgestelde doelgroepen behoren, worden aangerekend aan de personen die erom verzoeken aan het in het vierde lid bedoelde bedrag.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2020 – Editie 1	20.05.2020	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 Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

Samenvatting van de wijzigingen

Een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van 384.797,97 EUR wordt voor een periode van twee jaar toegekend aan de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.06.2020 – Editie 2	23.06.2020	Koninklijk besluit nr. 33 tot aanpassing van de inkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging om specifieke uitgaven gelinkt aan de COVID-19-pandemie te dekken

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 191, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, waarin de inkomsten van de verzekering worden vastgesteld, wordt met het koninklijk besluit een bepaling (1^oter) ingevoegd, volgens dewelke die inkomsten eveneens bestaan uit een Rijkstoelage voor het jaar 2020 waarvan het bedrag wordt vastgesteld bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, ter dekking van specifieke uitgaven van verzorgingsinstellingen, revalidatie-instellingen en de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, gelinkt aan de COVID-19-pandemie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2020 – Editie 2	26.06.2020	Koninklijk besluit nr. 41 tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit nr. 41 van 26 juni 2020 tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen, worden twee maatregelen beoogd:

- een verlenging met enkele bijkomende voorwaarden van de tijdelijke crisismaatregel overbruggingsrecht voor de maanden juli en augustus 2020
- de invoering van een tijdelijke maatregel overbruggingsrecht ter ondersteuning van de heropstart voor de maanden juni, juli en augustus 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2020 – Editie 2	26.06.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 3, derde en vierde lid, worden de woorden “het jaarlijks omzetcijfer” vervangen door de woorden “het gecorrigeerd jaarlijks omzetcijfer”;
 - => in paragraaf 3 wordt het vijfde lid vervangen als volgt: “Het “gecorrigeerd jaarlijks omzetcijfer” zoals vermeld, is het omzetcijfer zoals gedefinieerd in artikel 191, eerste lid, 15^o *novies* van de Wet, verminderd met 17 %.”;
 - => in paragraaf 3, zesde lid, worden de woorden “drieëntwintigste lid en achtentwintigste tot vijfendertigste lid” vervangen door de woorden “negenenveertigste tot vierenvijftigste lid”;
 - => in paragraaf 3, negende lid, worden de woorden “van artikel 82 van dit besluit en van het zevenendertigste lid” vervangen door de woorden “van het zesenvijftigste lid”;
 - => in paragraaf 3, tiende lid, worden de woorden “drieëntwintigste lid en achtentwintigste tot vijfendertigste lid” vervangen door de woorden “negenenveertigste tot vierenvijftigste lid”;
 - => in paragraaf 3, dertiende lid, worden de woorden “van artikel 82 van dit besluit en van het zevenendertigste lid” vervangen door de woorden “van het zesenvijftigste lid”;
 - => in paragraaf 4, vierde lid, worden de woorden “drieëntwintigste lid en achtentwintigste tot vijfendertigste lid” vervangen door de woorden “negenenveertigste tot vierenvijftigste lid”;
 - => in paragraaf 4, vijfde lid, worden de woorden “drieëntwintigste lid en achtentwintigste tot vijfendertigste lid” vervangen door de woorden “negenenveertigste tot vierenvijftigste lid”.

- in artikel 77, § 6, derde lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden “artikel 35^{ter}, § 4, 2^o, van de wet” vervangen door de woorden “artikel 35^{ter}, § 4, van de wet”
- artikel 80 van hetzelfde besluit wordt vervangen
- artikel 82 van hetzelfde besluit wordt opgeheven
- in artikel 83 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => paragraaf 4 wordt opgeheven;
 - => in paragraaf 5 wordt de eerste zin vervangen als volgt: “§ 5. De verlagingen bedoeld in paragraaf 1 zijn niet van toepassing op de farmaceutische specialiteiten waarvan de totale jaarlijkse omzet van het werkzaam bestanddeel of de combinatie van werkzame bestanddelen verminderd met 17 %, minder dan 1,5 miljoen EUR bedraagt.”;
 - => in paragraaf 7, eerste lid, worden de woorden “de bepalingen van §§ 2, 4 en 6” vervangen door de woorden “de bepalingen van §§ 2 en 6”;
 - => in paragraaf 7, wordt het vierde lid opgeheven;
- in artikel 126 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de paragrafen 1 en 2 worden vervangen;
 - => in de paragrafen 5 en 6 worden de woorden “en/of” telkens vervangen door het woord “en”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2020 - Editie 1	24.06.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan in artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen:

- in paragraaf 1, A, wordt de bepaling onder 1^o opgeheven
- in paragraaf 1, B, wordt de bepaling onder 1^o opgeheven
- in paragraaf 1, C, wordt de bepaling onder 1^o opgeheven
- in paragraaf 2 wordt het tweede lid vervangen als volgt: “Dat bedrag dekt het persoonlijk aandeel dat ten laste is van de rechthebbende in uitvoering van artikel 35^{bis} van de wet”.

4. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2020 - Editie 1	14.04.2020	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk I van bijlage I..

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.05.2020 – Editie 1	12.05.2020	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 en worden specialiteiten ingevoegd in hoofdstuk I van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.06.2020 – Editie 1	16.06.2020	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

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2020 - Editie 1	16.06.2020	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

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2020 – Editie 1	21.04.2020	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” 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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- het opschrift “G.4 Endoprothesen” wordt aangevuld met de verstrekkingen 180854-180865 en 180876-180880 en hun vergoedingsmodaliteiten

- de volgende wijzigingen worden in de vergoedingsvoorwaarde G-§ 04 aangebracht:
 - => in het opschrift “Gelinkte verstrekking(en):” worden de verstrekkingen “180854-180865” en “180876-180880” toegevoegd;
 - => in “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” wordt het eerste lid vervangen;
 - => in “2. Criteria betreffende de rechthebbende” wordt het eerste lid vervangen;
 - => in “2.1.1. “ wordt het eerste lid vervangen;
 - => in 2.1.1., 1), a), wordt de zin “- aneurysma van de arteria iliaca met een diameter van meer dan 3 cm zonder proximale iliacale nek;” vervangen door de zin “- aneurysma van de arteria iliaca met een diameter van meer dan 3,5 cm zonder proximale iliacale nek;”;
 - => 2) van “2.1.1. ” wordt vervangen;
 - => in “3. Criteria betreffende het hulpmiddel” wordt het eerste lid vervangen
 - => in “3.1. Definitie” worden in de Franse tekst, in het achtste lid dat betrekking heeft op de verstrekkingen 180493-180504 en 180515-180526, de woorden “*extension iliaque bifurquée*” vervangen door de woorden “*extension de bifurcation iliaque*” en wordt die aangevuld met een lid.
 - => “5.1. Cumul- en non-cumulregels” wordt vervangen

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 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 wordt een nieuwe nominatieve lijst 32713, behorende bij de verstrekking 180854-180865 en 180876-180880 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.05.2020 – Editie 1	12.05.2020	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk II, § 30001, van bijlage I bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014:

- de vergoedingsvoorwaarden worden vervangen
- radiofarmaceutische producten worden ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.06.2020 – Editie 1	10.06.2020	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” 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:

- het opschrift “D.3 Blaas” wordt aangevuld met de verstrekking 180950-180961 en haar vergoedingsvoorwaarden
- in de vergoedingsvoorwaarde D-§02, worden de volgende aanpassingen aangebracht:
=> het opschrift “gelinkte prestaties”, wordt aangevuld met de verstrekking “180950-180961”;
=> de “5.1. Cumul- en non-cumulregels” wordt vervangen.

5. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

10.04.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de oxyconcentratoren:

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor deel I - hoofdstuk 2 - afdeling 6 (§ 1 B - behandeling met een oxyconcentrator - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord:

Indien een patiënt beschikt over een machtiging voor een behandeling met een oxyconcentrator, conform de bepalingen van deel I - hoofdstuk 2 - afdeling 6 (§ 1 B - patiënten met acute hypoxemie) van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan.

In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voornoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

Belgisch Staatsblad

10.04.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met gasvormige zuurstof als actief bestanddeel.

Vraag:

In welke situatie mag een afgeleverde machtiging voor § 6370100 (zuurstoftherapie) als geldig beschouwd worden voor 6 maal een maand?

Antwoord:

Indien de patiënt over een machtiging voor gasvormige zuurstof, volgens de voorwaarden van § 6370100, beschikt, dan wordt de terugbetaling voor 6 periodes van 1 maand toegestaan. In dit geval blijft de huidige machtiging geldig tot en met 31 mei 2020 of, in voorkomend geval, tot een latere datum die door de minister van Sociale Zaken op voorstel van het Verzekeringscomité wordt bepaald.

De voornoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

Belgisch Staatsblad

10.04.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met ijzer als actief bestanddeel en voor de farmaceutische specialiteiten behorend tot de klasse van de erythropoëtines.

Vraag:

In welke situaties kan erythropoëtine en/of een specialiteit op basis van IV ijzer vergoed worden?

Antwoord:

Tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité zijn, in het geval van een tekort aan erythrocytenconcentraten, de specialiteiten op basis van IV ijzer en erythropoëtines terugbetaald, op voorwaarde dat ze bedoeld zijn ter correctie van bepaalde bloedarmoedes om zo te voorkomen dat transfusies nodig zijn.

De interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

Belgisch Staatsblad

10.04.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten EyleaR en LucentisR

Vraag:

In welke situatie kunnen de specialiteiten Eylea® en Lucentis® afgeleverd worden via de derdebetalersregeling in de publieke officina, in het kader van een intravitreale injectie in een praktijkruimte die de optimale aseptische omstandigheden garandeert overeenkomstig de richtlijnen van het FAGG?

Antwoord:

Indien een patiënt een machtiging heeft voor de terugbetaling van een behandeling met Eylea® of Lucentis® is de apotheker in de publieke officina tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité, gemachtigd om deze specialiteit af te leveren via de derdebetalersregeling.

De voornoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

Belgisch Staatsblad

10.04.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van een/meerdere farmaceutische verstrekking(en), product(en) of specialiteit(en) met machtiging vanwege de adviserend arts voor de terugbetaling:

Vraag:

Wat is de geldigheidsduur van een machtiging tot vergoedbaarheid van (een) verstrekking(en), product(en) of farmaceutische specialiteit(en) toegekend door een adviserend arts van een verzekeringsinstelling aan een patiënt?

Antwoord:

De einddatum van de geldigheid van machtigingen die zijn afgeleverd aan een patiënt door de adviserend arts van een verzekeringsinstelling voor farmaceutische verstrekkingen, producten of specialiteiten wordt opgeschoven tot minstens 31 mei 2020 (inbegrepen), of in voorkomend geval tot een latere datum, te bepalen door de minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, op voorstel van het Verzekeringscomité voor elke machtiging waarvan de einddatum van de geldigheidsperiode na 13 maart 2020 is.

De interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 april 2020.

Belgisch Staatsblad

30.06.2020

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met bortezomib als actief bestanddeel

Vraag:

Hoeveel verpakkingen van een farmaceutische specialiteit op basis van bortezomib kunnen overeenkomstig § 3270300 terugbetaald worden aan patiënten met multipel myeloom, die een progressie van de ziekte vertonen en die minstens één voorafgaande behandeling hebben gehad, indien de behandeling gecombineerd wordt met pomalidomide (IMNOVID)?

Antwoord:

Indien een patiënt geniet van een terugbetaling voor een farmaceutische specialiteit op basis van pomalidomide voor de behandeling van recidiverend en/of refractair multipel myeloom overeenkomstig § 10190000, mag het aantal vergoedbare verpakkingen van bortezomib het maximum van 8 cycli van 3 weken, toegediend over een periode van maximaal 8 maanden, overschrijden. Zolang de patiënt geniet van een terugbetaling van pomalidomide overeenkomstig § 10190000, kan bortezomib aan deze patiënt worden terugbetaald en dit tot vaststelling van ziekteprogressie ondanks de lopende behandeling. Hierbij dient de dosering van bortezomib, die vermeld wordt in de Samenvatting van de Productkenmerken (SKP) van pomalidomide voor de behandeling van recidiverend en/of refractair multipel myeloom, gerespecteerd te worden.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 juli 2020.

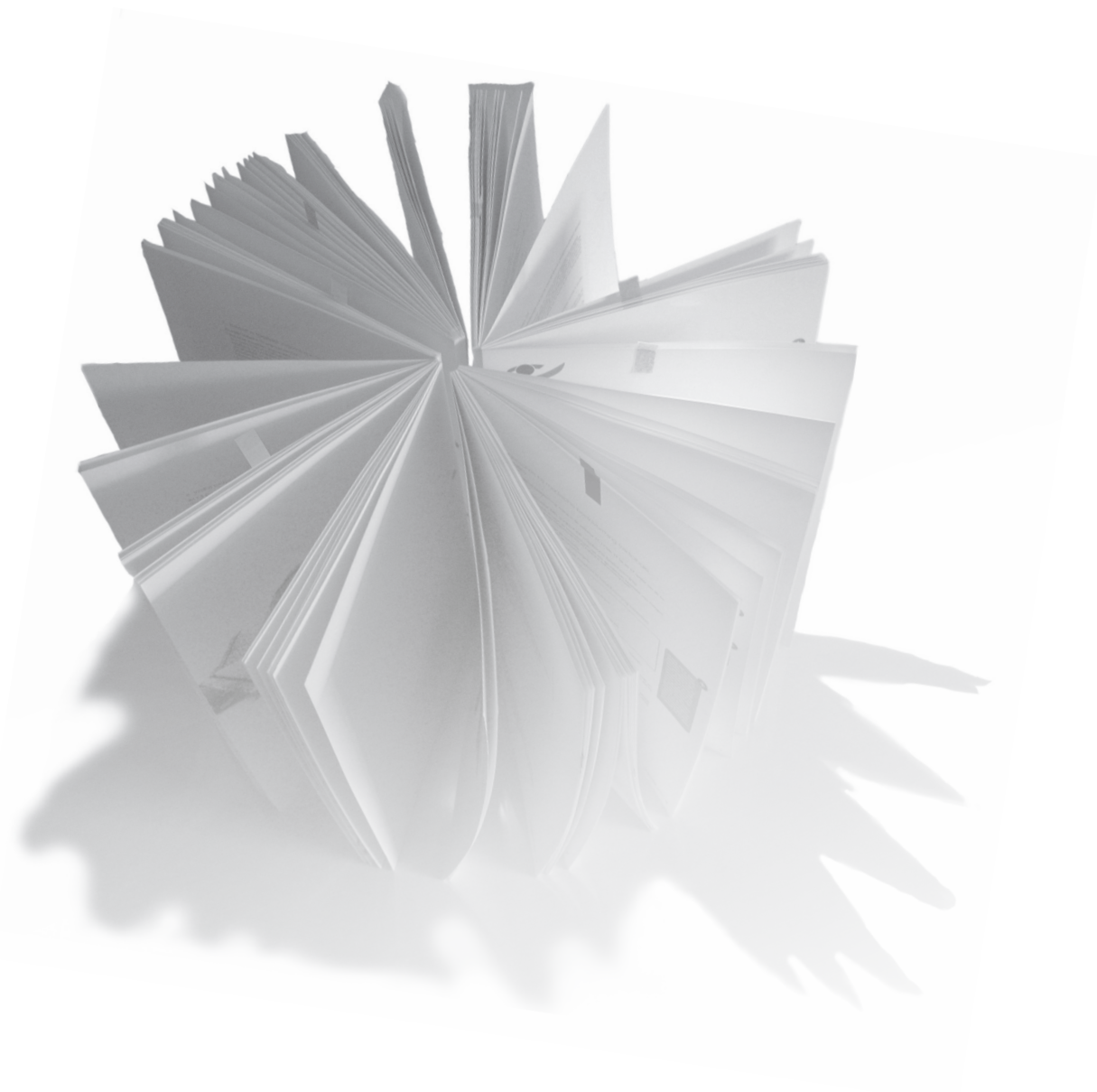
6. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2020 - Editie 1		Aanpassing buiten index op 1 mei 2020 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 mei 2020 wordt het bedrag van sommige sociale uitkeringen aan het spilindexcijfer 107,20 (basis 2013 = 100) aangepast.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Hof van Cassatie, 22 juni 2020

Art. 100, § 1 gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid - Voorafbestaande toestand - Afwezigheid van initieel verdienvermogen

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

De werknemer moet voordien dus een verdienvermogen van meer dan een derde van dat van de referentiepersoon hebben gehad opdat dit in de mate beschreven in het genoemde artikel kan worden verminderd.

Het is dus tegenstrijdig om enerzijds te oordelen dat de verzekerde nooit een verdienvermogen heeft gehad vóór haar intrede op de arbeidsmarkt, aangezien "haar psychisch-neurologische pijntoestand ongewijzigd was", en anderzijds dat haar "verdienvermogen werd verminderd met een percentage dat gelijk is aan of minder dan wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen door zijn werkzaamheid", wat de toekenning van verzekeringsuitkeringen voor ziekte en invaliditeit rechtvaardigt.

Arrest nr. S.20.0002.F

V.l. t./...

...

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt "dit l'appel de [la défenderesse] fondé [...] ; réforme le jugement entrepris, excepté quant aux dépens de la première instance ; annule la décision querellée et entérine les conclusions de l'expert ; dit la demande originaire de [la défenderesse] recevable et fondée ; dit pour droit que [la défenderesse] doit bénéficier des indemnités de l'assurance contre la maladie et l'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2014 à charge de [la demanderesse] ; condamne [la demanderesse] aux dépens d'appel [...] ainsi qu'à la contribution de vingt EUR au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne", par les motifs que :

"L'expert a conclu son rapport en ces termes :

À la date du 1^{er} février 2014 et ultérieurement, les lésions et troubles fonctionnels de [la défenderesse] 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'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a pu ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

[La défenderesse] n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail ; son état neurologique psychique algique est inchangé ;

Il convient d'entériner les conclusions de l'expert judiciaire, lesquelles sont justes et vérifiées et ne font pas l'objet de contestation sur le plan médical ;

L'appel de [la défenderesse] est donc fondé ;

Il convient de réformer le jugement entrepris, exépté quant aux dépens, et d'annuler la décision litigieuse ;

En conséquence, [la défenderesse] doit bénéficier des indemnités à partir du 1^{er} décembre 2014 à charge de [la demanderesse], outre les intérêts légaux à dater de chaque échéance jusqu'au parfait paiement”.

Griefs

Première branche

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

Il ressort des énonciations de l'arrêt, qui adopte les conclusions de l'expert judiciaire, que la défenderesse n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail.

Il s'ensuit qu'à défaut de réduction de sa capacité de gain, celle-ci n'ayant jamais existé, et aucune cessation d'activité n'étant démontrée, constatée ou même alléguée, la défenderesse ne pouvait être reconnue incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et, par conséquent, n'avait droit à aucune indemnité de ce chef à charge de la demanderesse.

En décidant que la défenderesse doit bénéficier des indemnités de l'assurance contre la maladie et l'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2014, sans qu'elle ait subi la moindre perte de capacité de gain, sur la base des (seuls) motifs se trouvant à sa page 3 et alors qu'il constate en fait que la défenderesse n'a jamais eu aucune capacité de gain et n'a pas subi de cessation d'activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, l'arrêt viole l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Seconde branche

Conformément à l'article 149 de la Constitution, tout jugement doit être motivé.

Une contradiction de motifs équivaut à une absence de motifs.

L'arrêt attaqué s'approprie, au titre de la motivation de sa décision, les conclusions de l'expert judiciaire, qu'il reproduit.

Il est contradictoire de décider tout à la fois que la défenderesse n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail, son état neurologique psychique algique étant inchangé, et qu'elle subit une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne comparable peut gagner par son travail, qui justifie de lui allouer des indemnités d'assurance contre la maladie et l'invalidité à charge de la demanderesse.

La décision de l'arrêt, reposant tout entière sur cette contradiction, n'est donc pas régulièrement motivée (violation de l'art. 149 de la Constitution).

III. La décision de la Cour

Quant à la première branche :

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

Cette disposition légale requiert que le travailleur ait disposé d'une capacité de gain supérieure au tiers de celle de la personne de référence, dont la survenance ou l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels ensuite desquels il cesse toute activité entraîne la réduction dans la mesure qu'elle prescrit.

L'arrêt n'a pu, sans violer ledit article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, considérer à la fois, d'une part, que la défenderesse "n'a jamais eu de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail" et que "son état neurologique psychique algique est inchangé", d'autre part, que ses "lésions et troubles fonctionnels [...] entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail" lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Par ces motifs,

La Cour

Casse l'arrêt attaqué ;

...

II. Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, 2 juni 2020

Domiciliefraude - Bewijslast - Voorwaarden van samenwoning - Verschillende plaatsen

Het hof herinnert aan de twee voorwaarden van samenwoning: men moet onder hetzelfde dak wonen, met dien verstande dat men voor eenzelfde periode onder verschillende daken kan wonen, en huishoudelijke aangelegenheden moeten hoofdzakelijk gezamenlijk worden geregeld.

Om te kunnen besluiten dat twee of meer personen die onder hetzelfde dak leven huishoudelijke aangelegenheden voornamelijk gezamenlijk regelen en dus samenwonen, is het noodzakelijk, maar niet voldoende, dat zij een economisch en financieel voordeel halen uit het delen van een woning. Voorts is het niet voldoende dat die personen een economisch en financieel voordeel halen uit het leven onder hetzelfde dak om vast te stellen dat huishoudelijke aangelegenheden hoofdzakelijk gezamenlijk worden geregeld. Bovendien moeten taken, activiteiten en andere huishoudelijke aangelegenheden, zoals onderhoud en zo nodig de inrichting van de woning, wasgoed wassen, boodschappen doen en het bereiden en nuttigen van maaltijden, gezamenlijk worden geregeld, eventueel door financiële middelen te bundelen. De rechter oordeelt in feite of twee personen de huishoudelijke aangelegenheden gezamenlijk regelen.

Indien enkele personen in voorkomend geval over twee woningen verdeeld zijn, betekent dat niet dat die personen apart wonen: er is leven onder hetzelfde dak, ook al speelt dat zich af op twee verschillende plaatsen.

A.R. 2019/AN/140
... t./v.l., RIZIV, RVA en Partena

...

II. Objet de l'appel et position des parties

II. 1. Demande et argumentation de Madame ...

8.

Dans sa requête d'appel, Madame ... entend obtenir la réformation du jugement du tribunal du travail de Liège, division Namur, du 9 août 2019 en ce qu'il confirme sa cohabitation avec Monsieur ... pour la période litigieuse.

Par conséquent, elle tend :

- à l'égard de l'O.A. et l'INAMI
 - à faire dire pour droit que le rapport de l'INAMI est dépourvu de force probante et qu'il n'existe aucune cohabitation au sens légal du terme entre Madame ... et le sieur ... sur la période litigieuse

- à faire condamner l'O.A. à accorder à Madame ... l'intervention majorée des prestations de soins de santé sur la période litigieuse et dire pour droit que les sommes de 1,66 EUR et 551,49 EUR ne sont pas dues par Madame ... et au besoin condamner l'O.A. à les lui rembourser, outre les intérêts au taux légal depuis leur paiement jusqu'à complet remboursement
- à faire accorder à Madame ... la qualité de titulaire ayant personnes à charge entre le 1^{er} juillet 2014 et le 7 juin 2016 et le paiement par l'O.A. de ce taux et les montants y relatifs sur cette période
- à faire dire pour droit que l'O.A. n'est admise à aucune récupération d'indu à charge de Madame...
- à délaisser à l'O.A. les entiers frais et dépens, tout en la condamnant à payer à Madame... ses entiers frais et dépens soit l'indemnité de procédure de base de première instance et d'appel, outre les frais d'introduction du présent appel.

...

Madame ... reproche au jugement dont appel de s'être fondé sur le procès-verbal de l'INAMI établi uniquement à charge de la cohabitation. Elle indique que le procès-verbal fait état d'une enquête de voisinage alors qu'une seule personne a été entendue. En outre, l'audition de Madame ... , voisine, ne l'a été que dans le cadre d'un suivi judiciaire. Le relevé des consommations d'eau n'est pas déterminant en l'espèce. Par ailleurs, elle prétend que les versements effectués sur le compte de Monsieur ... constituent des remboursements de factures, ce qui est différent d'un partage des charges communes. Elle relève qu'aucune enquête de voisinage à son domicile n'a été réalisée.

À titre subsidiaire, Madame ... sollicite de la Cour d'ordonner l'audition de Madame ... quant à sa déclaration aux autorités et leur conformité aux écrits contenus au procès-verbal de l'INAMI.

Enfin à titre infiniment subsidiaire, Madame ... sollicite la tenue d'enquêtes quant à l'absence de sa cohabitation avec Monsieur

II. 2. Demande et argumentation de l'INAMI, l'O.A. et l'ONEm

9.

Ces parties sollicitent la reconnaissance de la cohabitation de Madame ... avec Monsieur ... et par conséquent la confirmation du jugement.

Elles se fondent sur l'enquête de la police locale, les auditions de Monsieur ... et de Madame ..., l'absence de production des extraits des comptes bancaires de Madame ... et les divers versements de Madame ... sur le compte de Monsieur

II. 3. Position de la Caisse de l'O.A.

10.

La Caisse fait défaut, n'a pas conclu et a indiqué en 1^{re} instance qu'elle se conformerait à la position du tribunal.

III. Position du Ministère public

11.

Madame l'avocat général estime que l'appel est recevable mais non fondé. Elle considère que la cohabitation doit être confirmée sur base des éléments suivants :

- l'enquête de police et le procès-verbal du 24 mars 2016 d'où il ressort que la voisine directe connaît Madame ... comme étant la compagne de Monsieur ... depuis mai 2014. Madame ... lui a indiqué qu'elle allait déménager effectivement dans le courant de juillet 2014. Les passages réguliers de la police devant le domicile de Monsieur ... permettent de constater que le véhicule de Madame ... était à chaque fois présent
- les déclarations de l'inspecteur de la Zone Ouest qui informait ses collègues de ce que l'immeuble de Madame ... était occupé par ses deux enfants et que Madame ... n'y vient que sporadiquement
- les déclarations de Madame ... et de Monsieur ... eux-mêmes. Le fait que les intéressés ont régularisé leur domicile en date du 8 juin 2016
- les déclarations de Monsieur ... concernant les versements de diverses sommes sur son compte de la part de Madame ... pour participer aux frais de nourriture. En revanche, Madame ... ne dépose pas ses propres extraits bancaires démontrant qu'elle supporte effectivement ses propres charges. Les explications fournies par Monsieur ... concernant le remboursement de certaines factures ne sont corroborées par aucune pièce.

Par conséquent les décisions litigieuses doivent être confirmées et il y a lieu de faire droit à la demande reconventionnelle de l'O.A. .

Enfin, Madame l'avocat général considère que les sanctions administratives prises par l'ONEm et l'INAMI sont proportionnées aux faits de la cause et doivent être confirmées.

IV. Décision de la Cour

IV. 1. Recevabilité

12.

L'appel est recevable pour être introduit dans le mois de la notification du jugement du 9 août 2019 et dans la forme légale.

IV. 2. En droit

13.

Les réglementations relatives à l'assurance maladie-invalidité ou au chômage prévoient trois catégories de bénéficiaires auxquels correspondent des taux d'indemnisation différents.

IV. 2.1. RÈGLEMENTATION ASSURANCE INDEMNITÉS - SOINS DE SANTÉ

14.

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 définit la notion de travailleur ayant des personnes à charge en son article 225.

Le § 2 stipule que :

“Le titulaire visé au § 1^{er}, 3^o et 4^o, qui cohabite simultanément avec des personnes autres que celles qui sont énumérées à ce paragraphe, ne peut conserver la qualité de travailleur ayant personne à charge que si ces autres personnes n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension, ni d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère. Pour l'application de la présente disposition, sont assimilés aux parents ou alliés du titulaire, les parents ou alliés jusqu'au troisième degré y inclus du conjoint du titulaire ou de la personne, visée au § 1^{er}, 2^o.”

Le § 4 précise que “La preuve de chaque situation visée au § 1^{er} doit être établie au moyen d'une attestation officielle figurant au dossier du titulaire lors du paiement des indemnités d'invalidité en tant que titulaire avec personne à charge.

Cette preuve résulte, en ce qui concerne la condition de cohabitation, de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5^o de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus avec l'information susvisée du Registre national.”

15.

L'article 168quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées du 14 juillet 1994, tel qu'applicable au moment des premiers faits disposait :

“§ 2. Est exclu du droit aux indemnités pour incapacité de travail, congé de maternité, congé de paternité et d'adoption à raison d'une indemnité journalière au moins et de 200 indemnités journalières au plus :

1^o l'assuré social qui, sur base d'une fausse déclaration ou d'un faux document, a bénéficié indûment d'indemnités ;

2^o l'assuré social qui ne communique pas à son organisme assureur tout élément modifiant la partie de la feuille de renseignements réservée au titulaire et ayant une incidence sur les indemnités ;

3^o l'assuré social qui, pendant la période où il bénéficie d'indemnités :

a) a repris une activité sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation ;

b) n'a pas informé son organisme assureur de la reprise d'une activité, ou ;

c) n'a pas déclaré ses revenus à son organisme assureur.

(...)”

IV. 2.2. RÉGLEMENTATION CHÔMAGE

16.

En matière chômage, l'article 110 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation chômage dispose :

§ 1. *Par travailleur ayant charge de famille, il faut entendre le travailleur qui :*

1° *cohabite avec un conjoint ne disposant ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ; dans ce cas il n'est pas tenu compte de l'existence éventuelle de revenus d'autres personnes avec lesquelles le travailleur cohabite ;*

2° *ne cohabite pas avec un conjoint mais cohabite exclusivement avec :*

- a) *un ou plusieurs enfants, à condition qu'il puisse prétendre pour au moins un de ceux-ci aux allocations familiales ou qu'aucun de ceux-ci ne dispose de revenus professionnels ou de revenus de remplacement ;*
- b) *un ou plusieurs enfant et d'autres parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus, à condition qu'il puisse prétendre aux allocations familiales pour au moins un de ces enfants et que les autres parents ou alliés ne disposent ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ;*
- c) *un ou plusieurs parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus qui ne disposent ni de revenus professionnels, ni de revenus de remplacement ;*

3° *habite seul et paie de manière effective une pension alimentaire :*

- a) *sur la base d'une décision judiciaire ;*
- b) *sur la base d'un acte notarié dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel ou d'une séparation de corps ;*
- c) *sur la base d'un acte notarié au profit de son enfant, soit à la personne qui exerce l'autorité parentale, soit à l'enfant majeur, si l'état de besoin subsiste.*

4° *habite seul et dont le conjoint a été autorisé, en application de l'article 221 du Code civil, à percevoir des sommes dues par des tiers ;*

5° *est visé à l'article 28, §3 ;*

(...)

§ 2. *Par travailleur isolé, il faut entendre le travailleur qui habite seul, à l'exception du travailleur visé au § 1^{er}, 3° à 6°.*

§ 3. *Par travailleur cohabitant, il faut entendre le travailleur qui n'est visé ni au § 1^{er}, ni au § 2.*

§ 4. *Le travailleur ayant charge de famille et le travailleur isolé doivent apporter la preuve de la composition de leur ménage au moyen du document dont la teneur et le modèle sont déterminés par le comité de gestion.*

(...)"

17.

L'article 59 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 définit la notion de cohabitation : "le fait pour deux ou plusieurs personnes de vivre ensemble sous le même toit et de régler principalement en commun les questions ménagères."

Il y a donc cohabitation lorsque deux conditions sont réunies :

- la vie sous le même toit, étant entendu que l'on peut vivre pour une même période sous des différents toits
- le règlement en commun des questions ménagères.

18.

La jurisprudence, notamment celle de la Cour de cassation, a circonscrit cette notion de cohabitation.

En effet, dans son arrêt du 21 novembre 2011 relatif au revenu d'intégration sociale, la Cour de cassation¹ précise que la cohabitation suppose un avantage économique-financier pour l'allocataire social. La Cour a en effet estimé qu'il n'y a pas de cohabitation lorsque la personne avec qui cohabite l'assuré social n'est pas au vu de sa situation particulière en mesure de contribuer aux charges du ménage.

Dans son arrêt du 22 janvier 2018 confirmant un précédent arrêt du 9 octobre 2017, la Cour de cassation² indique que pour considérer qu'il y a règlement principalement en commun des questions ménagères, il ne suffit pas que les personnes tirent de cette vie sous le même toit un avantage économique et financier. Il faut en outre régler en commun, en mettant éventuellement en commun des ressources financières, les tâches, activités et autres questions ménagères telles l'entretien et le cas échéant l'aménagement du logement, l'entretien du linge, les courses et la préparation et la consommation des repas. Le juge apprécie en fait si deux personnes règlent en commun les questions ménagères. À cet égard, la Cour est particulièrement attentive à la pluralité de modes de vie actuels.

La notion de cohabitation n'est pas différente que l'on se trouve en matière de chômage ou en matière d'assurance maladie-indemnité³.

19.

Concernant la preuve, il est admis que l'ONEm doit se baser sur la déclaration du chômeur telle que reprise sur le formulaire C1. Lorsque l'ONEm conteste le taux déterminé à partir du document C1, le chômeur a la charge de la preuve de la qualité qu'il revendique⁴.

20.

L'article 153 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 applicable au moment des faits prévoit une sanction d'exclusion dans le cadre d'une fourchette allant de 4 semaines à 13 semaines en cas de déclaration inexacte.

1. Cass. 21.11.2011, S 11.0067F.

2. Cass. 22.01.2018, S 170039F; www.juridat.be ; Cass., 09.10.2017, S 160084N, www.juridat.be.

3. C.T. Liège, division Namur, 03.12.2019, R.G. 2017/AN/98.

4. C.T. Liège, division Liège, 21.01.2020, R.G. 2019/AL/277 ; C.T. Liège, division Liège, 15.11.2019, R.G. 2019/AL/251.

IV. 2.3. RÈGLEMENTATION ALLOCATIONS FAMILIALES

21.

L'article 50^{ter} de la loi générale relative aux allocations familiales prévoit un complément au travailleur invalide pour autant qu'il ait la qualité de bénéficiaire ayant personnes à charge.

IV. 3. En l'espèce

22.

D'emblée, la Cour relève que la décision de l'O.A. comporte effectivement une erreur en ce qu'elle vise une cohabitation avec un sieur ... (père du fils de Madame ...) en lieu et place de Monsieur

La décision de l'ONEm comporte également une coquille dans la date en ce qu'elle mentionne une exclusion pour la période du 27 juillet 2016 au 30 avril 2016.

La Cour relève que Madame ... ne pouvait se méprendre sur la période de chômage concernée dès lors qu'elle avait émargé au chômage uniquement trois jours en avril. En outre, au moment où elle a reçu la décision de l'O.A., elle avait pris connaissance du rapport de l'INASTI de sorte qu'elle savait que sa cohabitation concernait Monsieur

En tout état de cause, en admettant même que ces erreurs entraînent la nullité, ce que la Cour n'estime pas, la Cour devrait statuer sur le droit aux allocations et indemnités.

23.

Le rapport de l'INAMI fait suite à une lettre de dénonciation du 10 février 2016 concernant Madame ... précisant que cette dernière vit au domicile de Monsieur ... depuis environ deux ans. Comme le souligne Madame l'Avocat général, cet élément n'est pas de nature à discréditer l'enquête effectuée.

- *Quant à la vie sous le même toit*

24.

La vie sous le même toit est établie à suffisance par les déclarations de Monsieur ... et de Madame

En effet, Monsieur ... a été entendu par la police le 6 juin 2016 et a précisé qu'il connaissait Madame ... depuis fin 2013. Au départ, il s'agissait d'une relation amicale, devenue amoureuse. À la question de savoir qui vit réellement chez lui, il a répondu lui-même, sa fille qui revient une semaine sur deux, sa compagne qu'il voit régulièrement. Il y a également la fille de sa compagne qui, pour un souci d'organisation avec ses cours à Namur, revient régulièrement chez lui. Il reconnaît qu'avec sa compagne, ils se voient plusieurs jours d'affilée chez lui, généralement en semaine et le week-end chez elle. Il indique être propriétaire de son immeuble et continuer à payer l'emprunt hypothécaire. Ils n'ont pas de compte commun. Il paie ses charges au départ de son compte personnel sur lequel Madame ... verse de l'argent uniquement pour la nourriture. Il lui est également arrivé de lui payer certaines factures que Madame rembourse par la suite. Il termine son audition en indiquant qu'ils se voient régulièrement et qu'ils vont régler le problème de domicile le plus rapidement possible.

Dans son audition du même jour, Madame ... indique qu'elle est propriétaire de son habitation sise à ... où elle y vit avec ses enfants. Elle indique qu'elle a une relation amoureuse depuis environ deux ans avec Monsieur Bien qu'elle prétende ne pas vivre avec lui, elle reconnaît qu'elle peut rester trois à cinq jours chez lui, mentionnant qu'elle a plus facile d'aller chez lui que l'inverse parce qu'il travaille à pauses.

In tempore non suspecto, la voisine de Monsieur ... , Madame ... a précisé qu'en mai 2014, Madame ... s'était présentée comme étant sa nouvelle voisine et qu'elle allait déménager en juillet 2014.

Il n'est donc pas contesté que Madame ... vit régulièrement sous le même toit que Monsieur Comme le relève le tribunal, la vie sous le même toit peut se décliner en des lieux distincts. Les différents passages de la police viennent d'ailleurs confirmer ce fait, le véhicule de Madame ayant été constaté 10 fois entre le 4 avril 2016 et le 30 mai 2016.

- *Partagent-ils pour autant les questions ménagères ?*

25.

Manifestement, Madame ... et Monsieur ... font leurs courses en commun. Les extraits de compte de Monsieur ... démontrent qu'à partir de septembre 2014, celui-ci a effectué de nombreux remboursements sur le compte de Madame ... avec la communication "courses". Depuis la fin d'année 2015, il effectue des remboursements mensuels de 50 EUR sur le compte de Madame avec la mention "amende". De son côté, Madame ... a effectué des remboursements conséquents à partir d'août 2015 sans démontrer qu'il s'agit de remboursement de factures : 725 EUR le 27 août ; 780 EUR le 28 septembre ; 180 EUR le 2 octobre ; 838 EUR le 29 octobre ; 720 EUR le 28 novembre ; 830 EUR le 21 décembre ; 737 EUR le 27 février 2016 ; 508 EUR le 30 mars 2016 ; 600 EUR le 23 mai 2016 ; 850 EUR le 27 mai 2016 outre d'autres montants réguliers de moindre importance (entre 30 à 100 EUR).

Il ressort également de ses extraits de compte que Monsieur a pris en charge le traitement de kinésithérapie de Madame soit 270 EUR le 13 octobre 2015 et 330 EUR le 31 décembre 2015 ainsi qu'un remboursement du neurologue de 75 EUR le 24 mai 2016. Ceci démontre à suffisance que Monsieur s'occupe régulièrement de gérer les factures de Madame ... comme il le prétendait dans son audition et qu'il y a une mise en commun à tout le moins partielle des ressources financières.

En outre, Monsieur ... verse régulièrement divers montants à la fille de Madame qui vit également en partie chez Monsieur pour des questions de facilité pour ses études.

En revanche, Madame ne dispose pratiquement pas d'extraits de compte alors qu'elle s'y était engagée. Si elle démontre qu'elle a effectué le remboursement de ses impôts au départ de son compte bancaire les 9 décembre 2014, 4 décembre 2015, 12 août 2015 et 15 septembre 2016, elle n'apporte pas la preuve qu'elle paie régulièrement les charges relatives à son immeuble situé à ... où habite à tout le moins son fils aîné qui travaille. Il ressort des extraits de compte postérieurs à la période de juillet 2014 que seuls les paiements relatifs à son loyer du 7 août 2015, une facture du SPW du 12 août 2015 et d'une assurance sont effectivement réalisés au départ de son compte bancaire. Le dépôt de ses extraits aurait pourtant permis d'établir à la fois le paiement des charges relatives à son habitation (pour autant qu'elles l'aient été) et son réel lieu de vie, tenant compte de l'endroit où elle fait ses courses.

Quant à la consommation d'eau, la consommation au domicile de Monsieur a augmenté durant les années 2014 et 2015 passant d'environ 30 m³ en décembre 2013 à une moyenne de 46 m³ en 2014. Par ailleurs, la consommation au domicile de Madame a fortement diminué lors des années 2014, 2015 et 2016 tout comme sa consommation d'électricité en 2015 et 2016⁵.

5. Eu égard aux éléments de comparaison déposés au dossier, l'année 2013 n'étant pas reprise.

En outre, si l'on peut effectivement reprocher à l'enquête pénale de ne pas être en mesure de déposer l'enquête de voisinage effectuée par l'inspecteur de la zone ... , il ressort des dires de l'inspecteur que l'habitation de Madame ... est occupée par ses deux enfants et que Madame ... ne viendrait que de façon sporadique, ce qui rejoint en réalité les propres déclarations de Madame

26.

Enfin, les témoignages des éventuels voisins ne permettront pas de déterminer la façon dont le couple réglait ses questions ménagères.

Par conséquent, la Cour estime que c'est à bon droit que le tribunal a estimé que la cohabitation était suffisamment établie.

27.

Les décisions doivent donc être confirmées en leur principe. Les montants indus ne sont pas contestés.

- *Quant aux sanctions*

28.

La décision de l'ONEm a imposé une sanction de 4 semaines, ce qui constitue le minimum eu égard à l'article 153 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991. L'ONEm a pris en considération le faible montant de l'indu.

La décision de l'INAMI justifie l'importance de la sanction par la gravité et la durée des infractions constatées, relevant le fait qu'à deux reprises (les 14.08.2014 et 15.08.2015) Madame ... a renoncé à une fausse déclaration. Cette sanction apparaît adéquate, notamment par comparaison à la situation de l'assuré social qui a repris une activité non autorisée⁶.

IV.4. Quant aux dépens

29.

Dans la mesure où toutes les décisions découlent du rapport de l'INAMI, ils seront mis à charge de cet organisme eu égard à l'article 1017, alinéa 2 du code judiciaire.

Par ces motifs,

La Cour,

Statuant par défaut de l'O.A., réputé contradictoire en vertu de l'article 747 du Code judiciaire et contradictoirement à l'égard des autres parties,

Dit l'appel recevable et non fondé.

Confirme le jugement en toutes ses dispositions.

...

6. En effet, le § 3 de cet article prévoit une proportion de la sanction en fonction du nombre de jours durant lesquels l'activité non autorisée a été exercée.

III. Arbeidshof Gent, afdeling Brugge van 4 juni 2020

Taalwetgeving - Taalwet in gerechtszaken

Het beginsel van de eenheid van taal dat vastgelegd is in de Taalwet Gerechtszaken geldt enkel voor de akten van de gerechtelijke procedure.

Er is geen wetsbepaling die bepaalt dat de stukken van het administratief dossier die in een andere taal zijn opgesteld, moeten worden vertaald. Evenmin is het de rechter verboden om die stukken in aanmerking te nemen.

De eerbiediging van het recht van verdediging, die voor de rechtbank een verplichte kennisname van alle stukken van het dossier inhoudt, vereist enkel dat de stukken die in een andere taal gesteld zijn worden vertaald, voor zover dat voor het verweer noodzakelijk zou zijn.

A.R. 2019/AR/1
... t./RIZIV en V.I.

...

2. Ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het aangevochten vonnis werd overeenkomstig artikel 792, 2^{de} lid gerechtelijk wetboek met een gerechtsbrief van 2 juli 2019 door de griffier van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Brugge, aan de partijen ter kennis gebracht.

Appellant tekende hoger beroep aan bij verzoekschrift dat op 12 september 2019 werd neergelegd op de griffie van het arbeidshof Gent, afdeling Brugge.

Het hoger beroep werd overeenkomstig de artikelen 1051, eerste lid gerechtelijk wetboek tijdig en regelmatig naar de vorm ingesteld, zodat het ontvankelijk is.

3. Standpunt van partijen

3.1. Standpunt van appellant

1.

Appellant stelt de feiten niet te betwisten.

Hij was sedert 15 april 2014 als arbeidsongeschikt erkend, maar bij een controle op 11 januari 2018 werd vastgesteld dat hij zijn zoon bijstond in zijn pizzazaak. Aangezien appellant overtuigd was dat hij met alles in orde was, heeft hij in alle eerlijkheid volledige verklaringen afgelegd.

Er is gebleken dat appelland geen voorafgaandelijke toestemming had bekomen van de adviserend geneesheer, maar na deze controle heeft hij deze onmiddellijk bekomen.

Het RIZIV legde een uitsluiting op van 320 dag-uitkeringen, waarvan 72 met uitstel, terwijl de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen een bedrag terugvorderde van 12.354,96 EUR.

2.

a.

De beslissing van 19 april 2018 van 2^{de} geïntimeerde is nietig wegens inbreuk op artikel 40 wet taalgebruik in gerechtszaken.

De bestreden beslissing is de akte die de procedure uitlokt en diende derhalve in het Nederlands te worden opgesteld.

b.

De opgelegde sanctie is bovendien disproportioneel ten opzichte van de feiten.

Appelland heeft minimale hulp geleverd in de zaak van zijn zoon waarvoor hij ook zonder probleem toelating heeft bekomen.

Er is geen sprake van sociale fraude, maar van administratieve onwetendheid of vergetelheid. Het ging om gratis hulp aan familie.

Het sociaal verzekeringsfonds waarbij appelland zich heeft aangesloten heeft bevestigd dat hij vrijgesteld is van bijdragen, reden waarom hij vermoedde met alles in regel te zijn.

De ziekte-uitkering is overigens zijn enige inkomen, waardoor hij over geen terugbetalingsmogelijkheden beschikt.

Artikel 168*quinquies* ZIV-wet laat bij het beoordelen van de sanctie een ruime beoordelingsmarge, iets waarmee de eerste rechter ten onrechte geen rekening heeft gehouden.

3.

De terugvorderingsbeslissing dient te niet gedaan te worden, minstens te worden herleid tot 10 % van de ontvangen uitkeringen, dit omwille van dezelfde redenen van disproportionaliteit.

3.2. Standpunt van eerste geïntimeerde, het RIZIV

1.

Appelland was arbeidsongeschikt erkend vanaf 15 april 2014.

Bij een controle door de sociaal inspecteur werd vastgesteld dat appelland tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid zonder toelating van de adviserend geneesheer een activiteit had hervat.

Daarvan werd op 2 februari 2018 proces-verbaal opgesteld, waarop appelland zijn verweermiddelen heeft laten kennen.

Bij beslissing van 16 mei 2018 werd in toepassing van artikel 168*quinquies* ZIV-wet een administratieve sanctie opgelegd waarbij appelland voor 320 dag-uitkeringen (waarvan 72 met uitstel) werd uitgesloten.

2.

In graad van beroep haalt appelland geen nieuwe argumenten aan.

Uit het onderzoek is gebleken dat appelland gedurende de periode 1 januari 2017 – 14 januari 2018 werkzaamheden heeft uitgevoerd zonder voorafgaand te beschikken over een toelating van de adviserend geneesheer, namelijk een onbezoldigd mandaat uitoefenen als zaakvoerder van een vennootschap.

Tijdens de controle op 11 januari werd hij werkend aangetroffen terwijl hij achter de toonbank stond en aan de kassa bezig was. Hij liep tevens de keuken in en uit. Hij verklaarde dat hij van tijd tot tijd zijn zoon helpt door zijn administratie te controleren, hem te adviseren en na te kijken of hij alles in orde doet.

Hij verklaarde evenzeer dat hij, voorafgaand aan het opstarten van zijn zaakvoerderschap sinds 16 november 2016, te rade was geweest bij de adviserend geneesheer die zich mondeling ermee akkoord zou hebben verklaard dat appelland deze activiteiten zou verrichten.

Uit onderzoek is evenwel gebleken dat dit helemaal niet juist is, dat de adviserend geneesheer appelland het laatst had gezien op 8 maart 2016 en appelland hem nooit over dergelijke activiteiten had gesproken en hij dus ook geen toelating had verleend, ook niet mondeling.

Bij een tweede verhoor op 31 januari 2018 verklaarde appelland dat hij zijn zoon sedert 1 januari 2017 elke week een viertal dagen gaat helpen, dit telkens voor ongeveer één uur, dit door te helpen met de administratie en de kassa na te tellen.

De activiteit die appelland heeft uitgeoefend betreft weldegelijk een werkzaamheid die conform artikel 168*quinquies* sanctioneerbaar is. Er is daarbij geen bijzonder moreel element noodzakelijk, aangezien het om een louter materieel misdrijf gaat.

Dat het gaat om pure onwetendheid of administratieve vergetelheid, wordt niet bewezen.

Dat het om een gratis activiteit zou gaan, is niet relevant, aangezien het van geen tel is of al dan niet een vergoeding wordt bekomen.

De opgelegde sanctie is daarbij niet disproportioneel. Er werd rekening gehouden met artikel 168*quinquies* 3 en 3/1.

Dat hij financieel niet bij machte is tot terugbetaling, is daarbij evenmin relevant.

3.3. Standpunt van tweede geïntimeerde, de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten

Tweede geïntimeerde sluit zich volledig aan bij de door eerste geïntimeerde ontwikkelde argumenten.

Zij voegt daar nog aan toe dat alle briefwisseling in het Nederlands aan appelland werd meegedeeld en enkel een Franstalige versie werd toegevoegd om misverstanden te vermijden.

Ook de bestreden beslissing werd aan appelland betekend in het Nederlands.

4. Beoordeling

1.

De feiten die hebben geleid tot de bestreden beslissingen, staan als zodanig vast en worden door appelland ook niet betwist.

Deze feiten zijn – samengevat – dat appelland:

- sedert 15 april 2014 was erkend als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 ZIV-wet van 14 juli 1994
- tijdens een controle op 11 januari 2018 werd aangetroffen achter de toonbank (en in de keuken) van de pizzazaak van zijn zoon
- stelde dat hij sedert 1 januari 2017 gedurende 4 dagen per week zijn zoon helpt in de zaak, dit met zijn administratie en bij het tellen van de kassa. Hij was voordien ook onbezoldigd zaakvoerder, dit sedert het oprichten van de zaak op 16 november 2016 daar zijn andere zoon niet zelf over het noodzakelijke vestigingsattest beschikte
- Appelland stelt (enkel) dat de bestreden beslissing van het RIZIV disproportioneel is en tevens dat de terugvorderingsbeslissing van de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen nietig is wegens inbreuk op de taalwetgeving, minstens dat de terugvordering dient te worden beperkt tot maximaal 10 % van de ontvangen uitkeringen.

4.1. De beslissing van het RIZIV

1.

Appelland ontkent niet dat hij een inbreuk heeft gepleegd op de bepalingen van artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: ZIV-wet).

Artikel 100 § 1 voornoemd bevat volgende bepalingen:

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

Uit die wetsbepaling blijkt voorts dat onder meer vrijwilligerswerk, verenigingswerk en het werk van mantelzorger - mits naleving van bepaalde voorwaarden – niet als “werkzaamheid” in de zin van de bepalingen van de gecoördineerde wet kan worden beschouwd.

§ 2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend, de werknemer die een toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt. De Koning bepaalt binnen welke termijn en onder welke voorwaarden de toelating tot werkhervatting als bedoeld in het eerste lid wordt verleend.

(...)

Bij Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de ZIV-wet werden in artikel 230 § 2 volgende modaliteiten voorzien inzake het verlenen van de toelating tot werkhervatting:

§ 2. Om de toelating te bekomen tot de uitoefening van een beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid, moet de gerechtigde elke hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk aan die hervatting voorafgaat bij zijn verzekeringsinstelling aangeven en binnen dezelfde termijn bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling een aanvraag tot toelating indienen om die activiteit tijdens de ongeschiktheid uit te oefenen. De aangifte van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid, evenals de aanvraag tot toelating aan de adviserend arts worden door de gerechtigde via éénzelfde door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen goedgekeurd formulier bij zijn verzekeringsinstelling ingediend.

De adviserend arts van de verzekeringsinstelling moet zijn beslissing nemen uiterlijk de dertigste werkdag te rekenen vanaf de eerste dag van de hervatting van de beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid. Hij kan de toelating verlenen om tijdens de ongeschiktheid een beroepsactiviteit uit te oefenen voor zover die verenigbaar is met de betrokken aandoening.

Het formulier met de toelating wordt uiterlijk binnen zeven kalenderdagen vanaf de beslissing aan de gerechtigde als kennisgeving over de post toegestuurd. Als de adviserend arts met het oog op het nemen van zijn beslissing een geneeskundig onderzoek heeft uitgevoerd, kan het formulier met de toelating na afloop van het geneeskundig onderzoek aan de gerechtigde worden overhandigd.

Die toelating waarin de aard, het volume en de voorwaarden tot uitoefening van die activiteit nader zijn opgegeven, wordt in het geneeskundig en administratief dossier van de betrokkene bij de verzekeringsinstelling geborgen. De verzekeringsinstelling draagt de gegevens met betrekking tot die toelating via een elektronisch bericht naar het RIZIV over.

2.

Appellant stelt dat hij de adviserend geneesheer vóór aanvang van de werkzaamheden zou ingelicht hebben en van hem mondelinge toelating zou hebben bekomen om deze werkzaamheden uit te voeren.

Dit bewijst (alleen maar) dat appellant ervan op de hoogte was dat hij de adviserend geneesheer effectief diende te consulteren.

De adviserend geneesheer ontkent evenwel in alle toonaarden dat appellant met hem contact zou hebben opgenomen. Het laatste contact zou dateren van 8 maart 2016, zijnde ruim 9 maanden vóór de aanvang van de activiteiten op 1 januari 2017 én de adviserend geneesheer is bovendien héél formeel dat appellant hem nooit heeft gesproken over het voornemen deze activiteit uit te oefenen.

3.

Artikel 230 § 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 beschrijft in duidelijke bewoordingen op welke manier diegene die het werk wil hervatten tewerk moet gaan, hoe en wanneer een aanvraag moet ingediend worden, op welke manier toelating kan worden verleend en hoe zowel de betrokkene als de verzekeringsinstelling en het RIZIV daarvan in kennis moeten worden gesteld.

Niets van dat alles is voorhanden in het voorliggende dossier.

Appellant blijft in gebreke aan te tonen dat hij zijn mutualiteit correct heeft geïnformeerd over de werkhervatting, laat staan dat zou aantonen dat de adviserend geneesheer hem toelating zou hebben verleend te werken tijdens zijn arbeidsongeschiktheid. Die toelating moet vooraf worden bekomen, onder meer om een controle op het naleven van de voorwaarden door verzekeringsinstelling mogelijk te maken (Arbh. Antwerpen 08.09.2009, A.R. nr. 2008-0226, Justel nr. N-20090908-4).

Appellant kan ook geen argument putten uit het feit dat hij naderhand wél toelating heeft bekomen om tijdens zijn arbeidsongeschiktheid de desbetreffende activiteit uit te voeren.

Er is geen reden om op basis van die toelating met terugwerkende kracht een persoon te regulariseren die meer dan één jaar wederrechtelijk genoten heeft van welbepaalde uitkeringen.

Dat de adviserend geneesheer wél toelating heeft verleend van zodra deze op correcte wijze werd aangevraagd, getuigt integendeel van een integere benadering van het dossier door tweede geïntimeerde.

De uitgevoerde activiteit betreft een normale werkhervatting waardoor appellant niet meer voldeed aan de voorwaarden van artikel 100 § 2 ZIV-wet en bijgevolg niet kan genieten van de voordelen voorzien bij de artikelen 101 en 102 ZIV-wet.

4.

Appellant vindt de opgelegde sanctie disproportioneel.

Artikel 168*quinquies* §§ 2 en 3 van de ZIV-wet bevat volgende relevante bepalingen:

§ 2. Wordt uitgesloten van het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid (...), voor ten minste 3 en ten hoogste 400 dag-uitkeringen:

1° (...)

2° (...)

3° de sociaal verzekerde die tijdens een uitkeringsgerechtigde periode:

a) ofwel een activiteit heeft hervat zonder de in artikel 100, § 2, bedoelde toelating of zonder de voorwaarden van de toelating te respecteren;

b) ofwel de verzekeringsinstelling niet op de hoogte gebracht heeft van de hervatting van een activiteit;

c) (...)

§ 3. De duur van de uitsluiting voorzien bij § 2 wordt vastgesteld in functie van de duur van de inbreuk:

1° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 3 dagen en ten hoogste 49 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 30 dagen een inbreuk heeft begaan;
2° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 50 dagen en ten hoogste 120 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 31 dagen en ten hoogste 100 dagen een inbreuk heeft begaan;
3° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 150 dagen en ten hoogste 400 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 101 dagen een inbreuk heeft begaan.

Indien er verzachtende omstandigheden aanwezig zijn, kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar een beslissing tot uitsluiting van de uitkeringen nemen voor een kortere duur dan deze ingevolge de toepassing van de in dit artikel vastgelegde regels.

§ 3/1. Wanneer bij het uitspreken van een administratieve geldboete of uitsluiting is vastgesteld dat de sociaal verzekerde generlei administratieve geldboete of uitsluiting is opgelegd in het voorgaande jaar kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar bovendien geheel of gedeeltelijk de geldboete of uitsluiting met uitstel opleggen gedurende een termijn van twee jaar vanaf de datum van de uitspraak.

Zoals reeds aangehaald staat het niet ter discussie dat appellant over een periode van méér dan één jaar prestaties heeft geleverd in de pizzazaak die op naam staat van zijn kinderen.

Hij was medeoprichter en zaakvoerder van de vennootschap vanaf de opstart ervan, medeaandeelhouder én hij werkte daarin ook mee (dus als meewerkend vennoot), zoals blijkt uit de vaststellingen van de sociaal inspecteur.

Of die medewerking zich ook effectief beperkte tot één uurtje per dag, valt *post factum* niet meer te achterhalen. Door geen voorafgaandelijke aangifte te doen en/of toelating te vragen, heeft appellant *de facto* elke controlemogelijkheid volstrekt onmogelijk gemaakt.

Of het ook beperkt was tot wat administratie doen en de kassa te tellen omdat zijn zoon daarmee geen ervaring had, valt bovendien sterk te betwijfelen.

Zo werd vastgesteld dat appellant ook in en uit de keuken liep (wat niets te maken heeft met administratie en/of de kassa tellen) en kan de vraag worden gesteld of die zoon zich na verschillende maanden nog steeds niet administratief zou kunnen behelpen en hij bovendien niet zelf in staat zou geweest zijn om de kassa na te tellen.

Uit aanvullende inlichtingen, verstrekt door appellant op vraag van het arbeidshof, is bovendien ook gebleken dat appellant zich deels inliet met de bestellingen. Dat dit enkel in het begin het geval zou geweest zijn, valt allerminst te controleren.

Er mag dus redelijkerwijze worden aangenomen dat appellant zijn inbreng in de pizzazaak sterk minimaliseert, hetgeen niet erg geloofwaardig overkomt.

Het komt het arbeidshof eerder voor dat appellant de spilfiguur en enige constante was binnen de zaak. Wanneer de ene zoon vertrekt, komt de andere er in, hoewel geen van beiden blijkbaar ook maar enige ervaring heeft met het runnen van een restaurant en/of het besturen van een vennootschap. Het is appellant die als enige aan boord blijft. Het is appellant die de administratie doet, het is appellant die de kassa telt (wat er toch wel op wijst dat hij daar als “baas” de touwtjes in handen heeft), het is appellant die de bestellingen doet en het is appellant die ook nog eens toezicht houdt op de keuken.

Het arbeidshof is dan ook van oordeel dat de door appellant uitgevoerde activiteiten, hoe beperkt of hoe uitgebreid deze ook mogen zijn, in elk geval moeten worden beschouwd als “niet toegelaten werkzaamheden”.

Het gaat ontegensprekelijk om activiteiten waaruit zonder ook maar de minste twijfel een economisch voordeel kan worden gehaald, ofwel voor appellant zelf, ofwel voor een derde, in dit geval de vennootschap (waarvan appellant dus medeaandeelhouder is) en/of de zoon(s).

De door eerste geïntimeerde opgelegde uitsluiting van 320 dag-uitkeringen, waarvan 72 met uitstel in toepassing van artikel 168*quinquies* § 3/1 ZIV-wet, valt binnen de “vork” van 150 à 400 dagen die wordt opgelegd door artikel 168*quinquies* § 3, 3^o ZIV-wet. Wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat de uitsluiting reeds met een gedeeltelijk uitstel werd opgelegd, resulteert dit in een “gemiddelde” effectieve sanctie van 230 dagen, hetgeen het arbeidshof ernstig en aanvaardbaar voorkomt in het licht van de gedane vaststellingen.

Naar het oordeel van het arbeidshof zijn er geen verdere verzachtende omstandigheden die een uitsluiting voor een kortere duur zouden kunnen rechtvaardigen, temeer daar de feiten zich hebben voorgedaan over een periode van méér dan één jaar.

Zoals hierboven reeds aangehaald is overigens uit de verklaring van appellant duidelijk gebleken dat hij wist dat hij de voorafgaandelijke toelating diende te vragen aan de adviserend geneesheer, maar dat hij dit om de één of andere reden meende niet te moeten doen.

Er is dan ook zeker geen sprake van onachtzaamheid of vergetelheid. De inschrijving als zelfstandige in bijberoep bij Zenito had overigens bij appellant sowieso al een belletje moeten doen rinkelen, los van het feit of hij daarvoor al dan niet bijdrageplichtig was.

De door eerste geïntimeerde opgelegde uitsluiting van 320 dag-uitkeringen (waarvan 72 met uitstel) kan, samen met de eerste rechter, dan ook volkomen worden bijgetreden.

4.2. De beslissing van de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten

4.2.1. INBREUK OP DE TAAIWETGEVING IN GERECHTSZAKEN

Volgens appelland is de beslissing van tweede geïntimeerde strijdig met de taalwetgeving inzake gerechtszaken en dient deze derhalve te worden vernietigd.

In eerste instantie dient te worden vastgesteld dat de aangetekende brief van 19 april 2018 de letterlijke vertaling is van de Nederlandstalige aangetekende brief van 12 april 2018. Alle briefwisseling met appelland werd door de Landsbond van Neutrale Mutualiteiten zowel in het Frans (alle aanvragen van appelland zelf werden in het Frans opgesteld) als in het Nederlands gevoerd.

De bestreden beslissing van tweede geïntimeerde is overigens niet onderworpen aan de taalwetgeving in gerechtszaken.

Het beginsel van de eenheid van taal dat vastgelegd is in de Taalwet Gerechtszaken, geldt enkel voor de akten van de gerechtelijke procedure; geen andere wettelijke bepaling schrijft voor dat de stukken van het administratief dossier die in een andere taal zijn opgesteld, moeten worden vertaald en verbieden de rechter evenmin om die stukken in aanmerking te nemen: de eerbiediging van het recht van verdediging dat de rechtbank overigens verplicht kennis te nemen van alle stukken van het dossier, vereist enkel dat de stukken die in een andere taal gesteld zijn worden vertaald, voor zover dat voor het verweer noodzakelijk zou zijn (Cass. 18.08.2017, Arr. Cass. 2017, 1572).

Terecht heeft de eerste rechter voorts verwezen naar artikel 41 van de gecoördineerde wet van 18 juli 1966 op het taalgebruik in bestuurszaken, temeer daar appelland in zijn betrekkingen met onder andere tweede geïntimeerde voortdurend het Frans heeft gebruikt (Cass. 29.09.1998, A.R. nr. P 98.1189.F, www.cass.be).

De beslissing van tweede geïntimeerde is dan ook niet in strijd met de taalwetgeving in gerechtszaken, noch in bestuurszaken.

4.2.2. De terugvorderingsbeslissing

1.

Door tweede geïntimeerde werd overgegaan tot terugvordering van een bedrag van 12.345,96 EUR aan onterecht genoten uitkeringen, hetgeen appelland andermaal disproportioneel voorkomt.

Artikel 101, § 2 ZIV-wet bepaalt dat de gerechtigde de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen moet terugbetalen die hij ontvangen heeft voor de dagen of voor de periode tijdens dewelke hij niet toegelaten arbeid heeft verricht.

Appelland erkent dat hij (quasi) elke dag heeft meegewerkt. Uit de overwegingen hierboven blijkt reeds dat het arbeidshof die inbreng van appelland als cruciaal beschouwt. Zonder appelland, geen vennootschap en geen pizzazaak.

De wetgever heeft zich er om bekommerd de gezondheid van de werknemer te beschermen en te vermijden dat hij het risico neemt zijn gezondheidstoestand te verergeren, hetgeen verantwoordt dat de werkhervatting wordt gekoppeld aan de voorwaarde tot het verkrijgen van de voorafgaande toelating door de adviserend geneesheer. Artikel 101 ZIV-wet, in zoverre het betrekking heeft op als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die arbeid heeft verricht zonder de voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer, maakt geen enkel onderscheid naargelang de werknemer het werk volledig dan wel deeltijds hervat (GwH 19.02.2015, Arrest nr. 21/2015, Rolnr. 5816).

Als een prestatie ten onrechte wordt verleend ingevolge het zelfs niet bedrieglijk verzuim om de verzekeringsinstelling in te lichten over de ingestelde procedure, is de betaling door de verzekeringsinstelling onverschuldigd en heeft zij onmiddellijk recht op de terugbetaling ervan (Arbh. Luik 13.02.2017, J.T.T. 2017, 429; Arbh. Bergen 22.05.2014, J.T.T. 2015,91).

Om ziekte-uitkeringen te genieten mag de betrokkene geen enkele activiteit uitoefenen die gericht is op de productie van diensten of goederen en waarbij een economisch voordeel voor zichzelf of voor iemand anders, rechtstreeks of onrechtstreeks, kan worden gehaald (Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt 28.11.1997, Limb. Rechtsl. 1998, 119).

Zo de gestrengheid van de vereiste dat iedere bedrijvigheid wordt gestaakt, wordt gematigd door de mogelijkheid die aan de rechthebbende op uitkeringen wordt gelaten om voorafgaandelijk de toelating van de adviserende arts te bekomen om een arbeid te hervatten, volstaat de ontstentenis van de aanvraag om die toelating te bekomen om de ontvangen uitkeringen niet-verschuldigd te maken, zelfs al vertoonde die arbeid slechts een occasioneel of zelfs uitzonderlijk karakter (Arbrb. Bergen 28.02.1990, J.T.T. 1990, 476).

2.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen kan evenwel geheel of gedeeltelijk afzien van de terugvordering van de uitkeringen in behartigenswaardige gevallen en bij afwezigheid van een bedrieglijk opzet.

Deze beslissing houdt rekening met de evenredigheid die in acht genomen moet worden tussen de omvang van de terugvordering enerzijds, en de aard of de ernst van de tekortkoming van de gerechtigde aan zijn verplichtingen anderzijds. In dit kader houdt het Comité met name rekening met de volgende elementen:

1° de sociale en financiële situatie van de gerechtigde, evenals elk ander persoonlijk pertinent gegeven;

2° de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteiten aan de sociale zekerheid;

3° de omvang van de voormelde activiteiten, evenals de belangrijkheid van de betrokken inkomsten.

Het begrip “behartigenswaardig” werd door de Koning niet nader omschreven opdat de verzekeringsinstelling de sanctie eventueel zou kunnen opheffen, niet alleen wanneer vaststaat dat geen enkele tekortkoming aan de betrokkene kan worden verweten (overmacht, onoverkomelijke dwaling), maar ook wanneer het van mening is dat de sociaal verzekerde zich in een zodanige toestand bevond dat hem niet kwalijk mag worden genomen dat hij onder meer de termijn voor de aangifte van een arbeidsongeschiktheid niet naleefde. Er moet derhalve geen beperking zijn tot toetsing aan alleen maar objectieve normen, maar er moet ook worden geoordeeld of de sociaal verzekerde zich heeft gedragen als “een goed huisvader” (Arbrb. Brussel 15.12.1988, Soc. Kron. 1989, 235).

3.

Er moet toch vastgesteld worden dat *in casu* appellant allerm minst een dergelijke “behartigenswaardige toestand” bewijst en zich al zeker niet als een goed huisvader heeft gedragen.

Zo waren er geen problemen van die aard dat appelland geen voorafgaande aanvraag kon indienen bij de adviserend geneesheer. Dit wordt ook niet beweerd en in elk geval niet bewezen. Appelland beweert zelfs dat hij toelating zou hebben gevraagd én bekomen!

Het feit bovendien enkel over een ziekte-uitkering te beschikken en “*in geen honderd jaar tot terugbetaling te kunnen overgaan*”, maakt – in zoverre dit al bewezen zou zijn – hier alleszins geen beoordelingsgrond uit en zou een discriminatie inhouden tussen solvabele en minder solvabele personen en hun concrete terugbetalingsmogelijkheden.

Dat appellant tenslotte door het niet indienen van een voorafgaande aanvraag gedurende méér dan één jaar een niet controleerbare activiteit heeft uitgevoerd, valt alleszins niet te rijmen met een behartigenswaardige situatie.

Met de eerste rechter is het arbeidshof dan ook van oordeel dat er geen redenen zijn om de terugvordering te vernietigen, noch om deze te beperken.

Het hoger beroep is dan ook ongegrond.

OM DEZE REDENEN
HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING BRUGGE, Kamer 6A,

Recht sprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Het arbeidshof stelt vast dat de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken en in het bijzonder artikel 24 van deze wet, werd gerespecteerd.

...

IV. Arbeidsrechtbank Gent, afdeling Gent van 27 februari 2020

Gedragen naar de wijsheid van de rechtbank

Het feit dat een partij zich 'gedraagt naar de wijsheid van de rechtbank', houdt geen berusting in. De partij betwist dus niettemin de vordering. Meer specifiek houdt het 'zich gedragen naar de wijsheid van de rechtbank' in dat de partij de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt.

Het is aldus aan de rechter om te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht.

A.R. 18/817/A
... t./RIZIV en V.I.

...

2. Beoordeling

2.1.

In zijn definitief medisch verslag komt de deskundige tot het besluit dat ... op 16 juli 2018 niet voldeed aan de voorwaarden van het artikel 100 van de Ziektewet, aangezien er sprake was van een voorafbestaande toestand. Hij motiveerde dat besluit als volgt:

"Eisende partij werd opgenomen voor psychiatrische behandeling bijna onmiddellijk in aansluiting op het beëindigen van haar studies in 2016. In feite geeft ze zelf aan dat ze jaren voordien, tijdens haar jeugd en studies, psychische problemen ervaarde, maar deze heeft kunnen min of meer onder controle houden tot na het behalen van haar eindtermen. Nadien volgden diverse langdurige psychiatrische opnamen tot eind 2018 en verder ambulante psychische opvolgingen tot op heden. Op het ogenblik van het aanvragen van haar eerste arbeidsongeschiktheid om medische redenen op 16 juli 2017 had eisende partij nog nooit gedurende een duidelijke periode van enkele maanden het bewijs geleverd van over een normaal verdienvermogen te kunnen beschikken. De aangegeven stageperiodes (enkele maanden per jaar van partiële onbezoldigde diensturen in de periode 2012-2016 en in het kader van een leerperiode), de enkele genoteerde onvolledige werkdagen in 2017, een zaterdagse begeleiding van een gehandicapte als persoonlijke assistente kunnen moeilijk gelden als het bewijs van een "normale tewerkstelling". Bovendien is het evident en duidelijk dat eisende partij reeds lang (jaren) voor het aangeven van haar eerste periode van arbeidsongeschiktheid psychische problemen en disfuncties had zodat het op dat ogenblik niet gaat over een "nieuwe ziekte-toestand" of "verergering van ziekte-toestand", maar eerder het duidelijk worden van een reeds bestaande problematiek (van in de jeugd jaren). Psychiatrische verslagen spreken van een ontwikkelingsproblematiek, verstikkend opvoedingsmilieu, separatieproblemen, emotionele regulatiemoeilijkheden, zich nadien uitend in persoonlijkheidsproblemen met borderline kenmerken, gemoedsschommelingen en angsten, eetproblemen, ... Het betreft bij eisende partij hier duidelijk een zuiver "voorafbestaande toestand"."

2.2.

... gedroeg zich op de openbare terechtzitting van 23 januari 2020 naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het besluit van de arts-deskundige.

Het zich gedragen naar de wijsheid, maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt, betwist dus niettemin de vordering (Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587). Deze formule, zonder enig voorbehoud gehanteerd, houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt, en dat men de rechter vrijlaat te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht (zie S. STIJNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering", RW 1989-1990, 1014).

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vaststellingen en op een grondige studie van het dossier.

De rechtbank neemt voornoemd advies over. Dit impliceert dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet.

De vordering van ... komt, in navolging van de bevindingen van de gerechtsdeskundige ongegrond voor.

3. Beslissing

Gelet op voorgaande overwegingen beslist de rechtbank als volgt:

Rechtdoende **op tegenspraak**,

Na beraadslaging,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

Verklaart de vordering van ... **ongegrond**,

Bevestigt de bestreden beslissing van 29 mei 2018 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV en zegt voor recht dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet,

...

V. Arbeidsrechtbank Gent, afdeling Dendermonde van 20 augustus 2020

Gedragen naar de wijsheid van de rechtbank

Het zich gedragen naar de wijsheid maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt betwist dus niettemin de vordering. Het zich naar de wijsheid van de rechter gedragen houdt in dat de partij minstens de gestelde feiten niet expliciet, noch met precisie betwist. Het verzoekt de rechter om bij de voorgelegde rechtsfeiten de gevolgen naar recht te bepalen. De gegrondheid van de vordering moet niettemin worden onderzocht. Wanneer een partij zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt valt enkel de verplichting om de aangevoerde feiten te bewijzen weg.

A.R. 17/93/A
... t./RIZIV en V.I.

...

3. Voorgaanden

Mevrouw ... genoot een opleiding kleding en werkte als arbeidster in een lingeriefabriek en in een spinnerij. Sinds 2009 is zij werkzaam als arbeidster bij TI Group Automotive Systems (lijnarbeid).

Zij werd ingevolge rugklachten (lumbalgie en dorsalgie) vanaf 10 mei 2016 arbeidsongeschikt erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

De GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT, achtte haar, na een onderzoek van het dossier 2 december 2016, bij beslissing die haar op 13 december 2016 (aangetekend) werd ter kennis gebracht, vanaf 16 december 2016 niet langer arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde ziekwet.

Mevrouw ... deed op 16 december 2016 opnieuw een aangifte van arbeidsongeschiktheid. Die aangifte werd door de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER bij beslissing van diezelfde datum geweigerd bij gebreke aan nieuwe medische gegevens.

Met een verzoekschrift dat op 17 januari 2017 ter griffie van de arbeidsrechtbank GENT, afdeling DENDERMONDE werd neergelegd, heeft mevrouw ... tegen voormelde beslissingen beroep aangetekend.

Bij tussenvonnis *de dato* 10 mei 2017 werd de vordering van mevrouw ... ontvankelijk verklaard en werd dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht de rechtbank te adviseren of zij vanaf 16 december 2016 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde Ziekwet.

Bij beschikking *ex* artikel 972, § 1, derde lid van het Gerechtelijk Wetboek *de dato* 6 juli 2017 werd dr. ... van zijn opdracht ontlast, en werd dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld, met dezelfde opdracht als deze vervat in het tussenvonnis *de dato* 10 mei 2017.

Bij tussenvonnis *de dato* 9 januari 2019 werd aanvullend dr. ... als geneesheer-deskundige aangesteld met als opdracht de rechtbank te adviseren over de vraag of het vermogen tot verdienen van mevrouw ... als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, vanaf 16 december 2016 verminderd is tot één derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door haar werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort door de betrokkene verricht toen zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Dokter ... heeft zijn definitief deskundig verslag op 15 november 2019 ter griffie van de arbeidsrechtbank GENT afdeling DENDERMONDE neergelegd.

4. Beoordeling

4.1.

De gerechtsdeskundige, dr. ... komt in zijn deskundig verslag tot de volgende besluiten:

“Samenvattend kan ik besluiten dat de dame vanaf 16 december 2016 effectief over een vermogen tot verdienen beschikt dat verminderd was tot een derde van de referentiepersoon. Er volgde een heel geslaagd chirurgisch ingrijpen op 20 november 2017 (collega ...). Een revalidatieperiode van zes maand lijkt mij een redelijke termijn. De herhaalde beeldvorming (onder de vorm van een ct-scan) is geruststellend. De dame is vanaf 1 juni 2018 niet meer ongeschikt volgens de ziekwet.”

4.2.

De heer ..., Directeur-generaal van het RIZIV, meldde bij schrijven *de dato* 6 september 2019, geen opmerkingen te hebben op het voorverslag. Dokter ..., adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER, liet bij e-mailbericht van 9 september 2019 weten evenmin opmerkingen te formuleren.

Mevrouw ... stelt zich naar de wijsheid van de rechtbank te gedragen.

Het zich gedragen naar de wijsheid maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt betwist dus niettemin de vordering (vgl. Cassatie, 07.01.1983, Arr. Cass., 1982-1983, 587).

Het zich naar de wijsheid van de rechter gedragen houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet, noch met precisie betwist maar houdt een verzoek in aan de rechter om van die rechtsfeiten de gevolgen naar recht te bepalen en de gegrondheid van de vordering moet niettemin worden onderzocht (zie STIJNS S., Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering., R.W., 1989-1990, 1003-1020, 1014).

Wanneer een partij zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt valt enkel de verplichting om de aangevoerde feiten te bewijzen weg (vgl. Jean LAENENS, Karen BROECKX, Dirk SCHEERS, Handboek gerechtelijk recht, Intersentia, Antwerpen-Oxford, 2004, nr. 1094).

4.3.

De deskundige heeft alle letsels en functionele stoornissen die hij bij mevrouw ... objectief heeft kunnen vaststellen beschreven. Hij steunt inzonderheid op de persoonlijke anamnese, de klachtenbeschrijving, zijn eigen klinisch onderzoek en de ter beschikking gestelde medische gegevens (inzonderheid het geslaagd chirurgisch ingrijpen van 20.11.2017 en de CT-scan van 18.01.2019 die volgens de deskundige geruststellend is) en hij is van oordeel dat mevrouw ... vanaf 1 mei 2018 niet langer letsels of functionele stoornissen vertoont die een graad van arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde ziekwet verantwoordt.

4.4.

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vaststellingen en een grondige studie van het dossier.

Er worden door mevrouw ... geen gegevens meegedeeld die de deskundige onbekend waren en waarmee hij bij zijn besluitvorming geen rekening zou hebben gehouden. Er worden door mevrouw ... evenmin concrete argumenten aangevoerd om de bevindingen van de deskundige te weerleggen of in twijfel te trekken.

4.5.

De vordering van mevrouw ... strekkende tot vernietiging van de beslissing van de GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT *de dato* 13 december 2016 en van de beslissing van de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER *de dato* 16 december 2016 komt, in navolging van de bevindingen van de deskundige, in de hierna bepaalde mate gegrond voor.

4.6.

Mevrouw ... vordert naast de vernietiging van de bestreden beslissing, tevens de mutualiteit te horen veroordelen in betaling van de wettelijke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid, meer de wettelijke intresten vanaf de datum van opeisbaarheid.

Artikel 20 van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de Sociaal Verzekerde bepaalt dat de prestaties voor de sociaal verzekerden van rechtswege interest opbrengen vanaf hun opeisbaarheid, en ten vroegste vanaf de datum voortvloeiend uit artikel 12.

Overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie kan, indien de datum waarop de prestaties opeisbaar worden een andere is dan die welke voortvloeit uit de toepassing van artikel 12 van de Wet van 11 april 1995, de toepassing van artikel 20, lid 1 van die wet, in zoverre het bepaalt dat de uitkeringen van rechtswege rente opleveren vanaf hun opeisbaarheid, niet ter zijde geschoven worden ten voordele van de toepassing van artikel 1153, lid 3 van het Burgerlijk Wetboek. (Cass., 10.02.2003, J.T.T., 2003, p. 172-174).

Ook het Arbitragehof, thans Grondwettelijk Hof, oordeelde in haar arrest van 8 mei 2002 dat artikel 20 van de Wet van 11 april 1995, geen schending inhoudt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wanneer het in die zin wordt geïnterpreteerd dat het van toepassing is op de sociaal verzekerde rechthebbenden wiens prestaties worden uitbetaald ter uitvoering van een uitvoerbare rechterlijke beslissing waarbij de administratieve beslissing tot weigering van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid teniet wordt gedaan. (Arrest Arbitragehof, nr. 78/2002 van 08.05.2002, B.S., 10.08.2002, p. 34750-34752; J.T.T., 2002, 501; N.J.W., 2002, 168-169 met noot).

Anderzijds moet worden vastgesteld dat:

- de werknemer die bij toepassing van de wetgeving op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering als geschikt wordt beschouwd, en die deze beslissing voor de bevoegde rechtsmacht betwist, krachtens artikel 62, § 2 van het Koninklijk besluit van 25 november 1991 voorlopige werkloosheidsuitkeringen kan genieten.
- dat hij, indien hij daarbij in het gelijk wordt gesteld, van het genot der werkloosheidsuitkeringen wordt uitgesloten vanaf de dag waarop hij opnieuw tot ziekte-uitkeringen wordt toegelaten,
- dat in dat geval de verzekeringsinstelling aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIENING het bedrag van de intussen aan de werknemer uitbetaalde werkloosheidsuitkeringen terugbetaalt, tot beloop van het totaal van de achterstallige uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering waarop de betrokkene recht heeft.

Daaruit volgt dat de werknemer van de verzekeringsinstelling, alleen het verschil kan terugvorderen tussen het totaal van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, en het aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIENING terugbetaalde bedrag. (zie Cass., 26.10.1992, R.W., 1992-1993, 1163).

Mevrouw ... is derhalve, voor zover zij tevens voldoet aan alle andere in het artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet gestelde voorwaarden, enkel gerechtigd op het verschil tussen de door haar te ontvangen ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, en het desgevallend aan de RIJKSDIENST VOOR ARBEIDSVOORZIENING terug te betalen bedrag, méér de moratoire rente aan de wettelijke intrestvoet op voormelde bedragen vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop zij uitbetaald hadden moeten worden.

5. Beslissing

De arbeidsrechtbank GENT, afdeling DENDERMONDE, kamer D4,

Na beraadslaging,

Rechtsprekend op tegenspraak,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

De rechtbank verklaart de vordering van mevrouw ... in de volgende mate GEGROND.

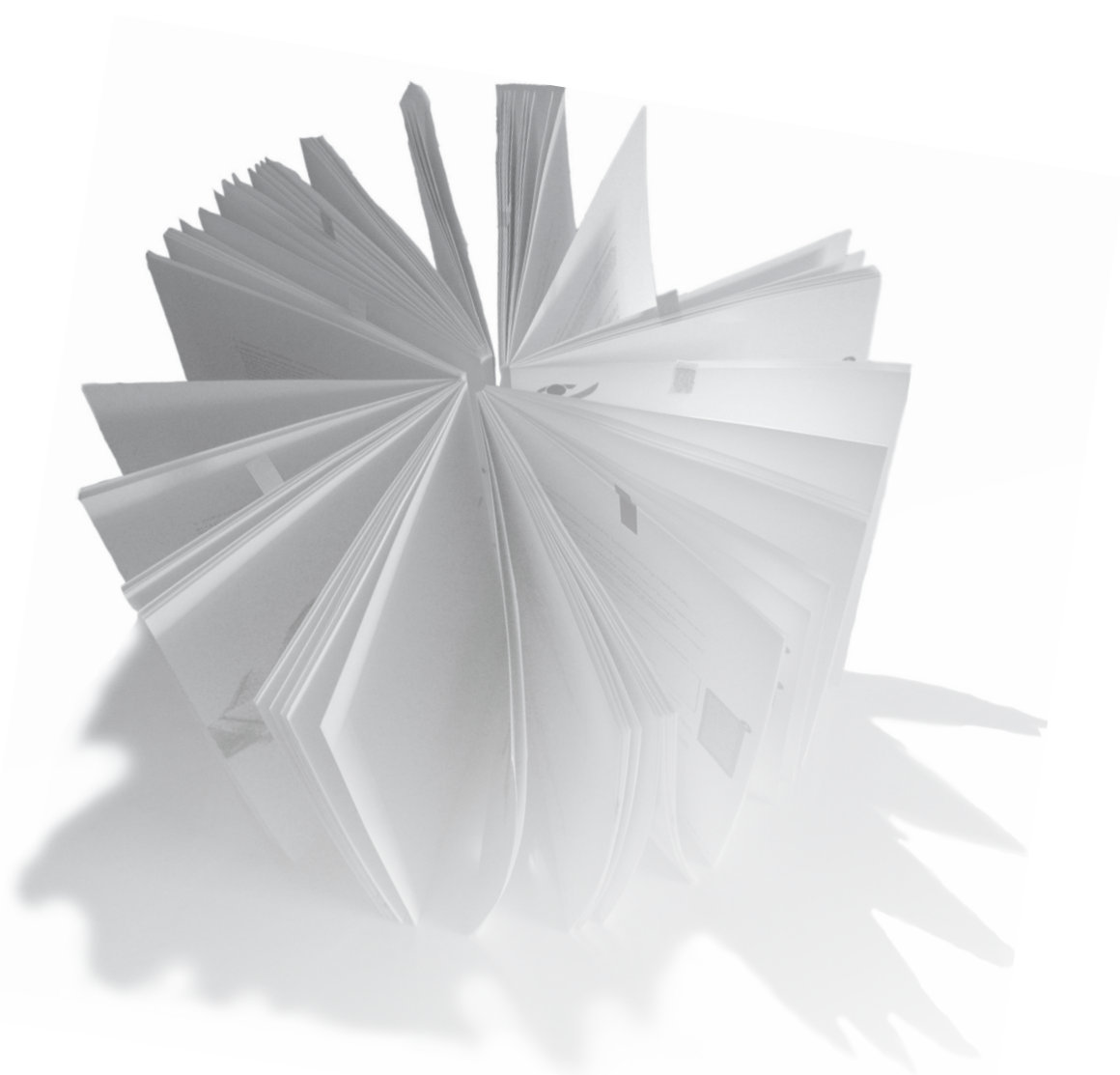
De rechtbank vernietigt:

- de beslissing van de GENEESKUNDIGE RAAD VOOR INVALIDITEIT *de dato* 2 december 2016 waarin haar werd medegedeeld dat zij vanaf 16 december 2016 niet meer arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 100 van de Gecoördineerde Ziekwet
- de beslissing van de adviserend geneesheer van de CHRISTELIJKE MUTUALITEIT WAAS EN DENDER *de dato* 16 december 2016 waarin haar werd meegedeeld dat zij op basis van haar aangifte van arbeidsongeschiktheid die op 16 december 2016 werd ontvangen, niet arbeidsongeschikt werd erkend in de zin van artikel 100 van de Gecoördineerde ziekwet.

De rechtbank zegt voor recht dat het verdienvermogen van mevrouw ... in de periode van 16 december 2016 tot en met 30 april 2018, met twee derden of meer was verminderd ingevolge het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen, zoals bepaald bij artikel 100 § 1 van de Gecoördineerde ziekwet zodat zij, (voor zover zij tevens voldoet aan alle andere ter zake gestelde voorwaarden) met betrekking tot die periode gerechtigd is op de dienovereenkomstig verschuldigde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, desgevallend te verminderen met het aan de RVA terug te betalen bedrag, méér de moratoire rente aan de wettelijke intrestvoet vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hadden uitbetaald moeten worden.

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Ouderschapsverlof

Moederschapsrust – Transversale aangelegenheid met de gemeenschappen – Recht op een uitkering - Lokale mandataris - Notie “activiteit” – Verhinderend mandaat

Vraag nr. 7-394, gesteld op 10 maart 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door mevrouw DE BETHUNE, Senator¹

Deze vraag betreft een transversale aangelegenheid met de Gemeenschappen. Er is de regionale regelgeving die de lokale uitvoerende mandatarissen de mogelijkheid biedt om zich al dan niet te laten verhinderen en er is de federale regelgeving die bepaalt in welke gevallen er wel of niet recht is op een uitkering.

Uitvoerende mandatarissen van gemeenten in het Vlaamse Gewest kunnen zich laten verhinderen als zij ouderschapsverlof willen opnemen voor de geboorte of de adoptie van een kind. Die verandering is een mogelijkheid en geen verplichting. De mandataris die daar geen gebruik van wenst te maken kan haar mandaat verder blijven opnemen.

Artikel 115 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt evenwel dat alle werkzaamheden moeten gestaakt worden in de periodes van moederschapsrust met recht op een uitkering. Uit die bepaling leidt het Vlaamse Agentschap Binnenlands Bestuur evenwel af dat alle activiteiten als mandataris (zowel die van uitvoerend mandataris als van gemeenteraadslid) gestaakt moeten worden tijdens die periodes. En indien dat niet het geval zou zijn, dan heeft dat gevolgen voor de uitkering. Dat heeft dan voor gevolg dat de betrokken mandataris die op basis van de Vlaamse regelgeving niet verplicht is om haar mandaat te onderbreken, daartoe door de federale regelgeving in de feiten wel toe gedwongen wordt.

Daarom graag volgende vragen:

- 1) Is de correcte interpretatie van de federale regelgeving inderdaad dat alle activiteiten als mandataris dienen gestopt te worden in geval van moederschapsrust met uitkering?
- 2) Acht de geachte minister het niet aangewezen om dienaangaande in een uitzondering te voorzien voor lokale uitvoerende mandatarissen?

Antwoord

1) Overeenkomstig artikel 115 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 kunnen de tijdvakken van moederschapsrust slechts in aanmerking worden genomen op voorwaarde dat de gerechtigde elke activiteit heeft onderbroken.

De notie “activiteit” moet in dit kader ruim worden geïnterpreteerd en beoogt niet enkel de bezoldigde activiteiten. Het gaat om elk type van activiteit (zowel bezoldigd als onbezoldigd).

1. Senaat, gewone zitting 2019-2020, blz. 8.

Die voorwaarde is dezelfde als de voorwaarde die is bepaald in artikel 100, § 1, van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voor een erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid en waarvan de inhoud nader is verduidelijkt door de rechtspraak. Zo stelde het Hof van Cassatie in een arrest van 18 mei 1992 dat onder arbeid wordt verstaan, elke werkzaamheid met productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer, ook als zij niet tegen loon als vriendendienst wordt verricht.

Ik kan dus bevestigen dat alle activiteiten als lokaal mandataris (zowel die van uitvoerend mandataris als van gemeenteraadslid) moeten worden gestaakt tijdens de periode van moederschapsrust.

Verduidelijkt moet worden dat de beschermingsperiode van moederschapsrust ononderbroken moet zijn die, in de huidige stand van de wetgeving, één enkele uitzondering kent². Die uitzondering voorziet inderdaad in de mogelijkheid voor de werkneemster om de moederschapsrustperiode te verlengen en tegelijk gedeeltelijk de professionele activiteiten (in loondienst) te hervatten onder de voorwaarden beoogd in artikel 39, 3^{de} lid van de arbeidswet³.

In het kader van deze regelgevende bepaling kan de werkneemster (indien ze dat vraagt), in alle omstandigheden waar ze de verplichte postnatale rust kan verlengen met minstens twee weken, deze twee laatste facultatieve weken van postnatale rust omzetten in “dagen van postnataal verlof”. Dankzij die maatregel kan de werkneemster afwisselen tussen rustdagen en werkdagen.

2) De verplichting voor de werkneemster op grond van artikel 115 van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 alle werkzaamheden te onderbreken vindt haar bestaansreden op verschillende niveaus. Die verplichting is enerzijds gerechtvaardigd door de aard van de toegekende prestatie, namelijk de moederschapsuitkering, die een vervangingsinkomen vormt. Anderzijds is die verplichting te verklaren door het dubbele doel van de maatregel, namelijk de volledige rust van de moeder en de opvang van het kind, welk doel de werkneemster impliciet op haar toegepast wil zien wanneer zij een beroep doet op de moederschapsuitkeringen als vervangingsinkomen.

Net zoals de Nationale Arbeidsraad in het verleden al heeft geoordeeld dat een uitzondering voor politieke mandatarissen niet opportuun is (cf het advies 1.877 van 26.11.2013), ben ik van oordeel dat de onmogelijkheid om tijdens de moederschapsrust een lokaal mandaat te verrichten, rekening houdend met de voormelde motieven moet gehandhaafd blijven. Een activiteit als lokaal mandataris toelaten zou een verschillende behandeling zijn ten aanzien van andere types van activiteit.

2. Art. 114, 6^{de} lid, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994.

3. Art. 39, 3^{de} lid, van de arbeidswet van 16.03.1971.

II. Ziekteverzekering

Elektronisch getuigschrift *eAttest* - Bevoegdheid van de Senaat – Recente gegevens met betrekking tot het gebruik van het *eAttest* door medici – Huisartsen en tandartsen – Voordelen en nadelen

Vraag nr. 7-544, gesteld op 11 mei 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door de heer VAN GOIDSENHOVEN, Senator¹

Gezondheidszorg is een bevoegdheid die zowel aan het federale niveau als aan de Gemeenschappen en Gewesten is toebedeeld. Deze vraag heeft een transversaal karakter en behoort tot de bevoegdheid van de Senaat.

Dankzij de toenemende digitalisering van de samenleving kan er grote vooruitgang gemaakt worden op medisch vlak, de invoering van het elektronische getuigschrift is daarvan een goed voorbeeld.

Sinds 2 januari 2018 moeten mensen die gebruikmaken van de gezondheidszorg hun medische attesten niet meer zelf aan hun ziekenfonds bezorgen. Huisartsen en tandartsen kunnen die getuigschriften immers rechtstreeks elektronisch overmaken in de vorm van een *eAttest*.

Dit nieuwe instrument, dat vandaag enkel kan gebruikt worden door huisartsen en tandartsen, biedt veel voordelen voor de patiënt, maar ook voor het medisch personeel dat hiermee werkt. Het gebruik van het *eAttest* leidt tot meer efficiëntie, maar maakt ook een verbetering van het proces van automatische terugbetaling mogelijk.

Daarnaast levert dit instrument ook voordelen op voor het milieu en de ecologie.

Gelet op die verschillende elementen heb ik de volgende vragen voor u:

- 1) Beschikt u over recente gegevens met betrekking tot het gebruik van het *eAttest* door medici? Is het mogelijk om specifieke statistieken te krijgen over het gebruik ervan bij huisartsen en bij tandartsen?
- 2) Hebt u specifieke feedback gekregen over het gebruik van deze elektronische getuigschriften vanwege medisch personeel, patiënten of ziekenfondsen?
- 3) Nog in verband met de vorige vraag, hebben gezondheidswerkers enig nadeel opgemerkt bij gebruik van elektronische getuigschriften? Zo ja, welke?
- 4) Wat is de balans van het gebruik van het *eAttest*? Welke moeilijkheden moesten overwonnen worden? Kan het *eAttest* op korte termijn ook gebruikt worden door andere medische beroepen?

1. Senaat, gewone zitting 2019-2020, blz. 17.

- 5) Vandaag is het gebruik van het elektronisch getuigschrift niet verplicht. Bestaat de mogelijkheid dat dit op middelmatige termijn wel verplicht wordt gesteld indien de evaluatie positief blijkt?

Antwoord

- 1) De meest recente gegevens over het gebruik van *eAttest* worden hieronder vermeld.

Voor de huisartsen hebben die gegevens betrekking op het maandelijks aantal elektronische getuigschriften die de huisartsen tussen januari 2018 en februari 2020 hebben verstuurd. In januari 2020 werd een maximaal gebruikscijfer van 1.382.059 elektronische getuigschriften vastgesteld.

Tabel 1 – Maandelijks aantal elektronische getuigschriften die door de huisartsen zijn verstuurd

Januari 2018	Februari 2018	Maart 2018	April 2018	Mei 2018	Juni 2018
7.772	106.671	328.387	305.878	423.010	480.515
Juli 2018	Augustus 2018	September 2018	Oktober 2018	November 2018	December 2018
446.371	484.637	577.024	821.213	903.100	780.826
Januari 2019	Februari 2019	Maart 2019	April 2019	Mei 2019	Juni 2019
1.039.939	1.087.096	1.027.649	994.747	1.057.752	922.324
Juli 2019	Augustus 2019	September 2019	Oktober 2019	November 2019	December 2019
913.806	871.638	1.064.289	1.237.694	1.245.416	1.171.937
Januari 2020	Februari 2020				
1.382.059	1.255.555				

Voor de tandartsen hebben die cijfers betrekking op de periode tussen de maand september 2019 en februari 2020. In februari 2020 werd een maximaal gebruikscijfer van 73.685 elektronische getuigschriften vastgesteld.

Tabel 2 – Maandelijks aantal elektronische getuigschriften die door de tandartsen zijn verstuurd

September 2019	Oktober 2019	November 2019	December 2019	Januari 2020	Februari 2020
58	426	763	1.726	9.935	73.685

- 2) De evaluatie met betrekking tot het gebruik van het getuigschrift is afkomstig van de zorgverleners, de patiënten en de verzekeringsinstellingen.

De zorgverleners (en in het bijzonder de huisartsen en tandartsen) ervaren meer tijdswinst, een administratieve vereenvoudiging en meer efficiëntie dankzij het gebruik van *eAttest*. De patiënten vragen immers niet meer om een *duplicaat* wanneer ze hun getuigschrift voor verstrekte hulp verliezen of vernietigen. Er moeten minder correctiedocumenten worden opgesteld, omdat er minder fouten of interpretatiefouten mogelijk zijn. Dat is enerzijds te danken aan de toepassing van een interne controle op de software waarmee het elektronisch getuigschrift kan worden verworpen als het een fout bevat en anderzijds omdat er geen probleem meer kan rijzen op het vlak van de leesbaarheid van de codenummers op het papieren getuigschrift. De zorgverleners wijzen ook op het voordeel van een beveiligde gegevensuitwisseling dankzij *eAttest*.

De patiënten melden dat ze dankzij het elektronisch getuigschrift tijd en geld kunnen besparen. De patiënten moeten zich immers niet verplaatsen om hun getuigschrift voor verstrekte hulp bij het ziekenfonds in te dienen of per post te versturen. Ook de terugbetaling verloopt sneller (twee tot drie dagen). De patiënt kan zijn getuigschrift voor verstrekte hulp niet meer verliezen of vergeten om het binnen de vastgestelde termijn in te dienen (waardoor hij zijn recht op terugbetaling kan verliezen door de overschrijding van de verjaringstermijn van twee jaar). De patiënt kan daarnaast ook een milieuvriendelijk gebaar stellen als hij ermee instemt om het document "bewijs voor de patiënt" via zijn *eBox* Burger te ontvangen. Uit de resultaten van een intermutualistisch onderzoek van november 2018 blijkt dat 87 % van de ondervraagde patiënten verklaart dat ze hun terugbetaling dankzij de dienst *eAttest* sneller hebben ontvangen en dat 94 % van de ondervraagde patiënten verklaart voorstander te zijn van de dienst *eAttest*.

De ziekenfondsen maken gewag van een verbetering van de termijn voor de terugbetaling van de zorg aan de patiënt. De ziekenfondsen krijgen van de patiënten ook geen vragen meer om informatie over de verwerking of betaling van de getuigschriften voor verstrekte hulp. Dankzij *eAttest* moeten de ziekenfondsen de papieren getuigschriften niet meer manueel archiveren of moeten ze de papieren getuigschriften niet meer scannen voor een elektronische archivering. Ze moeten de papieren getuigschriften ook niet meer scannen voor een (half)automatische tarifiering en ze ondervinden geen problemen meer op het vlak van de leesbaarheid van de nomenclatuurcodenummers (door het geschrift van de zorgverlener). Gelet op de voordelen die ze eruit halen, investeren de ziekenfondsen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) enorm veel in de ontwikkeling, de infrastructuur, het onderhoud en de monitoring om de nodige ondersteuning aan de dienst *eAttest* te bieden, maar ook om die dienst tot andere categorieën van zorgverleners uit te breiden.

3) In het kader van het gebruik van de dienst *eAttest* stellen we vast dat de huisartsen en tandartsen geen echte nadelen naar voren schuiven. Er moet evenwel worden opgemerkt dat de inschrijving op die dienst afhankelijk is van het vertrouwen dat de zorgverleners in de dienst *eAttest*, en bij uitbreiding, in de nieuwe elektronische systemen stellen. Dat vertrouwen blijkt zelf ook afhankelijk te zijn van een absolute beschikbaarheid van de diensten. Bij alle actoren wordt een maximum aan middelen ingezet om te zorgen voor een 100 % beschikbaarheid. Voor *eAttest* van *MyCareNet* kwam men in mei 2020 aan een beschikbaarheid van 99,98 %.

4) Zowel bij de zorgverleners als bij de ziekenfondsen en de patiënten worden er dus zeer positieve signalen over *eAttest* opgevangen. Het is een grote sprong voorwaarts met het oog op de verdere vereenvoudiging en digitalisering in de wereld van de gezondheidszorg.

De ziekenfondsen hebben de volgende obstakels aangehaald.

Ten eerste: nog niet alle zorgverleners die over de nodige software voor het gebruik van *eAttest* beschikken, zijn op deze dienst ingeschreven (\pm 55 % momenteel bij de huisartsen) en sommige zorgverleners gebruiken de dienst amper in vergelijking met hun papieren getuigschriften. De digitale transformatie gaat gepaard met een verandering in gedrag en gewoontes (vooral bij de oudere artsen). Die verandering aanvaarden lijkt pas gegarandeerd als er een goed vertrouwen in de digitalisering kan worden gevonden.

Ten tweede: zolang *eAttest* niet volledig is uitgerold, moeten de ziekenfondsen een dubbel betalingscircuit beheren (zowel op papier als elektronisch), waardoor ze meer kosten hebben en ze hun investeringen in *eAttest* niet kunnen verzilveren. De ziekenfondsen reiken oplossingen aan die het gebruik van de dienst aantrekkelijker moeten maken (bijvoorbeeld door in de criteria voor het verkrijgen van de premies voor de zorgverleners het gewicht te verhogen van de inschrijving op elektronische diensten) en die de dienst, naar het voorbeeld van het elektronisch voorschrift, verplicht moeten maken (met uitzonderingsplicht weliswaar).

De zorgverleners hebben de volgende obstakels aangehaald.

Ten eerste: sommige zorgverleners wensen niet van *software* te veranderen ook al biedt die geen *eAttest* aan.

De huisartsensyndicaten hadden in april 2018 ook hun twijfels geuit over de rechtszekerheid van *eAttest*. Dat zorgde dan weer voor een vertraging in de overgang naar het gebruik van *eAttest* totdat er meer duidelijkheid over de fiscale gevolgen van *eAttest* was verschaft. Een reden temeer dus om van bij de start van het project een 360°-aanpak te hanteren, waarbij niet alleen naar de impact op het niveau van de *business* en IT wordt gekeken, maar ook de juridische aspecten worden onderzocht teneinde de grootst mogelijke zekerheid in te bouwen en bijgevolg het vertrouwen van de zorgverleners te winnen.

De ziekenfondsen werken al aan de uitbreiding van de dienst *eAttest* tot de artsen-specialisten en de kinesitherapeuten. Andere categorieën van zorgverleners zullen later volgen.

5) Net zoals voor alle andere eGezondheidsdiensten zou men, zodra een dienst voldoende wordt gebruikt en op basis van een voorstel aan de bevoegde overeenkomstencommissie, eventueel wet- en regelgevende stappen kunnen ondernemen om de dienst verplicht te maken.

III. Europese Unie-burgers

Kosten geneeskundige verzorging – Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 – Controles - Terugvordering

Vraag nr. 371, gesteld op 4 februari 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door mevrouw VAN PEEL, volksvertegenwoordigster¹

Verzekerden die vallen onder de wetgeving van een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland kunnen in België geneeskundige zorg ontvangen volgens de Belgische wetgeving (verstrekkingenpakket, tarieven, eventuele eigen bijdrage van de patiënt in de kosten van de geneeskundige zorg, enz.) voor rekening van het land waar zij ziektekostenverzekerd zijn.

De nationaliteit van de verzekerde speelt hierbij geen rol met uitzondering van een beperkt aantal landen (meer bepaald Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland). In deze landen vallen personen met de nationaliteit van een derde land niet onder de personele werkingssfeer van de verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009.

1. Hoeveel bedroegen de kosten voor geneeskundige verzorging van burgers van de Europese Unie, sinds 2016, op jaarbasis, per lidstaat?
2. Welk bedrag werd teruggevorderd?
3. Welk bedrag werd (nog) niet teruggevorderd? Wat is de reden hiervoor?

Antwoord

Verzekerden die vallen onder de wetgeving van een andere lidstaat van de EU, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland kunnen in België geneeskundige zorg ontvangen volgens de Belgische wetgeving (verstrekkingenpakket, tarieven, eventuele eigen bijdrage van de patiënt in de kosten van de geneeskundige zorg, enz.) voor rekening van het land waar zij verzekerd zijn voor geneeskundige verzorging.

De nationaliteit van de verzekerde speelt hierbij geen rol met uitzondering van een beperkt aantal landen (meer bepaald Denemarken, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland). In deze landen vallen personen met de nationaliteit van een derde land niet onder de personele werkingssfeer van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009. De documenten die deze – ten laste van het buitenland verzekerde – personen toegang verlenen tot geneeskundige zorg in België voorzien evenwel niet in de mogelijkheid om de nationaliteit van de houder van die documenten te vermelden. Het is het bevoegde land (het land waar de persoon verzekerd is voor geneeskundige verzorging) dat hierop de nodige controles dient uit te voeren en dient na te gaan of de verzekerde al dan niet een beroep kan doen op de bepalingen van vernoemde Verordeningen.

Aangezien de nationaliteit van de verzekerde dientengevolge niet van belang is, worden de kosten die België terugvordert van de landen die gevat zijn door de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009, niet verbonden met de nationaliteit van de verzekerde maar met het land waar de betrokkene voor geneeskundige verzorging verzekerd is.

1. Bulletin nr. 017, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 173.

De tabel in bijlage² geeft een overzicht van de bedragen die per land en per dienstjaar (het jaar waarin de uitgaven door de Belgische verzekeringsinstellingen zijn geboekt), meer bepaald voor de jaren 2015 tot en met 2018, werden teruggevorderd volgens de geëigende procedures zoals vastgelegd in de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009. De uitgaven die betrekking hebben op het jaar 2019 worden in de loop van 2020 ingediend door de Belgische verzekeringsinstellingen bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering die instaat voor de terugvordering bij de andere landen.

De bijlagen³ 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).

2. Hier niet gepubliceerd.
3. Hier niet gepubliceerd..

IV. Zeldzame ziekten

Aantal – Diagnose – Behandeling – Plan voor zeldzame ziekten – Erkenningsnormen – Acties – Budget – Ziekenhuizen – Centraal register – Europese referentienetwerken – Weesgeneesmiddelen - Terugbetalingen

Vraag nr. 476, gesteld op 6 maart 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door de heer BURTON, volksvertegenwoordiger¹

In ons land lijden er 500.000 personen aan een weesziekte. Dergelijke ziekten treffen 5 % van de wereldbevolking. Ze hebben verschillende oorzaken, maar 72 % is van genetische oorsprong. Momenteel zijn er 6.100 weesziekten.

Het probleem is uiteraard dat die ziekten zo zeldzaam en uiteenlopend zijn. 30 % van de kinderen met een weesziekte overlijdt voor ze vijf jaar worden. Het duurt echter gemiddeld vier tot vijf jaar om een juiste diagnose te stellen. Als er al een behandeling bestaat, is die vaak peperduur door de lage vraag en de kosten voor onderzoek en ontwikkeling. Zes jaar geleden heeft ons land daarom een plan voor zeldzame ziekten opgesteld, dat echter geen zoden aan de dijk heeft gebracht.

Zeldzame ziekten of weesziekten zijn een verzamelnaam van aandoeningen die vaak niets gemeen hebben, behalve dan dat ze weinig voorkomen. Bovendien is het nadelig dat ze niet allemaal erkend worden voor behandelingen en terugbetalingen door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Zoals in 2019 is gebleken tijdens de zaak-Pia, wordt een aantal erg dure geneesmiddelen niet terugbetaald.

1. Hoe zit het met het plan voor zeldzame ziekten? Hoeveel hulpaanvragen worden er jaarlijks ingediend?
2. Zult u meer behandelingen laten terugbetalen voor die ziekten?
3. Hoe wordt een zeldzame ziekte erkend? Op basis van welke criteria?

Antwoord

In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat de meeste acties van het Plan Zeldzame Ziekten zijn uitgevoerd:

In het kader van de toegang tot de diagnose wordt de financiering van genetische tests in het buitenland verzekerd via een overeenkomst tussen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de centra voor genetica.

1. Bulletin nr. 27, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 142.

Voor de optimalisering van de zorg zijn er erkenningsnormen opgesteld voor functies en netwerken van zeldzame ziekten (K.B. van 25.04.2014, gepubliceerd in het B.S. van 08.08.2014) en zijn er referentiecentra voor hemofilie opgericht. Ondertussen hebben de deelstaten zeven ziekenhuizen erkend voor de functie zeldzame ziekten en wordt de zorg georganiseerd in netwerken van groepen van zeldzame ziekten, zodat een uitwisseling van expertise kan plaatsvinden en de patiënt de beste mogelijkheden voor diagnose en behandeling wordt geboden. De federale overheid heeft een bedrag van één miljoen EUR per jaar gereserveerd voor ziekenhuizen met een erkende functie voor zeldzame ziekten voor de verdere operationalisering van de functie voor zeldzame ziekten.

In het kader van het beheer van de informatie over zeldzame ziekten is een centraal register van zeldzame ziekten opgezet, dat nu geleidelijk aan wordt ontwikkeld.

Voor zeldzame ziekten blijft samenwerking op Europees niveau, vanwege de versnippering van de kennis en het beperkte aantal patiënten, van cruciaal belang. De Europese referentienetwerken, die in 2017 van start zijn gegaan en waarin meer dan 900 gespecialiseerde expertenteams samenwerken, zullen zeker nieuwe toegevoegde waarde opleveren. In België nemen 68 teams van experts uit 10 ziekenhuizen deel aan de Europese referentienetwerken.

We hebben ook een overeenkomst gesloten met het Groothertogdom Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Ierland over weesgeneesmiddelen. Door samen met andere landen te onderhandelen met de farmaceutische industrie kunnen we de prijs van weesgeneesmiddelen beter beheersen.

Om patiënten met een zeldzame ziekte de best mogelijke zorg te kunnen bieden, zal het van belang zijn zich te blijven richten op de organisatie van de zorg in functies en netwerken op nationaal niveau en op samenwerking in het kader van Europese referentienetwerken, alsmede op de ontwikkeling van het centrale register voor zeldzame ziekten en op internationale samenwerking op het gebied van weesgeneesmiddelen.

Over de terugbetaling van geneesmiddelen voor zeldzame ziekten, en welke ziekten daarvoor in aanmerking komen, wordt beslist in de overlegorganen van het RIZIV, in overleg met de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen, op basis van de meest recent beschikbare wetenschappelijke evidentie. In de voorbije legislatuur werden geneesmiddelen voor 33 nieuwe indicaties goedgekeurd met een bijhorende regeling voor terugbetaling.

V. COVID 19

Postnataal moederschapsverlof – Verlenging – Wet van 12 juni 2020 – Notie van “gelijkgestelde dagen”

Vraag nr. 628, gesteld op 12 mei 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door mevrouw SCHLITZ, volksvertegenwoordigster¹

Vandaag zijn heel wat zwangere vrouwen erg ongerust over de impact van de gezondheidssituatie op hun baby. Daarbij komt de onzekerheid over het postnatale deel van hun moederschapsverlof. Een zwangere vrouw die ziekteverlof moet opnemen tijdens haar zwangerschap verliest immers een deel van haar postnataal verlof.

Veel zwangere vrouwen die door de crisis tijdelijk werkloos werden, vrezen dat ze een aantal dagen postnataal verlof zullen verliezen.

Worden de perioden van tijdelijke werkloosheid wegens overmacht gelijkgesteld met gewerkte periodes tijdens de periode vóór de bevalling of leiden ze juist tot een verkorting van het postnataal verlof?

Antwoord

De nabevallingsrust kan worden verlengd met de periode waarin de gerechtigde het werk of de werkloosheid heeft voortgezet tijdens de vijf facultatieve weken van de voorbevallingsrust. Een aantal dagen tijdens de vijf facultatieve weken van de voorbevallingsrust worden gelijkgesteld met een periode waarin de zwangere gerechtigde het werk heeft voortgezet, bijvoorbeeld met de dagen van jaarlijkse vakantie.

De wet van 12 juni 2020 tot wijziging van de periodes die plaatsvinden tijdens de voorbevallingsrust en in aanmerking kunnen worden genomen voor de verlenging van de nabevallingsrust, bekendgemaakt op 18 juni 2020, breidt het begrip “gelijkgestelde dagen” uit.

Deze wet biedt de gerechtigde de mogelijkheid de nabevallingsrust te verlengen met de volgende dagen, in de periode vanaf de zesde week (8^{ste} week bij de geboorte van een meerling) tot en met de tweede week vóór de bevallingsdatum:

- de dagen van tijdelijke werkloosheid wegens overmacht
- de dagen van tijdelijke werkloosheid ingevolge gebrek aan werk wegens economische redenen voor bedienden (de overdracht van de tijdelijke werkloosheid ingevolge gebrek aan werk wegens economische redenen voor arbeiders is reeds mogelijk)
- de dagen van arbeidsongeschiktheid
- de dagen van volledige werkverwijdering.

Deze wet is op 1 maart 2020 in werking getreden.

1. Bulletin nr. 023, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 190.

VI. Globaal medisch dossier

Uitbreiding – Akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 – Verlenging zonder een contactmoment en herziening van het betaalsysteem – Doelstellingen en kost van die maatregel

Vraag nr. 734, gesteld op 23 juni 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door de heer RIGOT, volksvertegenwoordiger¹

Het in december 2019 afgesloten akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen bevat een onderdeel over de uitbreiding van het globaal medisch dossier (GMD).

In de context van de uitvoering van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 werd er al een voorstel uitgewerkt om de verlenging van het GMD los te koppelen van de voorwaarde van een jaarlijks verplicht contactmoment met de huisarts.

Boven op de verlenging zonder een contactmoment beoogt het voorstel dat ter tafel ligt transparantie te brengen in de betalingen van de GMD's en voorziet men in de afschaffing van de facturatie op papier vanaf januari 2021. Het voorstel zal in twee fasen uitgevoerd worden.

De eerste fase betreft de GMD's die in 2020 beheerd worden. Boven op de bestaande regelgeving zullen de lopende GMD's met een contactmoment in 2019 en zonder contactmoment in 2020 terugbetaald worden aan de huisartsen die met het eGMD werken of die zich daar ten laatste op 30 juni 2020 voor inschrijven.

De tweede fase behelst een volledige herziening van het huidige betaalsysteem vanaf 2021.

1. Kunt u toelichten wat er met die maatregel beoogd wordt?
2. Om een optimale gezondheidszorg te kunnen garanderen, is het noodzakelijk dat elke burger een GMD heeft dat door een huisarts of door een huisartsengroeppraktijk bijgehouden wordt. Wilde men met die maatregel het GMD algemener ingang doen vinden bij de bevolking?
3. Blijkbaar vormt een vaste band tussen de patiënt en de huisarts de basis van het beheer van het GMD. Hoe kan een therapeutische relatie voor een onbegrensde duur in stand gehouden worden zonder dat er regelmatig contact is tussen de patiënt en zijn huisarts?
4. Hoe zal de patiënt zich tegen de verlenging ervan kunnen verzetten?
5. Hoeveel kost die maatregel?

Antwoord

Deze maatregel heeft meerdere doelstellingen. Zijn voornaamste doelstelling is om zoveel mogelijk burgers ertoe aan te zetten om te beschikken over een referentiehuisarts aan wie de persoonlijke medische gegevens worden toevertrouwd.

De andere doelstellingen zijn:

- een duidelijk en transparant systeem creëren voor de GMD's
- transparantie creëren betreffende de betalingen van de GMD's

1. Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 167

- de huisarts vergoeden voor het bijhouden van het dossier dat hij up-to-date blijft houden, zelfs zonder contact met de patiënt
- het systeem voor de verzekeringsinstellingen vereenvoudigen met de verdwijning van het papieren circuit.

Aangezien de voornaamste doelstelling van deze maatregel erin bestaat om zoveel mogelijk burgers ertoe aan te zetten om te beschikken over een referentiehuisarts aan wie de persoonlijke medische gegevens worden toevertrouwd, hoop ik dat hij ertoe zal leiden dat het GMD beter onder de bevolking wordt verspreid.

De kwalificatie van een huisarts als houder van het GMD vormt natuurlijk een duidelijk bewijs voor het bestaan van een therapeutische relatie tussen de patiënt en de huisarts in kwestie.

De maatregel die in het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen is opgenomen, voorziet echter niet in een automatische verlenging zonder contact voor onbepaalde duur, maar in een verlenging van het GMD zonder contact gedurende één jaar.

Daarna moet er zeker opnieuw een contact zijn tussen de patiënt en de huisarts die het GMD bijhoudt.

In het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2020 is bepaald dat, in het kader van het nieuwe betalingssysteem, de toestemming van de patiënt om een GMD te openen, moet worden geregistreerd en bewaard.

De kwestie betreffende de tegenkanting tegen de verlenging van het GMD zal bij de invoering van de maatregel worden besproken.

De kostprijs van de automatische verlenging zonder contact gedurende één jaar wordt op 22.426 duizend EUR geraamd.

VII. Omzetting van prenataal naar postnataal zwangerschapsverlof

Wet van 12 juni 2020 – Retroactiviteit vanaf 1 maart 2020 van deze maatregel – Administratieve omzendbrieven van het RIZIV ter attentie van verzekeringsinstellingen – Technische aspecten

Vraag nr. 834, gesteld, op 16 juli 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door mevrouw VANROBAEYS, volksvertegenwoordigster¹

Op 4 juni 2020 werd het wetsvoorstel goedgekeurd dat bepaalt dat periodes van tijdelijke werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en preventieve werkverwijdering tijdens de zes weken voorafgaand aan de (vermoedelijke) geboortedatum (met uitzondering van de laatste week) niet langer als prenataal verlof moet worden opgenomen, waardoor vrouwen in die situatie langer postnataal verlof hebben. Zo hebben ook die vrouwen recht op 14 weken bevallingsverlof na de geboorte, welke niet alleen een antwoord biedt op de bekommernissen van veel werknemers maar ook door experts als noodzakelijk wordt erkend.

De wet gaat retroactief in vanaf 1 maart 2020. Veel mama's bevinden zich nu in bovengenoemde situatie waardoor ze onder de oude wetgeving het werk moeten hervatten, terwijl ze volgens de nieuwe wetgeving hun prenataal verlof kunnen overzetten naar het postnataal verlof.

1. Worden vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering richtlijnen meegegeven aan de mutualiteiten? Indien ja, tegen wanneer zullen die richtlijnen klaar zijn?
2. Op welke manier zal de retroactiviteit van deze maatregel worden toegepast?

Antwoord

De wet van 12 juni 2020 tot wijziging van de periodes die plaatsvinden tijdens de voorbevallingsrust en in aanmerking kunnen worden genomen voor de verlenging van de nabevallingsrust heeft de regeling omtrent de moederschapsrust voor werkneemsters ingrijpend en positief gewijzigd waardoor het mogelijk is rekening te houden met nieuwe dagen die nu voortaan als werkdagen kunnen worden beschouwd wanneer die plaatsvinden tijdens de zes weken die voorafgaan aan de vermoedelijke bevallingsdatum.

Ingevolge deze wet heeft het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) de administratieve omzendbrieven omtrent de “moederschapsrust voor werkneemsters” en de “werkverwijdering van zwangere werkneemsters” ter attentie van de verzekeringsinstellingen aangepast. Deze administratieve omzendbrieven zetten dus de nieuwe wettelijke bepalingen om die voortvloeien uit de wet van 12 juni 2020.

Verder heeft het RIZIV verschillende technische nota's opgesteld om de verschillende verzekeringsinstellingen te informeren over bepaalde bijzondere aspecten die voortvloeien uit de uitvoering van de nieuwe reglementering (zoals bijvoorbeeld de impact van een geboorte die zich vroeger of later dan de vermoedelijke bevallingsdatum bevindt en waarbij de betrokkene vóór de moederschapsrust arbeidsongeschikt is).

1. Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 204.

In het kader van deze nieuwe wettelijke bepalingen heeft het RIZIV tijdens de voorbije weken ook verschillende technische overlegmomenten met het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) georganiseerd om een aantal technische aspecten met betrekking tot de implementatie van deze nieuwe maatregelen te bespreken. Ter voorbereiding van deze overlegmomenten heeft het RIZIV ook contact opgenomen met de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg om een uniforme toepassing van deze nieuwe reglementering zowel op arbeidsrechtelijk vlak als in het kader van de sociale zekerheid te waarborgen.

Tot slot is in het kader van de inwerkingtreding van deze nieuwe maatregelen met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 ook veel aandacht besteed aan het opstellen van duidelijke instructies met het oog op de regularisatie van de verschillende betrokken dossiers. Hierbij is ook rekening gehouden met de verschillende arbeidsrechtelijke aspecten, zoals het recht op een eventueel ge-waarborgd loon en/of de betaling voor feestdagen.

VIII. Langdurig zieken

Werk hervatten – Ziekteverzekering – Overgangsmaatregel – Schijvensysteem sinds 1 april 2018 vervangen – Inwerkingtreding voor het financieringssysteem van werken tijdens ziekte – Opwaartse knik in het aantal personen die in het systeem van toegelaten activiteit stappen

Vraag nr. 846, gesteld op 27 juli 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door mevrouw SAMYN, volksvertegenwoordigster¹

Langdurig zieken die gedeeltelijk het werk hervatten, behouden een deel van hun ziekte-uitkering bijgesteld door het ziekenfonds. Voor 1 april 2018 was het bedrag afhankelijk van hoeveel de persoon in kwestie bijverdiende.

Per 1 april 2018 heeft u de berekening van uitkering aangepast in functie van het aantal uur dat iemand terug aan het werk gaat. Aangezien deze maatregel niet gunstig was voor wie bijna volledig het werk hervat, in sommige gevallen lag de uitkering 200 EUR lager per maand, kwam er een overgangsmaatregel, die garandeert dat wie al een deeltijdse uitkering heeft, wel van het oude systeem zou kunnen blijven genieten.

Echter, wanneer men voor een bepaalde maand niet aan voldoende uren komt door ziekte (bijv. griep), waar de garantieregeling van toepassing is, zou de nieuwe regeling voor die bepaalde maand voordeliger zijn. Maar wat gebeurt er dan nadien?

1. Eens er wordt gekozen voor de nieuwe regeling, kan er dan nog overgeschakeld worden naar de regeling van voor 1 april 2018? Of geldt hier het principe eens nieuw, altijd nieuw? Of is de regeling voor interpretatie vatbaar?
2. Kan, in geval van een nieuwe kortstondige ziekte, wanneer de overgangsmaatregel van toepassing is en wanneer het huidige stelsel voordeliger blijkt, een compensatie worden bekomen?
3. De garantieregeling destijds was met progressieve uitdoving. Wanneer wordt deze garantieregeling stopgezet?
4. De overgangsmaatregel zou worden geëvalueerd binnen de twee jaar. Werd er reeds een evaluatie gemaakt of is men reeds bezig aan een evaluatie?

Antwoord

Tijdens vorige legislatuur hebben we heel wat inspanningen gedaan om zieke personen op eigen tempo het werk te laten hervatten. Zo werd onder andere een eenvoudiger en voordeliger systeem van werken tijdens ziekte ingevoerd.

1. Bulletin nr. 25, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 313.

Wanneer een arbeidsongeschikte persoon toelating kreeg om gedeeltelijk aan de slag te gaan, werd vroeger de ziekte-uitkering verminderd op grond van het loon dat men verdiende uit de toegelaten activiteit. Dit schijvensysteem is sinds 1 april 2018 vervangen. Het ziekenfonds doet de herberekening van de uitkeringen voortaan op grond van het aantal uren dat de gerechtigde het werk herneemt.

Voor de verzekerden die al vóór 1 april 2018 een activiteit met de toelating van de adviserend arts tijdens de arbeidsongeschiktheid uitoefenden, bepaalt een garantiemaatregel dat zolang de nieuwe cumulatieregeling niet minstens even gunstig is als de oude cumulatieregeling, deze oude cumulatieregeling van toepassing blijft. De garantiemaatregel kan bovendien slechts van toepassing blijven als de activiteit niet gewijzigd wordt.

Zodra vanaf een bepaald ogenblik de nieuwe cumulatieregeling echter van toepassing wordt, blijft die nieuwe cumulatieregeling van toepassing.

Dit is destijds bij de uitwerking van de hervorming van de cumulatieregeling in geval van een toegelaten activiteit uitdrukkelijk een uitgangspunt geweest om te vermijden dat de twee regelingen afwisselend zouden worden toegepast.

Dit uitgangspunt vermijdt complexe situaties voor de verzekerden en waarborgt een vlotte administratieve behandeling door de ziekenfondsen.

Zoals reeds gezegd blijft de garantiemaatregel van toepassing zolang de nieuwe cumulatieregeling niet minstens even gunstig is als de oude cumulatieregeling en de activiteit niet wordt gewijzigd.

De precieze oorzaak van de toepassing van de nieuwe cumulatieregeling speelt hierbij geen rol. De reglementering bepaalt geen bijzondere compensatie wanneer de toepassing van de nieuwe cumulatieregeling na enige tijd minder gunstig zou zijn geworden in vergelijking met de oude cumulatieregeling.

Er is geen algemene eindduur bepaald voor de garantiemaatregel. De precieze einddatum hangt dus af van de concrete individuele situatie.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft een eerste analyse gemaakt van de hervorming. Deze werd in september vorig jaar voorgelegd aan het beheerscomité van de uitkeringsverzekering en mij overgemaakt.

De analyse toont vanaf de hervorming een opwaartse knik in het aantal personen die in het systeem van toegelaten activiteit stappen. In de periode vanaf april 2017 tot en met maart 2018 werden er in totaal 44.309 nieuwe toelatingen rond toegelaten activiteit gegeven.

Vanaf april 2018 (inwerkingtreding van de maatregel voor het verbeterde financieringssysteem van werken tijdens ziekte) tot en met maart 2019 werden er 52.745 nieuwe toelatingen gegeven.

De nieuwe maatregel slaagt er dus in samen met de hervorming van de re-integratietrajecten om meer mensen de opstap te laten maken naar een gedeeltelijke werkhervatting, namelijk +19,04 %, ofwel 8.436 toelatingen.

De hervorming werd ook samen met de re-integratietrajecten geëvalueerd door de sociale partners in de schoot van de Nationale arbeidsraad (NAR). Ze doen hierin een aantal verbeteringsvoorstellen. Eventuele aanpassingen van de regelgeving naar aanleiding van de analyse van de NAR kunnen pas overwogen worden door de volgende regering met volle bevoegdheid.

IX. COVID-19

RIZIV – Instructies aan sociale controleurs/inspecteurs DGEC – Verhoren – Controles – Beteugeling van sociale fraude

Vraag nr. 919, gesteld, op 3 augustus 2020, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie, door de heer ANSEEUW, volksvertegenwoordiger¹

Op 20 maart 2020 werden heel wat steunmaatregelen ingevoerd voor zowel zelfstandigen, werkgevers en werknemers, teneinde de socio-economische schade als gevolg van de coronacrisis zoveel als mogelijk te beperken.

Ook binnen de gezondheidszorg werden verschillende maatregelen genomen. Zo werd extra financiële ondersteuning voorzien voor ziekenhuizen en triagecentra, werd het mogelijk om hybride apparaten met CT buiten de nucleaire geneeskunde-onderzoeken te gebruiken, en werden ook nieuwe maatregelen genomen met betrekking tot de zorg in drie ziekenhuisdiensten die in het bijzonder betrokken zijn bij de crisis: de afdelingen voor spoedgevallen en intensieve zorg en de specifieke COVID-19-afdelingen.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft twee inspectiediensten: de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en de Dienst voor administratieve controle.

1. Kregen de sociale inspecteurs en controleurs van de DGEC van het RIZIV de opdracht om verplicht, dan wel preferentieel thuis te werken?
2. Welke andere instructies kregen de sociale inspecteurs en controleurs van de DGEC, in coronatijd, nog met het oog op een performante opsporing en beteugeling van sociale fraude?
3. In welke mate wordt het behalen van de specifieke doelstellingen voor de inspectiedienst uit het jaarlijkse actieplan van de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) bemoeilijkt door de coronacrisis en de coronagerelateerde maatregelen (telewerken, toepassen van social distancing, enz.)? Welke maatregelen worden genomen om dit alsnog mogelijk te maken?
4. Welke bijkomende inspanningen worden er door de inspectiedienst geleverd om specifieke fraude gelinkt aan de genomen maatregelen naar aanleiding van de coronacrisis optimaal op te sporen en te controleren? Op welke manier wordt de geplande inzet van personeel en middelen hiervoor gewijzigd?

1. Bulletin nr. 027, Kamer, gewone zitting 2019-2020, blz. 235.

Antwoord

1. In navolging van de bijzondere maatregelen genomen door de regering en de Nationale Veiligheidsraad, hield de Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) van 12 maart 2020 tot 8 juni 2020 geen fysieke controles meer, zoals verhoren van zorgverleners, verhoren van verzekerden, terreinbezoeken of klinische onderzoeken, noch binnen de RIZIV-gebouwen, noch bij de betrokkenen zelf. Om de zorgverleners niet verder te belasten, waren alle verhoren bij zorgverleners en verzekerden, en alle klinische onderzoeken bij verzekerden tijdelijk uitgesteld.

2. Wat de activiteiten van de DGEC betreft, bleven de noodzakelijke en dringende controles ter plaatse in het kader van de strijd tegen de grote en georganiseerde sociale fraude en de mensenhandel behouden, en dit op uitdrukkelijke vraag van de arbeidsauditeurs en met ondersteuning van de politiediensten. Ook werd en wordt de continuïteit van lopende acties gewaarborgd, met respect voor de aanbevolen hygiënische maatregelen en indien mogelijk door middel van informatie die van op afstand kan worden verkregen.

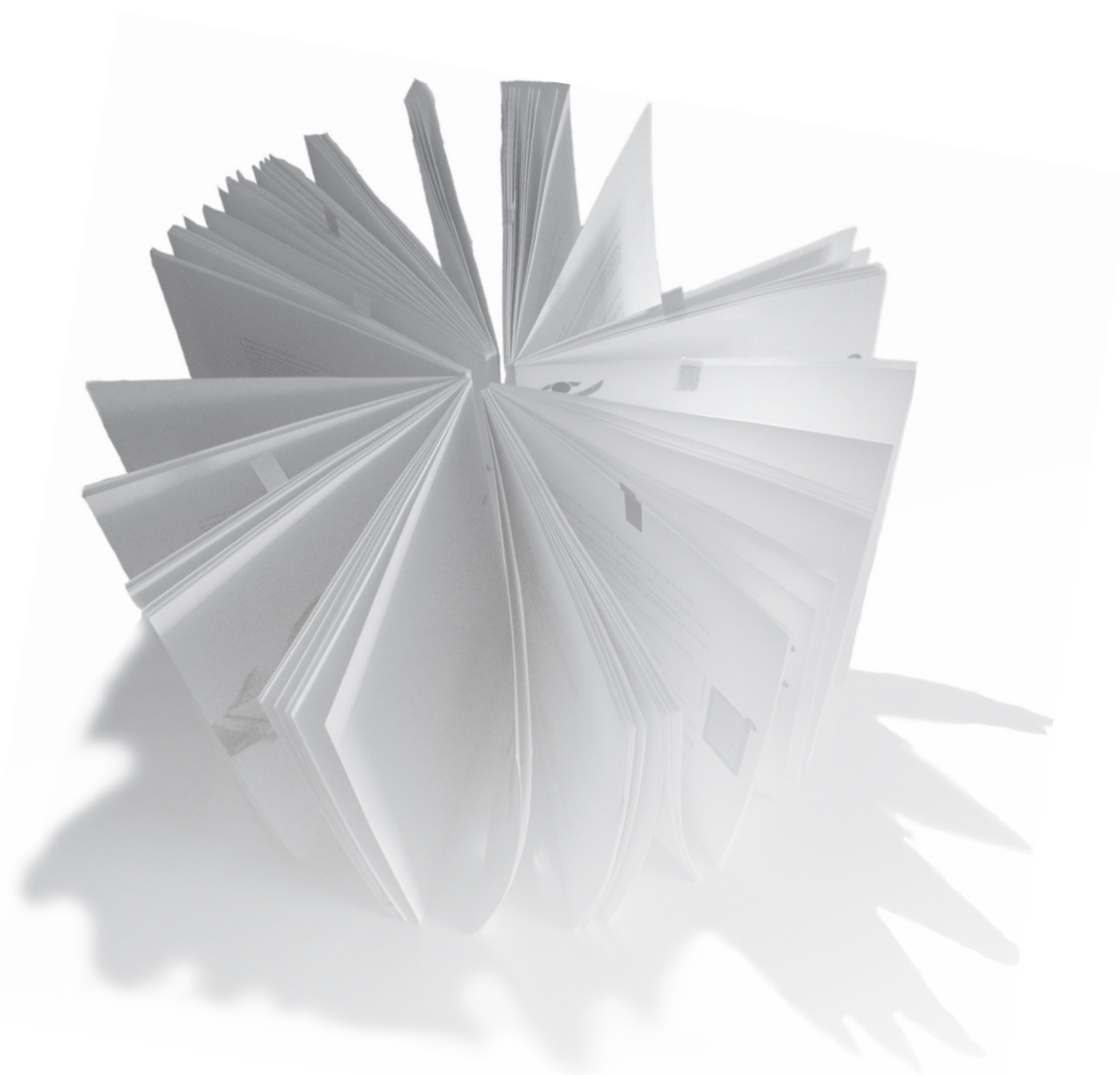
De data-analyses, evaluaties en het afwerken van afgesloten terreinonderzoeken verlopen gewoon verder.

Er werd een analyse van de gegevens inzake geplande en verleende zorg tijdens de COVID-19 pandemie, opgevraagd bij alle Belgische ziekenhuizen naar aanleiding van de richtlijnen uitgevaardigd door de *Risk Management Group*, uitgevoerd. De resultaten werden reeds voorgesteld aan de departementale crisiscel, aan de *Risk Management Group* en aan de *Surge Capacity Group*.

De impact van de specifieke COVID-19-maatregelen genomen door het RIZIV zal in eerste instantie geanalyseerd worden via een desktop-studie en dit van zodra de facturatiegegevens beschikbaar zijn. Indien uit deze eerste analyse zou blijken dat andere acties zich opdringen, zullen deze geïmplementeerd worden in het operationeel plan.

Elke specifieke melding inzake de COVID-19-maatregelen wordt binnen de DGEC behandeld volgens dezelfde procedure als de gewone meldingen.

4^{de} Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Administratieve en financiële toegankelijkheid: uitzonderlijke maatregelen gedurende de Covid-19 pandemie

Van toepassing vanaf 13 maart 2020.

De huidige omzendbrief heeft als doel de bijzondere bepalingen betreffende de regels van verzekeraarbaarheid en financiële toegankelijkheid te preciseren die van toepassing zullen zijn gedurende de periode waarin de inperkingsmaatregelen genomen door de Nationale Veiligheidsraad van 12 maart 2020 in werking zijn, en dit vanaf 13 maart 2020.

Deze omzendbrief zal bijgewerkt worden om bijzondere maatregelen te nemen voor de periode na de inperkingsperiode, met name om te voorkomen dat de termijnen die gedurende de inperkingsperiode geschorst werden, niet onmiddellijk aflopen na deze periode.

Deze omzendbrief blijft van kracht tot de bijgewerkte versie gepubliceerd wordt.

1. Algemene bepalingen

De volgende richtlijnen zijn van toepassing in het kader van de materies bedoeld in huidige omzendbrief:

- a. De termijnen bedoeld in de reglementering worden geschorst gedurende de inperkingsperiode. Dit betekent dat de termijnen niet meer lopen vanaf 13 maart 2020.

Aldus is de verjaring van de betaling van geneeskundige verstrekkingen (art. 174, 3^o en 4^o, van de GVVU-wet¹) geschorst:

De vordering tot betaling van een geneeskundige verstrekking verleend in maart 2018 is in principe verjaard op 1 april 2020: daar de termijn opgeschort wordt gedurende de inperkingsperiode, is de verjaring gestopt te lopen op 13 maart 2020 en de verstrekking kan alsdan nog terugbetaald worden.

Dit is ook het geval voor de vordering tot terugvordering van de waarde van ten onrechte verleende prestaties ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging (art. 174, 6^o) en van de vordering tot terugbetaling van de persoonlijke bijdragen (art. 174, 9^o).

- b. De uitwisseling van de documenten kan uitzonderlijk digitaal gebeuren, ook in de gevallen waarin dit reglementair niet voorzien is.

Aanvragen, verklaringen en bewijsstukken kunnen door de verzekerden worden ingediend per post (per gewone brief), door ze te deponeren in een beveiligde en regelmatig gecontroleerde brievenbus, of via het elektronisch loket van het ziekenfonds. De verzending van deze documenten per e-mail kan slechts overwogen worden als de andere middelen niet mogelijk zijn en mits het ziekenfonds in dat geval volgend bericht aan de verzekerde meedeelt:

“Wij vestigen uw aandacht op het niet-volledig beveiligde karakter van een verzending via e-mail en op de noodzaak om een software te gebruiken die up-to-date is en een veilig wachtwoord.”

1. Wet betreffende de verplichte verzekering en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

Een uitwisseling via e-mail houdt in dat de documenten door de verzekerden mogen worden gedigitaliseerd (opgeslagen, verwerkt en meegeedeeld worden door middel van een optische en fotografische techniek²)³.

De V.I.'s zijn niet verplicht na de periode van bijzondere maatregelen de papieren versies op te vragen van de bewijsstukken en verklaringen die digitaal werden ingediend.

De digitale bewijsstukken dienen wel te worden bewaard in de dossiers en later in geval van een mogelijke mutatie aan de nieuwe VI mee te worden overgemaakt.

2. Verzekerbareid

a. Zelfstandige starters

Bijzondere maatregelen werden genomen in het voordeel van zelfstandigen. De voorwaarden om te genieten van een aantal maatregelen werden versoepeld. Deze maatregelen laten toe de verzekerbareid te waarborgen, wat zich in eerste instantie uit voor de zelfstandige starters op wie het artikel 252, achtste lid, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 houdende uitvoering van de GVV-wet van toepassing is. Voor de starter die geniet van de tijdelijke crisismaatregel overbruggingsrecht⁴ is dit evenwel niet het geval: in tegenstelling tot hetgeen het geval is voor het klassieke overbruggingsrecht, is er aan de tijdelijke crisismaatregel overbruggingsrecht geen luik 'behoud van sociale rechten' verbonden (waaronder het recht op geneeskundige verzorging valt), maar enkel het luik 'uitkeringen'⁵. Deze zelfstandigen zullen kunnen kiezen, in functie van hun financiële situatie, om hetzij hun bijdragen te betalen, hetzij een uitstel van betaling te vragen, hetzij een vrijstelling van bijdragen aan te vragen.

- De starter verkrijgt een uitstel van betaling (voor het 1^{ste} en het 2^{de} kwartaal 2020) :

Indien de zelfstandige een uitstel van betaling verkrijgt, zal hij de bijdrage verschuldigd voor het 1^{ste} kwartaal 2020 moeten betalen uiterlijk op 31 maart 2021 en de bijdrage verschuldigd voor het 2^{de} kwartaal 2020 uiterlijk op 30 juni 2021. De bijdragebon en de flux L410 zullen voor de desbetreffende kwartalen de code vermelden die vermeld zou zijn geweest indien de bijdrage effectief betaald zou zijn geweest voor de betrokken kwartalen (bijvoorbeeld de code 01 voor de zelfstandige in hoofdberoep). Indien het de 1^{ste} verschuldigde kwartaalbijdrage betreft, worden de rechten als zelfstandige dus geopend. De situatie zal eventueel nadien geregulariseerd moeten worden indien de bijdrage niet betaald werd aan het einde van de toegekende uitgestelde termijn (d.w.z. indien geen bijdragebon afgeleverd wordt in 2021, moet het recht geopend in 2020 herzien worden).

- De starter verkrijgt een vrijstelling van bijdragen

Overeenkomstig artikel 252, achtste lid, worden de rechten geopend als zelfstandige indien het de 1^{ste} verschuldigde kwartaalbijdrage betreft. De bijdragebon en de flux L410 zullen een code 13 (of een 15 indien het een meewerkende echtgenoot betreft) vermelden.

2. Zie art 10 en art 11 van het K.B. van 07.12.2016 over de bewijskracht van de gegevens die door de instellingen van sociale zekerheid worden verwerkt.

3. Cf. lijst in bijlage (Hier niet gepubliceerd).

4. Wet van 23.03.2020 tot wijziging van de wet van 22.12.2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen.

5. Dit heeft als gevolg dat de (startende) zelfstandigen in de tijdelijke crisismaatregel overbruggingsrecht niet de hoedanigheid van gerechtigde artikel 32, 6^o ter GVV-wet hebben; een code 16 zal dus ook nooit vermeld worden in de flux L410 voor de starters

b. Persoon ten laste die zich moet inschrijven als gerechtigde

b.1. Een persoon ten laste kan deze hoedanigheid verliezen indien hij een hoedanigheid van gerechtigde verwerft die hem toelaat recht te hebben op geneeskundige verstrekkingen zonder betaling van een persoonlijke bijdrage (bv. werknemer, gepensioneerde, werkloze...)⁶. Het behoud van recht bedoeld in artikel 127 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 is in dat geval in principe niet van toepassing.

Gedurende de inperkingsperiode is het mogelijk dat de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde vertraging oplopen. Bijgevolg worden de rechten als persoon ten laste gedurende de inperkingsperiode tijdelijk behouden, zolang de verzekerde niet is overgaan tot zijn inschrijving. Van zodra de inschrijving heeft plaatsgevonden, zal deze retroactief uitwerking hebben op de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde verworven werd, zoals de gewone regels het voorzien⁷. Indien het geen eerste inschrijving betreft maar een wijziging van hoedanigheid dan zijn de gewone regels van toepassing (er wordt met de wijziging rekening gehouden op dezelfde dag).

Dit zal ook het geval zijn voor de persoon ten laste die deze hoedanigheid verliest wegens het beëindigen van de samenwoning – wanneer de samenwoning een voorwaarde is om persoon ten laste te zijn – en die een hoedanigheid van gerechtigde moet gebruiken die hij mogelijk al eerder had (bv. de gepensioneerde die geniet van een pensioen dat overeenstemt met een beroepsloopbaan die korter is dan een derde van een volledige loopbaan die gepensioneerde gerechtigde moet worden omdat hij van zijn titularis scheidt).

b.2. Een persoon ten laste moet zich als gerechtigde inschrijven omdat hij de inkomensvoorwaarde om persoon ten laste te blijven niet meer vervult.

Gedurende de inperkingsperiode is het mogelijk dat de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde vertraging oplopen. Bijgevolg worden de rechten als persoon ten laste gedurende de inperkingsperiode tijdelijk behouden, zolang de verzekerde niet is overgaan tot zijn inschrijving. Van zodra de inschrijving heeft plaatsgevonden, zal deze retroactief uitwerking hebben op de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van persoon ten laste verloren werd.

b.3. Wanneer het behoud van recht zoals bedoeld in artikel 127 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing is⁸, wordt geen enkele bijzondere bepaling genomen: het behoud van recht is namelijk van toepassing tot eind 2020 indien begonnen in 2019, en tot eind 2021 indien begonnen in 2020.

Het betreft bijvoorbeeld het kind dat de leeftijd van 25 jaar bereikt – zonder enige andere hoedanigheid te hebben dan deze van gerechtigde student, mindervalide of resident –, of de persoon ten laste die de samenwoning met zijn titularis beëindigt – wanneer de samenwoning een voorwaarde is om persoon ten laste te zijn.

c. Wijziging van titularis met het oog op het verkrijgen van het overbruggingsrecht?

Er wordt niet afgeweken van de regel volgens dewelke een aanvraag tot wijziging van titularis uitwerking heeft op 1 januari van het jaar dat volgt op de aanvraag⁹.

6. Art. 124, § 1, 2°, van het KB van 03.07.1996.

7. Art. 252 van het KB van 03.07.1996.

8. Ter herinnering, het behoud van recht beoogd in art. 127 wordt enkel toegepast voor zover er geen recht op verstrekkingen bestaat als gerechtigde in de zin van art. 32, al 1, 1° tot 12°, 16°, 20° en 21° van de GVI-wet of als persoon ten laste.

9. Art. 126 van de GVI-wet.

d. Gerechtigde resident en andere hoedanigheden voor dewelke de inschrijving uitwerking heeft in het begin van het kwartaal van de aanvraag¹⁰

d.1. Inschrijving en valideringsbijdrage

In principe heeft de inschrijving als gerechtigde resident¹¹ uitwerking op de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag om inschrijving wordt gedaan. De datum van de ondertekening van de aanvraag om inschrijving wordt in aanmerking genomen.

Gedurende de inperkingsperiode is het evenwel mogelijk dat de stappen om zich in te schrijven als gerechtigde vertraging oplopen. Het ziekenfonds *kan*, op vraag van de verzekerde, ambtshalve een retroactieve inschrijving op 1 januari 2020 aanvaarden voor elke aanvraag om inschrijving als resident¹² gedaan gedurende de inperkingsperiode, voor zover de voorwaarden om ingeschreven te zijn als resident vervuld zijn in de loop van het 1^{ste} kwartaal 2020. De bijdrage wordt in dat geval vastgesteld in functie van de inkomsten van het 1^{ste} kwartaal 2020 en dient eveneens betaald te worden voor dat 1^{ste} kwartaal 2020.

Overeenkomstig het artikel 252, zevende lid, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, is de inschrijving van de gerechtigde slechts geldig indien uiterlijk op de laatste dag van het kwartaal, volgend op het kwartaal *waarin de inschrijving werd gevraagd*, het bedrag van een trimestriële bijdrage wordt betaald.

 Voorbeeld: een verzekerde vraagt zijn inschrijving als gerechtigde resident op 6 april 2020. Indien hij de voorwaarden vervulde voor het 1^{ste} kwartaal om ingeschreven te worden als resident, kan het ziekenfonds hem retroactief inschrijven op 1 januari 2020 indien de verzekerde het vraagt. De eerste bijdrage, vastgesteld in functie van de inkomsten van het eerste kwartaal, waarmee de inschrijving gevalideerd wordt, moet, in toepassing van de bestaande regels, uiterlijk 30 september 2020 betaald worden¹³. Indien de verzekerde geen retroactieve inschrijving aanvraagt op 1 januari 2020 zijn de gewone regels van toepassing: de inschrijving heeft uitwerking op 1 april 2020, de bijdrage wordt vastgesteld in functie van de inkomsten van het 2^{de} kwartaal, en zal betaald moeten worden uiterlijk 30 september 2020.

Er is geen aanvraag met betrekking tot retroactieve inschrijvingen nodig ten aanzien van de DAC voor de inschrijvingen die teruggaan tot ten vroegste 1 januari 2020, die worden verwerkt in de inperkingsperiode.

Er is wel aanvraag met betrekking tot retroactieve inschrijvingen nodig ten aanzien van de DAC voor de inschrijvingen die terugwerken voor 1 januari 2020, onafhankelijk of ze worden verwerkt in de inperkingsperiode of erbuiten.

Voor deze gevallen is geen sociaal verslag nodig indien ze worden ingediend bij de DAC in de inperkingsperiode. Gedurende deze periode volstaan de bewijsstukken betreffende de inkomsten en uitgaven van betrokkene en moeten ze in bijlage bij de aanvraag worden gevoegd (bijvoorbeeld: een kopie van de loonbrief, een rekeninguitreksel, een schermafdruk met het bedrag van de ziekte-uitkering, een kopie van het huurcontract, kopieën van de gas-, water- en elektriciteitsfacturen, een kopie van de lening).

Aanvragen retroactieve inschrijvingen ten aanzien van de DAC zijn ook nodig voor de inschrijvingen die terugwerken tot ten vroegste 1 januari 2020, die worden opgestart na de periode van inperkingsmaatregelen (inclusief de bufferperiode die zal worden voorzien).

10. Art. 252, 6^{de} lid, van het K.B. van 03.07.1996.

11. En andere hoedanigheden bedoeld in art. 252, 6^{de} lid, van het K.B. van 03.07.1996.

12. Idem.

13. Onder voorbehoud van gunstigere maatregelen die genomen zouden worden volgend op de inperkingsperiode.


d.2. Systematische verificatie van de inkomsten van residenten

De verificatie van de vermindering of vrijstelling van de residentenbijdrage zoals uitgewerkt in de Omzendbrief VI nr. 2018/129 van 17 april 2018 wordt voorlopig uitgesteld. De verificatie die wordt georganiseerd in 2020 zal worden uitgewerkt in een aparte omzendbrief.

3. De verhoogde tegemoetkoming

a. Een aanvraag tot verhoogde tegemoetkoming werd reeds ingediend, maar niet gefinaliseerd

In principe moeten de bewijsstukken bij het ziekenfonds ingediend worden binnen een termijn van twee maanden na de aanvraag tot de verhoogde tegemoetkoming¹⁴. Aangezien deze periode wordt geschorst gedurende de periode van de inperkingsmaatregelen, zal deze termijn van 2 maanden opgeschort worden vanaf 13 maart 2020.

 Voorbeeld: een verzekerde heeft een aanvraag tot de verhoogde tegemoetkoming ingediend op 2 februari 2020: hij heeft tot 1 april 2020 om de documenten in te dienen: daar de termijn opgeschort werd vanaf 13 maart 2020, worden de documenten ingediend na 1 april 2020 aanvaard, blijft de aanvraag geldig en wordt de procedure tot onderzoek vervolgd.

b. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd ingetrokken en een nieuwe verklaring op erewoord kan niet ingediend worden binnen de reglementaire termijnen voorzien om de continuïteit van het recht te waarborgen

b.1. Verlies van het recht na de systematische controle

In principe heeft de verzekerde tot 31 maart 2020 om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen wanneer het recht op de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken werd op 1 januari 2020¹⁵. Daar de termijn opgeschort is sinds 13 maart 2020, kunnen de verklaringen op erewoord ingediend na 31 maart 2020 aanvaard worden en beschouwd worden als ingediend voor 31 maart 2020, op vraag van de verzekerde. In dat geval worden de inkomsten van de maand februari 2020 in aanmerking genomen. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord¹⁶ zal in dergelijk geval moeten gebeuren ten opzichte van de inkomsten van de maand maart 2020. Indien de voorwaarden vervuld zijn, wordt het recht toegekend vanaf 1 januari 2020.

Het gezin wordt in dergelijk geval niet hernomen in de systematische controle van 2020.

Indien een aanvraag reeds ingediend werd vóór de inperkingsperiode en nog niet gefinaliseerd werd, wordt de initiële periode van in aanmerking te nemen inkomsten behouden. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord zal in dergelijk geval moeten gebeuren ten opzichte van de inkomsten van de maand maart 2020.

In de andere gevallen wordt een aanvraag die ingediend wordt gedurende de inperkingsperiode behandeld als een nieuwe aanvraag (zie infra punt c).

14. Art. 29 van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

15. Art. 38 van het K.B. van 15.01.2014.

16. Art. 32 van het K.B. van 15.01.2014.

b.2. Verlies van het automatisch recht

In principe heeft de verzekerde, wiens recht niet meer automatisch toegekend kan worden vanaf 1 januari 2020, tot 31 maart 2020 om een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen¹⁷. Daar de termijn opgeschort is sinds 13 maart 2020, kunnen de verklaringen op erewoord ingediend na 31 maart 2020 aanvaard worden en beschouwd worden als ingediend voor 31 maart 2020, op vraag van de verzekerde. In dat geval worden de inkomsten van de maand februari 2020 in aanmerking genomen. Indien de voorwaarden vervuld zijn, wordt het recht toegekend vanaf 1 januari 2020.

Het gezin wordt in dergelijk geval niet hernomen in de systematische controle van 2020.


Indien een aanvraag reeds ingediend werd vóór de inperkingsperiode en nog niet gefinaliseerd werd, wordt de initiële periode van in aanmerking te nemen inkomsten behouden.

In de andere gevallen wordt een aanvraag die ingediend wordt gedurende de inperkingsperiode behandeld als een nieuwe aanvraag (zie infra punt c).

b.3. Verlies van het recht in geval van wijziging van de gezinssamenstelling


In geval van wijziging van de gezinssamenstelling wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming beëindigd uiterlijk op de laatste dag van het kwartaal dat volgt op de wijziging van de gezinssamenstelling¹⁸.


Indien een nieuwe aanvraag ingediend wordt gedurende de inperkingsperiode en deze, volgens de gewone regels van opening van recht, geopend zou worden na 1 april 2020, wordt het recht toegekend vanaf 1 april 2020.

 Voorbeeld: een gezin is samengesteld uit een gerechtigde en een kind ten laste. Het kind is op 5 oktober 2019 een loontrekkende activiteit begonnen. Deze situatie wordt gedetecteerd op 6 april 2020. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt op 31 maart 2020 ingetrokken. De gerechtigde dient een aanvraag in gedurende de inperkingsperiode: de aanvraag gaat in op uiterlijk 1 april 2020.

Indien het kind zijn loontrekkende activiteit is begonnen op 5 september 2019, werd het recht op de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken op 31 december 2019. De gerechtigde dient een aanvraag in gedurende de inperkingsperiode: de aanvraag wordt behandeld als een nieuwe aanvraag (zie punt c).

Wanneer het ziekenfonds vaststelt dat het gezin uitgebreid wordt met een potentiële samenwonende, contacteert zij de verzekerde die drie maanden de tijd heeft om te antwoorden. Bij gebrek aan antwoord binnen de drie maanden wordt deze situatie beschouwd als een wijziging van de gezinssamenstelling¹⁹. Daar de termijn vanaf 13 maart 2020 opgeschort wordt, worden de antwoorden die op een later moment toekomen in aanmerking genomen. Zolang er geen antwoord is, wordt het recht behouden.

 Voorbeeld: het ziekenfonds heeft de verzekerde gecontacteerd op 14 december 2019. Hij kon tot 13 maart 2020 antwoorden. Daar de termijn opgeschort wordt, wordt een antwoord na deze datum aanvaard. Bij gebrek aan een antwoord tijdens de schorsing van de termijnen, wordt de situatie niet beschouwd als een wijziging in de gezinssamenstelling en wordt het recht daarom behouden.

 Voorbeeld: het ziekenfonds stelt op 6 april 2020 vast dat een potentiële samenwonende deel uitmaakt van het gezin sinds 2 april 2020. De inperkingsperiode belet niet dat het ziekenfonds het betrokken gezin ondervraagt. Zolang er geen antwoord is, wordt het recht behouden.

17. Art. 15 van het K.B. van 15.01.2014.

18. Art. 35, 1^{ste} lid, van het K.B. van 15.01.2014.

19. Art. 35, 2^{de} lid, van het K.B. van 15.01.2014.

C. Indiening van een nieuwe aanvraag

AANVRAAG MET TOEPASSING VAN EEN REFERENTIEPERIODE VAN ÉÉN JAAR

In principe wordt het recht geopend op de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag werd ingediend²⁰.

Uitzonderlijk worden de aanvragen ingediend gedurende de inperkingsperiode beschouwd als ingediend op 13 maart 2020, en het recht wordt dus toegekend vanaf 1 januari 2020.

> Voorbeeld: een aanvraag met toepassing van een referentieperiode van 1 jaar (inkomsten van 2019) wordt op 6 april 2020 ingediend. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord zal in dergelijk geval moeten gebeuren ten opzichte van de inkomsten van de maand maart 2020. Het recht wordt toegekend vanaf 1 januari 2020, en niet vanaf 1 april 2020.

AANVRAAG MET INDICATOR

In principe wordt het recht geopend op de eerste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarin de aanvraag werd ingediend²¹.

> Voorbeeld: de verzekerde heeft de indicator éénoudergezin sinds december 2019. Hij dient zijn aanvraag in op 6 april 2020. Er wordt rekening gehouden met de inkomsten van maart 2020. Het ziekenfonds kan aanvaarden dat de aanvraag ingediend werd in maart 2020 en rekening houden met de inkomsten van februari 2020. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord²² zal in dergelijk geval moeten gebeuren ten opzichte van de inkomsten van de maand maart 2020. Het recht wordt dan geopend op 1 februari 2020.

Indien de aanvraag ingediend wordt gedurende de maand waarin de indicator is ontstaan, wordt het recht geopend op de eerste dag van deze maand. Indien de aanvraag ingediend wordt binnen de drie maanden nadat de indicator is ontstaan, wordt het recht geopend op de eerste dag van de maand waarin de indicator is ontstaan.

> Voorbeeld:

- De verzekerde is met pensioen sinds 1 maart 2020. Hij dient zijn aanvraag in op 6 april 2020. Er wordt rekening gehouden met de inkomsten van maart 2020. Het recht wordt geopend vanaf 1 maart 2020
- De verzekerde is met pensioen sinds 1 januari 2020. Hij dient zijn aanvraag in op 6 april 2020. Het ziekenfonds mag aanvaarden dat de aanvraag ingediend werd in maart 2020, rekening houdend met de inkomsten van februari 2020. De verificatie of de inkomsten niet gestegen zijn op het moment van de ondertekening van de verklaring op erewoord²³ zal in dergelijk geval moeten gebeuren ten opzichte van de inkomsten van de maand maart 2020. Het recht wordt geopend op 1 januari 2020.

20. Art. 34 van het K.B. van 15.01.2014.

21. Idem.

22. Art. 32 van het K.B. van 15.01.2014.

23. Art. 32 van het K.B. van 15.01.2014.

d. Indiening van een verklaring op erewoord «samenwonende» met het oog op de toekenning van het automatisch recht

In principe²⁴, wordt het recht ten vroegste aan de samenwonende toegekend vanaf de dag waarop die verklaring bij het ziekenfonds wordt ingediend.

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

Deze termijn van drie maanden wordt geschorst gedurende de inperkingsperiode.

- > Voorbeeld: A geniet van het automatisch recht sinds 1 november 2019. Hij woont sinds 14 december 2019 samen met C: C geniet eveneens de VT vanaf 14 december 2019 indien de verklaring op erewoord vóór 14 maart 2020 ingediend wordt bij het ziekenfonds.

Daar de termijn opgeschort wordt sinds 13 maart 2020, zal een verklaring ingediend gedurende de inperkingsperiode in aanmerking genomen worden en het recht zal met terugwerkende kracht toegekend kunnen worden vanaf 14 december 2019.

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

Deze termijn van drie maanden wordt gedurende de inperkingsperiode geschorst.

- > Voorbeeld: A geniet van het automatisch recht sinds 1 januari 2020. Hij woont sinds 15 april 2019 samen met C: C geniet eveneens van de VT vanaf 1 januari 2020 als de verklaring op erewoord vóór 1 april 2020 wordt ingediend.

Daar de termijn opgeschort wordt sinds 13 maart 2020, zal een verklaring op erewoord ingediend gedurende de inperkingsperiode in aanmerking genomen worden en het recht zal met terugwerkende kracht toegekend worden vanaf 1 januari 2020.

- i Omzendbrief V.I. nr. 2020/106 – 220/26 – 2299/9 – 3991/319 van 15 april 2019.

24. Cf. omzendbrief VI 2019/302, p. 14.

II. Overeenkomst voor de projecten ter ondersteuning van ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften (Protocol 3) - Covid-maatregelen en verlenging

Van toepassing vanaf 14 maart 2020

Het Verzekeringscomité heeft de tijdelijke maatregelen genomen in de context van de Covid-19-crisis goedgekeurd om de continuïteit van de zorgen te garanderen. Deze maatregelen worden in de overeenkomst geïntegreerd via een wijzigingsclausule die sinds 14 maart 2020 in voege is getreden. Ze zijn van toepassing tot en met 30 juni 2020. Deze periode kan verlengd worden in functie van de evolutie van de Covid19-pandemie bij beslissing van het Verzekeringscomité, op voorstel van de overeenkomstencommissies Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen en RVT/ROB – verzekeringsinstellingen.

Het Verzekeringscomité heeft eveneens de 6 maanden verlenging (tot en met 30.06.2021) van de overeenkomst goedgekeurd om de evaluatie van de fase 3 op te stellen, die in de voornoemde wijzigingsclausules geïntegreerd zullen worden.

Waarom bestaan de tijdelijke maatregelen gelinkt aan de Covid-19-crisis?

1. Verstrekkingen op afstand

Voor de patiënten die reeds in behandeling zijn kan de behandeling op afstand worden voortgezet door middel van telefoongesprekken, videocommunicaties of beeldbellen voor de volgende verstrekkingen:

- zitting casemanagement
- zitting psychologische follow-up (individueel)
- zitting ergotherapie.

De zittingen ergotherapie op afstand worden beperkt tot twee zittingen van één uur elk, op twee verschillende dagen, en tot de patiënten die al minstens één individuele zitting ergotherapie hebben gehad in aanwezigheid van de ergotherapeut.

De pseudocodes betreffende deze verstrekkingen op afstand blijven onveranderd.

2. Verlenging van de periodes van tenlasteneming

Voor de patiënten die reeds in behandeling zijn en waarvan de voortzetting van de behandeling niet (volledig) op afstand kan worden verricht, worden de periodes van tenlasteneming met 6 maanden verlengd. Het gaat over de volgende verstrekkingen :

- ergotherapie
- zorgeducatie
- groepssessies mantelzorgers
- psychologische follow-up in groep (enkel voor de projecten die deze verstrekking voorstellen).

Elke periode die vóór 14 maart 2020 is begonnen en tussen 1 maart 2020 en 30 september 2020 eindigt, duurt dus maximum 12 maanden in plaats van de 6 maanden waarin de overeenkomst voorziet (en maximum 18 maanden in plaats van 12 maanden voor zorgeducatie). Bovendien zal elke periode, wat ook de duur ervan is, ten laatste op 31 december 2020 eindigen.

3. Het starten van een tweede periode vóór het einde van de eerste periode

Voor de verstrekkingen waarvan de periode met 6 maanden wordt verlengd (zie hierboven), kan een tweede periode voor het einde van deze verlenging met 6 maanden worden gestart op voorwaarde dat:

- de patiënt al een eerste periode van 6 maand gehad heeft, beginnend vóór 14 maart 2020 en eindigend tussen 1 maart 2020 en 30 september 2020
- de patiënt tussen 1 maart 2020 en 30 september 2020 voldoet aan de voorwaarden van artikel 9 van de overeenkomst om voor een tweede periode in aanmerking te komen
- het maximale gemiddelde aantal factuureenheden zoals bepaald in artikel 10, §2 (tabel 2) van de overeenkomst voor deze patiënt in deze eerste periode reeds is gefactureerd.

Voorbeeld: psychologische follow-up (in groep)

Periode gestart op 1 november 2019

Verwachte einddatum: 30 april 2020

Effectief einde: 31 oktober 2020, na de verlenging met 6 maanden.

Uitzondering: indien de patiënt reeds 40 facturatie-eenheden had ontvangen voor 14 maart 2020, en de overige 11 facturatie-eenheden uiteindelijk allemaal zijn gebruikt voor 30 juni 2020, en de patiënt voldoet aan de voorwaarden voor een 2^{de} periode, dan kan deze 2^{de} periode worden gestart vanaf 1 juli 2020.

Welke projecten zijn betrokken?

Maatregel	Projecten (RIZIV-nr)
6 maanden verlenging	Alle
Verstrekingen op afstand	Alle
Ergotherapie : 6 maand verlenging van de periode van tenlasteneming + voortijdig starten van een 2 ^{de} periode	Alle
Zorgeducatie voor de rechthebbende : 6 maanden verlenging van de periode van tenlasteneming + voortijdig starten van een 2 ^{de} periode	75903686
	75910715
	75910814
Groepssessie mantelzorgers : 6 maanden verlenging van de periode van tenlasteneming + voortijdig starten van een 2 ^{de} periode	75903884
	75910022
	75940112
Psychologische follow-up (in groep) : 6 maanden verlenging van de periode van tenlasteneming + voortijdig starten van een 2 ^{de} periode	75903092
	75903686
	75903884
	75910616
	75910715
	75910814



Omzendbrief V.I. nr. 2020/152 – 1740/251 – 1741/489 – 1743/69 – 191/21 en 3033/19 van 28 mei 2020.

III. De toekenning van de inhaalpremie in het stelsel van de werknemers

I. Reglementaire context

Artikel 98, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, dat werd ingevoerd door artikel 38 van de wet van 30 december 2009 houdende diverse bepalingen (gepubliceerd in het B.S. van 31.12.2009, 3de editie), voorziet ten voordele van sommige invaliden in een herwaardering van de uitkeringen, onder de vorm van een inhaalpremie.

Het betreft een herwaarderingsmaatregel die werd genomen in het kader van de wet van 23 december 2005 betreffende het Generatiepact en die werd ingeschreven in het interprofessioneel akkoord 2009-2010. De maatregel is in werking getreden op 1 mei 2010.

Voorvoemde wettelijke bepaling verleent aan de Koning de bevoegdheid om, bij een in de Minister-raad overlegd besluit, het bedrag van de premie te bepalen evenals de categorieën van invaliden die er aanspraak op kunnen maken in functie van de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid.

Het koninklijk besluit van 2 mei 2019 tot wijziging van artikel 237*quinquies* 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 (gepubliceerd in het B.S. van 02.05.2019) bepaalt de huidige reglementering inzake de toekenning van een jaarlijkse inhaalpremie.

Deze inhaalpremie wordt meer bepaald toegekend aan de invalide gerechtigde die, op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning, *minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend* en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide is erkend. Deze inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

Vanaf het jaar 2020 is het bedrag van de inhaalpremie die wordt verleend aan deze invalide gerechtigde gelijk aan:

- 304,9085 EUR aan het spilindexcijfer 103,14 (basis 1996 = 100) als zij op de voormelde 31 december werden beschouwd als werknemer met persoon ten laste (geïndexeerd: 435,47 EUR)
- 262,0575 EUR aan het spilindexcijfer 103,14 (basis 1996 = 100) als zij op de voormelde 31 december niet werden beschouwd als werknemer met persoon ten laste (geïndexeerd: 374,27 EUR).

Als de gerechtigde echter *minstens twee jaar arbeidsongeschikt is erkend* op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide is erkend, kan hij aanspraak maken op een hoger bedrag aan inhaalpremie.

Vanaf het jaar 2020 is het bedrag van de inhaalpremie die wordt verleend aan deze invalide gerechtigde gelijk aan :

- 511,4671 EUR aan het spilindexcijfer 103,14 (basis 1996 = 100) als zij op de voormelde 31 december werden beschouwd als werknemer met persoon ten laste (geïndexeerd: 730,48 EUR)
- 450,5186 EUR aan het spilindexcijfer 103,14 (basis 1996 = 100) als zij op de voormelde 31 december niet werden beschouwd als werknemer met persoon ten laste (geïndexeerd: 643,43 EUR).

Om te bepalen of een invalide gerechtigde op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning van de inhaalpremie als werknemer met persoon ten laste kan worden beschouwd, zijn de regels van artikel 225 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing.

II. Specifieke vragen in verband met de toekenning van de jaarlijkse inhaalpremie

• Is het bedrag van de inhaalpremie een bruto- of nettobedrag?

Het bedrag van de inhaalpremie is een jaarlijks forfaitair bedrag dat, samen met de invaliditeitsuitkeringen, wordt uitbetaald in de maand mei aan invalide gerechtigden die op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend.

Het betreft *een brutobedrag* waarop geen bedrijfsvoorheffing moet worden ingehouden. Dit bedrag komt evenmin in aanmerking voor de inhouding van 3,5 % op de invaliditeitsuitkeringen bestemd voor de sector pensioenen.

Het bedrag van de inhaalpremie zal achteraf wel belast worden als een vervangingsinkomen.

• Is de inhaalpremie onderworpen aan de regels voor beslagbaarheid?

Analoog aan de invaliditeitsuitkering is de inhaalpremie onderworpen aan de regels inzake beslagbaarheid (cf. art. 1410, § 1, 4^o van het Ger. w.). Er kan met andere woorden een gehele of gedeeltelijke inhouding gebeuren op het bedrag van de inhaalpremie om te worden uitgekeerd aan de schuldeisers.

• Dient de inhaalpremie in aanmerking te worden genomen als een inkomen in het kader van de toepassing van de artikelen 225 en 226bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (onderzoek naar de inkomenssituatie van de met een invalide gerechtigde samenwonende perso(o)n(en))?

Aangezien de toekenning van de jaarlijkse inhaalpremie een revalorisatiemaatregel is die werd genomen in het kader van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, moet deze premie worden geneutraliseerd als een inkomen voor de toepassing van de artikelen 225 en 226bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (cf. art. 225, § 7 en art. 226bis, § 1, 2^{de} lid en § 2, 2^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996).

- **Dient er rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie voor de toepassing van artikel 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en voor de toepassing van artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996?**

Er dient geen rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie voor de toepassing van de cumulatiebepaling opgenomen in artikel 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (verschilregel) en in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (eventuele vermindering van de arbeidsongeschiktheidsuitkering in functie van de tewerkstellingsbreuk).

- **Dient er rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie bij de berekening van de *pro rata*-uitkeringen in het kader van de Europese Verordening?**

Het bedrag van de inhaalpremie dient niet in aanmerking te worden genomen bij voornoemde berekening.

- **Impliceert een verzaking aan de uitkeringen ook een verzaking aan de inhaalpremie en is een aparte verzaking aan de inhaalpremie mogelijk?**

Een invalide gerechtigde zal in principe verzaken aan de uitkeringen omdat hij het voordeel waarop hij aanspraak kan maken in het kader van een andere reglementering (bijvoorbeeld de pensioenreglementering) niet wenst te verliezen ingevolge de toepassing van een cumulverbod tussen het bestaande voordeel en de invaliditeitsuitkeringen.

De mogelijkheid tot verzaking aan de uitkeringen is voorzien in artikel 236*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Voornoemd artikel voorziet evenwel geen mogelijkheid tot verzaking aan de inhaalpremie.

Dit betekent dat een verzekerde die verzaakt aan de uitkeringen wel aanspraak kan maken op de inhaalpremie, voor zover hij op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend.

Als voorwaarde voor de toekenning van de premie is nergens bepaald dat de invalide gerechtigde ook werkelijk uitkeringen moet ontvangen.

Dit betekent eveneens dat een aparte verzaking aan de inhaalpremie niet mogelijk is.

- **Moet de inhaalpremie worden betaald aan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat het jaar van de uitbetaling voorafgaat, ook al is hij/zij niet meer invalide in de maand mei van het jaar van uitbetaling?**

De inhaalpremie mag enkel worden uitbetaald aan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat het jaar van de uitbetaling voorafgaat *en* die ook verder invalide is gebleven in de maand mei van het jaar van uitbetaling. Het is hierbij niet van belang of de verzekerde heel de maand mei of slechts een gedeelte van de maand mei (bijvoorbeeld ingevolge een werkhervatting of overlijden in de loop van deze maand) invalide is gebleven. Zodra hij of zij in de maand mei minstens één dag invalide is erkend, zal de jaarlijkse inhaalpremie moeten worden uitbetaald.

- **Kan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en die invalide is erkend tot en met 30 april van het jaar van de uitbetaling, in geval van een herval binnen drie maanden bijvoorbeeld op 1 juli van hetzelfde jaar, aanspraak maken op de inhaalpremie?**

Vermits deze verzekerde in de maand mei van het jaar van de uitbetaling niet meer invalide is erkend, kan hij/zij bijgevolg geen aanspraak maken op de inhaalpremie.

- **Wat is de impact van een hervал op de voorwaarde dat de gerechtigde op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning minstens één jaar arbeidsongeschikt moet zijn erkend, om aanspraak te maken op de inhaalpremie?**

In de uitkeringsverzekering geldt tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (de 'primaire ongeschiktheid') het principe dat wanneer de staat van arbeidsongeschiktheid gedurende minder dan veertien kalenderdagen niet erkend is, deze periode het tijdvak van primaire ongeschiktheid niet onderbreekt (art. 87, 4^{de} lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Het betreft dan een hervал in primaire ongeschiktheid. Tijdens de periode van invaliditeit is bepaald dat indien de gerechtigde niet langer in een staat van invaliditeit is over een tijdvak van minder dan drie maanden, dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald, de loop van het tijdvak van invaliditeit niet onderbreekt (art. 93, 2^{de} lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).



Voorbeeld:

- een verzekerde A is arbeidsongeschikt erkend vanaf 31 december 2018. Hij hervat het werk op 1 maart 2019, maar hij wordt opnieuw arbeidsongeschikt erkend vanaf 9 maart 2019. In mei 2020 is hij nog steeds arbeidsongeschikt erkend. In deze situatie heeft hij recht op de inhaalpremie in de maand mei 2020 want hij is op 31 december van het voorgaande kalenderjaar minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend (de periode van werkhervatting vanaf 01.03.2019 tot en met 08.03.2019 (< 14 dagen; hervал in primaire ongeschiktheid) onderbreekt de periode van primaire ongeschiktheid immers niet) en hij is minstens één dag invalide erkend in de maand mei van het lopende kalenderjaar
- een verzekerde B is arbeidsongeschikt erkend vanaf 31 december 2018. Hij hervat het werk op 1 maart 2019, maar hij wordt opnieuw arbeidsongeschikt erkend vanaf 21 maart 2019. In mei 2020 is hij nog steeds arbeidsongeschikt erkend. In deze situatie heeft hij geen recht op de inhaalpremie in de maand mei 2020 want hij is op 31 december van het voorgaande kalenderjaar niet minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend (de periode van werkhervatting vanaf 01.03.2019 tot en met 20.03.2019 (\geq 14 dagen; geen hervал in primaire ongeschiktheid) onderbreekt de periode van primaire ongeschiktheid). Het gegeven dat hij minstens één dag invalide erkend is in de maand mei 2020 speelt in deze situatie geen rol.
- **Kan een invalide gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid gevolgd wordt door een werkhervatting van minder dan drie maanden rond de periode van 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling, en die nadien ingevolge een hervал in invaliditeit verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie?**

Voor zover de invaliditeit (ingevolge het hervал) erkend blijft minstens tot in de maand mei van het jaar van de uitbetaling, kan aan deze invalide gerechtigde een inhaalpremie worden toegekend.

Artikel 93, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt namelijk dat "indien de gerechtigde niet langer in een staat van invaliditeit is als bedoeld in artikel 100, over een tijdvak van minder dan 3 maanden, dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald, de loop van het tijdvak van invaliditeit niet onderbreekt".

De betrokkene kan in voornoemd geval dus geacht worden ook op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling verder als invalide of als "minstens één jaar arbeidsongeschikt" te zijn erkend.

- o **Dient de inhaalpremie te worden uitbetaald aan een gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wiens arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, maar die in de maand mei van het jaar van uitbetaling:**
 - o **ingevolge een sanctie slechts gerechtigd is op 90% van zijn uitkering (bijv. bij laattijdige aangifte van een herval in invaliditeit)**
 - o **ingevolge internering slechts gerechtigd is op 50% van zijn uitkering (art. 233 van het K.B. van 03.07.1996)**
 - o **ingevolge beslag slechts gerechtigd is op een gedeelte van zijn uitkering**
 - o **ingevolge de toepassing van een cumulregel (art. 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) geen uitkeringen ontvangt**
 - o **geen uitkeringen ontvangt ingevolge een schorsing (in toepassing van art. 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)**
 - o **geen uitkeringen ontvangt ingevolge een administratieve sanctie?**

Zoals hierboven reeds werd aangehaald, geldt als toekenningsvoorwaarde voor de inhaalpremie dat de gerechtigde minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling. Er is niet vereist dat de invalide gerechtigde ook werkelijk uitkeringen ontvangt.

In al de voornoemde situaties kan de betrokkene bijgevolg aanspraak maken op de inhaalpremie.

- o **Op welke inhaalpremie heeft de invalide gerechtigde recht die op grond van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 215*bis*, §3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning aanspraak kon maken op de invaliditeitsuitkering als werknemer met persoon ten laste ?**

De betrokkene heeft recht op de (hogere) inhaalpremie voor gerechtigde met gezinslast.

- o **Mogen tijdvakken van moederschapsbescherming als bedoeld in artikel 114 en 114*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 in aanmerking worden genomen om te bepalen of voldaan is aan de voorwaarde van “minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling”?**

Met een tijdvak van moederschapsrust of een tijdvak van werkverwijdering (vóór of na de bevalling) mag geen rekening worden gehouden om te bepalen of de gerechtigde voldoet aan de toekenningsvoorwaarden voor het recht op de inhaalpremie. Artikel 87, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt trouwens dat de in artikelen 114 en 114*bis* bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die vallen in een tijdvak van primaire ongeschiktheid, het laatstgenoemde tijdvak schorsen. Dit had onder andere als bedoeling om te vermijden dat een arbeidsongeschikt erkende verzekerde ingevolge een tijdvak van moederschapsbescherming vroegtijdig in invaliditeit zou treden.

- > We willen dit illustreren aan de hand van een voorbeeld:

Een werknemster wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 20 december 2018. In principe treedt zij in invaliditeit op 20 december 2019 en voldoet ze dus aan de voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op de inhaalpremie (ten minste één jaar arbeidsongeschikt erkend op 31.12.2019) in de veronderstelling dat zij in de maand mei 2020 nog minstens één kalenderdag invalide is erkend.

Indien deze werkneemster evenwel in moederschapsrust is geweest in de loop van het jaar 2019, dan wordt het tijdvak van arbeidsongeschiktheid hierdoor gedurende (in principe) 15 weken geschorst en dan zal de betrokkene pas in invaliditeit treden in de loop van het jaar 2020. Zij kan dan niet beschouwd worden als “ten minste één jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december 2019” en zal bijgevolg in de maand mei 2020 geen aanspraak kunnen maken op de inhaalpremie, zelfs niet indien ze op dat ogenblik als invalide zou zijn erkend.

- **Mogen tijdvakken van moederschapsbescherming als bedoeld in artikel 114 en 114*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 tijdens de periode van invaliditeit in aanmerking worden genomen om te bepalen of voldaan is aan de voorwaarde van “minstens twee jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling”?**

Met een tijdvak van moederschapsrust of een tijdvak van werkverwijdering (vóór of na de bevalling) mag geen rekening worden gehouden om te bepalen of de gerechtigde voldoet aan de toekenningsvoorwaarden voor het recht op de inhaalpremie. Artikel 93, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt trouwens dat de in artikelen 114 en 114*bis* bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die vallen in een tijdvak van invaliditeit, het laatstgenoemde tijdvak schorsen.

- We willen dit illustreren aan de hand van een voorbeeld:

Een werkneemster wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 20 december 2017. In principe is zij twee jaar arbeidsongeschikt erkend op 20 december 2019 en voldoet ze dus aan de voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op de hogere inhaalpremie (ten minste twee jaar arbeidsongeschikt erkend op 31.12.2019) in de veronderstelling dat zij in de maand mei 2020 nog minstens één kalenderdag invalide is erkend.

Indien deze werkneemster evenwel in moederschapsrust is geweest in de loop van het jaar 2019, dan wordt het tijdvak van invaliditeit hierdoor gedurende (in principe) 15 weken geschorst en dan zal de betrokkene pas twee jaar arbeidsongeschikt zijn erkend in de loop van het jaar 2020. Zij kan dan niet beschouwd worden als “ten minste twee jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december 2019” en zal bijgevolg in de maand mei 2020 geen aanspraak kunnen maken op de hogere inhaalpremie, zelfs niet indien ze op dat ogenblik twee jaar arbeidsongeschikt is erkend.

- **Kan een vrouwelijke gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wier arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie wanneer zij in de loop van de maand mei van het jaar van de uitbetaling in moederschapsrust is en dus moederschapsuitkeringen ontvangt?**

Ook al kan de betrokkene in de loop van de maand mei geen aanspraak maken op invaliditeitsuitkeringen (het tijdvak van moederschapsrust schorst het tijdvak van invaliditeit), toch mag in een dergelijk geval de inhaalpremie worden uitbetaald, gelet op de garantiemaatregel van artikel 113, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 volgens dewelke het bedrag van de moederschapsuitkeringen dat aan een invalide gerechtigde wordt uitbetaald niet lager mag zijn dan het bedrag van de invaliditeitsuitkering die de betrokkene ontvangen zou hebben indien zij niet met moederschapsrust was.

- **Kan een vrouwelijke gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend in het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wier arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie in de maand mei van het jaar van de uitbetaling wanneer zij in de periode rond 31 december van het voorgaande jaar in moederschapsrust is en dus moederschapsuitkeringen ontvangt (de betrokkene is al minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend bij de aanvang van de moederschapsrust)?**

Aangezien de betrokkene in het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend, ook al is het tijdvak van invaliditeit rond het einde van dat jaar tijdelijk geschorst ingevolge de moederschapsrust, mag het ziekenfonds haar de inhaalpremie uitbetalen in de maand mei van het volgende jaar.

- **Kan een gerechtigde die invalide is erkend zowel in het stelsel van de werknemers als in het stelsel van de zelfstandigen aanspraak maken op twee maal het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie?**

Een invalide gerechtigde die aan de toekenningsvoorwaarden voldoet, kan slechts aanspraak maken op één maal het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie, zelfs indien hij tegelijkertijd arbeidsongeschikt is erkend in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers en zelfstandigen.

III. Inwerkingtreding van deze omzendbrief

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 mei 2020 en vervangt de Omzendbrief V.I. nr. 2011/325 van 9 augustus 2011.



Omzendbrief V.I. nr. 2020/117 – 17/14 en 422/20 van 27 april 2020.

IV. De toekenning van de inhaalpremie in het stelsel van de zelfstandigen

I. Reglementaire context

Overeenkomstig artikel 12*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt een jaarlijkse inhaalpremie verleend aan de invalide gerechtigden die, op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar van de toekenning, gedurende minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend. Deze premie is een forfaitair bedrag van 196,8411 EUR vanaf 2020 (geïndexeerd bedrag: 281,13 EUR).

De inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

II. Specifieke vragen in verband met de toekenning van de jaarlijkse inhaalpremie

- **Is het bedrag van de inhaalpremie een bruto- of nettobedrag?**

Het bedrag van de inhaalpremie is een jaarlijks forfaitair bedrag dat, samen met de invaliditeitsuitkeringen, wordt uitbetaald in de maand mei aan invalide gerechtigden die op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling, minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend.

Het betreft *een brutobedrag* waarop geen bedrijfsvoorheffing moet worden ingehouden.

Het bedrag van de inhaalpremie zal achteraf wel belast worden als een vervangingsinkomen.

- **Is de inhaalpremie onderworpen aan de regels voor beslagbaarheid ?**

Analoog aan de invaliditeitsuitkering is de inhaalpremie onderworpen aan de regels inzake beslagbaarheid (cf. art. 1410, § 1, 4^e van het Ger. W.). Er kan met andere woorden een gehele of gedeeltelijke inhouding gebeuren op het bedrag van de inhaalpremie, om te worden uitgekeerd aan de schuldeisers.

- **Dient de inhaalpremie in aanmerking te worden genomen als een inkomen in het kader van de toepassing van de artikelen 225 en 226*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (onderzoek naar de inkomenssituatie van de met een invalide gerechtigde samenwonende perso(o)n(en))?**

Aangezien de toekenning van de jaarlijkse inhaalpremie een revalorisatiemaatregel is die werd genomen in het kader van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, moet deze premie worden geneutraliseerd als een inkomen voor de toepassing van de artikelen 225 en 226*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (cf. art. 225, § 7 en art. 226*bis*, § 1, 2^{de} lid en § 2, 2^{de} lid van het K.B. van 03.07.1996).

◦ **Dient er rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie voor de toepassing van de artikelen 28, 28bis en 29 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971?**

Er dient geen rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie voor de toepassing van de verminderingsregel opgenomen:

- in artikel 28 (vermindering van de uitkeringen met $\frac{3}{4}$ van het beroepsinkomen verworven tijdens een tijdvak van beroepsherscholing of tijdens een tijdvak van tewerkstelling in een beschutte werkplaats zodra voormelde tijdvakken een duur van zes maanden hebben bereikt)
- in artikel 28bis (vermindering van de uitkeringen met 10% zodra het tijdvak van toegelaten activiteit als bedoeld in de art. 23 en 23bis een duur van zes maanden bereikt en toepassing van de cumulatiebepaling in functie van het verworven beroepsinkomen vanaf het vierde volledige kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin de toegelaten beroepsactiviteit werd aan-gevat)
- in artikel 29 (vermindering van de uitkeringen met het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toegekend in het kader van de uitkeringsverzekering voor de werknemers, met het bedrag van een arbeidsongevallenvergoeding of een rente wegens beroepsziekte, met het bedrag van een schadeloosstelling krachtens het gemeen recht, ...).

◦ **Dient er rekening te worden gehouden met het bedrag van de inhaalpremie bij de berekening van de *pro rata*-uitkeringen in het kader van de Europese Verordening?**

Het bedrag van de inhaalpremie dient niet in aanmerking te worden genomen bij voornoemde berekening.

◦ **Impliceert een verzaking aan de uitkeringen ook een verzaking aan de inhaalpremie en is een aparte verzaking aan de inhaalpremie mogelijk?**

Een invalide gerechtigde zal in principe verzaken aan de uitkeringen omdat hij het voordeel waarop hij aanspraak kan maken in het kader van een andere reglementering (bijvoorbeeld de pensioenreglementering) niet wenst te verliezen ingevolge de toepassing van een cumulverbod tussen het bestaande voordeel en de invaliditeitsuitkeringen.

De mogelijkheid tot verzaking aan de uitkeringen is voorzien in artikel 236bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat krachtens artikel 82 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 ook van toepassing is in het kader van de uitkeringsverzekering voor de zelfstandigen. Voornoemd artikel voorziet evenwel geen mogelijkheid tot verzaking aan de inhaalpremie..

Dit betekent dat een verzekerde die verzaakt aan de uitkeringen wel aanspraak kan maken op de inhaalpremie, voor zover hij op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend.

Als voorwaarde voor de toekenning van de premie is nergens bepaald dat de invalide gerechtigde ook werkelijk uitkeringen moet ontvangen.

Dit betekent eveneens dat een aparte verzaking aan de inhaalpremie niet mogelijk is.

- **Moet de inhaalpremie worden betaald aan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat het jaar van de uitbetaling voorafgaat, ook al is hij/zij niet meer invalide in de maand mei van het jaar van uitbetaling?**

De inhaalpremie mag enkel worden uitbetaald aan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat het jaar van de uitbetaling voorafgaat en die ook verder invalide is gebleven in de maand mei van het jaar van uitbetaling. Het is hierbij niet van belang of de verzekerde heel de maand mei of slechts een gedeelte van de maand mei (bijv. ingevolge een werkhervatting of overlijden in de loop van deze maand) invalide is gebleven. Zodra hij of zij voor de maand mei principieel aanspraak kan maken op één of meerdere invaliditeitsuitkeringen, zal de jaarlijkse inhaalpremie moeten worden uitbetaald.

- **Kan een invalide gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en die invalide is erkend tot en met 30 april van het jaar van de uitbetaling, in geval van een herval binnen drie maanden bv. op 1 juli van hetzelfde jaar, aanspraak maken op de inhaalpremie?**

Vermits deze verzekerde in de maand mei van het jaar van de uitbetaling niet meer invalide is erkend, kan hij/zij bijgevolg geen aanspraak maken op de inhaalpremie.

- **Wat is de impact van een herval op de voorwaarde dat de gerechtigde op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning minstens één jaar arbeidsongeschikt moet zijn erkend, om aanspraak te maken op de inhaalpremie?**

In de uitkeringsverzekering geldt tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (de 'primaire ongeschiktheid') het principe dat wanneer de staat van arbeidsongeschiktheid gedurende minder dan veertien kalenderdagen niet erkend is, deze periode het tijdvak van primaire ongeschiktheid niet onderbreekt (art. 8, 1^{ste} lid en art. 9, § 2 van het K.B. van 20.07.1971). Het betreft dan een herval in primaire ongeschiktheid. Tijdens de periode van invaliditeit is bepaald dat een onderbreking in de staat van arbeidsongeschiktheid van minder dan drie maanden geacht wordt de loop van het tijdvak van invaliditeit niet te hebben onderbroken (art. 10, § 3 van het K.B. van 20.07.1971).

> Voorbeeld:

- een verzekerde A is arbeidsongeschikt erkend vanaf 31 december 2018. Hij hervat het werk op 1 maart 2019, maar hij wordt opnieuw arbeidsongeschikt erkend vanaf 9 maart 2019. In mei 2020 is hij nog steeds arbeidsongeschikt erkend.
In deze situatie heeft hij recht op de inhaalpremie in de maand mei 2020 want hij is op 31 december van het voorgaande kalenderjaar minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend (de periode van werkhervatting vanaf 01.03.2019 tot en met 08.03.2019 (< 14 dagen; herval in primaire ongeschiktheid) onderbreekt de periode van primaire ongeschiktheid immers niet) en hij is minstens één dag invalide erkend in de maand mei van het lopende kalenderjaar
- een verzekerde B is arbeidsongeschikt erkend vanaf 31 december 2018. Hij hervat het werk op 1 maart 2019, maar hij wordt opnieuw arbeidsongeschikt erkend vanaf 21 maart 2019. In mei 2020 is hij nog steeds arbeidsongeschikt erkend.
In deze situatie heeft hij geen recht op de inhaalpremie in de maand mei 2020 want hij is op 31 december van het voorgaande kalenderjaar niet minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend (de periode van werkhervatting vanaf 01.03.2019 tot en met 20.03.2019 (≥ 14 dagen; geen herval in primaire ongeschiktheid) onderbreekt de periode van primaire ongeschiktheid). Het gegeven dat hij minstens één dag invalide erkend is in de maand mei 2020 speelt in deze situatie geen rol.

- **Kan een invalide gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid gevolgd wordt door een werkhervatting van minder dan drie maanden rond de periode van 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling, en die nadien ingevolge een herval in invaliditeit verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie?**

Voor zover de invaliditeit, ingevolge het herval, erkend blijft minstens tot in de maand mei van het jaar van de uitbetaling, kan aan deze invalide gerechtigde een inhaalpremie worden toegekend.

Artikel 10, § 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepaalt namelijk dat “een onderbreking in de staat van arbeidsongeschiktheid van minder dan drie maanden geacht wordt *de loop van het tijdvak van invaliditeit niet te hebben onderbroken*”.

De betrokkene kan in voornoemd geval dus geacht worden ook op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling verder als invalide of als “minstens één jaar arbeidsongeschikt” te zijn erkend.

- **Dient de inhaalpremie te worden uitbetaald aan een gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wiens arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, maar die in de maand mei van het jaar van uitbetaling:**
 - **ingevolge een sanctie slechts gerechtigd is op 90% van zijn uitkering (bijv. bij laattijdige aangifte van een herval in invaliditeit)**
 - **ingevolge internering slechts gerechtigd is op 50% van zijn uitkering (art. 32 van het K.B. van 20.07.1971)**
 - **ingevolge beslag slechts gerechtigd is op een gedeelte van zijn uitkering**
 - **geen uitkeringen ontvangt ingevolge de toepassing van een verminderingsregel (art. 29 van het K.B. van 20.07.1971)**
 - **geen uitkeringen ontvangt ingevolge een schorsing (in toepassing van art. 24 van het K.B. van 20.07.1971)**
 - **geen uitkeringen ontvangt ingevolge een administratieve sanctie?**

Zoals hierboven reeds werd aangehaald, geldt als toekenningsvoorwaarde voor de inhaalpremie dat de gerechtigde minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling. Er is niet vereist dat de invalide gerechtigde ook werkelijk uitkeringen ontvangt.

In al de voornoemde situaties kan de betrokkene bijgevolg aanspraak maken op de inhaalpremie.

- **Mogen tijdvakken van moederschapsrust als bedoeld in artikel 93 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 in aanmerking worden genomen om te bepalen of voldaan is aan de voorwaarde van “minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling”?**

Met een tijdvak van moederschapsrust mag geen rekening worden gehouden om te bepalen of de gerechtigde voldoet aan de toekenningsvoorwaarden voor het recht op de inhaalpremie. De artikelen 8, tweede lid en 9, § 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepalen trouwens dat de in artikel 93 bedoelde tijdvakken van moederschapsrust die vallen in een tijdvak van primaire ongeschiktheid, het laatstgenoemde tijdvak schorsen. Dit had onder meer als bedoeling om te vermijden dat een arbeidsongeschikt erkende verzekerde ingevolge een tijdvak van moederschapsrust vroegtijdig in invaliditeit zou treden.

> We willen dit illustreren aan de hand van een voorbeeld:

Een zelfstandige gerechtigde wordt arbeidsongeschikt erkend op 20 december 2018. In principe treedt zij in invaliditeit op 20 december 2019 en voldoet ze dus aan de voorwaarde om aanspraak te kunnen maken op de inhaalpremie (ten minste één jaar arbeidsongeschikt erkend op 20.12.2019) in de veronderstelling dat zij in de maand mei 2020 nog invalide is erkend.

Indien deze zelfstandige evenwel in moederschapsrust is geweest in de loop van het jaar 2019, dan wordt het tijdvak van arbeidsongeschiktheid hierdoor minstens gedurende drie weken geschorst en dan zal de betrokkene pas in invaliditeit treden in de loop van het jaar 2020. Zij kan dan niet beschouwd worden als “tenminste één jaar arbeidsongeschikt erkend op 31 december 2019” en zal bijgevolg in de maand mei 2020 geen aanspraak kunnen maken op de inhaalpremie, zelfs niet indien ze op dat ogenblik als invalide zou zijn erkend.

- **Kan een vrouwelijke gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wier arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie wanneer zij in de loop van de maand mei van het jaar van de uitbetaling in moederschapsrust is en dus moederschapsuitkeringen ontvangt?**

Ook al kan de betrokkene in de loop van de maand mei geen aanspraak maken op invaliditeitsuitkeringen (een tijdvak van moederschapsrust schorst het tijdvak van invaliditeit – cf. art. 10, § 4 van het K.B. van 20.07.1971), toch mag in dergelijk geval de inhaalpremie worden uitbetaald.

- **Kan een vrouwelijke gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend in het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling en wier arbeidsongeschiktheid ook nadien verder erkend blijft, aanspraak maken op de inhaalpremie in de maand mei van het jaar van de uitbetaling wanneer zij in de periode rond 31 december van het voorgaande jaar in moederschapsrust is en dus moederschapsuitkeringen ontvangt (de betrokkene is al minstens één jaar arbeidsongeschikt erkend bij de aanvang van de moederschapsrust)?**

Aangezien de betrokkene in het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de uitbetaling minstens één jaar arbeidsongeschikt is erkend, ook al is het tijdvak van invaliditeit rond het einde van dat jaar tijdelijk geschorst ingevolge de moederschapsrust, mag het ziekenfonds haar de inhaalpremie uitbetalen in de maand mei van het volgende jaar.

- **Kan een gerechtigde die invalide is erkend zowel in het stelsel van de zelfstandigen als in het stelsel van de werknemers aanspraak maken op twee maal het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie?**

Een invalide gerechtigde die aan de toekenningsvoorwaarden voldoet, kan slechts aanspraak maken op één maal het bedrag van de jaarlijkse inhaalpremie, zelfs indien hij tegelijkertijd arbeidsongeschikt is erkend in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en werknemers.

III. Inwerkingtreding van deze omzendbrief

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 mei 2020 en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2011/326 van 9 augustus 2011.



Omzendbrief V.I. nr. 2020/121 - 482/152 van 29 april 2020.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Céline Faufeder
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Charlotte Lefebre
Mevr. Natalia Golovneva
Mevr. Marleen Stevens
Dhr. Frank Nassen
Mevr. Delphine Demaret

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français